



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg"
April 2015

T. Magnée
P. Verhaak

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-309-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk	7
1.2 Transitie van de jeugdzorg	8
1.3 Doel project	8
1.4 Vraagstellingen	9
2 Methode	13
2.1 Interviews	13
2.2 Registraties	13
2.3 Vragenlijsten	14
3 Resultaten	15
3.1 Interviews bij huisartsenpraktijken: voor de pilot	15
3.1.1 Algemeen	15
3.1.2 Doelstellingen	16
3.1.3 Signalering, diagnostiek, behandeling, en verwijzingen	16
3.1.4 Ontwikkeling van het lokale jeugd GGZ netwerk	16
3.1.5 Verwachte bevorderende en belemmerende factoren	17
3.2 Interviews bij huisartspraktijken: tijdens en na afloop van de pilot	17
3.2.1 Algemeen	17
3.2.2 Doelstellingen	18
3.2.3 Signalering, diagnostiek, behandeling en verwijzingen	18
3.2.4 Ontwikkeling van het lokale jeugd GGZ netwerk	20
3.2.5 Bevorderende en belemmerende factoren	20
3.3 Interview bij de gemeente na afloop van de pilot	21
3.4 Registraties	22
3.4.1 Algemeen	22
3.4.2 Signalering van psychosociale problemen	22
3.4.3 Behandeling van psychosociale problemen	26
3.4.4 Verwijzing van psychosociale problemen	28
3.5 Vragenlijsten ouders en kinderen	31
3.5.1 Respons	31
3.5.2 De huisarts	31
3.5.3 De POH-jeugd-GGZ	31
3.5.4 Verwijzingen	32

4 Conclusies en discussie	33
4.1 Zijn de doelstellingen voor de pilot behaald?	33
4.2 Beperkingen en sterke punten onderzoek	35
4.3 Conclusies	35
Referenties	37
Bijlagen	39
Bijlage I - Interviewschema huisartsen (mei/juni 2014)	39
Bijlage II - Interviewschema POH's-jeugd-GGZ (mei/juni 2014)	41
Bijlage III - Interviewschema huisartsen en POH's-jeugd-GGZ (september/oktober 2014)	43
Bijlage IV - Interviewschema huisartsen (februari/maart 2015)	45
Bijlage V - Interviewschema POH's-jeugd-GGZ (februari/maart 2015)	47
Bijlage VI – Vragenlijst kwaliteit van zorg kinderen vanaf 12 jaar	49
Bijlage VII – Vragenlijst kwaliteit van zorg ouders	53

Samenvatting

Achtergrond

Het niet tijdig herkennen en behandelen van psychosociale problematiek bij kinderen kan ertoe leiden dat zij later een groter beroep op de zorg doen. Huisartsen (en zorgverleners in de huisartspraktijk) zouden een belangrijke plaats kunnen innemen in de signalering en behandeling van jeugd met (lichte) psychosociale problemen. Toch lijken huisartspraktijken nog niet voldoende uitgerust voor deze rol binnen de jeugd GGZ.

Doel

Het doel van dit onderzoek is het evalueren van een pilot rond versterking van de jeugd GGZ in de huisartspraktijk, die is uitgevoerd bij zes huisartspraktijken in en rondom Gorinchem.

Vraagstelling

De hoofdvragen voor dit rapport waren:

- Hoe is de pilot met de POH-jeugd-GGZ uitgevoerd?
- Welke ontwikkeling is er zichtbaar in de signalering van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen, de behandeling daarvan en de daaruit voortvloeiende verwijspatronen bij de huisartspraktijken die deelnemen aan de pilot?
- In welke mate heeft het netwerk rond jeugd GGZ zich tijdens de pilot ontwikkeld en welke belemmeringen zijn hierbij ondervonden?

Pilot

De pilot was een initiatief van de zorggroep Huisarts en Zorg (HenZ) en gemeentes uit de regio Alblasserwaard-Vijfherenlanden en vond plaats tussen mei 2014 en januari 2015. Aanleiding voor het project was de transitie van de jeugdzorg naar gemeentes die in januari 2015 plaats zou vinden. Doel van de pilot was om de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk vorm te geven. Huisartsen konden uitgebreide consulten (Scharnierconsulten) inzetten bij jeugd met psychische problematiek. Ook was er een POH-jeugd-GGZ inzetbaar voor vier tot acht uur per week per huisartspraktijk. De POH-jeugd-GGZ is een praktijkondersteuner met GGZ achtergrond die speciaal ingezet kon worden voor de diagnostiek en behandeling van jeugd met psychische klachten. Tenslotte kon men tijdens het project gebruik maken van consultatief advies van een psychiater of gezinstherapeut. HenZ en gemeentes hadden de volgende doelstellingen voor de pilot: (1) vormgeven van de jeugd GGZ in de huisartspraktijk, (2) onderzoeken of de huisartspraktijk een geschikte plaats is voor een rol in de jeugd GGZ, (3) ontwikkelen van het lokale jeugd GGZ netwerk, en (4) onderzoeken in hoeverre uitbreiding van de pilot naar andere huisartspraktijken en/of gemeentes wenselijk is.

Uitkomsten

Huisartsen, POH's-jeugd-GGZ, patiënten en hun ouders zijn tevreden over het zorgaanbod voor jeugd met psychosociale problemen bij de zes huisartspraktijken die deelnamen aan de pilot. Het versterken van de jeugd GGZ bij de huisarts door de inzet van uitgebreide huisartsconsulten en een POH-GGZ speciaal voor jeugd is in potentie een verrijking van het zorgaanbod. Van de mogelijkheden tot het inzetten van de Scharnierconsulten en consulten bij POH-jeugd-GGZ is door de deelnemende huisartspraktijken regelmatig gebruik gemaakt. Dit ging niet gepaard met toenemend psychofarmaca gebruik of een toename van verwijzingen naar de GGZ. De pilot heeft aanzetten laten zien voor verdere samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen, en andere regionale GGZ partijen. De pilot was te kort om een integratie tussen jeugd GGZ in de huisartspraktijk en sociale wijkteams zichtbaar te maken.

Conclusie

Deze pilot en het Eureka-project (Van Dijk et al., 2013) laten zien dat de Scharnierconsulten en POH-jeugd-GGZ kunnen bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg binnen de huisartspraktijk en het verminderen van verwijzingen van kinderen met (lichte) psychosociale problematiek naar de gespecialiseerde GGZ. Het is nog onduidelijk in hoeverre andere huisartspraktijken open staan voor een centrale rol binnen de jeugd GGZ, wat de plaats is van de POH-jeugd-GGZ ten opzichte van de in ontwikkeling zijnde sociale (wijk)teams, en hoe de financiering van dit zorgaanbod in de toekomst vorm zou kunnen krijgen.

Methode

De evaluatie bestond uit verschillende onderdelen: interviews bij de zorggroep HenZ en gemeentes, interviews bij huisartsen en POH's-jeugd-GGZ, geregistreerde gegevens uit de huisartsinformatiesystemen (HIS-sen) van deelnemende huisartspraktijken over consulten, voorgeschreven medicatie en verwijzingen (een jaar voor project tot aan het einde van het project). Daarnaast kon gebruik gemaakt worden van vragenlijsten over kwaliteit van de zorg voor patiënten met psychische klachten (0-18 jaar) en hun ouders, die door POH-jeugd aan patiënten overhandigd zijn.

1 Inleiding

1.1 Jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk

Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor kinderen met psychosociale problemen of hun ouders. Driekwart van alle kinderen tot en met 18 jaar gaat minimaal één keer per jaar naar de huisarts (NHG, 2008), ook in verband met psychosociale problemen (Foets et al., 1996; Zwaanswijk et al., 2005; Zwaanswijk et al., 2006). Bij 7% van kinderen en adolescenten noteert de huisarts een psychisch probleem (Zwaanswijk et al., 2011). Veelvoorkomende psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten zijn gedragsproblemen, relatieproblemen en angst (van Dijk et al., 2013). De huisartspraktijk lijkt bij uitstek geschikt om jeugd met psychosociale problematiek te signaleren, te behandelen en indien nodig te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Veel patiënten met (lichte) psychosociale problemen hebben namelijk baat bij vroege signalering en begeleiding binnen de eerstelijns of basis-GGZ (Verhaak, 2011). De huisarts kan een preventieve rol spelen, doordat psychosociale problematiek bij kinderen tijdig herkend en behandeld wordt en erger kan worden voorkomen. Kinderen met psychosociale problemen hebben een verhoogd risico op (chronische) psychische problematiek als volwassene (Ferdinand et al., 1995; Hofstra et al., 2002; Roza et al., 2003). Kinderen bij wie psychosociale problematiek niet wordt herkend en die niet worden behandeld, doen in de jaren daarna een aanzienlijk groter beroep doen op de geestelijke en somatische gezondheidszorg dan kinderen zonder problemen, of kinderen die wel tijdig een behandeling hebben gekregen (Jones et al., 2002). Vroege opsporing en een passend behandelaanbod komen niet alleen het welzijn van het kind op korte en lange termijn ten goede, maar kunnen ook maatschappelijke kosten (zoals het gebruik van gezondheidszorg en uitval op werk en school) beperken. Er is bijvoorbeeld een verband aangetoond tussen psychosociale problemen in de kindertijd en latere criminaliteit (Sourander et al., 2006).

Huisartsen (en zorgverleners in de huisartspraktijk) zouden een belangrijke plaats kunnen innemen in de signalering en behandeling van kinderen met (lichte) psychosociale problemen. Toch lijkt de huisartspraktijk (nog) niet voldoende uitgerust voor deze rol binnen de jeugd GGZ. Ten eerste blijken huisartsen psychosociale problemen bij kinderen maar in beperkte mate te signaleren (Zwaanswijk et al., 2005; Zwaanswijk et al., 2006). Dit kan een gevolg zijn van een gebrek aan kennis, maar ook van het feit dat psychosociale problemen zelden als primaire hulpvraag aan de huisarts voorgelegd worden (Briggs-Gowan et al., 2000; Sayal et al., 2004). Ouders en/of kinderen uiten hun bezorgdheid over psychosociale problemen vaak op verdeckte wijze tegenover de huisarts, bijvoorbeeld door primair hulp te vragen voor somatische klachten (Foets et al., 1996; Glazebrook et al., 2003). Om psychosociale problemen van kinderen op te sporen is daarom vaak meer tijd nodig dan de beperkte duur van één consult van tien minuten (Horwitz et al., 1992; van den Berg et al., 2004). Ten tweede hebben kinderen met psychosociale problemen zorg nodig die aansluit bij de aard en ernst van hun problematiek. Dit betekent dat zij een lichte behandeling dienen te krijgen als dit volstaat, en dat de behandeling pas geïntensiveerd moet worden als een lichte

behandeling onvoldoende resultaten oplevert (het 'stepped care' principe). Kinderen met ernstige psychosociale problemen die niet gebaat zijn bij behandeling in de basis-GGZ moeten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ.

1.2 Transitie van de jeugdzorg

Door de transitie van de jeugdzorg naar de gemeentes is de zorg voor jeugd met psychosociale problemen per 1 januari 2015 binnen de verantwoordelijkheid van gemeentes komen te vallen. Gemeentes wijden zich aan het vormgeven en inrichten van deze taak en ontplooiën daartoe verschillende initiatieven. In veel Nederlandse gemeentes is men op de decentralisatie in gaan spelen door het opzetten van een sociaal wijk -of jeugdteam (Van Arum & Schoorl, 2015). Deze teams met verschillende GGZ professionals zouden een centrale en coördinerende rol binnen de jeugd GGZ moeten gaan spelen. Het aantal gemeentes met een sociaal team steeg in 2014 explosief tot 69%. Een ander deel van de gemeentes was eind 2014 nog bezig met het opzetten van een sociaal team (17%). Ook in de gemeentes van de huisartspraktijken die aan dit onderzoek deelnamen werd tijdens de onderzoeksperiode een sociaal team opgericht.

Een ander initiatief is het vormgeven van de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk. In een aantal pilots bij praktijken in verschillende gemeentes is hiervoor geëvalueerd hoe de inzet van een praktijkondersteuner GGZ speciaal voor de jeugd verloopt (de POH-jeugd-GGZ of POH-jGGZ). Een eerdere pilot geëvalueerd door het NIVEL is als succesvol ervaren (Van Dijk et al., 2013). Het onderzoek naar deze pilot in Enschede laat zien dat zorgverleners en patiënten tevreden zijn over het zorgaanbod en dat het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de gespecialiseerde GGZ verminderd wordt (Van Dijk et al., 2013). Dit rapport is een beschrijving van de evaluatie van een vergelijkbare pilot met POH's-jeugd-GGZ, die bij zes huisartspraktijken in en rondom Gorinchem werden ingezet.

1.3 Doel project

De pilot wordt beschreven in Box 1. HenZ en de gemeentes hadden de volgende doelstellingen voor de pilot met een POH-jeugd-GGZ:

- (1) In kaart brengen hoe de jeugd GGZ er binnen de huisartspraktijk uit kan zien. Vastgesteld moet worden hoe het signaleren, behandelen, en verwijzen van jeugd met psychische problematiek verloopt voor en na de pilot.
- (2) Onderzoeken of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor een rol binnen de jeugd GGZ.
- (3) Het ontwikkelen van lokale jeugd GGZ-netwerken.
- (4) Onderzoeken of de pilot uitgebreid zou kunnen worden naar andere huisartspraktijken en/of gemeentes.

Of de eerste twee doelstellingen bereikt worden, wordt afgeleid uit interviews bij zorgverleners, geregistreerde cijfers over de geleverde zorg, en vragenlijsten bij patiënten en ouders. Of de laatste twee doelstellingen worden bereikt, wordt afgeleid uit de interviews bij de zorgverleners (zie methode).

1.4 Vraagstellingen

Om na te gaan of genoemde doelstellingen behaald worden zal het NIVEL in dit onderzoek de volgende vragen beantwoorden:

- Hoe is de pilot met de POH-jeugd-GGZ uitgevoerd?
- Welke ontwikkeling is er zichtbaar in de signalering van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen, de behandeling daarvan en de daaruit voortvloeiende verwijspatronen bij de huisartspraktijken die deelnemen aan de pilot?
- In welke mate heeft het netwerk rond jeugd GGZ zich tijdens de pilot ontwikkeld en welke belemmeringen zijn hierbij ondervonden?

Box 1 Pilot “Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg”

Jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk

Ter voorbereiding van de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten die in 2015 plaats zal vinden voerde zorggroep Huisarts en Zorg (HenZ) in samenwerking met gemeentes uit de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden in zes huisartspraktijken een pilot uit. HenZ is een samenwerkingsverband van 74 huisartsen werkzaam in en rondom Gorinchem. Het project wordt gefinancierd door de provincie Zuid-Holland. De pilot is geïnspireerd op het geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen dat sinds 2010 in Medisch Centrum Eudokia te Enschede gestalte heeft gekregen en dat door het NIVEL is geëvalueerd: het Eureka project (Van Dijk et al., 2013). De pilot in en rondom Gorinchem is gestart in mei 2014 en eindigde in januari 2015. Het project had drie kernelementen die het aanbod van jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk verrijkten: (1) het scharnierconsult, (2) de inzet van een POH-jeugd-GGZ, en (3) mogelijkheid tot consultatief advies bij een specialist.

Scharnierconsulten

Huisartsen die deelnamen aan de pilot kregen betaald voor de extra tijd die zij besteedden aan een uitgebreid diagnostisch consult (40 minuten in plaats van de gebruikelijke 10 of 20 minuten) bij een vermoeden op psychische problematiek bij jeugd; het Scharnierconsult.

POH-jeugd-GGZ

Deelnemende praktijken konden voor vier tot acht uur per week een POH-jeugd-GGZ inzetten, afhankelijk van de omvang van hun patiëntenpopulatie. De praktijkondersteuner Jeugd was een professional met een achtergrond in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of in de jeugdzorg. De POH-jeugd-GGZ kon een kind met psychische of sociaal emotionele problemen en ouders begeleiden of behandelen tijdens maximaal acht consulten. Ook was er op deze manier ruimte voor (uitgebreide) diagnostiek. De inzetbare uren konden bovendien gebruikt worden voor indirecte zorg, bijvoorbeeld voor het zoeken van samenwerking met partijen in de jeugd GGZ in de buurt, zoals (basis)scholen en maatschappelijk werk. Zodra de sociale teams actief werden, werd het contact met deze teams gezien als een belangrijke taak voor de POH-jeugd-GGZ. Het ging daarbij over het informeren van het sociaal team over kinderen of gezinnen met problemen, maar ook over de terugkoppeling van informatie over kinderen/gezinnen waar het sociaal team actief bij betrokken is.

Consultatie

Huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ hadden de mogelijkheid om bij patiënten met complexe problematiek consultatief advies in te winnen bij een kinder- en jeugdpsychiater of een gezinstherapeut.

Deelnemende praktijken

De zes praktijken die deelnamen aan de pilot hadden gemiddeld ruim 3700 ingeschreven patiënten (anderhalve normpraktijk), waarvan ongeveer 900 patiënten tussen de 0 en 18 jaar. De kleinste praktijk had in totaal 2700 patiënten, terwijl de grootste 4800 patiënten had. Vier praktijken waren gevestigd in een dorp met minder dan 5.000 inwoners, terwijl de overige twee praktijken zich in Hardinxveld-Giessendam (ruim 17.000 inwoners) en Gorinchem bevonden (ruim 35.000 inwoners). Twee praktijken maakten deel uit van een gezondheidscentrum.

Scholing en naamsbekendheid

HenZ organiseerde gedurende de pilot maandelijks (in totaal negen) bijeenkomsten van twee en een half uur voor alle huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ. Hierin kregen zij scholing over verschillende onderwerpen (bijvoorbeeld over het Eureka project, het Scharnierconsult, de functie en de taken van de POH-jeugd-GGZ, en over de mogelijkheid tot consultatie). Ook konden de zorgverleners casussen uit hun eigen praktijk ter bespreking inbrengen en ervaringen uitwisselen.

Naamsbekendheid

HenZ heeft een folder en posters ontwikkeld ter verspreiding in de huisartspraktijken om de patiënten te informeren over de pilot en de POH-jeugd-GGZ. Ook is er over de pilot bericht in lokale kranten waarvoor de zorgverleners geïnterviewd zijn, en is er een publicatie geweest in een uitgave over de transitie van de jeugdzorg van de gemeente.

Aanspreekpunt

HenZ onderhoudt contacten met alle huisartspraktijken, en met andere partijen binnen de lokale jeugd GGZ, zoals een instelling uit de basis GGZ, jeugdartsen, consultatiebureaus, en de (nog in ontwikkeling zijnde) sociale wijkteams. Ook heeft HenZ gedurende het project overleg met de gemeentes gehad om de stand van zaken te bespreken. In september 2014 is er een bijeenkomst geweest met de wethouders jeugd van zes gemeentes, beleidsambtenaren jeugd, de huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ en zorgverzekeraar VGZ, om de pilot en een eventueel vervolg te bespreken.

2 Methode

Het onderzoek bestond uit verschillende onderdelen: interviews bij HenZ en gemeentes, interviews bij alle huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ die deelnamen aan het project, en gegevens uit de registratiesystemen van de zes deelnemende huisartspraktijken. Daarnaast werden door POH-jeugd-GGZ vragenlijsten voorgelegd aan ouders en kinderen die gedurende de pilot bij de huisartspraktijken kwamen in verband met psychosociale klachten of problemen.

2.1 Interviews

Interviews zijn afgenomen voor, tijdens en na afloop van de pilot bij zorggroep HenZ, een vertegenwoordiger van gemeentes uit de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden (beleidsmedewerker gemeente Gorinchem), en de huisartsen en POH's-jeugd-GGZ die deelnamen aan de pilot (zie tabel 1). Tijdens de interviews met HenZ en gemeente zijn de doelstellingen, de opzet en de algemene ervaringen tijdens de pilot besproken. De interviews bij de zorgverleners (huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ) werden afgenomen met behulp van interviewschema's met onderwerpen als doelstellingen, signalering, behandeling en verwijzing van jeugd met psychische problematiek, ontwikkeling van een lokaal jeugd GGZ netwerk, en bevorderende en belemmerende factoren die van invloed waren tijdens het verloop van de pilot (zie bijlagen I-V).

Tabel 1 Aantal interviews voor, tijdens, en na afloop van de pilot

	Voorafgaand aan de pilot (mei/juni 2014)	Tijdens de pilot (september/oktober 2014)	Na de pilot (februari/maart 2015)
Huisartsen	N=6	N=5	N=6
POH's-jeugd-GGZ	N=5	N=5	N=5
Zorggroep HenZ	N=1	N=1	x
Gemeente	N=1	x	N=1

2.2 Registraties

Met behulp van softwareleveranciers werden in februari 2015 gegevens geëxtraheerd uit de registratiesystemen van de zes deelnemende huisartspraktijken (via het Huisarts Informatie Systeem – HIS). Deze geanonimiseerde data werden bewerkt conform de gebruikelijke aanpak binnen Nivel Zorgregistraties. De geëxtraheerde gegevens betroffen consulten, voorgeschreven medicatie (psychofarmaca), en verwijzingen van kinderen en jongeren (0 tot en met 18 jaar) die de huisarts bezochten vanwege psychische problematiek. De verwijsgegevens waren voor één praktijk niet beschikbaar

door het gebruikte softwaresysteem.

De problematiek of de diagnose werd door de huisartsen geregistreerd met behulp van de ICPC (International Classification of Primary Care). De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. De ICPC is een classificatiesysteem bestaande uit 17 hoofdstukken, elk met een lettercode. Binnen ieder hoofdstuk zijn onder andere de volgende componenten aanwezig: symptomen en klachten (01-29) en diagnoses en ziekten (70-99). De klachten en ziekten met betrekking tot de psychische gezondheid worden gecodeerd in het P-hoofdstuk van de ICPC. Sociale problemen worden gecodeerd in het Z-hoofdstuk. Patiënten met diagnoses binnen deze twee hoofdstukken werden geselecteerd voor dit onderzoek.

Consulten werden ingedeeld naar discipline (huisarts of POH-GGZ) en type consult. Hiervoor is gebruik gemaakt van door huisartsen geregistreerde CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) codes, die aangeven of patiënten een normaal (<20 minuten) of lang (>20 minuten) consult of visite hebben gehad of een telefonisch consult, en bij wie (huisarts of POH-GGZ). De gegevens over psychofarmaca werden uitgesplitst naar verschillende categorieën (bijvoorbeeld antidepressiva of psychostimulantia) en de verwijzingen werden uitgesplitst naar de discipline (bijvoorbeeld psychiater of psycholoog uit basis- of gespecialiseerde GGZ).

Aantallen zijn voor de tabellen steeds omgerekend naar aantallen consulten of patiënten per 1.000 ingeschreven patiënten van 0 tot en met 18 jaar bij de zes praktijken. Om te onderzoeken of de signalering en behandeling van jeugd met psychische problematiek als gevolg van de pilot is veranderd, zijn totale aantallen consulten, prescripties psychofarmaca, en verwijzingen voor en tijdens de pilot met elkaar vergeleken met behulp van ANOVA's. Ook werd met behulp van ANOVA's geanalyseerd of deze aantallen verschilden per praktijk en geslacht en leeftijdscategorie. De registratiegegevens zijn verwerkt met behulp van STATA.

2.3 Vragenlijsten

Om de ervaringen van kinderen met psychische problematiek en hun ouders binnen de pilot in kaart te brengen zijn vragenlijsten verspreid (bijlages VI en VII). De vragenlijsten werden ontwikkeld in het kader van het Eureka project van het NIVEL waarop dit onderzoek is gebaseerd (Van Dijk et al., 2013). Zij bevatten vragen over de gesprekken met de huisarts en de POH-jeugd-GGZ, het aantal gesprekken, en de tevredenheid hierover. De vragenlijsten zijn gedurende de pilot door de POH's-jeugd-GGZ aan het einde van elk (behandel)traject aan ouders en kinderen (vanaf 12 jaar) meegegeven. De kinderen en ouders konden de ingevulde vragenlijsten anoniem met een bijgesloten antwoortenvelop naar het NIVEL sturen. De gegevens van de vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van STATA.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de interviews bij de zorgverleners (huisartsen en POH's-jeugd-GGZ) samengevat. Eerst worden hun ervaringen aan de start van de pilot beschreven, en hierna tijdens en na afloop van de pilot. Omdat de ervaringen van de zorgverleners tijdens en na afloop van de pilot grotendeels overeenkwamen, zijn deze samen in één hoofdstuk weergegeven. Hierna wordt het interview met de vertegenwoordiger van de gemeentes samengevat. Tenslotte worden de resultaten van de overige onderdelen van het onderzoek weergegeven: de registraties van de huisartspraktijken en de vragenlijsten bij patiënten en ouders.

3.1 Interviews bij huisartsenpraktijken: voor de pilot

3.1.1 Algemeen

Alle praktijken hebben, meestal sinds begin 2014, een 'gewone' POH-GGZ in dienst (zie tabel 2). Bij vier praktijken wordt deze POH-GGZ ook ingezet als POH-jeugd-GGZ binnen de pilot; het gaat in totaal om drie POH's-Jeugd-GGZ, omdat één van hen werkzaam is binnen twee verschillende huisartspraktijken. Twee praktijken hebben voor het project een nieuwe POH-jeugd-GGZ geworven. Het aantal uren dat de vijf POH's-jeugd-GGZ werken varieert tussen de vier en acht uur, afhankelijk van de grootte van de praktijk. Er is één POH- GGZ die maar twee uur per week als POH-jeugd-GGZ werkt, omdat zij niet meer uren kon werken. Bovendien twijfelde men bij de praktijk of er wel voldoende vraag vanuit hun patiëntenpopulatie zou zijn naar het zorgaanbod voor kinderen met psychische klachten. Bij een andere praktijk werkt de POH-jeugd-GGZ in eerste instantie vier uur per week, maar dit kan eventueel nog uitgebreid worden naar acht uur per week bij voldoende patiënten. De functie van de POH-jeugd-GGZ is nog niet vastgelegd, en de achtergrond van de POH's-jeugd-GGZ verschilt dan ook. Zo zijn er een orthopedagoog, twee maatschappelijk werksters, een psycholoog en een sociaal psychiatrische hulpverlener die een opleiding tot POH-GGZ heeft gevolgd.

Tabel 2 Achtergrond deelnemende praktijken

Praktijk	Ingeschreven patiënten (totaal)	POH-GGZ in dienst	Is de POH-jeugd-GGZ dezelfde persoon als de POH-GGZ?	Aantal uren per week inzet POH-jeugd-GGZ	Achtergrond POH-jeugd-GGZ
1	4800	Ja	Ja	8	Maatschappelijk werk
2	4200	Ja	Nee	4-8	Maatschappelijk werk (jeugdzorg)
3	3950	Ja	Nee	4	Orthopedagoog
4	2863	Ja	Ja	2	Verpleegkundige/psycholoog
5	2700	Ja	Ja ¹	4	Sociaalpedagogische hulpverlening en opleiding POH-GGZ
6	3850	Ja	Ja	4	Sociaalpedagogische hulpverlening en opleiding POH-GGZ

3.1.2 Doelstellingen

Alle huisartsen en POH's-Jeugd-GGZ kunnen zich vinden in de doelstellingen van HenZ en de gemeente voor de pilot. Zij noemen zelf als belangrijke doelstelling vaak nog het aanbieden van laagdrempelige zorg van goede kwaliteit, en het zien van tevreden patiënten en ouders. Een andere doelstelling die genoemd wordt is het (verder) ontwikkelen van expertise op het gebied van jeugd GGZ binnen de praktijk, en het verbeteren van de kwaliteit van de triage.

3.1.3 Signalering, diagnostiek, behandeling, en verwijzingen

Binnen alle praktijken werd tot voor de pilot weinig op het gebied van behandeling van jeugd met psychosociale klachten gedaan. De patiënten tot 18 jaar met psychosociale klachten en hun ouders kregen vaak advies van de huisarts of kwamen soms bij de 'gewone' POH-GGZ op consult, maar werden meestal na een eerste (soms telefonisch) consult door de huisarts doorverwezen naar bijvoorbeeld basis GGZ, gespecialiseerde GGZ of jeugdzorg. De praktijken zijn van plan gebruik te maken van de mogelijkheid tot consultatie van psychiater, maar hebben dit in de beginfase van de pilot nog niet gedaan. In de beginfase van de pilot is HenZ nog bezig met het werven van een zorgverlener voor deze functie.

3.1.4 Ontwikkeling van het lokale jeugd GGZ netwerk

Het ontwikkelen van een lokaal jeugd GGZ netwerk is volgens de geïnterviewde zorgverleners in principe een van de taken van de POH-jeugd-GGZ (en minder van de

¹ Bij praktijken 5 en 6 was dezelfde POH-jeugd-GGZ werkzaam. Deze POH-jeugd-GGZ is in de eindfase van de pilot gestopt met de functie en door een andere POH-(jeugd-)GGZ vervangen.

huisarts). De meeste POH's-jeugd-GGZ zoeken vooral samenwerking met basisscholen in de buurt, en benaderen deze met een brief of via een persoonlijke afspraak. De basisscholen worden geïnformeerd over de pilot, en kunnen bij een vermoeden van psychische problematiek de kinderen naar de huisartspraktijk begeleiden. Meestal hebben de POH's-jeugd-GGZ contact met een maatschappelijk werker werkzaam op de scholen. Ook wil men contact zoeken met het sociaal team, consultatiebureau, peuterspeelzalen, en de jeugdartsen die op de basisscholen werken, maar dit is meestal nog niet gebeurd.

3.1.5 *Verwachte bevorderende en belemmerende factoren*

Als belemmerende factor vooraf aan de pilot wordt de tijd genoemd. Die is beperkt, en het kost juist tijd om de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk vorm te geven en het project meer bekendheid te geven, zodat patiënten weten dat ze bij de praktijk terecht kunnen. De zomervakantie speelt hierbij ook een rol, omdat gedurende deze maanden de basisscholen bijvoorbeeld gesloten zijn en de contacten met scholen juist wezenlijk geacht worden voor netwerkvorming. Aan de andere kant bestaat de mogelijkheid dat bij teveel vraag de POH-jeugd-GGZ onvoldoende capaciteit heeft. Verder noemt een huisarts het gegeven dat de praktijk in de stad gevestigd is als belemmerende factor. De patiënten van deze praktijk zijn verspreid over verschillende basisscholen, waardoor het niet haalbaar is en men het ook niet wenselijk vindt om al deze scholen in te lichten over de pilot. Een andere belemmerende factor die door twee huisartsen maar ook door de POH's-jeugd-GGZ genoemd wordt is het (nog) ontbreken van expertise op het gebied van de doelgroep. Niet alle POH's-jeugd-GGZ hebben een opleiding of ervaring op dit gebied, waardoor het voor hen soms moeilijk is om in te schatten wat zij wel en niet kunnen uitvoeren in de behandeling en zij hebben ook geen ervaring met het behandelen van deze groep. Een POH-jeugd-GGZ denkt dat zij hierdoor alsnog veel patiënten moet doorverwijzen. Een huisarts vraagt zich af of zij wel voldoende in staat is de problematiek te herkennen en uit te vragen. Een andere belemmerende factor is de roerige tijd rondom de transitie van de jeugdzorg, waardoor een POH-jeugd-GGZ denkt dat misschien niet alle betrokken partijen open staan voor (weer) een nieuw initiatief. Een ander gevaar is dat alle betrokken partijen binnen de jeugd GGZ teveel langs elkaar heen werken.

3.2 Interviews bij huisartspraktijken: tijdens en na afloop van de pilot

3.2.1 *Algemeen*

De pilot is over het algemeen naar tevredenheid verlopen. De huisartsen en POH's-jeugd-GGZ zijn enthousiast over het de manier van werken binnen de pilot. Zij hebben het idee dat ze beter uit de voeten kunnen met het herkennen, behandelen, en verwijzen van kinderen en jongeren met psychische klachten binnen de huisartspraktijk. Ze vinden dat de pilot goed georganiseerd is door HenZ. Alle zorgverleners zouden de zorggroep en gemeente adviseren om de pilot voort te zetten, als dat mogelijk zou zijn.

3.2.2 Doelstellingen

De gemeente en zorggroep hadden vier doelstellingen voor de pilot. De eerste doelstelling (in kaart brengen hoe de jeugd GGZ er binnen de huisartspraktijk uit kan zien) is volgens alle zorgverleners behaald. Zij zijn gedurende de pilot vertrouwd geraakt met de manier van werken met scharnierconsulten en een POH-jeugd-GGZ. Zij zijn tevreden over hoe de uitvoering van de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk is verlopen. Over het behalen van de tweede, derde en vierde doelstelling is men minder eensgezind. Aangaande de vraag of de huisartspraktijk de geschikte plaats is voor een rol binnen de jeugd GGZ is men niet volledig positief. Veel huisartsen vinden zelf wel dat de huisarts een centrale rol binnen de jeugd GGZ zou moeten spelen en dat de manier van werken binnen de pilot hiervoor een geschikte methode is. Men denkt echter dat voor anderen deze rol niet zo duidelijk is, ook door de komst van de sociale teams binnen de gemeentes. Hiermee hangt de vierde doelstelling samen: uitbreiding naar andere huisartsen of gemeentes is volgens de huisartsen en POH's-jeugd-GGZ (vooralsnog) niet aan de orde. De vraag is ook of alle huisartsen hiervoor open staan, omdat de werkdruk voor huisartsen al hoog is. De derde doelstelling (het ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken) is gedeeltelijk behaald. Vooral de samenwerking met basisscholen verliep naar tevredenheid. Wel geven bijna alle zorgverleners aan dat het ontwikkelen van een netwerk de nodige tijd kost, en dat de pilot wat dat betreft misschien aan de korte kant was. Een 'bijvangst' van de pilot is dat er contact is gelegd met gemeentes en bijvoorbeeld wethouders, en dat de huisartspraktijken direct betrokken zijn bij de transitie van de jeugdzorg.

De meeste doelstellingen die de zorgverleners zelf hadden voorafgaand aan de pilot zijn volgens hen behaald. Zij vinden dat ze laagdrempelige zorg zijn gaan aanbieden, vinden dat de kwaliteit van zorg verhoogd is, en dat de kwaliteit van de verwijzingen verbeterd is. Ook denken zij dat hun patiënten en hun ouders tevreden zijn over het zorgaanbod. Een andere doelstelling die bij aanvang van de pilot genoemd werd was het (verder) ontwikkelen van expertise op het gebied van jeugd GGZ bij een POH-jeugd-GGZ zonder opleiding of werkervaring specifiek voor jeugd. Deze doelstelling is wel gedeeltelijk behaald, maar de POH-jeugd-GGZ denkt achteraf gezien dat zij op dit punt misschien te hoge verwachtingen had. De bijeenkomsten van HenZ hebben haar wel geholpen bij het uitvoeren van de POH-jeugd-GGZ taken.

3.2.3 Signalering, diagnostiek, behandeling en verwijzingen

Het totaal aantal geïnccludeerde patiënten binnen de pilot (vanaf mei tot en met december 2014) varieert tussen de vijftien tot ruim twintig kinderen per praktijk, wat bij alle praktijken volgens de zorgverleners naar verwachting is (tabel 3). De doelstelling voor het aantal inclusies werd bij aanvang vastgesteld door HenZ, gebaseerd op de omvang van de praktijkpopulatie. Bij één praktijk vond men het een periode (halverwege de pilot) relatief rustig, omdat alle lopende trajecten waren afgerond. Als mogelijke reden hiervoor noemt men minder inclusies door de zomervakantie. In totaal zijn binnen de pilot ongeveer 110 kinderen geïnccludeerd. Zij hebben een Scharnierconsult bij de huisarts gehad. Daarnaast had ongeveer twee derde van hen één of meerdere gesprekken bij de POH-jeugd-GGZ. Het aantal kinderen dat naast het Scharnierconsult ook een consult bij de POH-jeugd-GGZ heeft varieert per praktijk; in de ene praktijk is dit ongeveer een derde van de kinderen, terwijl dit bij een andere praktijk

bijna alle kinderen zijn. Mogelijk hangt dit samen met de expertise op het gebied van jeugd bij de POH-jeugd-GGZ.

Tabel 3 Overzicht aantal inclusies pilot zoals gerapporteerd in interviews

Praktijk	Inclusies pilot	Scharnierconsult	Eén of meerdere consulten bij POH-jeugd-GGZ	Verwijzingen	Consultatie
1	20-30	Allen	Ongeveer driekwart	Ongeveer de helft	Eenmaal
2	20-22	Allen	Allen	De helft tot twee derde	Nee
3	17-20	Allen	Allen	3	Nee
4	15	Allen	Ongeveer 10	De meesten	Nee
5	16	Allen	Ongeveer 10	6	Nee
6	15	Allen	Ongeveer 5	Ongeveer 10	Nee

Zowel huisartsen als POH's-jeugd-GGZ hebben het idee dat er binnen de praktijk door de pilot meer aandacht is voor psychische problematiek bij jeugd, en dat men daardoor alerter is om deze te signaleren. Dit signaleren van kinderen met psychosociale klachten vindt bijvoorbeeld ook plaats via consulten van ouders. Alle huisartsen en POH's-jeugd zijn tevreden over de gang van zaken rondom de Scharnierconsulten. De huisartsen vinden het prettig om voldoende tijd te hebben om klachten uit te vragen, en de POH's-jeugd-GGZ vinden het prettig dat er vanuit het Scharnierconsult al veel voorinformatie over de aanwezige problematiek is. De meeste POH's-jeugd-GGZ zeggen voldoende tijd te hebben om hun werkzaamheden uit te voeren, al is er één POH-jeugd-GGZ die het moeilijk vindt om ook nog voldoende tijd vrij te maken voor de pilotbijeenkomsten in de avond. Dit komt mogelijk ook doordat de POH's-jeugd-GGZ vaak verschillende (deeltijd)banen met elkaar combineren. Omdat het in de beginfase van de pilot nog relatief rustig is qua inclusies van kinderen is er veel tijd om te investeren in het leggen van contacten met bijvoorbeeld de scholen in de buurt. Dit wordt als zeer prettig ervaren.

Bijna alle huisartsen en POH's-jeugd-GGZ hebben het vermoeden dat de pilot heeft geleid tot een afname van het aantal verwijzingen naar andere zorgverleners. Waar zij zichzelf eerst soms nog zagen als 'doorgeefluik' richting de gespecialiseerde GGZ bij jonge patiënten met psychische klachten, is er nu een mogelijkheid om hen, in ieder geval in eerste instantie, binnen de praktijk te behandelen. Wanneer er wel wordt verwezen, vindt men dat de kwaliteit van de verwijzingen sterk verbeterd is en er gerichter verwezen wordt. Wanneer er wel verwezen wordt, doet men dit meestal naar de basis-GGZ. Of een patiënt (volledig) binnen de huisartspraktijk behandeld kan worden lijkt sterk afhankelijk van de expertise en ervaring van de aanwezige POH-jeugd-GGZ. Zo heeft één POH-jeugd-GGZ met veel jeugdervaring zo goed als alle geïnccludeerde patiënten zelf behandeld, terwijl men bij andere praktijken vaak ongeveer de helft van de kinderen alsnog heeft doorverwezen.

Er nauwelijks gebruik gemaakt van het consulteren van de kinder- en jeugdpsychiater of gezinstherapeut. Eén huisarts heeft dit bij één patiënt gedaan (tijdens een bijeenkomst

van HenZ), en vond dit wel meerwaarde hebben. De huisartsen en POH's-jeugd-GGZ zeggen de mogelijkheid om te consulteren wel prettig te vinden, maar het niet nodig gehad te hebben (bijvoorbeeld omdat er geen sprake was van complexe problematiek). De consultatiemogelijkheid was niet vanaf de start van de pilot beschikbaar (omdat er nog geschikte personen werden gezocht). Mogelijk is hier (deels) aan te wijten dat men niet snel geneigd was te consulteren. Aan de andere kant lijkt de drempel niet te hoog om advies in te winnen, maar lijkt er simpelweg weinig behoefte aan te zijn. Er zijn niet veel kinderen met psychiatrische problematiek. Ook gebruiken sommige zorgverleners contacten uit hun eigen (bestaande) netwerk ter consultatie, bijvoorbeeld een psycholoog uit de basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ.

3.2.4 Ontwikkeling van het lokale jeugd GGZ netwerk

De POH's-jeugd-GGZ bouwden vooral contacten op met de basisscholen in de buurt, behalve de POH-jeugd-GGZ van de praktijk in de stad. Eén POH-jeugd- GGZ heeft ook contact met een peuterspeelzaal en een contactpersoon bij leerplicht in de regio in de hoop de bekendheid van de pilot te vergroten. Een andere POH-jeugd- GGZ heeft contact met maatschappelijk werk. Een huisarts vindt het leggen van contacten met jeugdartsen belangrijk, maar heeft hier weinig tijd voor gehad. Het kost ook veel tijd om uit te zoeken welke artsen op welke school werken. Een andere POH-jeugd-GGZ heeft wel contact gehad met jeugdartsen, maar had tijdens de pilot het idee dat zij vonden dat ze hetzelfde werk al deden, en dat zij niet de behoefte hadden om door te verwijzen naar de huisartspraktijk. Later verliep het contact beter en werd er ook een kind door een jeugdarts naar de huisartspraktijk doorverwezen. Een partij binnen de jeugd GGZ die veel genoemd wordt zijn de (ook in ontwikkeling zijnde) sociale wijkteams. Hier heeft men nog weinig contact mee, terwijl er wel het idee is dat er overlap is tussen het werk wat zij doen en wat men binnen de pilot doet. De teams gingen vaak pas functioneren in de fase dat de pilot juist werd afgerond.

3.2.5 Bevorderende en belemmerende factoren

Als succesfactor binnen de pilot wordt vaak de tevredenheid van patiënten en ouders genoemd (zie ook 3.6). Men heeft het idee dat zij zich goed en snel geholpen voelen en dat men het prettig vindt dat er ruim de tijd voor ze genomen wordt. Voor sommige mensen lijkt de drempel voor behandeling binnen de praktijk minder hoog dan wanneer men bijvoorbeeld verwezen zou moeten worden naar een GGZ-instelling. Eén POH-jeugd-GGZ vindt het prettig dat er een vast overlegtijdstip is met de huisarts, wat een goede samenwerking bevordert. Ook het enthousiasme van de deelnemende praktijken en de uitwisseling van ervaringen in de bijeenkomsten van HenZ worden als bevorderende factoren genoemd door veel zorgverleners.

Een POH-jeugd-GGZ noemt als belemmerende factor het gegeven dat niet al het (diagnostisch) onderzoek, bijvoorbeeld een intelligentietest, bij haar vergoed wordt vanuit de zorgverzekering, omdat zij geen psycholoog is. Ook worden niet alle onderzoeken vergoed wanneer er geen sprake is van (een vermoeden op) een diagnose. Op basisscholen kan zo'n onderzoek soms wel (vergoed) worden gedaan, waardoor een kind vanuit de huisartspraktijk soms weer daar naar toe moet worden verwezen.

Bij één praktijk wordt het gegeven dat er een kinderpsycholoog werkzaam is genoemd als zowel bevorderende als belemmerende factor. Haar aanwezigheid draagt bij aan de

kwaliteit van de zorg, omdat zij ook betrokken wordt bij de beslissing over de behandeling. Deze behandeling wordt vervolgens soms uitgevoerd door de POH-jeugd-GGZ. Aan de andere kant zijn volgens de huisarts hierdoor waarschijnlijk al veel kinderen met psychische klachten gesignaleerd en behandeld voorafgaand aan de pilot, hetgeen verklaart dat er minder inclusies waren tijdens de pilot.

Een belangrijke belemmerende factor binnen de pilot is het ontbreken van expertise op het gebied van jeugd GGZ bij de huisarts en de POH-jeugd-GGZ. Niet alle POH's-jeugd-GGZ hebben ervaring op het gebied van jeugd, waardoor wat zij kunnen betekenen in diagnostiek en behandeling soms maar beperkt is. Ook opnieuw worden de beperkte tijdsduur van het project, de relatief rustige zomervakantie, en het minder eenvoudig samenwerken kunnen zoeken met de vele verschillende scholen rondom de stadspraktijk genoemd als belemmerende factoren. Verder noemt een huisarts nog dat de inclusie van patiënten in het dorp misschien wat lastiger is, omdat mensen hier geneigd zijn problemen zelf op te willen lossen en minder snel naar de huisarts gaan. Sommige praktijken vinden dat het lang onduidelijk blijft of de pilot een vervolg zal krijgen. Men vraagt zich af hoe lang men nieuwe patiënten kan blijven includeren en men met nieuwe trajecten kan blijven starten.

Een andere belemmerende factor is de roerige tijd rondom de transitie. Sommige zorgverleners hebben het idee dat partijen die een rol spelen binnen het lokale netwerk (of dit zouden moeten doen) minder open staan voor een (nieuw) samenwerkingsverband. Verder is de pilot volgens veel zorgverleners te kort om echt grote veranderingen teweeg te brengen.

3.3 Interview bij de gemeente na afloop van de pilot

De pilot heeft volgens de gemeente de jeugd GGZ expertise bij deelnemende huisartspraktijken vergroot. De deelnemende praktijken hebben daarnaast meer contacten binnen het jeugd GGZ netwerk en weten beter de weg in het veld van de jeugd GGZ. Bevorderende factoren voor het goed verlopen van de pilot waren een gezamenlijk doel van gemeente en huisartsen en transparantie in de samenwerking. Een aandachtspunt was het op gang komen van de pilot. Mogelijk is er in de opstartfase (kostbare) tijd verloren gegaan. Ook had er eerder contact gelegd kunnen worden met de zorgverzekeraar. Dit is nu pas in de eindfase gedaan (ongeveer in oktober). Of de pilot een vervolg zal krijgen hangt af van de meerwaarde van de POH-jeugd-GGZ. Het is voor de gemeente in de eindfase van de pilot nog niet voldoende duidelijk wat een extra investering op dit gebied uiteindelijk zal opleveren. Het is nog niet duidelijk hoe het aanbod van Scharnierconsulten en de inzet van de POH-jeugd-GGZ gefinancierd zouden moeten worden (vanuit de gemeente of door de zorgverzekeraar). Er is twijfel of het wijkteam en de POH-jeugd-GGZ wel tegelijkertijd bestaansrecht hebben. Mogelijk doen zij hetzelfde werk, omdat er ook een coördinator in het sociale team zit die het contact met de huisartspraktijk kan onderhouden. De gemeente heeft de pilot ervaren als een manier om samen met de zorggroep en huisartsen te pionieren op het gebied van de jeugd GGZ.

3.4 Registraties

3.4.1 Algemeen

Op basis van geregistreerde gegevens van huisartsen is vastgesteld hoeveel patiënten met psychische klachten er voor en tijdens de pilot binnen de huisartspraktijk werden gezien, behandeld met psychofarmaca, en verwezen naar andere zorgverleners. Op deze manier werd in kaart gebracht hoe de jeugd GGZ er binnen de deelnemende huisartspraktijken voorafgaand en tijdens de pilot was ingericht. De pilot startte halverwege kwartaal twee van 2014 en liep tot en met kwartaal vier van 2014.

In tabel 4 is een overzicht te vinden van de ingeschreven patiënten per praktijk van 0 tot en met 18 jaar. De deelnemende praktijken zijn iets minder stedelijk dan het Nederlandse gemiddelde. Bij de zes praktijken samen stonden in ieder jaar ongeveer 5.000 patiënten van 0 tot en met 18 jaar ingeschreven.

Tabel 4 Ingeschreven patiënten 0 tot en met 18 jaar bij de zes huisartspraktijken die deelnamen aan de pilot

	2013				2014		
	Stedelijk- heid	Ingeschreven patiënten (0 t/m 18 jaar)	♂ (%)	Leeftijd (m, SD)	Ingeschreven patiënten (0 t/m 18 jaar)	♂ (%)	Leeftijd (m, SD)
Praktijk 1	5	n=1155	48	9,2 (5,3)	n=1199	49	9,3 (5,4)
Praktijk 2	5	n=1088	53	9,3 (5,2)	n=1084	53	9,3 (5,3)
Praktijk 3	3	n=936	53	9,1 (5,4)	n=933	52	8,9 (5,3)
Praktijk 4	2	n=550	52	8,7 (5,6)	n=581	51	8,5 (5,7)
Praktijk 5	5	n=602	47	9,2 (5,2)	n=613	47	9,0 (5,2)
Praktijk 6	5	n=896	51	9,5 (5,5)	n=872	51	9,4 (5,5)

3.4.2 Signalering van psychosociale problemen

In tabel 5 is weergegeven hoeveel patiënten contact hadden met de huisarts(praktijk) in verband met psychische of sociale problemen in de 2013 en 2014. In totaal hadden ongeveer ieder kwartaal twintig per duizend ingeschreven 0- tot 19-jarige patiënten van de zes deelnemende praktijken contact met de huisarts in verband met psychosociale problemen. Dit was meestal in verband met gedragsproblemen, zoals overactief zijn, leerproblemen of emotionele problemen. Het aantal kinderen en jongeren met psychische klachten lijkt vooral hoog in kwartaal twee en vier van 2014. Vooral overige

psychische problemen lijken dan vaker geconstateerd te worden bij de deelnemende huisartspraktijken.

Tabel 5 Aantal patiënten met psychische of sociale problemen per 1.000 ingeschreven patiënten van 0 tot en met 18 jaar in 2013 en 2014

Jaar	2013				2014			
Kwartaal	1	2	3	4	1	2 ²	3	4
Enuresis (P12)	1,6	2,0	1,0	1,9	1,0	1,6	0,8	1,3
Overactief kind (P21)	5,7	3,4	2,7	2,7	5,5	4,8	3,1	5,1
Gedrags- of emotionele problemen (P22)	2,3	1,4	2,6	2,1	3,2	4,0	5,1	5,9
Leer- of ontwikkelingsproblemen (P24)	2,1	2,3	1,0	1,2	2,2	2,4	0,8	1,7
Overig psychische problemen (P99)	1,1	0,6	0,4	1,4	2,0	0,4	1,0	1,8
Anders psychisch (P01 t/m P98, behalve de hierboven genoemde problemen)	7,3	5,6	4,7	7,5	7,1	7,6	5,9	9,1
Relatieproblemen (ouders/familie) (Z20)	0,5	0,1	0,6	0,4	0,2	1,2	0,6	0,6
Ziekte ouders/familie (Z22)	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
Verlies ouders/familie (Z23)	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,4
Anders sociaal (Z01 t/m Z28, behalve de hierboven genoemde problemen)	0,9	1,0	0,9	1,2	0,8	0,8	1,2	1,0
Totaal patiënten	21,8	16,6	14,4	18,2	22,3	23,0	18,8	26,9

In tabel 6 is een overzicht gegeven van de aantallen consulten die plaatsvonden bij jeugd met psychosociale problematiek, uitgesplitst naar zorgverlener (huisarts, POH-GGZ of POH-jeugd-GGZ) en type consult (standaard, lang, telefonisch, of Scharnierconsult). Er werden bij de deelnemende praktijken in de onderzochte periode geen (huis)visites door huisarts of POH-GGZ geregistreerd in verband met psychosociale klachten bij jeugd. Elk kwartaal vinden ongeveer twintig tot dertig consulten plaats in verband met psychosociale problemen per duizend ingeschreven patiënten tussen de 0 en 19 jaar. Zij hebben meestal een standaard consult (tien minuten) of een uitgebreid consult (tien tot twintig minuten) bij de huisarts. Minder vaak is er telefonisch contact met de huisarts. Bij de POH-GGZ worden vooral lange consulten (langer dan twintig minuten) geregistreerd. Het aantal consulten bij de POH-GGZ is relatief laag ten opzichte van de consulten bij de huisarts. Dit komt ook doordat in 2013 en 2014 nog niet bij alle

² In kwartaal twee tot en met vier van 2014 vond de pilot plaats. Deze kwartalen zijn in alle tabellen blauw gearceerd.

deelnemende praktijken een POH-GGZ werkzaam was³. Het totaal aantal reguliere consulten (Scharnierconsulten en consulten bij de POH-jeugd-GGZ uitgesloten) lijkt hoger tijdens de pilot ten opzichte van voor de pilot, maar dit verschil is niet significant ($p>0,05$).

Tabel 6 Aantal consulten bij huisarts of POH-GGZ in verband met psychosociale problemen per 1.000 ingeschreven patiënten van 0 tot en met 18 jaar in 2013 en 2014

Jaar	2013				2014			
Kwartaal	1	2	3	4	1	2	3	4
Huisarts consult	10,3	8,0	7,4	9,5	9,3	10,6	9,5	11,1
Huisarts consult (lang)	7,8	7,2	6,9	7,2	8,1	9,6	6,4	10,1
Telefonisch consult huisarts	3,2	2,6	2,5	3,5	5,1	5,2	4,1	5,0
Scharnierconsult ⁴	-	-	-	-	-	4,4	3,2	3,2
POH-GGZ consult	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
POH-GGZ consult (lang)	1,4	1,2	0,4	1,2	2,4	1,4	1,4	3,6
Telefonisch consult POH-GGZ	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2
Consult POH-jeugd-GGZ*	-	-	-	-	-	3,2	3,1	4,6
Totaal consulten	22,9	19,0	17,4	21,6	24,9	34,8	27,7	37,8

Het totale aantal reguliere consulten (zonder Scharnierconsulten of consulten bij de POH-jeugd-GGZ) dat is ingezet in 2013 en 2014 bij jeugd met psychosociale problemen verschilt significant per praktijk ($p<0,01$). Bij sommige praktijken vinden meer consulten

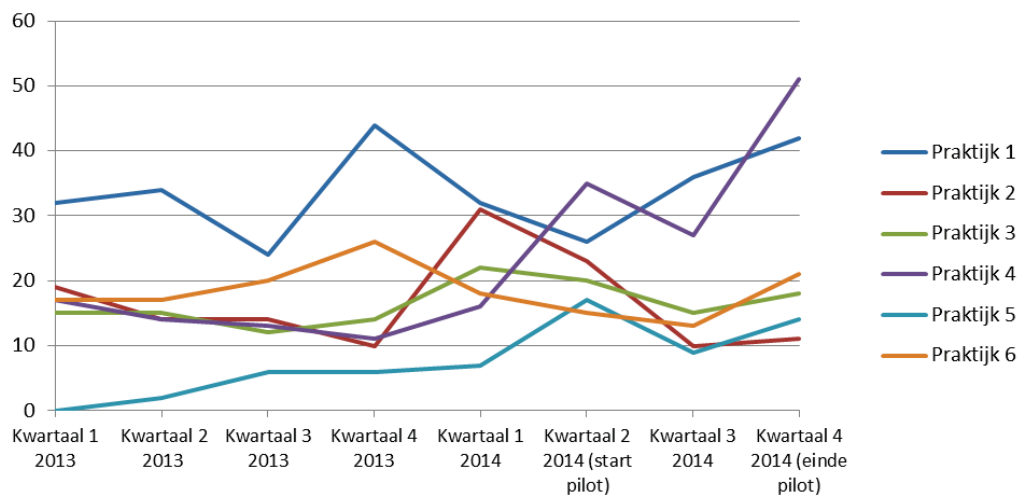
³ Bij slechts één praktijk werden consulten bij de POH-GGZ sinds begin 2013 geregistreerd, wat betekent dat er toen in ieder geval al een POH-GGZ bij de praktijk werkzaam was. De consulten moeten namelijk geregistreerd worden om vergoeding te krijgen vanuit de zorgverzekeraar. Bij twee andere praktijken worden consulten bij de POH-GGZ pas sinds halverwege 2014 geregistreerd. De andere drie praktijken registreerden in 2013 niet of nauwelijks POH-GGZ consulten, waarschijnlijk omdat er toen nog geen POH-GGZ bij de praktijk werkzaam was. Voor deze praktijken is de pilot de eerste kennismaking met de POH(-jeugd)-GGZ.

⁴ Scharnierconsulten en consulten bij de POH-jeugd-GGZ vonden alleen tijdens de pilot plaats (in de laatste drie kwartalen van 2014). Omdat de Scharnierconsulten niet vergoed werden door de zorgverzekeraar (maar vanuit de pilot), waren de zorgverleners niet genoodzaakt deze in hun digitale registratiesysteem vast te leggen. De Scharnierconsulten en consulten bij de POH-jeugd-GGZ werden door zes respectievelijk drie praktijken (in ieder geval gedeeltelijk) geregistreerd. De hier weergegeven aantallen geven daardoor een onderschatting. Grofweg geschat lijkt het aantal geregistreerde Scharnierconsulten ongeveer de helft van wat men in de interviews aangaf. De consulten bij de POH-jeugd lijken nog minder vaak geregistreerd. De interviews afgenomen voor dit project geven daarom een vollediger beeld van de aantallen Scharnierconsulten en de uren inzet van de POH-jeugd-GGZ (zie ook 3.3). Om een compleet beeld te geven worden de geregistreerde Scharnierconsulten en consulten POH-jeugd-GGZ hier toch weergegeven.

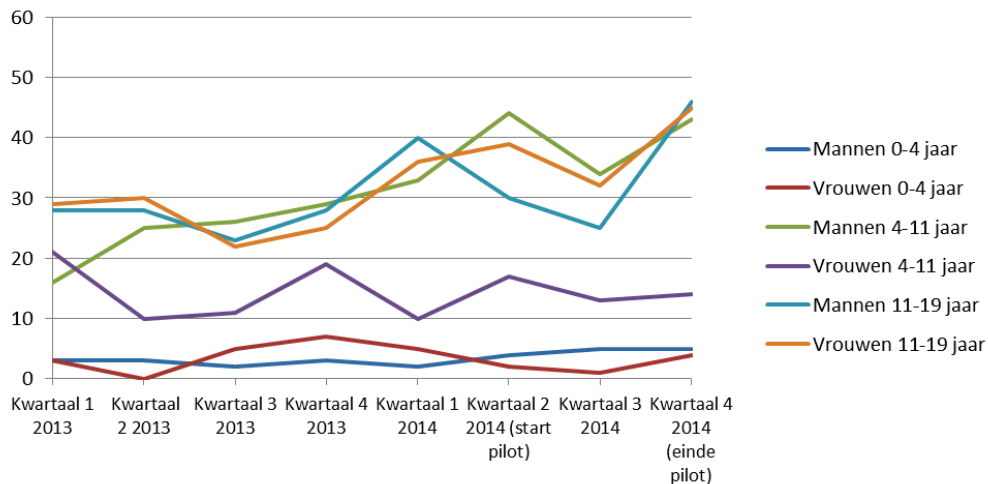
bij jeugd met psychosociale problemen plaats dan bij andere praktijken. Dit wordt (gedeeltelijk) verklaard door een verschil in omvang van de praktijken (zie ook tabel 4). Wanneer het totaal aantal reguliere consulten weergegeven wordt per praktijk (grafiek 1), zien we dat bij vier van de zes praktijken het aantal reguliere consulten lijkt te dalen in het eerste twee kwartaal van de pilot ten opzichte van het voorgaande kwartaal. Mogelijk worden de 'reguliere' consulten in deze periode vervangen door Scharnierconsulten en door de inzet van de POH-jeugd-GGZ. In het tweede kwartaal van de pilot neemt het aantal reguliere consulten bij de meeste (vijf) praktijken (verder) af. In het laatste pilot-kwartaal neemt het aantal consulten bij alle praktijken (weer) toe. Mogelijk worden de consulten bij de POH-jeugd-GGZ en de Scharnierconsulten dan weer vervangen door 'reguliere' consulten. Uit tabel 6 blijkt echter dat de consulten bij de POH-bij de praktijken die ze registreerden tijdens het laatste kwartaal van de pilot niet afnamen, maar eerder lijken toe te nemen. Het is dus ook mogelijk dat alertheid binnen de praktijken op jeugd met psychische klachten tijdens de pilot heeft geleid tot een grotere inzet van reguliere consulten. Wel moet worden opgemerkt dat het aantal consulten per praktijk relatief veel varieert over de verschillende kwartalen, ook voorafgaand aan de pilot.

Het aantal reguliere consulten verschilt significant per categorie van geslacht en leeftijd ($p < 0,01$). Wanneer het aantal reguliere consulten wordt uitgesplitst naar deze categorieën (grafiek 2), zien we een patroon vergelijkbaar met dat per praktijk: tijdens de pilot in eerste instantie een afname van reguliere consulten, maar daarna weer een toename.

Grafiek 1 Aantal reguliere consulten bij 0- tot en met 18-jarigen in verband met psychosociale problemen per praktijk



Grafiek 2 Aantal reguliere consulten bij 0- tot en met 18-jarigen in verband met psychosociale problemen per geslacht en leeftijdscategorie



3.4.3 Behandeling van psychosociale problemen

In tabel 7 is een overzicht te vinden van voorgeschreven psychofarmaca bij patiënten van 0 tot en met 18 jaar in alle kwartalen van 2013 en 2014. De meest voorgeschreven middelen zijn psychostimulantia. Het totale aantal patiënten dat psychofarmaca voorgeschreven krijgt lijkt iets hoger te liggen tijdens de pilot in vergelijking met de voorgaande kwartalen. Dit verschil is echter niet significant ($p > 0,05$)

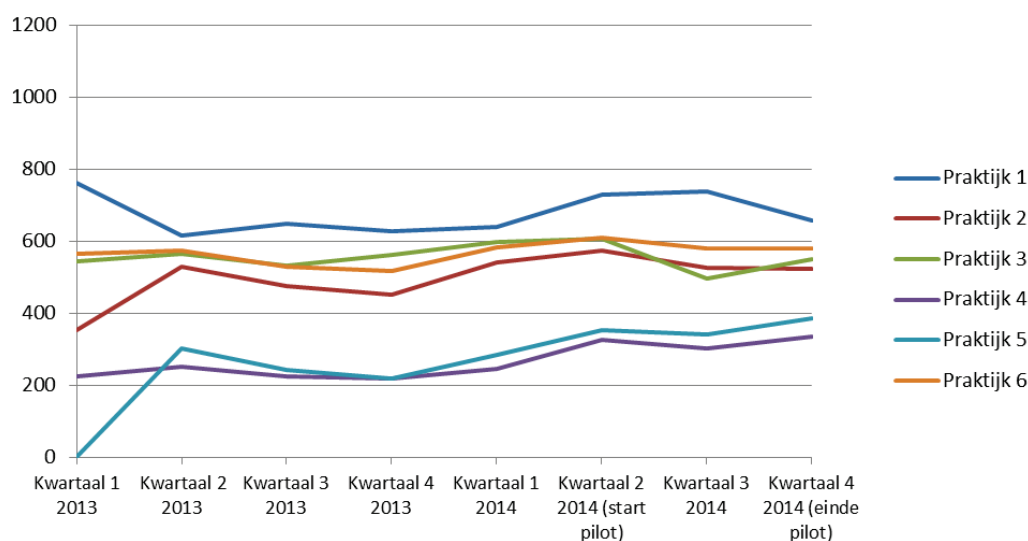
Het totale aantal prescripties psychofarmaca verschilt tussen de deelnemende praktijken ($p < 0,01$).

In grafiek 3 zijn de totale aantallen voorschriften psychofarmaca uitgesplitst naar praktijk. In de meeste praktijken stijgen de voorgeschreven psychofarmaca gedurende 2013 en tijdens het eerste kwartaal van 2014, om daarna af te nemen tijdens de eerste periode van de pilot. In het laatste kwartaal van 2014 lijkt er weer sprake te zijn van een stijging. Het totale aantal prescripties verschilt significant ($p < 0,01$) per geslacht en leeftijdscategorie (grafiek 4).

Tabel 7 Aantal patiënten⁵ bij wie (minimaal één keer) psychofarmaca zijn voorgeschreven per 1.000 ingeschreven patiënten van 0 tot en met 18 jaar in 2013 en 2014

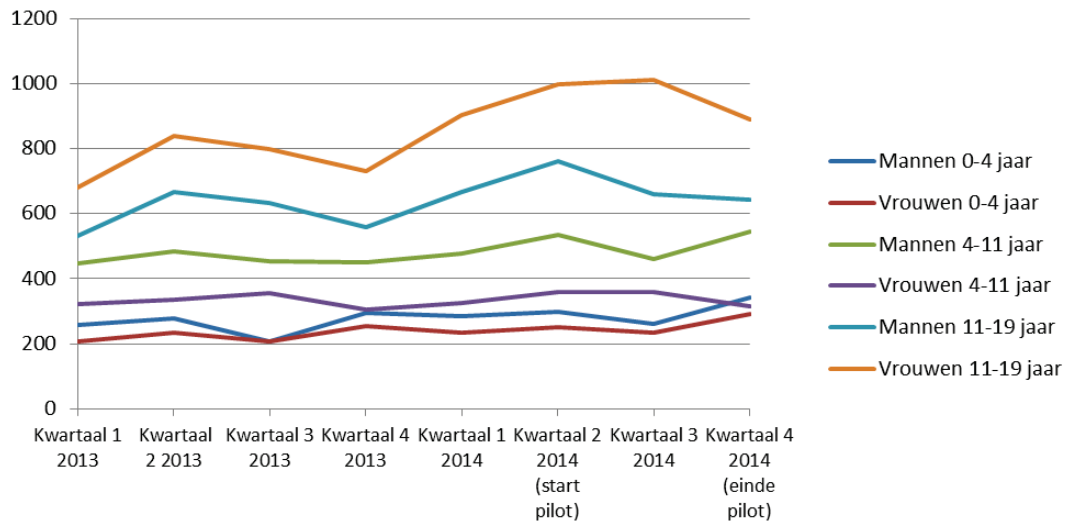
Jaar	2013				2014			
Kwartaal	1	2	3	4	1	2	3	4
Psychostimulantia	22,3	24,4	21,8	23,1	25,9	24,6	23,1	26,8
Analgetica	8,3	3,8	5,8	5,5	6,7	5,8	4,8	5,6
Antipsychotica	3,4	3,0	2,7	3,3	3,8	4,1	3,9	3,8
Anti-epileptica	2,8	2,5	2,6	2,7	3,5	3,2	3,7	3,1
Anesthetica	2,5	4,3	4,1	2,2	2,2	2,4	2,7	1,7
Antidepressiva	1,4	0,8	1,2	1,7	1,7	1,0	1,2	1,0
Anxiolytica	1,4	0,8	0,7	0,9	1,4	0,8	1,0	0,8
Hypnotica en sedentiva	0,7	0,6	0,0	1,2	3,4	5,6	4,5	4,8
Overig	0,2	0,2	0,2	0,8	0,0	1,0	0,4	1,0
Totaal patiënten	39,1	37,8	36,1	37,2	42,6	41,3	38,6	43,4

Grafiek 3 Aantal prescripties psychofarmaca bij 0- tot en met 18-jarigen per praktijk



⁵ Bij consulten en verwijzingen zijn aantallen patiënten met psychosociale problemen die in het HIS waren geregistreerd weergegeven. Omdat bij voorgeschreven medicatie niet altijd een diagnose werd geregistreerd en de definitie van psychofarmaca al aangeeft dat het (vaak) om psychische problemen gaat, is ervoor gekozen in de tabellen en grafieken over prescripties alle patiënten weer te geven, en niet alleen patiënten te selecteren met geregistreerde psychosociale problemen.

Grafiek 4 Aantal prescripties psychofarmaca bij 0- tot en met 18-jarigen per geslacht en leeftijdscategorie



3.4.4 Verwijzing van psychosociale problemen

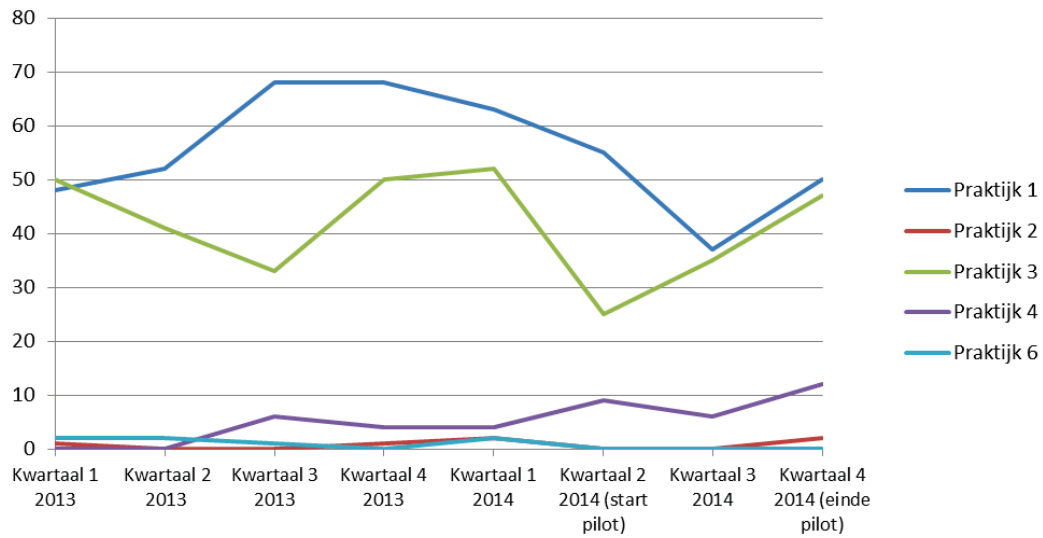
Tabel 8 geeft een overzicht van alle jonge patiënten met psychosociale problemen die in 2013 en 2014 door de zes deelnemende huisartsen zijn verwezen naar andere zorgverleners. Meestal verwees de huisarts naar een psycholoog of psychiater werkzaam in de gespecialiseerde GGZ. Het totaal aantal verwezen patiënten lijkt iets af te nemen na de start van de pilot (in kwartaal twee en drie van 2014), maar neemt daarna weer toe. Deze afname lijkt vooral toe te schrijven aan minder verwijzingen naar psychologen uit de basis-GGZ. Naar deze discipline worden in kwartaal twee en drie van 2014 geen kinderen verwezen bij de zes deelnemende praktijken. Het totaal aantal verwijzingen lijkt tijdens de pilot gemiddeld iets lager dan voor de pilot, maar dit verschil is niet significant ($p < 0,01$).

Tabel 8 Aantal patiënten met psychosociale problemen dat is verwezen per 1.000 ingeschreven patiënten van 0 tot en met 18 jaar in 2013 en 2014, per kwartaal

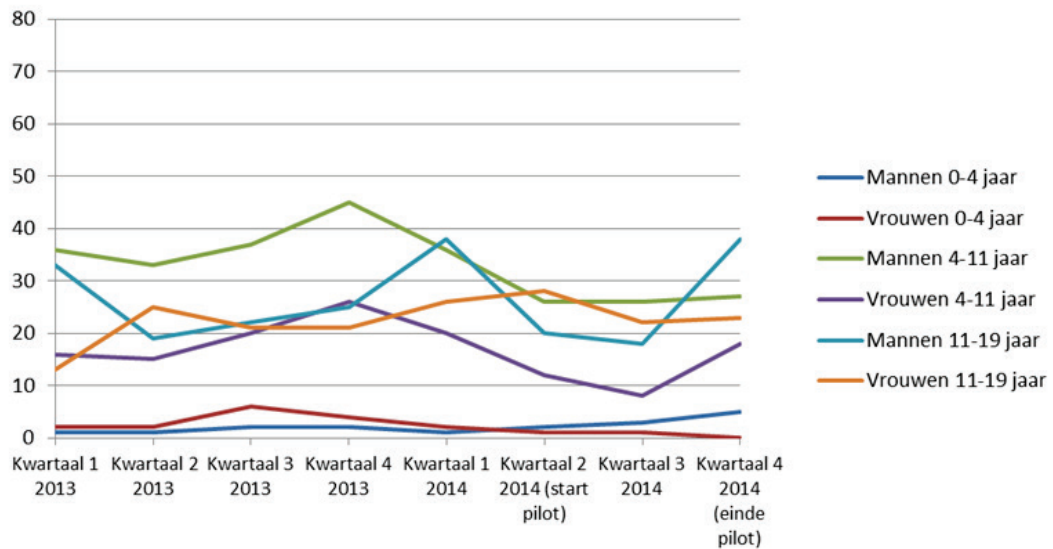
Jaar	2013					2014		
Kwartaal	1	2	3	4	1	2	3	4
Psycholoog								
(gespecialiseerde GGZ)	4,1	3,6	4,5	2,3	3,8	2,6	2,1	3,0
Psychiatrie	3,0	1,6	1,8	3,5	2,2	1,8	1,7	2,1
Psycholoog (basis-GGZ)	1,1	1,0	1,2	1,2	0,6	0,0	0,0	0,8
Psychotherapie	0,0	0,2	1,0	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2
Maatschappelijk werk	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6
Fysiotherapie	1,6	0,6	0,6	0,2	1,2	0,8	1,6	0,8
Pediatrie	0,7	1,0	0,7	1,0	0,8	0,6	1,0	0,8
Logopedie	2,8	2,8	3,8	2,4	1,8	1,0	1,0	1,5
Jeugdgezondheidszorg	0,2	0,2	0,6	1,4	0,6	0,4	0,6	0,0
Orthopedagogie	0,2	0,2	0,6	0,4	0,2	0,6	0,0	0,0
Overig	0,5	0,6	0,6	1,3	1,0	0,8	0,6	1,1
Onbekende discipline/niet geregistreerd	6,4	5,3	3,9	6,2	7,1	6,6	3,7	7,2
Totaal patiënten	20,6	17,6	19,5	20,1	19,2	15,5	12,8	18,0

Wanneer de verwijsgegevens worden uitgesplitst naar praktijk (grafiek 5), zien we dat in sommige praktijken maar weinig verwijzingen lijken voor te komen. Het aantal verwijzingen verschilt significant per praktijk ($p < 0,05$). Mogelijk worden niet alle verwijzingen in deze praktijken correct geregistreerd. Hierdoor zijn de aantallen in tabel 8 waarschijnlijk een onderschatting van de in werkelijkheid verwezen aantallen patiënten. Bij de twee praktijken waar relatief veel verwijzingen worden geregistreerd, zien we een daling in het aantal verwijzingen in kwartaal twee en drie van 2014 (tijdens de pilot). Men verwijst in deze praktijken in kwartaal vier (de laatste fase van de pilot) van 2014 weer wel meer jeugd met psychosociale problemen. Het totaal aantal verwijzingen van jeugd met psychosociale klachten verschilt significant ($p < 0,01$) tussen de onderscheiden geslacht en leeftijdscategorieën. Vooral 0-4-jarigen lijken weinig te worden verwezen (grafiek 6). De meeste groepen worden tijdens de eerste fase van de pilot minder vaak doorverwezen, maar het aantal verwijzingen lijkt tijdens de laatste fase van de pilot weer toegenomen.

Grafiek 5 Aantal verwezen 0- tot en met 18- jarigen met psychosociale problemen per praktijk



Grafiek 6 Aantal verwezen 0- tot en met 18- jarigen met psychosociale problemen per geslacht en leeftijdscategorie



3.5 Vragenlijsten ouders en kinderen

3.5.1 Respons

De vragenlijsten werden ingevuld en teruggestuurd door 28 ouders (meestal de moeder, 89%) en 7 kinderen van twaalf jaar of ouder (totaal n=35). In totaal zijn er ongeveer 100 patiënten geïnccludeerd binnen de pilot, dus bij ongeveer een derde daarvan vulde ouder of kind een vragenlijst in. De patiënten (n=32) waren gemiddeld 9,6 jaar oud (SD=4,2), en ongeveer de helft van hen was een jongen (56%). Op basis van geboortedatum en geslacht van het kind konden de kinder- en oudervragenlijsten aan elkaar gekoppeld worden. Bij drie van de zeven kinderen werd ook door een ouder een vragenlijst ingevuld. Bij deze patiënten wordt in onderstaande resultaten hun eigen ervaring weergegeven. Dit betekent dat in totaal voor 32 patiënten in ieder geval één vragenlijst werd ingevuld.

3.5.2 De huisarts

De meeste kinderen en/of ouders van een kind met psychische problemen hebben een of meerdere gesprekken gehad met de huisarts binnen de praktijk (n=26; 81%). Hun beoordeling van de gesprekken met de huisarts was overwegend positief (zie tabel 9). Zij gaven hem of haar gemiddeld een cijfer van 7,8 (SD=1,6). Men was vooral tevreden over de tijd die de huisarts aan het gesprek besteedde en had het gevoel dat men serieus genomen werd.

Tabel 9 Evaluatie van gesprekken met de huisarts door kinderen met psychische klachten of hun ouders (n=26)

	N.v.t (%)	Nooit (%)	Soms (%)	Meestal (%)	Altijd (%)
Nam de huisarts u serieus?	0	0	4	16	80
Legde de huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	8	0	0	38	54
Besteedde de huisarts genoeg tijd aan het gesprek?	0	0	0	8	92
Was de huisarts deskundig?	4	0	4	15	77
Waren de adviezen van de huisarts bruikbaar in uw thuissituatie?	27	4	16	19	35
Gaf de huisarts een goed antwoord op uw vragen?	8	0	12	19	62

3.5.3 De POH-jeugd-GGZ

Ook de over de gesprekken met de POH-jeugd-GGZ waren de meeste patiënten of ouders tevreden (tabel 10). Bij 90% (n=29) waren er een of meerdere gesprekken geweest met de POH-jeugd-GGZ. De gesprekken bij de POH-jeugd-GGZ waardeerde men

met een gemiddeld cijfer van 8,3 (SD=1,0). De meeste patiënten en/of ouders (76%) hadden één tot vijf gesprekken met de POH-jeugd-GGZ (M=2,6; SD=1,2). De rest van de patiënten (24%) had meer dan vijf gesprekken. De meeste patiënten en ouders vonden dat zij precies voldoende gesprekken hadden gehad met de POH-GGZ (89%). Slechts een klein gedeelte vond dat zij te weinig gesprekken met de POH-jeugd-GGZ hadden gehad (11%). Men was vooral tevreden over hoe serieus men genomen werd, de begrijpelijke manier van uitleggen van de POH-jeugd-GGZ, en de tijd die hij of zij besteedde aan de gesprekken.

Tabel 10 Evaluatie van gesprekken met de POH-jeugd-GGZ door kinderen met psychische klachten of hun ouders (n=29)

	N.v.t. (%)	Nooit (%)	Soms (%)	Meestal (%)	Altijd (%)
Nam de jeugdhulpverlener u serieus?	0	0	0	4	96
Legde de jeugdhulpverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0	0	0	11	89
Besteedde de jeugdhulpverlener genoeg tijd aan de gesprekken?	0	0	4	7	89
Was de jeugdhulpverlener deskundig?	0	0	0	24	76
Waren de adviezen van de jeugdhulpverlener bruikbaar in uw thuissituatie?	11	4	14	29	43
Gaf de jeugdhulpverlener een goed antwoord op uw vragen?	0	0	7	32	61

3.5.4 Verwijzingen

Van alle deelnemers is bijna de helft (45%) door de huisarts of POH-jeugd-GGZ behandeld binnen de huisartspraktijk. Evenveel patiënten (45%) zijn doorverwezen, meestal naar de basis-GGZ of een GGZ-instelling. Bij 10% van de patiënten bleek behandeling of doorverwijzing na onderzoek niet (meer) nodig. Geen enkele patiënt is niet doorverwezen, terwijl hij of zij of een ouder dit wel nodig vond. Bijna alle patiënten en/of ouders (97%) vonden het prettig dat zij hun probleem binnen de huisartspraktijk konden bespreken. Slechts één kind had zijn of haar problemen liever met een hulpverlener buiten de huisartspraktijk willen bespreken.

4 Conclusies en discussie

4.1 Zijn de doelstellingen voor de pilot behaald?

(1) Vormgeven van de jeugd GGZ in de huisartspraktijk.

Het onderzoek heeft een goed beeld opgeleverd van de GGZ die binnen de onderzochte huisartsenpraktijken aan kinderen en jeugdigen wordt geleverd. Zowel zorgverleners als patiënten en ouders waren tevreden over het zorgaanbod. Per praktijk zijn vijftien tot ruim twintig kinderen met psychische problemen geconsulteerd tijdens een Scharnierconsult. Ongeveer twee derde van hen heeft één of meerdere gesprekken bij de POH-jeugd-GGZ gehad. De geregistreerde cijfers laten zien dat het totale aantal consulten in verband met psychische problematiek bij jeugd binnen de deelnemende huisartspraktijken stijgt nadat de POH-jeugd-GGZ haar intrede heeft gedaan. Het aantal patiënten dat na een consult bij de POH-jeugd-GGZ nog wordt doorverwezen varieert sterk per praktijk van bijna geen patiënten tot meer dan de helft. Dit aantal lijkt sterk afhankelijk van de kennis en werkervaring van de inzetbare POH-jeugd-GGZ. Bij de meeste praktijken kon volgens de zorgverleners ongeveer de helft van alle patiënten door de POH-jeugd-GGZ (volledig) behandeld worden. Uit de vragenlijst voor patiënten en ouders komen dezelfde aantallen naar voren. Cijfers uit de registratiesystemen laten verder zien dat de aantallen verwijzingen vanuit de deelnemende huisartspraktijken vooral in de eerste helft van de pilot lijken af te nemen, maar daarna weer toenemen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men in de eindfase van de pilot (weer) terughoudender werd met het binnen de huisartspraktijk behandelen van 'nieuwe' patiënten, omdat hun trajecten dan niet meer binnen de pilot afgerond zouden kunnen worden. Pas in de eindfase van het project werd duidelijk dat lopende behandeltrajecten in het eerste kwartaal van 2015 nog mochten worden afgerond. Van de mogelijkheid tot het inwinnen van consultatief advies is nauwelijks gebruik gemaakt. De zorgverleners hadden hier weinig behoefte aan, omdat men weinig vaak complexe psychiatrische problematiek tegen kwam, maar ook omdat men gebruik maakte van contacten uit het eigen netwerk ter consultatie.

(2) Onderzoeken of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor een rol binnen de jeugd GGZ.

De deelnemende zorgverleners zien een centrale rol weggelegd voor de huisarts(praktijk) binnen de jeugd GGZ. Zij vinden dat huisartsen het overzicht kunnen bewaren en een preventieve rol kunnen spelen op het gebied van psychische problematiek bij jeugd. Ook lijkt de drempel voor (snelle) behandeling van kinderen met lichte tot milde psychosociale problematiek bij de huisartspraktijk laag. Patiënten met psychische problemen en hun ouders die binnen de pilot op consult kwamen zijn zeer tevreden over het zorgaanbod. Dit is in overeenstemming met de ervaringen van patiënten en ouders in een eerdere pilot met Scharnierconsulten en een POH-jeugd-GGZ (Van Dijk et al., 2013). Het is nog onduidelijk hoe de POH-jeugd-GGZ zich verhoudt tot de sociale wijkteams die gedurende de pilot door veel gemeentes werden opgezet om de transitie van de jeugdzorg op te vangen (van Arum et al., 2015). Ook in de gemeentes

waarin de praktijken die deelnemen gevestigd zijn is een sociaal wijkteam opgezet. Uit de interviews blijkt dat de zorgverleners zelf erg tevreden zijn over de rol van de huisartspraktijk binnen de pilot, maar dat men vreest dat bijvoorbeeld gemeentes het werk van de huisarts en de POH-jeugd-GGZ en sociaal team als 'dubbelop' zien. Mogelijk vindt men dat de functie van de POH-jeugd-GGZ opgevangen zou kunnen worden door de 'reguliere' POH-GGZ voor volwassenen. Hiermee wordt de extra tijd die de huisarts tijdens de pilot kon besteden aan Scharnierconsulten en die als zeer waardevol werd ervaren echter niet opgevangen. Daarnaast is de belasting van de reguliere POH-GGZ momenteel al erg hoog, ook zonder dat er speciale aandacht en tijd moet worden besteed aan diagnostiek en behandeling van jeugd met psychische problematiek. Deze zorg voor jeugd met psychosociale klachten vraagt relatief veel op het gebied van zowel directe zorg (bijvoorbeeld extra of langere gesprekken met kinderen en ouders) als indirecte zorg (bijvoorbeeld het bezoeken van de school van het kind of huisbezoek). Bovendien ontbreekt bij de POH-GGZ vaak nog expertise of werkervaring op het gebied van jeugd, waardoor men nog steeds relatief weinig kinderen binnen de huisartspraktijk zou kunnen behandelen. Het aantal verwijzingen van jeugd met psychosociale klachten naar de basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ lijkt vooral verminderd te kunnen worden als er bij de huisartspraktijk een POH-GGZ werkzaam is met expertise of werkervaring op het gebied van jeugd GGZ.

(3) Het ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken

Het ontwikkelen van de lokale jeugd GGZ netwerken vanuit de huisartspraktijken is gedeeltelijk geslaagd. Vooral tevreden is men over de samenwerking met de (basis)scholen in de buurt van de huisartspraktijk. Via de scholen werden er regelmatig kinderen naar de POH-jeugd-GGZ bij de huisartspraktijk geleid. Wel vindt men dat de pilot relatief kort was voor het ontwikkelen van een blijvend en compleet netwerk, en dat de pilot bovendien in een roerige tijd plaatsvond waardoor de samenwerking met de huisartspraktijken misschien geen prioriteit had. Zoals één huisarts zegt: "De zaadjes zijn geplant, maar we kunnen nog niet oogsten". Met de sociale wijkteams is nog weinig contact, maar de start van de meeste sociale wijkteams vond in een laat stadium van de pilot plaats.

(4) Onderzoeken of de pilot uitgebreid zou kunnen worden naar andere huisartspraktijken en/of gemeentes

Ondanks dat de pilot binnen de deelnemende huisartspraktijken naar tevredenheid is verlopen, is nog onduidelijk hoe deze manier van werken zich verhoudt ten opzichte van andere huidige ontwikkelingen in de jeugd GGZ. Ook onduidelijk is nog of andere Nederlandse huisartsen behoefte hebben aan deze (grotere) rol binnen de jeugd GGZ.

4.2 Beperkingen en sterke punten onderzoek

Een beperking van de pilot en dus van dit onderzoek is de relatief korte tijd waarbinnen een en ander gerealiseerd moest worden. Hierdoor kreeg de pilot nauwelijks tijd om “in te klinken”. Het aanstellen van de psychiater ter consultatie vond bijvoorbeeld pas ongeveer halverwege de pilot plaats. De sociale wijkteams zijn nog nauwelijks van de grond gekomen. Hiermee werd de experimentele periode waarin veranderingen plaats konden vinden, en die toch al kort was, nog beperkter.

Niet alle huisartspraktijken lijken alle zorg volledig te registreren. Zo ontbraken bij enkele praktijken complete gegevens over verwijzingen. Ook kunnen de geregistreeerde aantallen beïnvloed zijn door ‘natuurlijke’ ontwikkelingen, bijvoorbeeld doordat de vraag naar zorg bij psychische klachten over het algemeen stijgende is. Wat de vragenlijsten bij kinderen en ouders betreft is het mogelijk dat vooral enthousiaste patiënten een vragenlijst terugstuurden. In dat geval geven de resultaten van de vragenlijsten een te positief beeld van de werkelijke situatie. De resultaten sluiten wel aan op de ervaringen van de zorgverleners; ook zij zagen vooral tevreden kinderen en ouders.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat verschillende kwalitatieve en kwantitatieve methoden met elkaar zijn gecombineerd: interviews, geregistreeerde gegevens, en vragenlijsten. Het perspectief van alle betrokken partijen (zorggroep, gemeente, huisartsen, POH's-jeugd-GGZ, patiënten en ouders) is hiermee belicht.

4.3 Conclusies

Huisartsen, POH's-jeugd-GGZ, patiënten en hun ouders zijn tevreden over het zorgaanbod voor jeugd met psychosociale problemen bij de zes huisartspraktijken die deelnamen aan een pilot. Binnen de huisartspraktijken werden meer consulten ingezet om psychosociale klachten bij jeugd te behandelen, en er zijn aanwijzingen voor een afname van het aantal verwijzingen naar andere zorgverleners. Het versterken van de jeugd GGZ bij de huisarts door de inzet van uitgebreide huisartsconsulten en een POH-GGZ speciaal voor jeugd is in potentie een verrijking van het zorgaanbod. Dit onderzoek en het Eureka-project (Van Dijk et al., 2013) laten zien dat de Scharnierconsulten en de inzet van een POH-jeugd-GGZ kunnen bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg binnen de huisartspraktijk en het terugdringen van verwijzingen van kinderen met (lichte) psychosociale problematiek naar de gespecialiseerde GGZ. Het is nog onduidelijk in hoeverre andere huisartspraktijken open staan voor een centrale rol binnen de jeugd GGZ, welke rol de POH-jeugd-GGZ heeft ten opzichte van de sociale (wijk)teams, en hoe de financiering van dit zorgaanbod vorm zou kunnen krijgen.

Referenties

- Arum, van, S, Schoorl, R, 2015. Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: *State of the art* najaar 2014. Movisie: Utrecht.
- Berg MJ, van den, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone M, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 841-849.
- Dijk, M., van, Verhaak, P., en Zwaanswijk, M. 2013. Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen. NIVEL: Utrecht.
- Ferdinand RF, Verhulst FC. Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1586-1594.
- Foets M, Cuperus J, Spreeuwenberg P, Verhaak P, Van Engeland H. Weinig herkenning van psychische problemen bij kinderen door ouders en huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140: 1907-1912.
- GGZ Nederland. Jeugd GGZ breed beschikbaar: ambities voor de jaren 2006-2008. Amersfoort, 2007.
- Glazebrook C, Hollis C, Heussler H, Goodman R, Coates L. Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child Care Hlth Dev* 2003; 29: 141-149.
- Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 182-189.
- Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics* 1992; 89: 804-812.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag, 2009.
- Jones D, Dodge KA, Foster EM, Nix R, Conduct Problems Prevention Research Group. Early identification of children at risk for costly mental health service use. *Prev Science* 2002; 3: 247-256.
- NHG, Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-standpunt toekomstvisie huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
- Roza SJ, Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2116-2121.
- Sayal K, Taylor E. Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 348-352.
- Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, Piha J, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilanen I, Almqvist F. Childhood predictors of male criminality: A prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 578-586.
- Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 281-289.
- Verhaak PFM. Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatiseren of normaliseren? NIVEL/UMCG, Utrecht/Groningen 2011

- Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract* 2005; 22: 498-506.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Obstakels op de weg naar zorg: het hulpzoekproces voor kinderen en adolescenten met emotionele en gedragsmatige problematiek. *Kind en Adolescent* 2006; 27: 144-156.
- Zwaanswijk, M. Dijk, van, CE, Verheij, RA. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC Family Practice*, 12 (2011) 133.

Bijlagen

Bijlage I - Interviewschema huisartsen (mei/juni 2014)

Algemeen

- Wat is uw rol als huisarts binnen de pilot rondom het invoeren van de POH-jeugd-GGZ?
- Wat zijn voor u als huisarts de voor- en nadelen van het deelnemen aan dit project?
- Was er (voldoende) draagvlak binnen de huisartspraktijk voor deelname aan het project? Hoe is dit ontstaan/bevordert?
- Wat is de stand van zaken nu binnen de pilot: is er al een POH-j-GGZ werkzaam bij de praktijk? Zo, ja hoe ziet dit eruit?
- Wat is de planning voor de komende tijd?
- Wat zijn de algemene verwachtingen voor de pilot?
- Wat zijn volgens u mogelijke bevorderende en belemmerende factoren voor het goed verlopen van de pilot?

Doelstellingen

- Wat zijn uw doelstellingen voor de pilot, wat wilt u bereiken tussen nu en december op het gebied van de jeugd GGZ binnen uw eigen praktijk?
- Wanneer is volgens u de pilot geslaagd?
- Met welke indicatoren kunnen we dit vaststellen/evalueren?
- Wat zijn volgens u mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het al dan niet behalen van uw doelstellingen?

Voor HenZ en de gemeente zijn belangrijke doelstellingen voor de pilot:

- *Het in kaart brengen van hoe de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk eruit zou kunnen zien*
- *Evalueren of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor deze rol binnen de jeugd GGZ*
- *Het (verder) ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken*
- *Het eventueel uitbreiden van de pilot naar grotere schaal/andere gemeentes*
- Bent u het als huisarts eens met deze doelstellingen? Waarom wel/niet?
- Wat zijn volgens u mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het al dan niet behalen van deze doelstellingen?

Ontwikkeling JGGZ netwerk

- Hoe ziet het lokale jeugd GGZ netwerk er nu uit? Welke actoren zijn er binnen dit netwerk (welke personen zijn dit)? Zijn er samenwerkingsverbanden? Zo ja, met welke partijen? Hoe worden deze in stand gehouden? Wat zijn de taken en rollen van deze verschillende partijen?
- Missen er nog belangrijke partijen?
- Wat zijn de verwachtingen/plannen/mogelijkheden over het verder ontwikkelen van het lokale jeugd GGZ netwerk binnen de pilot?

Signalering en diagnostiek

- Wat was de gangbare praktijk tot nu toe rondom het signaleren (en diagnosticeren) van jeugdigen met GGZ problematiek?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u de afgelopen periode (jaar) maandelijks ongeveer gezien binnen uw praktijk?
- Hoe verwacht u dat dit de komende periode gaat veranderen?
- Bent u van plan de POH-jeugd-GGZ in te zetten/te consulteren rondom signalering en diagnostiek? Zo ja, op welke manier? Hoe vaak? Van welke factoren is dit afhankelijk?
- Welke knelpunten/kansen voorziet rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Behandeling

- Wat was de gangbare praktijk tot nu toe rondom het binnen de huisartspraktijk behandelen van jeugdigen met GGZ problematiek?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u de afgelopen periode (jaar) maandelijks ongeveer gezien binnen uw praktijk?
- Hoe verwacht u dat dit de komende periode gaat veranderen?
- Bent u van plan de POH-jeugd-GGZ in te zetten/te consulteren bij de behandeling? Zo ja, op welke manier? Hoe vaak? Van welke factoren is dit afhankelijk?
- Welke knelpunten/kansen voorziet rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Verwijzing

- Wat was de gangbare praktijk tot nu toe rondom het verwijzen van jeugdigen met GGZ problematiek?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u de afgelopen periode (jaar) maandelijks ongeveer doorverwezen naar de basis GGZ? Naar wie/welke partijen?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u de afgelopen periode (jaar) maandelijks ongeveer doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ? Naar wie/welke partijen?
- Hoe verwacht u dat dit de komende periode gaat veranderen?
- Bent u van plan de POH-jeugd- GGZ in te zetten/te consulteren rondom verwijzingen? Zo ja, op welke manier? Hoe vaak? Van welke factoren is dit afhankelijk?
- Bent u van plan gebruik te gaan maken van consulten bij specialisten? Zo ja, hoe vaak? Op welke manier? Waarom wel/niet? Van welke factoren is dit (waarschijnlijk) afhankelijk?

Overig

- Heeft u nog overige opmerkingen bij het interview?

Bijlage II - Interviewschema POH's-jeugd-GGZ (mei/juni 2014)

Algemeen

- Wat is uw rol als POH-jGGZ binnen de pilot rondom het invoeren van de POH-jeugd-GGZ?
- Wat zijn voor u als POH-jGGZ de voor- en nadelen van het deelnemen aan dit project?
- Wat is de stand van zaken nu binnen de pilot: bent u al werkzaam als POH-jeugd-GGZ? Zo ja, sinds wanneer? Zo nee, per wanneer? Bij welke praktijk(en)? Voor hoeveel uur? Bent u al eerder werkzaam (geweest) als POH-(j)GGZ?
- Wat is uw achtergrond/opleiding?
- Wat is de planning voor de komende tijd?
- Wat zijn de algemene verwachtingen voor de de pilot?
- Wat zijn volgens u mogelijke bevorderende en belemmerende factoren voor het goed verlopen van de pilot?

Doelstellingen

- Wat zijn uw doelstellingen voor de pilot, wat wilt u bereiken tussen nu en december binnen uw functie als POH-jGGZ?
- Wanneer is volgens u de pilot geslaagd?
- Met welke indicatoren kunnen we dit vaststellen/evalueren?
- Wat zijn volgens u mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het al dan niet behalen van uw doelstellingen?

Voor HenZ en de gemeente zijn belangrijke doelstellingen voor de pilot:

- *Het in kaart brengen van hoe de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk eruit zou kunnen zien*
- *Evalueren of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor deze rol binnen de jeugd GGZ*
- *Het (verder) ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken*
- *Het eventueel uitbreiden van de pilot naar grotere schaal/andere gemeentes*
- Bent u het als POH-jGGZ eens met deze doelstellingen? Waarom wel/niet?
- Wat zijn volgens u mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het al dan niet behalen van deze doelstellingen?

Ontwikkeling JGGZ netwerk

- Hoe ziet het lokale jeugd GGZ netwerk er nu uit? Welke actoren zijn er binnen dit netwerk (welke personen zijn dit)? Zijn er samenwerkingsverbanden? Zo ja, met welke partijen? Hoe worden deze in stand gehouden? Wat zijn de taken en rollen van deze verschillende partijen?
- Missen er nog belangrijke partijen?
- Wat zijn uw verwachtingen/plannen/mogelijkheden over het verder ontwikkelen van het lokale jeugd GGZ netwerk binnen de pilot?

Signalering en diagnostiek

- Wat was uw eerdere aanpak rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugd met psychische problematiek (mits eerder werkzaam als POH)?
- Hoe verwacht u dat het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek er binnen de pilot uit gaat zien?
- Welke knelpunten/kansen voorziet u rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Behandeling

- Wat was uw eerdere aanpak rondom het behandelen van jeugd met psychische problematiek (mits eerder werkzaam als POH)?
- Hoe verwacht u dat het behandelen van jeugdigen met psychische problematiek er binnen de pilot uit gaat zien?
- Welke knelpunten/kansen voorziet rondom het behandelen van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Verwijzing

- Wat was de gangbare praktijk tot nu toe rondom het verwijzen van jeugdigen met GGZ problematiek (mits eerder werkzaam als POH)?
- Hoe verwacht u dat het verwijzen van jeugdigen met psychische problematiek er binnen de pilot uit gaat zien? Hoe vaak? Naar wie?
- Welke knelpunten/kansen voorziet rondom het verwijzen van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?
- Bent u van plan gebruik te gaan maken van consulten bij specialisten? Zo ja, hoe vaak? Op welke manier? Waarom wel/niet? Van welke factoren is dit (waarschijnlijk) afhankelijk?

Overig

- Heeft u nog overige opmerkingen bij het interview?

Bijlage III - Interviewschema huisartsen en POH's-jeugd-GGZ (september/oktober 2014)

- Wat is de huidige stand van zaken binnen de pilot? Zijn er (nog) belangrijke ontwikkelingen geweest sinds het eerste interview (mei-juli 2014)?
- Hoe verloopt de signalering en inclusie van patiënten? Hoeveel zijn dit er (per huisarts)? Is dit volgens verwachting?
- Hoe vaak worden de scharnierconsulten en de POH-jeugd-GGZ ingezet? Is dit volgens verwachting?
- Is de gang van zaken rondom verwijzingen gewijzigd ten opzichte van voor de pilot?
- Hoe verloopt het ontwikkelen van het lokale jeugd-GGZ netwerk? Zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden vormgegeven sinds het vorige interview?
- Wat zijn mogelijke bevorderende en belemmerende factoren (knelpunten) voor het goed verlopen van de pilot? Wat gaat tot nu toe vooral wel/niet goed?
- Heeft u nog overige opmerkingen bij het interview?

Bijlage IV - Interviewschema huisartsen (februari/maart 2015)

Algemeen

- Wat is de huidige stand van zaken binnen de pilot? Zijn er (nog) belangrijke ontwikkelingen geweest sinds het tweede interview (september 2014)?
- Is de pilot binnen de praktijk afgerond? Is de inclusie van nieuwe patiënten gestopt? Zijn alle behandeltrajecten afgerond? Krijgt de pilot op enige wijze een vervolg binnen de praktijk?

Doelstellingen

- Is de pilot volgens u geslaagd? Waarom wel/niet?

Dit waren de doelstellingen van de zorggroep en de gemeente voor de pilot:

- *Het in kaart brengen van hoe de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk eruit zou kunnen zien*
 - *Evaluëren of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor deze rol binnen de jeugd GGZ*
 - *Het (verder) ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken*
 - *Het eventueel uitbreiden van de pilot naar grotere schaal/andere gemeentes*
- Zijn deze doelstellingen volgens u behaald? Waarom wel/niet?

Dit waren uw eigen doelstellingen (op basis van het eerste interview):

- Zijn deze doelstellingen volgens u behaald? Waarom wel/niet?
- Wat waren bevorderende en belemmerende factoren voor het verloop van de pilot?

Ontwikkeling JGGZ netwerk

- Hoe ziet het lokale jeugd GGZ netwerk er nu uit? Welke actoren zijn er binnen dit netwerk (welke personen zijn dit)? Zijn er samenwerkingsverbanden? Zo ja, met welke partijen? Hoe worden deze in stand gehouden? Wat zijn de taken en rollen van deze verschillende partijen? Hoe verliep de samenwerking met het lokale sociale (jeugd)team?
- Missen er nog belangrijke partijen?

Signalering en diagnostiek

- Hoe is het het signaleren (en diagnosticeren) van jeugdigen met GGZ problematiek verlopen binnen de pilot?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen deze periode ongeveer gezien binnen uw praktijk?

- Heeft u de POH-GGZ ingezet/geconsulteerd rondom signalering en diagnostiek? Zo ja, op welke manier? Hoe vaak?
- Hoe verliepen de Scharnierconsulten?
- Welke knelpunten/kansen waren er rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk in de pilot?

Behandeling

- Hoe is de behandeling van jeugdigen met psychische problematiek binnen de pilot verlopen?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u (of de POH-GGZ) binnen de pilot behandeld binnen uw praktijk? Op welke manier? Hoe vaak?
- Welke knelpunten/kansen waren er rondom het behandelen van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Verwijzing

- Hoe is het verwijzen van jeugdigen met GGZ problematiek binnen de pilot verlopen?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen de pilot doorverwezen naar de basis GGZ? Naar wie/welke partijen? Heeft u partijen gemist?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen de pilot doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ? Naar wie/welke partijen? En naar de jeugdzorg? Pedagogische hulpverlening? Maatschappelijk werk?
- Is de manier waarop met verwijzingen wordt omgegaan veranderd door de pilot? Op welke manier? Verwacht u dat dit zo blijft na de pilot? Waarom wel/niet?
- Heeft u gebruik gemaakt van consulten bij specialisten? Zo ja, hoe vaak? Waarom wel/niet?

Pilot

- Heeft u deelgenomen aan de scholingsbijeenkomsten van de zorggroep? Waarom wel/niet? Wat is uw mening over deze bijeenkomsten?
- Wat vond u van het materiaal dat de zorggroep heeft geleverd (posters, folders)?
- Zou u de zorggroep of gemeente adviseren om de pilot voort te zetten? Waarom wel/niet? Op welke wijze?

Overig

- Heeft u nog overige opmerkingen bij het interview?

Bijlage V - Interviewschema POH's-jeugd-GGZ (februari/maart 2015)

Algemeen

- Wat is de huidige stand van zaken binnen de pilot? Zijn er (nog) belangrijke ontwikkelingen geweest sinds het tweede interview (september 2014)?
- Is de pilot binnen de praktijk afgerond? Is de inclusie van nieuwe patiënten gestopt? Zijn alle behandeltrajecten afgerond? Krijgt de pilot op enige wijze een vervolg binnen de praktijk? Blijft u werkzaam als POH-GGZ of POH-jeugd-GGZ bij de praktijk?

Doelstellingen

- Is de pilot volgens u geslaagd? Waarom wel/niet?

Dit waren de doelstellingen van de zorggroep en de gemeente voor de pilot:

- *Het in kaart brengen van hoe de jeugd GGZ binnen de huisartspraktijk eruit zou kunnen zien*
- *Evalueren of de huisarts(praktijk) de geschikte persoon (plaats) is voor deze rol binnen de jeugd GGZ*
- *Het (verder) ontwikkelen van lokale jeugd GGZ netwerken*
- *Het eventueel uitbreiden van de pilot naar grotere schaal/andere gemeentes*

- Zijn deze doelstellingen volgens u behaald? Waarom wel/niet?

Dit waren uw eigen doelstellingen (op basis van het eerste interview):

- Zijn deze doelstellingen volgens u behaald? Waarom wel/niet?
- Wat waren bevorderende en belemmerende factoren voor het verloop van de pilot?
- Welke rol speelde uw achtergrond/opleiding/ervaring hierin?

Ontwikkeling JGGZ netwerk

- Hoe ziet het lokale jeugd GGZ netwerk er nu uit? Welke actoren zijn er binnen dit netwerk (welke personen zijn dit)? Zijn er samenwerkingsverbanden? Zo ja, met welke partijen? Hoe worden deze in stand gehouden? Wat zijn de taken en rollen van deze verschillende partijen? Hoe verliep de samenwerking met het lokale sociale (jeugd)team?
- Missen er nog belangrijke partijen?

Signalering en diagnostiek

- Hoe is het het signaleren (en diagnosticeren) van jeugdigen met GGZ problematiek verlopen binnen de pilot?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen deze periode ongeveer gezien binnen uw praktijk?
- Hoe verliepen de Scharnierconsulten?
- Welke knelpunten/kansen waren er rondom het signaleren en diagnosticeren van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk in de pilot?

Behandeling

- Hoe is de behandeling van jeugdigen met psychische problematiek binnen de pilot verlopen?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen de pilot behandeld binnen uw praktijk? Op welke manier? Hoe vaak?
- Welke knelpunten/kansen waren er rondom het behandelen van jeugdigen met psychische problematiek binnen de huisartspraktijk?

Verwijzing

- Hoe is het verwijzen van jeugdigen met GGZ problematiek binnen de pilot verlopen?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen de pilot doorverwezen naar de basis GGZ? Naar wie/welke partijen? Heeft u partijen gemist?
- Hoeveel jeugdigen met psychische problematiek heeft u binnen de pilot doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ? Naar wie/welke partijen? En naar de jeugdzorg? Pedagogische hulpverlening? Maatschappelijk werk?
- Is de manier waarop met verwijzingen wordt omgegaan veranderd door de pilot? Op welke manier? Verwacht u dat dit zo blijft na de pilot? Waarom wel/niet?
- Heeft u gebruik gemaakt van consulten bij specialisten? Zo ja, hoe vaak? Waarom wel/niet?

Pilot

- Heeft u deelgenomen aan de scholingsbijeenkomsten van de zorggroep? Waarom wel/niet? Wat is uw mening over deze bijeenkomsten?
- Wat vond u van het materiaal dat de zorggroep heeft geleverd (posters, folders)?
- Zou u de zorggroep of gemeente adviseren om de pilot voort te zetten? Waarom wel/niet? Op welke wijze?

Overig

- Heeft u nog overige opmerkingen bij het interview?

Bijlage VI – Vragenlijst kwaliteit van zorg kinderen vanaf 12 jaar

JOUW MENING OVER DE JEUGDHULPVERLENING DIE JE DE AFGELOPEN PERIODE ONTVANGEN HEBT

1. Heb je in de afgelopen 4 maanden gesprek(ken) gehad met de huisarts over je problemen?

- ☐ Ja > ga verder met vraag 2 waarin je mening gevraagd wordt over deze gesprekken
☐ Nee -> ga verder met vraag 10

Nooit	Soms	Meestal	Altijd	N.v.t.
-------	------	---------	--------	--------

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Nam de huisarts je serieus? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Legde de huisarts je dingen op een begrijpelijke manier uit? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Besteedde de huisarts genoeg tijd aan het gesprek? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Was de huisarts deskundig? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Waren de adviezen van de huisarts bruikbaar in je thuissituatie? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Gaf de huisarts een goed antwoord op je vragen? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

8. Welk rapportcijfer geef je de huisarts voor het gesprek/de gesprekken?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

heel erg
slecht

uitstekend

9. Heb je in de afgelopen 4 maanden gesprekken gehad met de jeugdhulpverlener

- ☐ Ja -> ga verder met vraag 11 ☐ Nee -> ga verder met vraag 22

10. Hoeveel gesprekken heb je in totaal met de jeugdhulpverlener gehad?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ meer dan 5

11 Wat vindt je van het aantal gesprekken dat je met de jeugdhulpverlener hebt gehad?

- ☐ het waren te veel gesprekken
☐ het waren precies genoeg gesprekken
☐ het waren te weinig gesprekken

		Nooit	Soms	Meestal	Altijd	N.v.t.
12	Nam de jeugdhulpverlener je serieus?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Legde de jeugdhulpverlener je dingen op een begrijpelijke manier uit?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Besteedde de jeugdhulpverlener genoeg tijd aan de gesprekken?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Was de jeugdhulpverlener deskundig?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Waren de adviezen van de jeugdhulpverlener bruikbaar in je thuissituatie?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Gaf de jeugdhulpverlener een goed antwoord op je vragen?	☐	☐	☐	☐	☐

18. Welk rapportcijfer geef je de jeugdhulpverlener?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

heel erg
slecht

uitstekend

19. Vond je het prettig dat je je problemen in de huisartspraktijk (met de huisarts en/of de jeugdhulpverlener) kon bespreken?

- ☐ Ja
☐ Nee, ik had de problemen liever met een hulpverlener buiten de huisartspraktijk willen bespreken

20. Heeft de huisarts of de jeugdhulpverlener je doorverwezen naar een andere hulpverlener?
- ☐ Ja, namelijk naar
 - ☐ Nee, doorverwijzen was na onderzoek niet meer nodig
 - ☐ Nee, het probleem is door de huisarts of jeugdhulpverlener zelf behandeld
 - ☐ Nee, doorverwijzen was wel nodig maar is niet gebeurd

VRAGEN OVER JEUZELF

21. Wat is je geboortedatum? ...-...-....

22. Ben je een man of een vrouw? ☐ Man ☐ Vrouw

23 Op welke datum hebt je deze vragenlijst ingevuld? ...-...-....

Bijlage VII – Vragenlijst kwaliteit van zorg ouders

UW MENING OVER DE JEUGDHULPVERLENING DIE U DE AFGELOPEN PERIODE ONTVANGEN HEEFT

1. Hebben u of uw kind in de afgelopen 4 maanden gesprek(ken) gehad met de huisarts over emotionele problemen of gedragsproblemen van uw kind?

☐ Ja > ga verder met vraag 2 waarin uw mening gevraagd wordt over deze gesprekken
☐ Nee -> ga verder met vraag 10

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd	N.v.t.				
2. Nam de huisarts u serieus?	☐	☐	☐	☐	☐				
3. Legde de huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	☐	☐	☐	☐	☐				
4. Besteedde de huisarts genoeg tijd aan het gesprek?	☐	☐	☐	☐	☐				
5. Was de huisarts deskundig?	☐	☐	☐	☐	☐				
6. Waren de adviezen van de huisarts bruikbaar in uw thuissituatie?	☐	☐	☐	☐	☐				
7. Gaf de huisarts een goed antwoord op uw vragen?	☐	☐	☐	☐	☐				
8. Welk rapport cijfer geeft u de huisarts voor het gesprek/de gesprekken?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
heel erg slecht									uitstekend
9. Hebben u of uw kind in de afgelopen 4 maanden gesprekken gehad met de jeugdhulpverlener									
☐ Ja									☐ Nee -> ga verder met vraag 20

10. Hoeveel gesprekken hebben u of uw kind in totaal met de jeugdhulpverlener gehad?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ meer dan 5

11. Wat vindt u van het aantal gesprekken dat u en uw kind met de jeugdhulpverlener hebben gehad?

☐ het waren te veel gesprekken
☐ het waren precies genoeg gesprekken
☐ het waren te weinig gesprekken

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd	N.v.t.
12. Nam de jeugdhulpverlener u serieus?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Legde de jeugdhulpverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Besteedde de jeugdhulpverlener genoeg tijd aan de gesprekken?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Was de jeugdhulpverlener deskundig?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Waren de adviezen van de jeugdhulpverlener bruikbaar in uw thuissituatie?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Gaf de jeugdhulpverlener een goed antwoord op uw vragen?	☐	☐	☐	☐	☐

18. Welk rapport cijfer geeft u de jeugdhulpverlener?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

heel erg
slecht

uitstekend

19. Vond u het prettig dat u de problemen van uw kind in de huisartspraktijk (met de huisarts en/of de jeugdhulpverlener) kon bespreken?

☐ Ja
☐ Nee, ik had de problemen liever met een hulpverlener buiten de huisartspraktijk willen bespreken

20. Heeft de huisarts of de jeugdhulpverlener uw kind doorverwezen naar een andere hulpverlener?
- ☐ Ja, namelijk naar
 - ☐ Nee, doorverwijzen was na onderzoek niet meer nodig
 - ☐ Nee, het probleem is door de huisarts of jeugdhulpverlener zelf behandeld
 - ☐ Nee, doorverwijzen was wel nodig maar is niet gebeurd

VRAGEN OVER UZELF EN UW KIND

21. Wat is uw leeftijd? . . .
22. Bent u een man of een vrouw? ☐ Man ☐ Vrouw
23. Wat is uw relatie tot het kind voor wie u de vragenlijst heeft ingevuld?
- ☐ (stief-)vader
 - ☐ (stief-)moeder
 - ☐ anders, namelijk
24. Is het kind voor wie u de vragenlijst heeft ingevuld een jongen of een meisje? ☐
Jongen ☐ Meisje
25. Wat is de geboortedatum van uw kind? . . . - . . . -
26. Op welke datum heeft u deze vragenlijst ingevuld? . . . - . . . -