



JEUGDZORG:
**GOED CONTACT
MET DE GEMEENTE
CRUCIAAL**



FOTO: ARNO MASSE

UITHOORN: Zorgverzekeraar en gemeente betalen POH samen

Twee jaar geleden kregen gemeenten meer bevoegdheden op het gebied van jeugdzorg. Huisartsen en wijkteams zaten aanvankelijk wat onwennig bij elkaar aan tafel. Hoeveel vooruitgang is er inmiddels geboekt? En wat blijven de belangrijkste aandachtspunten in de zorg aan kinderen en jongeren? Een aantal huisartsen over wat in hun praktijk wel of juist niet werkt.

Goed nieuws is er zeker, twee jaar nadat gemeenten verantwoordelijk werden voor een belangrijk deel van de zorg aan jongeren. “Het gesprek tussen huisarts en gemeente is op veel plekken goed op gang gekomen”, merkt Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur bij de LHV. Ze hoort van huisartsen dat gemeenten genegen zijn om in gesprekken met huisartsen goed te luisteren naar wat die belangrijk vinden. Maar zorgen zijn er net zo goed. De samenwerking op het gebied van jeugdzorg kan in veel verschillende vormen worden gegoten en in de praktijk blijkt er inderdaad ook een grote variëteit te zijn. Er zijn wijkteams (ook wel: gebiedsteams of sociale teams) waarvan de leden zelf zorgverlener zijn – bijvoorbeeld psycholoog of psychia-

De elf huisartsenpraktijken in Uithoorn hebben samen dertig uur in de week POH-GGZ Jeugd, verdeeld over drie personen. De gemeente betaalt de helft van die uren. “Ons contact met de gemeente dateert al van ruim voor de transitie”, vertelt huisarts Lena Apeldoorn. “Wij hadden al een POH-GGZ Jeugd en de gemeente zag in die functie een belangrijke rol weggelegd als spin in het web van de eerstelijns zorg voor jeugdigen. Alle eerstelijns partijen die betrokken zijn bij de relatief eenvoudige problematiek van kinderen en jongeren, zien elkaar drie à vier keer per jaar.” De POH behandelt jeugdigen zelf of stuurt ze in overleg met de huisarts door naar het sociaal team (bij meervoudige problematiek) of naar de tweedelijns zorg.

Een effectieve organisatie van de jeugdzorg valt of staat met een stabiele samenwerking met de gemeente, merkt Apeldoorn. “In ons geval is die samenwerking heel goed. We investeren er ook in om dat zo te houden: een paar keer per jaar zitten we met huisartsen, POH’s en gemeenteambtenaren om tafel. Met het oog op de veranderende zorginkoop in 2018 hebben wij er nu alvast bij de gemeente voor gepleit om niet allerlei andere partijen in te vliegen. Daar wordt serieus naar geluisterd.”

Qua tijd en financiering kan de samenwerking uit, ervaart Apeldoorn. “De opstartfase kost veel tijd, maar als het één keer loopt, is het goed te doen. Qua financiering kan het voor ons nu net uit om de controle te doen van ADHD-patiënten bij wie de medicatie goed is ingesteld. Dat bekijken we ieder jaar opnieuw.” De gemeentelijke financiering van de POH-GGZ

loopt, evenals die van de zorgverzekeraar, in principe dit jaar af. “Hoe het in 2018 gaat lopen, moeten we bespreken. De financiering is een belangrijk aandachtspunt.” De Uithoornse huisartsen blijven daarnaast alert op de privacy van hun patiënten. “In principe geven we alleen cijfers over hoeveel patiënten de POH zelf heeft behandeld en hoeveel er zijn doorgestuurd. De gemeente heeft een keer gevraagd om per postcode te laten zien hoeveel patiënten de POH ziet, gesorteerd op soort klachten. Dat vonden wij op het randje, maar na interne bespreking hebben we het wel gedaan.”

Voordelen van deze constructie:

- Eerstelijns hulpverleners weten elkaar goed te vinden, waardoor de kwaliteit van de jeugdzorg verbetert.
- De gemeente financiert een deel van de POH-GGZ Jeugd.

Aandachtspunten:

- Privacy verdient blijvende aandacht.
- Er moet voldoende (fysieke) ruimte zijn voor de POH-GGZ Jeugd; in Uithoorn zijn de grenzen bereikt.
- De Uithoornse huisartsen overwegen betere samenwerking met de jeugdartsen, met wie nu nauwelijks contact is.
- Goede samenwerking met de gemeente vraagt tijd; beleidsmedewerkers hebben niet altijd een goed beeld van wat een huisarts wel en niet doet.
- De financiering op lange termijn is onzeker.



HELLENDOORN: Intensieve samenwerking met jeugdarts

FOTO: RIKKERT HARINK

De veertien huisartsen van Hellendoorn werken intensief samen met de twee jeugdartsen in de gemeente. Dat begon in 2013 met een pilot die zo goed beviel dat de financiering van de gemeente – wekelijks zes uren voor de jeugdartsen – structureel is geworden. Jeugdarts Nienke Boland vervult vaak een brugfunctie tussen school, gemeente, instanties voor jeugdhulp en andere medici, vertelt ze. “Ik zit bij de gemeente in het pand, dus de lijnen zijn ook letterlijk kort. De huisartsen en wij hebben beiden een beeld van een kind, maar vanuit een andere invalshoek. De huisarts kent het gezin, wij hebben in de loop der jaren een beeld van het kind opgebouwd. Drie à vier keer per week belt een huisarts mij, bijvoorbeeld als een thuissituatie geëscaleerd is, als er problemen zijn met zindelijkheid, als een kind te maken heeft gehad met pesten

of seksueel grensoverschrijdend gedrag of om mee te denken over een kind dat een vechtscheiding van de ouders meemaakt. Andersom bel ik soms de huisarts als ik bijvoorbeeld zorgen heb over een vluchtelingenkind of een kind dat verzuimt van school. We overleggen met en verwijzen naar elkaar, in overleg met de patiënt.” De samenwerking is eigenlijk niets anders dan het koppelen van bekende informatie, zodat een kind sneller op de juiste plek terecht komt voor hulp, zegt Boland. “Het is eigenlijk gewoon dom om langs elkaar heen te werken. Maar blijkbaar gebeurt het nog weinig; collega’s die een paar kilometer verderop werken, vinden het gek dat ik de huisarts ken.” Ingeborg van Lingen, een van de betrokken huisartsen, is enthousiast over de Hellendoornse constructie. “Een jeugdarts is toch

dichterbij dan een kinderarts, waardoor je de situatie van een kind minder hoeft te medicaliseren. Een goede samenwerking, op basis van vertrouwen, zorgt dat er snel goede hulp is. Ik denk dat veel huisartsen nog een wat achterhaald beeld hebben van de competenties van een jeugdarts. Een jeugdarts wil en kan tegenwoordig veel meer dan vroeger. Voor ons werkt het ideaal, bijvoorbeeld bij ADHD-problematiek, dat de jeugdartsen zo’n goed contact met de scholen hebben. Zij bespreken daar bijvoorbeeld of een kind wel genoeg structuur krijgt aangeboden.” Van Lingen is erg enthousiast over de goede samenwerking met de jeugdartsen, maar vindt de hulp voor kinderen daarmee nog niet “perfect geregeld” in Hellendoorn. “Liefst zou ik daarnaast ook nog een POH-GGZ Jeugd willen hebben om laagdrempelige problematiek als faalangst en dergelijke in de eigen praktijk te kunnen behandelen. Maar onze gemeente staat natuurlijk niet te popelen om nóg meer geld aan jeugdhulp te besteden.”

Voordelen van deze constructie:

- Kinderen komen snel op de juiste plek terecht door de vaak korte lijnen van de jeugdarts met allerlei ketenpartners te gebruiken.
- Huisarts en jeugdarts kunnen over en weer profiteren van elkaars kennis.

Aandachtspunt:

- Een intensieve samenwerking met de jeugdarts betekent niet dat er geen (laagdrempelige) jeugdhulp in de eigen praktijk hoeft te worden geregeld.

‘Als huisartsen een pilot opzetten met extra zorg voor kinderen, is lang niet altijd duidelijk hoe structureel eventuele gemeentelijke financiering is’

ter – maar ook wijkteams die ‘enkel’ fungeren als verwijsloket. Hogendorp: “Zelfs tussen de vier grote steden zijn de verschillen al groot, laat staan als je het over het hele land bekijkt.” Dat betekent dat huisartsen vaak in de context van hun eigen gemeente ieder voor zich het wiel moeten uitvinden en lang niet altijd van elkaar kunnen leren. Bovendien: er zijn nogal wat huisartsen die samenwerken met meerdere wijkteams, die onderling soms verschillend georganiseerd zijn. Zie daar maar eens wat op te krijgen.

Een ander lastig punt is volgens Hogendorp de onzekerheid van financiering op langere termijn. “Als huisartsen een pilot opzetten met extra zorg voor kinderen, is lang niet altijd duidelijk hoe structureel eventuele gemeentelijke financiering is. Dat maakt het plannen van deze zorg op de langere termijn moeilijk.”

■ Keuzes

In de samenwerking tussen huisarts en gemeente moeten qua organisatie en financieringsstructuur een aantal hoofdkeuzes

‘Structuren groeien vaak lokaal. Wij willen wel aangeven: kijk wat je al hebt voor je een nieuwe functionaris inzet. De jeugdartsen bijvoorbeeld zijn er al en hebben al een dossier van een kind’



OMMEN: Inzet van een eigen POH-GGZ met jeugdervaring

FOTO: RIKKERT HARINK

In de praktijk van Astrid Jansen Holleboom in Ommen werkt een POH-GGZ die ervaring heeft op het gebied van jeugd. “In heel Ommen werkt één POH-GGZ, zowel voor volwassenen als voor jeugd.” De POH wordt door de zorgverzekeraar betaald.

“Wij zetten in op het verbinden van deskundigen. We zitten als praktijk twee keer per jaar met het wijkteam om tafel, met name om de samenwerking te bespreken, soms aan de hand van casuïstiek. Binnenkort is er een bijeenkomst van gemeente, wijkteams, kinderartsen, jeugdartsen en huisartsen. Dan praten we vooral over wie wat doet.”

Jansen Holleboom vindt het belangrijk om “zuiver” te blijven in het aanbieden van huisartsenzorg: wel de (kortdurende) behandeling van psychische klachten, niet van een stoornis. “Je kunt wel een POH hebben met een bepaalde expertise, maar de zorg die die POH biedt – inclusief eventuele medicatiebegeleiding – vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Om die reden zijn wij bijvoorbeeld heel behoedzaam in het terugnemen van kinderen met ADHD vanuit de tweede lijn. Dat kan alleen als je de afspraak kunt maken dat ze weer naar gespecialiseerde zorgverlener kunnen zodra de huisarts dat nodig vindt.

De Ommense POH-GGZ werd gevraagd ‘mee te denken’ met het wijkteam. Ook daarin bewaakt Jansen Holleboom de grenzen. “Meedenken kan, maar zodra

onze POH werk van het wijkteam gaat doen, komt er een rekening.” Dat het onderling contact belangrijk is, staat echter als een paal boven water. “Bereikbaar zijn voor elkaar betekent ook dat je elkaars professionaliteit erkent. Een goede samenwerking werkt heel plezierig en zeker ook ontlastend.”

Voordelen van deze constructie:

- De POH-GGZ begeleidt zowel volwassenen als kinderen met psychische problematiek.
- POH-GGZ en wijkteam zien elkaar regelmatig en hebben korte lijnen.
- De diverse zorgverleners erkennen elkaars professionaliteit en mandaat; het sociaal wijkteam kan bijvoorbeeld zonder tussenkomst van de huisarts naar de tweede lijn doorverwijzen.

Aandachtspunten:

- Bewaak de grenzen van de basis-huisartsgeneeskundige zorg, ook in het werk van de POH-GGZ.
- Maak goede afspraken met de tweedelijns zorg over terugverwijzing van (goed op medicatie ingestelde) patiënten.
- De huisartsen in Ommen kampen door de toename van taken met fysiek ruimtetekort.

worden gemaakt. De LHV-kring Zwolle/Flevo/Vechtdal zette die in een document op een rij, vertelt kringbestuurder Astrid Jansen Holleboom, huisarts in Ommen. “Er vinden allerlei pilots plaats, maar onze zorg als kringbestuur was: denkt iedereen wel voldoende aan de randvoorwaarden?” De organisatorische mogelijkheden die in het document worden geschetst voor de zorg aan 0- tot 18-jarigen zijn: de POH-GGZ laten bijscholen op het gebied van jeugdzorg, samenwerking zoeken met de jeugdarts of een gespecialiseerde POH-GGZ Jeugd in-



FOTO: LOTJE VAN DER BIE

KATWIJK: inventarisatie door de POH, daarna multidisciplinair overleg

‘Hoe kun je goede psychische zorg aan kinderen en jongeren bieden, zonder dat je alle zorg naar je toetrekt?’

Hoe kun je psychische zorg aan jongeren het best organiseren? Die vraag houdt de Katwijkse huisarts Hans Moolenburgh al een heel aantal jaren bezig. Hij probeerde, in samenwerking met de ruim twintig andere huisartsen van Zorggroep Katwijk, verschillende dingen uit, met wisselend succes. Een kinderpsycholoog in de praktijk halen bleek te leiden tot onnodige behandelingen. De POH-GGZ Jeugd die daarna werd aangesteld was wél een succes: het aantal verwijzingen naar de tweede lijn daalde tot 15 procent. Maar na de uitbreiding met een ADHD-project “raakte de toeloop aan de grenzen van wat we aankonden”;

bovendien stopte de zorgverzekeraar met de financiering. “Noodgedwongen zijn we er even mee gestopt. We zochten naar een herstart met als kernvraag: hoe kun je goede psychische zorg aan kinderen en jongeren bieden zonder dat je alle zorg naar je toetrekt?”

Zoals het op dit moment in Katwijk is geregeld, gaat het goed, zegt Moolenburgh. De Zorggroep Katwijk heeft zes POH’s-GGZ, waarvan drie zich (ook) bezighouden met jeugd. Als bij een jongere klachten worden gesignaleerd voeren zij drie tot vijf ‘inventarisatiegesprekken’. Die worden vergoed door de zorgverzekeraar. Daarna wordt de

zetten. Ook qua financiering zijn er drie opties: betaling door de zorgverzekeraar, betaling door de gemeente of een combinatie van beide.

Het kringbestuur heeft opzettelijk geen voorkeur uitgesproken voor bepaalde vormen van organisatie of financiering. “Structuren groeien vaak lokaal. Wij willen wel aangeven: kijk wat je al hebt voor je een nieuwe functionaris inzet. De jeugdartsen bijvoorbeeld zijn er al en hebben al een dossier van een kind.”

Bij organisatorische keuzes is het belangrijk de grenzen van de huisartsgeneeskundige basiszorg te bewaken, zegt Jansen

Holleboom. “Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen psychische klachten behandelen, maar bij het vermoeden van een psychische stoornis moet je in principe doorsturen. Tenzij er specifieke deskundigheid in de praktijk is waarvoor je als huisarts de eindverantwoordelijkheid kunt dragen en die ook financieel goed geregeld is.”

■ Privacy

Ook de privacy van patiënten blijft voor veel huisartsen een punt van zorg, zeker als een POH-GGZ deels door de gemeente wordt betaald. Er zijn grote verschillen in de manier waarop gemeenten met privacy

omgaan, constateert Aimée de Heij, jurist bij de LHV.

“Gemeenten moeten zich in ieder geval houden aan de Wet bescherming persoonsgegevens. Medewerkers van gemeenten hebben in beginsel geen recht op inzage in een medisch dossier.”

Een arts mag gegevens over een jeugdige alleen verstrekken aan iemand die rechtstreeks is betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst of aan diens vervanger. De patiënt hoeft daarvoor geen toestemming te geven. De Heij: “Daarbij gaat het om NAW-gegevens, basisgegevens van de jeugdhulp en medische gegevens.

betreffende casus besproken in een multidisciplinair overleg (mdo) van eerstelijns psycholoog, POH-GGZ Jeugd en huisarts. Daar wordt besloten wie wordt doorgestuurd naar de tweede lijn of het wijkteam (in de Katwijkse situatie: het jeugd- en gezinsteam) en wie binnen de praktijk verder wordt behandeld. De financiering door de gemeente bestaat uit een beperkte subsidie voor dat overleg.

Moolenburgh prijst zich gelukkig dat huisartsen hun verwijsrecht voor psychische zorg dankzij een amendement op de Jeugdwet hebben behouden en ziet een grote verantwoordelijkheid als het gaat om het regelen van goede zorg voor jongeren. “77 procent van de 0-18-jarigen bezoeken jaarlijks de huisartsenpraktijk, met een gemiddelde van ruim twee contacten per jaar, veelal met somatische klachten. De vraag is: hoe kun je het signaleren van psychische problemen in de spreekkamer verbeteren en de zorg daaromtrent ook zo inrichten dat jongeren écht geholpen worden? Dat is niet alleen belangrijk, maar ook gewoon ontzettend leuk om te doen, naast alle ouderensproblematiek die wij zien.”

Liefst zou hij in Katwijk de POH-GGZ Jeugd nog verder specialiseren, maar de zorgverzekeraar verwijst daarvoor naar de gemeente. “Principieel vind ik dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk zou moeten zijn voor de

psychische zorg voor kinderen door huisarts en POH-GGZ Jeugd – alleen al omdat het in de ene gemeente niet anders zou moeten zijn dan in de andere gemeente – maar gezien de nieuwe wetgeving ontkomen we er niet aan een deel via de gemeente te regelen.”

Voordelen van deze constructie:

- Een belangrijk deel van de jeugdproblematiek die de huisarts tegenkomt kan in de eerstelijns zorg worden behandeld in samenwerking met een eerstelijns psycholoog, mits er goede samenwerking is met het wijkteam
- Deze constructie hoeft volgens Moolenburgh niet veel extra tijd te kosten, terwijl ouders en kinderen er echt mee geholpen zijn.

Aandachtspunten:

- Bewaak je grenzen als huisarts, bijvoorbeeld als het gaat om ADHD-medicatie.
- Kijk binnen een hagro of zorggroep wie *feeling* heeft met jeugdproblematiek en voor de hele groep aan de slag wil gaan met de ontwikkeling daarvan.



Welke zorg biedt u als huisarts?

De arts mag dit alleen doen als dat nodig is voor de goede uitvoering van de behandelingsovereenkomst.”

Aan anderen, onder wie medewerkers van de gemeente, mag een arts alleen gegevens over een jeugdige verstrekken met toestemming van de jeugdige en zijn ouders én voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de jeugdhulp. “Ook daarbij is het uitgangspunt dat een arts niet méér informatie verstrekt dan nodig is voor goede hulp.” ■

Als huisarts werkt u vraaggestuurd en richt u zich wat behandeling betreft met name op de veel voorkomende aandoeningen.

“Bij psychische problematiek gaat het om zowel klachten als stoornissen,” legt LHV-beleidsmedewerker Jelly Hogendorp uit. “De grens tussen een klacht of een stoornis is zelden zwart-wit. Uitgangspunt hiervoor zijn het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg en de NHG-Standaarden, zoals die over ADHD bij kinderen en depressie en angststoornis bij volwassenen. Ook behandeling van aanpassingsstoornissen vindt vaak plaats in de huisartsenpraktijk.”

Behandeling van een stoornis kan volgens Hogendorp zowel bij volwassenen als kinderen huisartsenzorg zijn, “mits de huisarts zich bekwaam voelt en afhankelijk van de aard van de problematiek. Inschatting van ernst, complexiteit, risico’s spelen daarbij een rol. De huisarts besluit op basis daarvan wanneer hij de jeugdige patiënt verwijst naar de ggz.” Een handig hulpmiddel is het stroomschema op www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl, u vindt het onder Standaarden: Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Zie ook het dossier Jeugd, www.lhv.nl/jeugd