

Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd

Saskia Benthem

Met de invoering van de nieuwe Jeugdwet in 2015 is de jeugdzorg overgeheveld naar de gemeente. Het uitgangspunt is om jeugdigen en gezinnen zo snel en zo dichtbij mogelijk de juiste hulp te bieden, met aandacht voor (kosten)effectiviteit. Hierbij past het inzetten van een praktijkondersteuner-ggz-jeugd (poh-ggz-jeugd). Uit een pilotonderzoek, dat in samenwerking met verschillende gemeenten is uitgevoerd, blijkt dat de poh-ggz-jeugd aan alle verwachtingen voldoet. Toch blijkt daarna de structurele implementatie complex en vol hindernissen.

Zorggroep Syntein beslaat een regio met 90.000 inwoners, verdeeld over zes gemeenten in Limburg en Noord-Brabant. Na het ingaan van de nieuwe Jeugdwet besluiten de betrokken gemeenten de regionale ziekenhuizen niet langer te contracteren voor de medicatiecontroles van kinderen met ADHD. Na de eerste commotie kiest Syntein voor het inrichten van een regionale werkgroep Jeugd. Deze werkgroep bestaat uit professionals die werkzaam zijn binnen de jeugdgezondheidszorg, vanuit onder andere huisartsenpraktijken, GBGGZ, SGGZ, de gemeenten, GGD en ziekenhuizen. De werkgroep besluit in 2016 tot het opzetten van een pilot met een poh-ggz-jeugd in een grote groepspraktijk. Dit pilotonderzoek betreft het op een meer protocollaire wijze uitvoeren van medicatiecontroles voor kinderen met ADHD en het bieden van laagdrempelige ondersteuning bij psychosociale vragen en problemen.

Deze pilot loopt geheel 2017 en krijgt een goede beoordeling: de (ouders van) patiënten zijn tevreden, de deelnemende huisartsen zijn blij met de extra ondersteuning en er blijkt een aanzienlijke kostenbesparing te zijn voor de betrokken gemeente.¹

DE KERN

- Een poh-ggz-jeugd kan van grote toegevoegde waarde zijn voor de huisartsenpraktijk.
- Er bestaan grote verschillen in draagvlak, belangen en cultuur tussen huisartsen en gemeenten, wat onderlinge afstemming kan bemoeilijken.



Het implementeren van de poh-ggz-jeugd blijkt zeer ingewikkeld en tijdrovend.

Foto: iStock

STRUCTURELE IMPLEMENTATIE POH-GGZ-JEUGD

Na het bekend worden van de resultaten, ook van andere succesvolle pilots elders in het land, is de interesse gewekt bij zowel huisartsen als gemeenten in de regio.² In mijn rol als kaderarts-ggz van de zorggroep kreeg ik de opdracht deze nieuwe functie verder uit te rollen. Door diverse factoren blijkt dit echter een zeer ingewikkeld en tijdrovend karwei te zijn. Hieronder zal ik daar nader op ingaan.

Veel huisartsen willen niet nog meer taken en verantwoordelijkheden

VERSCHILLEN IN DRAAGVLAK

Eén van de belemmerende factoren vormen de verschillen in draagvlak onder zowel huisartsen als gemeentelijke partijen. Binnen onze zorggroepregio was er in gemeente A (geanonimiseerd) wel draagvlak onder huisartsen, maar aanvankelijk niet bij de gemeente. In gemeente B wilde de gemeente een proef met een poh-ggz-jeugd, waarvoor een budget beschikbaar was, maar stond de HAGRO niet te springen. In gemeente C wilden sommige – vooral kleine – huisartsenpraktijken

VOORBEELD 1: FINANCIËLE EN POLITIEKE BELEMNERING

In de gemeente waarin de pilot zo succesvol verliep, kost het de betrokken ambtenaren moeite om de pilot te verlengen. Forse tekorten op de begroting van het sociale domein, wisseling van de verantwoordelijke wethouder en verschuivingen in het politieke klimaat na de gemeenteraadsverkiezingen staan aanvankelijk een verdere investering in een poh-ggz-jeugd in de weg, ondanks de eerdere aanzienlijke en aangetoonde kostenbesparing.

VOORBEELD 2: ONVOLDOENDE DRAAGVLAK EN CAPACITEIT

In een andere gemeente die tot de zorggroepregio behoort (met een andere centrumgemeente) vindt een gezamenlijk overleg plaats tussen wethouders en huisartsen over een eventuele invoering van een poh-ggz-jeugd. Hoewel hiervoor gemeentelijk budget beschikbaar is, geven enkele huisartsen van kleinere praktijken te kennen geen 'extra poppetje' te willen, maar meer te zien in een versterking van het Centrum voor Jeugd en Gezin [CJG]. Het is een rommelige bijeenkomst, waarbij gebrek aan afstemming en onbekendheid met elkaars organisatie en professionele autonomie goede besluitvorming in de weg staan.

niet en andere wel, terwijl de gemeente het eigenlijk al begroot en bedacht had. Eén grote praktijk was al eerder zo enthousiast dat ze zelf een poh-ggz-jeugd wilde introduceren, maar kreeg de pilot niet van de grond.

Veelgehoorde tegenwerpingen van huisartsen zijn: nog meer verantwoordelijkheid en onvoldoende toegerust zijn voor een regierol in de jeugdzorg. Argumenten van de voorstanders zijn juist taakverlichting en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Over de inhoud en wijze van inzet van de poh-ggz-jeugd lopen de meningen ook behoorlijk uiteen: sommige huisartsen willen dat een poh-ggz-jeugd alleen ADHD-controles doet, terwijl andere vinden dat ze ook voor psychosociale problematiek moeten worden ingezet. Tot slot blijkt de veranderingsbereidheid van huisartsen eindig te zijn. Toename van de werkdruk en taakverzwaring zijn doorgaans niet bevorderlijk voor innovatiedrift.³

Hoge werkdruk en taakverzwaring zijn niet bevorderlijk voor innovatiedrift

VERSCHILLENDE VORMEN VAN (POLITIEKE) ORGANISATIE

Na de invoering van de Jeugdwet kregen gemeenten een nieuwe rol. Deze decentralisatie heeft hun nieuwe zorgtaken gegeven, waarvoor ze maar een beperkte voorbereidings-tijd hadden. Per gemeente blijken er grote verschillen te zijn wat betreft de organisatie en samenstelling van lokale teams en deskundigheid van betrokken beleidsmedewerkers en wethouders, zo ondervond ik tijdens het implementatietraject. Bovendien is er rond verkiezingstijd sprake van behoorlijke personeelwisselingen binnen de gelederen van gemeenten. Het helpt daarbij evenmin dat ongeveer een kwart van de Nederlandse gemeenten kampt met grote financiële tekorten, vooral op het terrein van de jeugdzorg.⁴

VERSCHILLEN IN BELANGEN EN CULTUUR

Huisartsen en gemeenten zijn relatief nieuwe samenwerkingspartners en onderscheiden zich in jargon, attitude, gewoonten en hiërarchie. Deze verschillen in cultuur en belangen komen gedurende de implementatiefase hinderlijk naar voren en staan een inhoudelijke afstemming in de weg.

De overwegend financiële drijfveer van de gemeenten leidt soms tot wreveld bij huisartsen. Andersom stelt een recent rapport evaluatie Jeugdwet dat sommige gemeenten de huisartsen als een knelpunt zien vanwege hun autonome rol bij het verwijzen naar specialistische ggz. Daarentegen zien niet alle huisartsen de meerwaarde van samenwerking met 'het sociale domein', waarbij privacy en communicatie de genoemde hindernissen vormen.⁵ In het [kader] staan twee voorbeelden ter illustratie.

AANBEVELINGEN

- Betrek enthousiaste huisartsen bij de implementatie. Zij kunnen een katalyserende werking hebben bij het creëren van draagkracht voor en het afstemmen van de implementatie van de poh-ggz-jeugd.
- Praktijkoverstijgend denken en werken, bijvoorbeeld met behulp van de zorggroep, vraagt om een andere organisatie van huisartsen, maar kan de besluitvorming stroomlijnen.
- Investeer in het (h)erkennen van de verschillen in belangen en cultuur tussen de eerste lijn en de gemeente.

TOT SLOT

Een poh-ggz-jeugd kan van grote toegevoegde waarde zijn voor de zorg voor jeugdigen binnen de huisartsenpraktijk. Het structureel inpassen en borgen van deze nieuwe functie vergt echter veel diplomatie en doorzettingsvermogen. De toekomst zal leren of het onderbrengen van de jeugdzorg bij de gemeenten tot de beoogde verbeteringen zal leiden. Meer over dit project kunt u lezen op de website van het Instituut voor Brilljante Mislukkingen.⁶ ■

LITERATUUR

1. Liebrand S, Benthem S. Resultaten pilot poh-ggz-jeugd. Boxmeer: Syntein, 2017.
2. Magnée T, Verhaak P. Evaluatie pilot 'Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg'. Utrecht: NIVEL, 2015.
3. Dweck C. Mindset. New York: Ballantine, 2006.
4. Cats R. Ruim honderd gemeenten in problemen door grote tekorten op jeugdzorg. Het Financieel Dagblad 2017 Nov 14;Sect A:3.
5. Friele RD, Bruning MR, Bastiaanssen ILW, DE Boer R, Bucx AJEH, De Groot JF, et al. Eerste evaluatie Jeugdwet. Den Haag: ZonMw, 2018.
6. Benthem S. POH-GGZ Jeugd: succesformule maar nog onvoldoende draagkracht. Oostzaan: Instituut voor Brilljante Mislukkingen, 2018. <http://www.briljantemislukkingen.nl/nl/2018/05/24/poh-ggz-jeugd/>

Benthem S. Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0302-1. Zorggroep Syntein, Boxmeer: S. Benthem, huisarts, s.benthem@syntein.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.