

Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ)

**Erik Otten, Pauline Geuijen, Marieke
Zwaanswijk & Irene Koopman**

Bijblijven

ISSN 0168-9428

Bijblijven

DOI 10.1007/s12414-018-0347-x



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ)

Erik Otten · Pauline Geuijen · Marieke Zwaanswijk · Irene Koopman

Samenvatting

In de jeugdhulp is sprake van een omvangrijke transitie. Alle zorg is onder regie van de gemeenten geplaatst. De huisarts blijft verantwoordelijk voor hulp bij somatische en psychosociale problematiek van jeugdigen voor zover die tot het basistakenpakket behoort. Uit twee evaluatierapporten blijkt dat de transformatie naar een effectievere jeugdhulpverlening nog niet is gerealiseerd. Karakter, een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie, heeft huisartsen in elf gemeenten in Gelderland en Overijssel aangeboden een GZ-psycholoog als specialistische ondersteuner huisartsenzorg bij jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) in de huisartsenpraktijk te situeren.

Bij inmiddels meer dan 130 huisartsen wordt een SOH-JGGZ ingezet die de huisarts faciliteert met screeningsdiagnostiek, triage, korte behandeltrajecten en waar nodig overbruggingszorg. Kinderen en ouders zijn zeer tevreden, omdat zij snel, drempelloos en zonder etikettering terecht kunnen bij een gespecialiseerde hulpverlener. De huisarts zal in het begin van de pilot moeten investeren in overleg met de SOH-JGGZ, om deze handelsewijze te bewaken en om de SOH-JGGZ zich te laten thuis voelen binnen de praktijk zonder de gebruikelijke inbedding van de SOH-JGGZ in een multidisciplinair team. Door periodiek te sparren met de SOH-JGGZ worden de kennis en kunde van de huisarts vergroot. De eerste evaluaties van deze pilots wijzen uit dat huisartsen met een SOH-JGGZ minder naar de GGZ (met name minder naar de generalistische basis GGZ) verwijzen dan huisartsen zonder een SOH-JGGZ. We concluderen dat de SOH-JGGZ-pilots in de huidige elf gemeenten succesvol zijn, kwalitatief hoogwaar-

Drs. E. Otten (✉) · Drs. I. Koopman
Ede, Nederland
e-mail: erik.otten@me.com

Drs. P. Geuijen
Nijmegen, Nederland

Dr. M. Zwaanswijk
Utrecht, Nederland

Bijblijven, <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0347-x>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

dige zorg leveren in de eigen woonomgeving en zeer waarschijnlijk bijdragen aan de gewenste substitutie naar generalistische basis GGZ en basiszorg.

Wij bevelen aan meer aandacht te besteden aan gezamenlijke preventieprogramma's en onderzoek te intensiveren naar effecten op langere termijn, naar betere afstemming van de huisarts met wijkteams en naar nog betere samenwerking binnen de jeugdzorgketen.

Inleiding

In de jeugdhulp is sprake van een omvangrijke transitie. Alle zorg is onder de regie van de gemeenten geplaatst. De lokale overheid is daarmee verantwoordelijk gesteld voor de inrichting van het zorgveld. De huisarts wordt bekostigd uit zorgverzekeringsgelden. De huisarts ziet als familiearts jeugdigen in de eigen praktijk en blijft verantwoordelijk voor alle somatische en psychosociale problematiek voor zover deze tot het basistakenpakket behoort. Omdat de huisarts een zelfstandige verwijsbevoegdheid houdt voor patiënten tot 18 jaar, is de gemeente geïnteresseerd in de positie die de huisarts inneemt in het gehele aanbod van zorg gericht op jeugdigen. Karakter, een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie, vroeg zich af of gespecialiseerde ondersteuning voor en in de huisartsenpraktijk zowel de huisarts als de gemeente kan faciliteren met kwaliteitszorg en kostenefficiëntie. Besloten werd te investeren in zorgpilots waarbij de huisarts een GZ-psycholoog toebedeeld krijgt die helpt met het onderkennen van de ernst van de gepresenteerde klachten en met triage, de specialistische ondersteuner huisartsenzorg bij jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). Hierna krijgt u informatie over de zogenaamde SOH-pilots, maar eerst geven we een korte toelichting op de Jeugdwet en het functioneren daarvan. Wat is de positie die de huisarts inneemt in deze pilots? We presenteren u de resultaten van de SOH-pilots die we samen met huisartsen en gemeenten hebben vormgegeven en geven nog enkele praktische wenken.

Jeugdwet en gemeentelijke regie

Op grond van de Jeugdwet valt de jeugdhulp sinds 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Deze transitie is ingezet om een verdere ontschotting te realiseren tussen de verschillende sectoren die betrokken zijn bij de zorg voor jeugdigen met psychische problematiek (o. a. ziekenhuizen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, (orthopedagogische) jeugdhulp, huisartsenzorg, GGD, onderwijs). Doel is 'eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp' [1]. Door deze reorganisatie treedt er een enorme dynamiek op die echter niet automatisch tot zorgverbetering leidt. Er is behoefte aan efficiënte zorgarrangementen, op maat tussen de echelons, aan functieerschikking en evaluatie van zorginnovaties vanuit het perspectief van patiënten, ouders en verzorgers. Verbeteringen kunnen alleen optreden als de toegang

tot zorg en zorgprocessen in een goede dialoog tussen hulpverleners en gebruikers worden geoptimaliseerd. De positie van de huisarts in dezen is zeer interessant en verdient nadere belichting. Karakter heeft ervoor gekozen specialistische ondersteuning dicht bij de huisarts te situeren. Een gewaagde keuze, omdat daarmee niet in eerste instantie is gezocht naar wegen om het sociaal domein, wijkteams en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) te steunen. De afstemming hiermee van de kant van de SOH-JGGZ en de huisarts komt in de pilots van Karakter wel aan de orde.

Evaluatie transformatie en jeugdwet

Er verschijnen veel rapporten en evaluaties over de werking van de Jeugdwet. Lukt de transformatie, zijn we op de goede weg? We staan kort stil bij twee belangrijke evaluaties, te weten de *Eerste evaluatie Jeugdwet* door ZonMw en *Tussen droom en daad*, vierde jaarrapportage van de Transitie Autoriteit Jeugd. Uit de omvangrijke evaluatie van Friele et al. [2] blijkt dat de beoogde transformatie naar een effectiever jeugdstelsel nog niet gerealiseerd is. Er wordt te weinig aandacht besteed aan preventieve activiteiten, kwaliteit en toegang blijven aandacht vragen en de afstemming met het onderwijs schiet tekort. De meer kwetsbare gezinnen hebben niet meer aandacht gekregen. Voor huisartsen is het relevant te lezen dat het oordeel luidt dat de samenwerking van partijen met de huisarts (in de rol als verwijzer naar jeugdhulp en GGZ) systematischer ingericht moet worden.

In *Tussen droom en daad* stelt de Transitie Autoriteit Jeugd [3] dat de gemeenten zich hebben geconcentreerd op het inrichten van wijkteams, voor hen het fundament van de transformatie. Veel huisartsen zullen hebben gemerkt dat de personele en functionele samenstelling van die wijkteams aan veel verandering onderhevig was. De communicatie tussen huisarts en wijkteam liet op veel plaatsen te wensen over. Voor de gemeenten bleek het een lastige opgave om de administratie onder controle te houden; de administratieve last van de jeugdzorg heeft ernstige vormen aangenomen. Voor de professionals in de jeugdzorg, maar ook voor huisartsen, is de volgende signalering van belang:

Het ontwikkelen van vernieuwende inhoudelijke plannen door zorgaanbieders als invulling van de transformatie komt nog te weinig voor. De samenwerking tussen zorgaanbieders leidt nog te weinig tot vitale coalities gericht op vernieuwing en het vergroten van de slagkracht van de implementatie van vernieuwing [3].

Verbetering van de ketensamenwerking door de interventie van de SOH-JGGZ, dicht bij de huisarts gesitueerd, is in de pilots van Karakter juist een expliciete doelstelling.

In het Actieprogramma *Zorg voor de Jeugd* van het Ministerie van VWS [4] geeft het kabinet een financiële impuls van meer dan 300 miljoen euro om de jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering te versterken. Daarbij moet te allen tijde het belang van het kind en het gezin centraal staan. De transformatie moet, zo zegt het kabinet hiermee, verder gestalte krijgen. De huidige resultaten

zijn nog niet voldoende. Dat onderkennen ook de samenwerkende rijksinspecties in het *Jaarbeeld Toezicht Sociaal Domein 2017* [5].

Psychiatrie onder jeugdigen

De prevalentie van jeugdproblematiek wordt nog altijd onderschat. In Nederland kampt ongeveer één op de zes jeugdigen met psychosociale problemen en bijna één op de twintig met psychiatrische problematiek. Veel van deze jeugdigen blijken niet de hulp te krijgen die ze nodig hebben [6, 7]. Ouders, leerkrachten en andere volwassenen onderkennen bijvoorbeeld de problemen niet of vinden niet de weg naar de juiste hulp. Omdat psychische problemen het huidige en toekomstige functioneren van kinderen nadelig kunnen beïnvloeden, is het belangrijk de problemen tijdig op te sporen en zo nodig te behandelen [8, 9]. Dit komt het welzijn van het kind op korte en lange termijn ten goede, en kan maatschappelijke kosten (zoals zorggebruik, uitval op school en werk) beperken en participatie vergroten. Patiënten geven de voorkeur aan toegankelijke zorg dicht bij huis. Toch is zulke zorg nauwelijks voorhanden: het bestaande aanbod aan eerstelijns geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen is versnipperd en soms slecht bereikbaar. Er zijn steeds meer signalen dat individuele praktijken sluiten, onder meer vanwege administratieve lastendruk en contractproblemen.¹

Volgens de nieuwe CBS-cijfers [10] maken steeds meer jongeren gebruik van jeugdhulp. Dit is de verzamelnaam voor jeugdzorg, zorg voor jeugd met een verstandelijke beperking, jeugd-GGZ en jeugdreclassering. Drie jaar na invoering van de Jeugdwet is het aantal jongeren dat jeugdhulp ontvangt toegenomen van bijna 366.000 in 2015 naar ruim 405.000 in 2017. Met name het aantal jongeren dat is geholpen door een wijk- of buurtteam is gegroeid van 36.500 in 2015 naar bijna 82.000 in 2017. Ook doen meer jongeren een beroep op jeugdhulp met verblijf: van 40.500 in 2015 naar 46.300 in 2017.

De rol van huisartsen in de zorg voor jeugdigen

Uit het voorgaande blijkt dat er ruimte is voor verbetering in de jeugdhulp. Kan aan die verbetering worden bijgedragen door de rol van de huisarts als familiearts binnen de jeugdhulpketen te benutten? Huisartsen zijn in veel gevallen het eerste aanspreekpunt als ouders zorgen hebben over de ontwikkeling van hun kind. Bovendien zijn zij vaak de arts van het hele gezin en hebben zij daarom veel kennis over de achtergrond van het gezin. Van de jeugdigen tot en met 20 jaar gaat 58 % tot 76 % minstens één keer per jaar naar de huisarts [10]. De huisartsenpraktijk is om deze redenen bij uitstek de plaats om jeugdigen met psychosociale proble-

¹ Zie voor een treffend relaas van een eerstelijns psycholoog in Flevoland gespecialiseerd in seksueel trauma bij kinderen: De Correspondent, 11 mei 2018. <https://decorrespondent.nl/8255/de-psychologen-zien-het-niet-meer-zitten-dus-behandelen-ze-minder-kinderen/337040010450-b3f11ee0>

men op te sporen, te behandelen en zo nodig te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Toch worden deze mogelijkheden nog onvoldoende benut [11]. Hoewel in een grote meerderheid (87 %) van de huisartsenpraktijken ondersteuning van een POH-GGZ aanwezig is, wordt deze in de meeste gevallen ingezet voor volwassenen [12]. Ondersteuning voor jeugdigen met psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk vindt slechts incidenteel plaats en kent verscheidene varianten (o.a. POH-JGGZ, consultatie door de kinder- en jeugdpsychiater, consultatie- en adviesteam, ureninzet vanuit CJG).

Wat is een SOH-JGGZ?

Kortom, we zien een nieuwe ordening in de jeugdhulp en we signaleren tegelijkertijd dat de prevalentie van problematiek onder jongeren groot is. Is er een werkbaar zorgarrangement? Karakter, expertise-instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, doet ervaring op met pilots in haar werkgebied Gelderland en Overijssel waarbij GZ-psychologen worden ingezet ter ondersteuning van huisartsen en binnen de muren van de huisartsenpraktijk: de SOH-JGGZ. Uit gesprekken met huisartsen is gebleken dat een aanzienlijk deel van hen geïnteresseerd is in ondersteuning door een academisch geschoolde hulpverlener afkomstig van een expertise-instelling voor jeugdpsychiatrie. De SOH-JGGZ biedt screeningsdiagnostiek, hulp bij triage (kennis van de steeds weer wijzigende sociale kaart is daarbij essentieel), korte behandeling (maximaal 5 sessies) en overbruggingszorg in gevallen dat de patiënt op een wachtlijst is geplaatst. Karakter zorgt in de SOH-pilots die zijn ontstaan voor de invulling van (organisatorische) pilotcondities en borgt de kwaliteit van de betrokken functionarissen. De huisartsen en Karakter maken van tevoren samen afspraken over de functionele inzet en de inpassing binnen de huisartsenpraktijk. De inzet van de SOH-JGGZ vindt plaats binnen de grenzen van de huisartsgeneeskunde. Er wordt, met andere woorden, geen specialistische jeugd-GGZ-behandelpraktijk verplaatst naar de huisartsenpraktijk.

In de visie van Karakter kan het aanbieden van specialistische expertise aan de huisarts het verschil maken. In elf gemeenten en met medewerking van circa 130 huisartsen wordt nu volop ervaring opgedaan met de inzet van een SOH-JGGZ in de huisartsenpraktijk. In principe hanteren we in de pilots een ureninzet van de SOH-JGGZ op basis van de verhouding 1 uur SOH-JGGZ per week op 1.000 ingeschreven patiënten. De meeste huisartsen leggen alle jeugdigen bij wie er een vermoeden bestaat van psychische en psychiatrische stoornissen voor aan de SOH-JGGZ; een enkeling verwijst ook zelf rechtstreeks door naar de GGZ zonder tussenkomst van de SOH-JGGZ. Bij ernstige risico's, zoals de inschatting van suicidegevaar, neemt de huisarts vanzelfsprekend direct contact op met de GGZ, via de gebruikelijke kanalen. Als de SOH-JGGZ een verwijzingsadvies geeft, blijft er altijd sprake van een onafhankelijke verwijzing.

Doelstellingen zijn het leveren van kwaliteitszorg en het bieden van hoogwaardige ondersteuning aan de huisarts. Beide dragen daarnaast idealiter bij aan substitutie van specialistische jeugd-GGZ-zorg door basiszorg en ongelabelde zorg.

De pilot kan, waar het de jeugdzorg betreft, positief bijdragen aan de kwaliteit van het overleg tussen huisartsen en vertegenwoordigers van de gemeente. Niet zelden verloopt dit overleg thans gespannen en moeizaam. Niet alle benaderde huisartsen toonden zich geïnteresseerd in deelname aan een SOH-JGGZ-pilot. Enkelen waren bezorgd dat door de inzet van de SOH-JGGZ de marktpositie van eerstelijns psychologen in het geding kwam. Anderen waren huiverig voor het aantasten van de huisartsgeneeskundige filosofie door de inzet van hulpverleners binnen de muren van de eigen praktijk afkomstig van een gespecialiseerde instelling voor jeugdpsychiatrie. Weer anderen kozen liever voor een POH-GGZ, maar dan gericht op jeugd en waar mogelijk eveneens gefinancierd door de gemeente. Ten slotte zijn er huisartsen geweest die kozen voor een samenwerkingsverband met een CJG. Wij onderkennen bij alle benaderde huisartsen twee onderliggende vraagstukken:

1. past jeugdzorg binnen ons takenpakket?
2. houden wij als huisarts voldoende regie binnen het SOH-JGGZ-zorgarrangement?

Context: hoort jeugdhulp bij het takenpakket van de huisarts?

Wij concluderen uit bestudering van NHG- en LHV-documenten dat er discussie mogelijk blijft of de SOH-zorgverlening binnen het takenpakket van de huisarts valt [13–16]. Volgens de Jeugdwet kunnen de gemeenten en de huisartsen hieromtrent samen afspraken maken alsmede over de afstemming van zorg, verwijzingen en gegevensoverdracht. Lokaal kunnen er dus verschillen van inzicht bestaan tussen partners binnen de jeugdhulpketen en huisartsen. De deelnemers aan de SOH-JGGZ-pilots hebben er pragmatisch voor gekozen deze zorg onder de huisartsenzorg te rangschikken en aanvaarden de eindverantwoordelijkheid van de SOH-JGGZ-zorg. Door de nauwe samenwerking tussen huisarts en SOH-JGGZ is er het vertrouwen bij de huisarts dat de SOH-JGGZ een GGZ-verwijsadvies aan de huisarts geeft als sprake is van psychiatrische pathologie. Alle verwijsbevoegdheden van de huisarts betreffende de jeugd blijven binnen de Jeugdwet onverlet. Omdat de transformatie nog maar pas is ingezet, zal er ruimte blijven voor discussie en voor verschuiving van taken en verantwoordelijkheden. Een mooi voorbeeld geeft kinder- en jeugdpsychiater G. van de Loo. Zij is van mening dat medicatiecontroles bij kinderen met enkelvoudige ADHD-problematiek prima uitgevoerd kunnen worden door de huisarts, mits er sprake is van ondersteuning door een expertise-instelling en voldoende competentie en scholing van de huisarts [17].

Casus 1 Angst-dwangklachten

Meisje, 16 jaar

Aanmeldingsreden huisarts

Het gaat volgens moeder niet goed met patiënte: opa en een tante zijn een aantal maanden geleden (plotseling) overleden en sindsdien is patiënte bang dat moeder ook zal overlijden. Het gaat matig op school en patiënte slaapt slecht.

Beloop: vier sessies in drie maanden

Klachtbeschrijving: patiënte denkt bij het voelen van een pijntje of plekje dat ze kanker of een andere ernstige ziekte zal krijgen waaraan ze dood kan gaan. Patiënte zoekt via internet informatie op over het vermeende ziektebeeld. Ze piekert wanneer ze niets te doen heeft, en in bed. Het piekeren kan overgaan in paniek. Ze heeft inslaapproblemen. Het meisje ervaart een normaal sociaal leven en vindt school belangrijk. Ze kan zich echter moeilijker concentreren de laatste tijd. Ze komt uit een hecht gezin. Zowel vader als moeder is bekend met een verscheidenheid aan lichamelijke klachten.

Screeningsdiagnostiek

Milde angstproblematiek, geen sprake van stemmingsstoornis. Geen problematische automatische gedachten, geen aanwijzing voor zelfbeeldproblematiek.

Inschatting van SOH-JGGZ

Klachten kunnen gekaderd worden vanuit hechte moeder-kindrelatie en familieverbanden waarin ziekte en doodgaan een thema vormen. Proces van individuatie/separatie verloopt in deze context gecompliceerd. Hulp door middel van versterking van de eigen positie in het systeem, onder meer door het krijgen van inzicht in eigen denken, voelen en handelen.

Beloop: drie behandelssessies en een follow-upsessie

De SOH-JGGZ is begonnen met uitleg over angst, het ontstaan van haar angst, over het GGGG-schema, over denkfouten en over het leren werken met een (gedachte)dagboek. Daaropvolgend is een oplossingsgerichte insteek gekozen. Vergroten van copingvaardigheden, enkele ontspanningsoefeningen voor angst en paniek.

Evaluatie

Opedane inzichten en ervaringen over denken en voelen bleken patiënte houvast te geven, patiënte doorzag snel haar denkfouten en kon zichzelf corrigeren. Tijdens het follow-upgesprek na zes weken gaf het meisje aan geen last meer te hebben van de angstklachten en beter in haar vel te zitten, zij sliep beter en zij kon op school haar aandacht er weer beter bij houden. Geen verwijzing.

Tabel 1 Problematiek voor de SOH-JGGZ

-
- combinatie van (chronische) psychiatrische problematiek en noodzaak opvoedingsbegeleiding (autisme, ADHD etc.)
 - psychosomatische klachten
 - dysthyme/depressieve klachten
 - angstproblematiek
 - negatief zelfbeeld
 - slaapproblemen
 - eetproblematiek
 - vergroten sociale vaardigheden/weerbaarheid
 - oppositioneel opstandig gedrag/gedragsproblemen (agressie)
 - complexe rouwproblematiek, bijvoorbeeld na suïcide of bij stagnatie van het rouwproces
 - hechtingsproblemen
 - enkelvoudige (eenmalige) traumatische gebeurtenissen
-

POH-GGZ praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg, *SOH-JGGZ* specialistische ondersteuner huisartsenzorg bij jeugd-GGZ, *GGZ* geestelijke gezondheidszorg, *NZA* Nederlandse Zorgautoriteit

Inpassing van de SOH-JGGZ in huisartsenpraktijk en regie door huisarts

De SOH-JGGZ (in verreweg de meeste gevallen een GZ-psycholoog; soms een hbo-master opgeleide verpleegkundig specialist) is academisch opgeleid, bezit expertkennis over de kinder- en jeugdpsychiatrie en heeft bij voorkeur relevante ervaring met verschillende soorten problematiek zoals autismespectrumstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen en ADHD. De SOH-JGGZ brengt expertise naar de huisartsenpraktijk en moet zich expliciet rekenschap geven van de eerstelijns behandelingsfilosofie. De SOH-JGGZ sluit aan bij de werkwijze van de huisarts, met een handelingsgerichte hypothese; er wordt geen classificerende (DSM-)diagnostiek geleverd. De huisarts blijft coördinerend en is verantwoordelijk voor de zorgverlening van de SOH-JGGZ binnen de praktijk. In de Dienstverleningsovereenkomst die Karakter afsluit met de huisarts staat vermeld dat de huisarts invloed heeft op de taakinfilling door de SOH-JGGZ. SOH's-JGGZ zijn BIG-geregistreerd, volgen de kwaliteitsrichtlijnen van de eigen beroepsgroep, Karakter of een andere GGZ-instelling waar zij in dienst zijn, en zien toe op het leveren van zorg volgens de laatste inzichten. SOH's-JGGZ worden gesuperviseerd door een kinder- en jeugdpsychiater en kunnen deze te allen tijde consulteren, telefonisch of face to face, binnen de eigen moederorganisatie.

De pathologie die zich veelvuldig aandient bij de SOH-JGGZ zijn angst-, dwang- en/of stemmingsklachten, hyperactiviteit, oppositioneel gedrag, emotieregulatieproblematiek, opvoedings- en systeemproblemen en concentratieproblematiek, niet zelden gepaard gaand met onrust op school. Tab. 1 geeft een beeld van de pathologie die in aanmerking komt voor verwijzing door de huisarts naar de SOH-JGGZ.

Tabel 2 POH-GGZ, SOH-JGGZ en transformatie vanuit perspectief huisarts binnen Jeugdwet

item	aanpak voor transformatie	aanpak na transformatie
Functionaris	De POH-GGZ is veelal in dienst bij de huisarts en richt zich in de huisartsenpraktijk op begeleiding van (jeugdige) patiënten met verdenking van psychosociale en lichte psychiatrische stoornissen. Is in de praktijk hoofdzakelijk gericht op volwassenen	De SOH-JGGZ blijft in dienst bij een GGZ-instelling en brengt gerichte expertise naar de huisarts en de jeugdhulpketen
Functie	De POH-GGZ richt zich op patiënten van 0–100 jaar met als kernfunctie begeleiding en behandeling bij als licht beoordeelde GGZ-problematiek	De SOH-JGGZ richt zich op patiënten van 0–18/23 jaar met verdenking van psychische en psychiatrische stoornissen met als kernfuncties screeningsdiagnostiek, triage en kortdurende behandeling. Aanvullend en op verzoek van de huisarts is overbruggingszorg mogelijk als de jeugdige op een wachtlijst is geplaatst
Locatie	Binnen de huisartsenpraktijk	Binnen de huisartsenpraktijk, deels bij het lokale team en in afstemming met de jeugdarts. Afhankelijk van lokale ketenafspraken is er ook ruimte voor toeleiding vanuit onderwijs. De SOH-JGGZ verbindt de huisarts met de jeugdhulpketen
Vindplaats	De patiënten worden aangeleverd door de huisarts. Via direct patiëntencontact zoekt de POH-GGZ afstemming met school en voorliggende voorzieningen. Nauwelijks programmatische preventie op terrein van jeugd-GGZ	De SOH-JGGZ borgt actieve afstemming met scholen, jeugdartsen en lokale teams. Input voor preventie, aanpak van zorgmijding (zoals mogelijk bij pubers). Op basis van door de SOH-JGGZ gecoördineerde keteninformatie wordt gezocht naar kinderen met psychiatrie die onder de radar blijven
Werkwijze	De POH-GGZ overziet de sociale kaart. Triage gebaseerd op eigen afweging en die van de huisarts. Geen supervisie door kinder- en jeugdpsychiater. Soms wachtlijstproblematiek vanwege workload volwassen- en ouderenspsychiatrie in combinatie met langere behandelduur. Zorg binnen vertrouwde omgeving van de huisarts zonder GGZ-etikettering	De SOH-JGGZ overziet de sociale kaart en de complementaire jeugd-GGZ-functies. De SOH-JGGZ weet per patiënt welke informatie van andere partijen en zorgverleners nodig is voor het bepalen van het noodzakelijke behandelbeleid en om dit vervolgens in te zetten. Scherpe indicatiestelling voor afschaling, doorverwijzing en zelf behandelen door de SOH-JGGZ. Supervisie door kinder- en jeugdpsychiater. Geen wachtlijst; snelle zorg binnen vertrouwde omgeving van de huisartsenpraktijk zonder (directe) GGZ-etikettering. De SOH-JGGZ beoordeelt welke behandelmodules bruikbaar zijn binnen de huisartsenpraktijk. Geen tweedelijns protocollen
Bekostiging	NZa-vergoedingsregeling huisartsen voor POH-GGZ; Zorgverzekeringswet Sommige gemeenten subsidiëren inmiddels ook een POH-GGZ voor de jeugd	Separate vergoeding van ureninzet SOH-JGGZ door gemeenten krachtens de Jeugdwet

Tabel 2 (Vervolg)

item	aanpak voor transformatie	aanpak na transformatie
Criteria verwijzing	Standaard verwijscriteria voor generalistische basis GGZ en specialistische GGZ	Onderkenning van een grijs gebied tussen basiszorg, generalistische basis GGZ en specialistische GGZ. Geen vaststaande criteria; de transformatie is namelijk niet afgerond. De SOH-JGGZ kan risico's van wel/niet verwijzen adequaat inschatten. Interdoktervariatie respecteren binnen samenwerking huisarts en SOH-JGGZ
Inbreng speciale GGZ	De kinder- en jeugdpsychiater levert op verzoek consultatie aan de huisarts	De SOH-JGGZ levert niet alleen consultatie vanuit de eigen (poli)kliniek en brengt gespecialiseerde kennis naar de huisarts en de keten, maar doet dit door aan te sluiten bij de handelingsgerichte hypothese van de huisarts. Werkdiagnostiek staat centraal. Geen specifiek DSM-label. Intervisie en supervisie door een kinder- en jeugdpsychiater
Medicatie-ondersteuning	Geschiedt op basis van ad-hocafstemming tussen huisarts en specialistische GGZ. Overheveling enkelvoudige ADHD-problematiek van kinderartsen naar huisartsen problematisch en risicovol	Via SOH-JGGZ kunnen afspraken gemaakt worden tussen huisarts en kinder- en jeugdpsychiater over tussentijdse controles en diagnostiek. Basis voor gecontroleerde overdracht enkelvoudige ADHD-problematiek van kinderarts (en eventueel ook van kinder- en jeugdpsychiatrie) naar huisarts

POH-GGZ praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg, *SOH-JGGZ* specialistische ondersteuner huisartsenzorg bij jeugd-GGZ, *GGZ* geestelijke gezondheidszorg, *NZA* Nederlandse Zorgautoriteit

POH-GGZ, SOH-JGGZ en transformatie jeugdhulp

Hiervoor werd aangegeven dat de POH-GGZ een alternatief kan zijn voor de gespecialiseerde SOH-JGGZ. Het is inzichtelijk om de functies POH-GGZ en SOH-JGGZ naast elkaar te zetten en te beoordelen in het licht van de transformatie van de jeugdhulp. In tab. 2 geven we als verdieping een vergelijking van beide functies.

Attentiepunten bij de start van een SOH-JGGZ-pilot

We zijn hiervoor uitgebreid ingegaan op de kenmerken van de SOH-JGGZ. Als partijen gezamenlijk willen starten met dit zorgarrangement, moet er het een en ander geregeld worden. Uit de empirie van de SOH-JGGZ-pilots blijkt dat het van belang is bij de start een aantal aandachtspunten in gezamenlijk overleg tussen huisarts, gemeente en GGZ-instelling die de SOH-JGGZ levert, te regelen. De meest wezenlijke zijn:

- Maak duidelijke afspraken over het takenpakket van de SOH-JGGZ met de huisarts.
- Expliciteer de eindverantwoordelijkheid en de regierol van de huisarts.
- Regel de aansprakelijkheid van de SOH-JGGZ in de polis van de huisarts.
- Bevestig dat de SOH-JGGZ geen tweedelijnszorg verleent, maar expertise vanuit de SGGZ aanwendt binnen de huisartsenpraktijk primair ten behoeve van kind en ouders.
- Maak met de gemeente en het betreffende wijkteam afspraken over de functionele verdeling van taken tussen wijkteam en SOH-JGGZ, over gegevensoverdracht en onderlinge communicatie.
- Spreek af dat de SOH-JGGZ registreert in het HIS en aanvaard dat de huisarts altijd specifieke wensen heeft.
- Borg de privacy voor alle onderdelen van het zorgproces en maak afspraken over te gebruiken communicatietools en e-mailverkeer.
- Stel een Dienstverleningsovereenkomst op tussen huisarts en de SOH-JGGZ-leverancier (de GGZ-instelling) waarin medisch-organisatorische rechten en plichten worden vastgelegd.
- Maak met de gemeente een afspraak over een passende vergoeding aan de huisarts voor het accommoderen van de SOH-JGGZ.
- Spreek evaluatiedoelen en daaraan verbonden registratie door de SOH-JGGZ af.

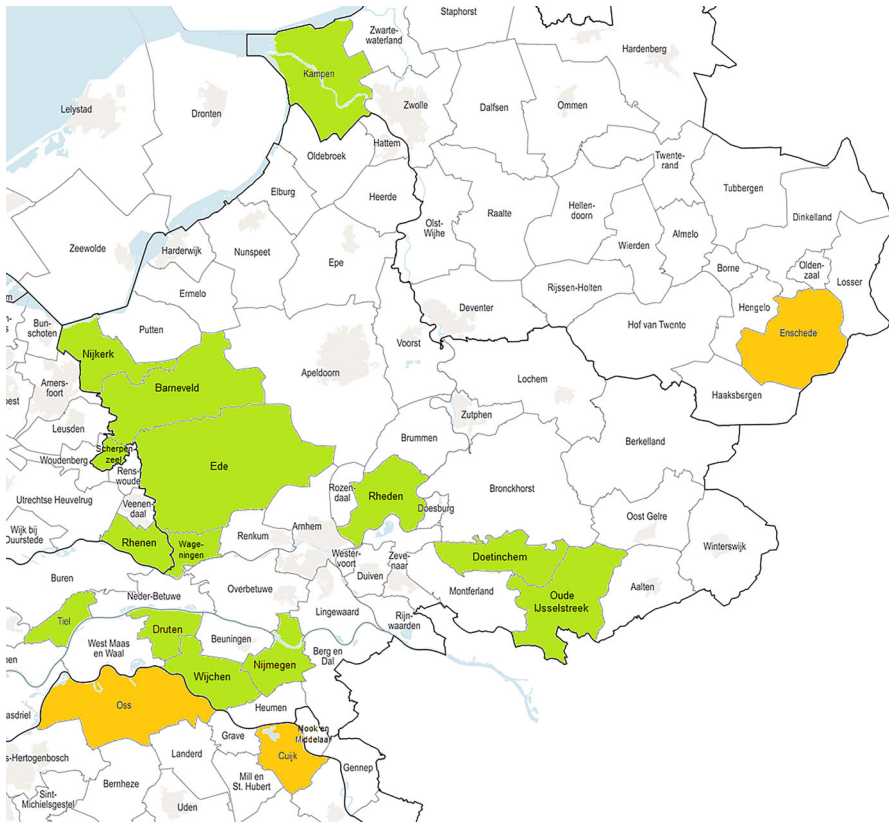
Voor het starten van een SOH-JGGZ-pilot is een gedegen voorbereiding nodig en afspraken moeten adequaat worden vastgelegd. De partijen moeten kleinere en grotere cultuur- en communicatiekloven zien te overbruggen. Ook dat is niet los te zien van de transformatie.

Resultaten uit de SOH-JGGZ-pilots

Wat zijn de resultaten van de SOH-JGGZ-pilots in de praktijk? Fig. 1 is een grafische weergave van de omvang van de lopende SOH-JGGZ-pilots en de kansen op uitbreiding. In alle aangegeven gemeenten wordt de SOH-JGGZ bekostigd uit de Jeugdwet. De SOH-JGGZ maakt daar deel uit van de transformatieagenda jeugdhulpverlening.

Karakter Academie verzamelde in 2017 informatie over 934 jeugdigen die verwezen zijn naar 20 SOHs-GGZ. Deze jeugdigen zijn gemiddeld 11 jaar oud (spreiding: 0–23 jaar) en de verhouding man: vrouw is 48%:52%. Zorgtrajecten bij de SOH-JGGZ duurden gemiddeld 4,7 weken (spreiding: 0–44 weken), waarin gemiddeld 2,6 consulten (spreiding: 1–13 consulten) werden gedaan. Tijdens deze patiëntconsulten werd bij 76% screeningsdiagnostiek en triage uitgevoerd, bij 35% ondersteuning geboden, bij 31% kortdurend behandeld, bij 16% werd gemotiveerd voor behandeling en bij 7% is overbruggingshulp geboden.

De vijf meest voorkomende ingangsklachten zijn:



Figuur 1 Grafische weergave van lopende SOH-JGGZ-pilots (*groen*) en kansen op uitbreiding (*oranje*)

1. angst, dwang- en/of stemmingsproblemen (32 %);
2. aandacht, hyperactiviteit, impulsiviteit en/of gedragsproblemen (32 %);
3. opvoeding en/of gezinsproblematiek (18 %);
4. emotieregulatie en/of persoonlijkheidsproblematiek (13 %);
5. sociale interactie en/of (non-)verbale communicatieproblemen (12 %).

Doordat de SOH-JGGZ opereert vanuit de huisartsenpraktijk, is de zorg laagdrempelig, niet stigmatiserend en letterlijk en figuurlijk dicht bij huis voor jeugdige en ouders. De hulp kan snel, in de meeste gevallen binnen een week, geleverd worden. In de evaluatie van de pilots geven ouders, kinderen en huisartsen aan dit zeer te waarderen. De huisartsen melden ook dat zij bij verwijzingen veel baat hebben bij de voorlichting van de SOH-JGGZ aan kind en ouders over wat deze kunnen verwachten van de zorginstelling waarnaar zij verwezen worden. Dit voorkomt onrust bij de patiënt, die anders toch weer belet vraagt bij de huisarts.

Bovendien kan de ontvangende instelling sneller en gericht aan de slag met de patiënt, omdat zij precieze verwijsinformatie heeft ontvangen.

Casus 2 Dwanghandelingen

Jongen, 7 jaar

Aanmeldingsreden door huisarts

Patiënt heeft vanaf groep 3 tics: voelen van hoekjes, knippen van de ogen. Op dit moment krijgt hij thuis meer last van het willen aanraken van hoekjes en punten, bijvoorbeeld van tafels, stoelen, kasten en boeken, wat steeds meer tijd in beslag neemt. Patiënt wordt zich meer bewust van dit gedrag. Heeft er volgens ouders last van.

Belooft: twee sessies in twee maanden

Eerste gesprek met ouders en patiënt

Ouders beschrijven patiënt als een jongen die van structuur houdt, oog voor details heeft, problemen heeft met veranderingen en gevoelig is voor sfeer. De jongen zelf geeft aan dat hij thuis en op school steeds hoekjes en punten waarneemt en deze zou willen aanraken. Hij geeft aan ongeveer 400 hoekjes en punten te zien, maar raakt deze op school niet of nauwelijks aan. Dit lukt de jongen, omdat hij op school voldoende structuur, activiteiten en afleiding heeft.

Screeningsdiagnostiek

Geen aanwijzing voor angstproblematiek. Op cognitieve onderdelen heeft de jongen moeite met het verkrijgen van overzicht. Er bestaat een sterke focus op details. In contact en cognitieve stijl doet patiënt denken aan de verwerkingsstijl van kinderen met een autismespectrumstoornis.

Inschatting SOH-JGGZ

Dwanghandelingen hebben te maken met waarnemen en denken. Wanneer een hoekje niet wordt aangeraakt, kan dat een gevoel van onvolledigheid geven. Wordt door patiënt meer ervaren als ongemak dan als angst.

Behandelsessie

In een gezamenlijk gesprek met de jongen en moeder wordt helder waarom de jongen op school weinig last ervaart. Alle afleidende bezigheden op school worden door patiënt hardop benoemd. Als vervolgens de situatie thuis wordt beoordeeld, ziet de jongen daar ook alle hoekjes en punten, maar heeft hij daar onvoldoende structuur en geen duidelijke invulling van de tijd. Thuis geeft de patiënt wel toe aan de dwang om alles aan te raken. Dit kost veel tijd en geeft strijd en ruzie in de thuissituatie. Er wordt in samenspraak met jongen en moeder een lijst van activiteiten thuis opgesteld. Alle mogelijke activiteiten worden geplaatst in een gevisualiseerd dag- en weekschema.

Evaluatie

Dit gevisualiseerde systeem geef de patiënt duidelijkheid en houvast. Hiermee verdwijnt de drang om de hoekjes en puntjes thuis aan te raken. Ouders gebruiken het systeem voor de dagelijkse structuur, voor training van meer flexibiliteit en voor begrenzing van activiteiten in de tijd. Geen verwijzing.

Casus 3 Overbruggingshulp bij eetstoornis-autismespectrumstoornis (ASS)

Meisje, 16 jaar

Aanmeldingsreden door huisarts

Patiënte is recent in verband met haar eetstoornis aangemeld bij een landelijk centrum eetstoornissen; kan daar echter pas over twee maanden terecht voor een intake. De huisarts vraagt de SOH-JGGZ overbruggingshulp te leveren. De huisarts en SOH-JGGZ betrekken een diëtiste erbij die gespecialiseerd is in eetstoornissen en bekend met de combinatie eetstoornis-ASS. De rolverdeling is als volgt: de huisarts bewaakt de somatiek, stelt grenzen en biedt psycho-educatie met betrekking tot gezondheidsrisico's. De huisarts bepaalt wanneer patiënte met een crisis moet worden opgenomen. De diëtiste werkt met het meisje aan een afgestemd voedingsprogramma. De SOH-JGGZ biedt steunende en structurerende contacten, waarbij hij ingaat op de onderliggende cognities. De werkdiagnose is dat er sprake is van een comorbide eetstoornis, maar dat de onderliggende ASS de hoofddiagnose is. De SOH-JGGZ bewaakt en coördineert de inhoudelijke afstemming tussen de disciplines.

Verloop

Verloop van de overbruggingshulp tot dusver: er hebben vier gesprekken plaatsgevonden met patiënte. Er is teruggekeken naar het ontstaan van de eetstoornis. Er is bij het meisje angst voor te sterke gewichtstoename en het oorspronkelijk gewenste gewicht is bij het meisje naar de achtergrond verdwenen. Het meisje is gemotiveerd om te werken aan een gezond gewicht en in overleg met haar is een nieuw streefgewicht bepaald. De diëtiste heeft samen met patiënte een voedingsprogramma opgesteld; patiënte is expliciet betrokken bij het maken van keuzes. In samenspraak met zowel het meisje als haar ouders is een gevisualiseerd dag- en weekprogramma gemaakt dat aan het meisje duidelijkheid en voorspelbaarheid biedt, passend bij haar autisme. Het volgen van dit voedingsprogramma en het stabiliseren en vervolgens heel licht stijgen van het gewicht gaan gepaard met angst, die de patiënte bespreekt met de SOH-JGGZ.

Evaluatie

Voorgaande overbruggingszorg is naar de mening van patiënte en ouders, maar ook naar de mening van de huisarts, van meerwaarde. De problematiek blijft ernstig. De wachtlijstperiode verloopt voor het meisje echter veel stabiel en er wordt een minder groot direct beroep gedaan op de huisarts.

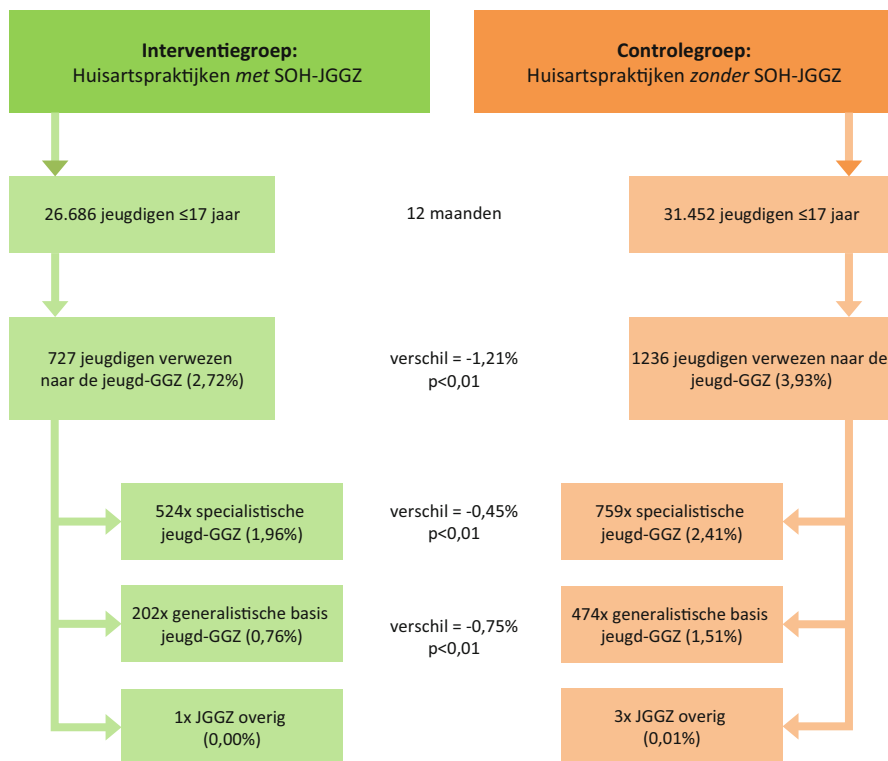
Van de 934 jeugdigen werd 26% verwezen naar de specialistische jeugd-GGZ, 16% naar de generalistische basis GGZ en 19% naar lokale voorzieningen. Ruim een derde (39%) van de jeugdigen werd niet verwezen. Daarnaast blijkt dat de tevredenheid bij jeugdigen, ouders en huisartsen hoog is. Jeugdigen en hun ouders/verzorgers voelen zich gehoord, begrepen en betrokken bij het maken van keuzes (bijvoorbeeld bij het bepalen van vervolgstappen), met gemiddelde scores van respectievelijk 9,1, 9,0 en 9,0 op een schaal van 1 tot 10. Een SOH-JGGZ geeft aan:

Wat ik zelf merk is dat cliënten tevreden zijn; het is laagdrempelig, we zitten bij de huisarts en dat is ook vertrouwd, we hebben al voorinformatie van de huisarts. Het komt vaak voor dat cliënten na een paar gesprekken al weer verder kunnen en indien nodig kunnen ze een nieuwe afspraak maken. Cliënten vinden het vaak fijn om daarop terug te kunnen vallen.

De resultaten van de SOH-pilots zijn ook geëvalueerd door verwijzingsgegevens te koppelen aan gemeentelijke data over de consumptie van jeugdhulp door jongeren tot 18 jaar. Op die manier was het mogelijk om verwijzingsgegevens van huisartsenpraktijken mét een SOH-JGGZ te vergelijken met die van huisartsenpraktijken zónder een SOH-JGGZ (care as usual) [18]. Fig. 2 toont die vergelijking voor de jeugdhulpregio Food Valley (een samenwerkingsverband van de gemeenten Ede, Nijkerk, Veenendaal, Barneveld, Rhenen, Scherpenzeel en Renswoude). Vanuit huisartsenpraktijken met een SOH-JGGZ worden proportioneel minder jeugdigen verwezen naar de GGZ als geheel (specialistische GGZ en generalistische basis GGZ tezamen) dan vanuit huisartsenpraktijken zonder SOH-JGGZ (verschil is 1,2%, $p < 0,01$, fig. 2). Het valt op dat in huisartsenpraktijken met SOH-JGGZ weliswaar minder jeugdigen worden verwezen naar de GGZ, maar dat een groter aandeel van de verwijzingen naar de specialistische GGZ wordt doorgestuurd dan in huisartsenpraktijken zonder SOH-JGGZ (72% versus 61%). In huisartsenpraktijken met SOH-JGGZ worden relatief minder jeugdigen verwezen naar de generalistische basis GGZ dan in huisartsenpraktijken zonder SOH-JGGZ.

Worden deze verschillen veroorzaakt doordat de SOH-JGGZ de generalistische basis GGZ patiënten afvangt? Of laat de signalering van ernstige psychische problematiek te wensen over en brengt de SOH-JGGZ dit naar boven?

Er is overlap in de functies van de SOH-JGGZ en de vrijgevestigde psychologen, zij het dat het aantal consulten bij de SOH-JGGZ gemaximeerd is tot circa vijf. Het effect van de SOH-interventie op verwijzingen naar de specialistische GGZ lijkt vooral te liggen in kwalitatief betere verwijzingen: kinderen komen waarschijnlijk sneller op de juiste plek, er is meer vraagverheldering voorafgaand aan de verwijzing, de verwijzing wordt meer geaccepteerd door de ouders. De cliënten en de GGZ zijn beter voorbereid op de vervolgbehandeling. Een huisarts in Wageningen met veel ervaring in het samenwerken met de SOH-JGGZ noemt juist deze aspecten als kwaliteitswinst [19].



Figuur 2 Verwijsproporties uitgesplitst naar interventiegroep (huisartsen met SOH) en controlegroep (huisartsen zonder SOH) in de regio Food Valley, 2017

Succes- en faalfactoren in de samenwerking tussen gemeente, huisarts en GGZ

Inmiddels zijn enkele SOH-JGGZ-pilots al omgezet in reguliere zorg en voorzien van continue bekostiging door de gemeenten.

We noemen de belangrijkste succesfactoren:

- Zorg bij de start voor een simpele monitoring van de werkinzet van de SOH-JGGZ, gepresenteerde klachten, verwijspatronen en tevredenheid van jeugdigen en ouders.
- Door registratie in het HIS ontstaat intrinsieke communicatie en afstemming tussen SOH-JGGZ en huisarts. Dat vergemakkelijkt het voorbereiden van verwijsbrieven en het snel kunnen attenderen op complexe en risicovolle situaties. Dat levert tijd- en kwaliteitswinst op voor de huisarts.
- Geef ruimte aan overbruggingszorg door de SOH-JGGZ als de patiënt op een GGZ-wachlijst is geplaatst. De SOH-JGGZ kan kind en ouders voorlichting geven, hen voorbereiden op wat komen gaat en de ontvangende instelling precies

informereren. Opnieuw levert dat tijdwinst op voor de huisarts en de GGZ-zorg kan beter voorbereid starten met een programma.

- Zorg ervoor dat de SOH-JGGZ zich aanpast aan de praktijkorganisatie van de huisarts. Laat de SOH-JGGZ daarom ondersteunen door de doktersassistenten.
- Kies bij de start voor een niet te korte pilotperiode. Dat voorkomt dat bij huisartsen het risicovolle beeld ontstaat dat pilotinspanningen in korte tijd teniet kunnen worden gedaan, doordat de gemeente de pilot stopzet.
- Specifiek vanuit de positie van de gemeente is het optreden van substitutie van generalistische basis GGZ en basiszorg naast een kwaliteitsaspect tevens een financiële prikkel om dit zorgarrangement blijvend te omarmen.

De belangrijkste faalfactoren zijn:

- ontbrekende afspraken over verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en privacy borging;
- onvoldoende financiële facilitering van de huisarts die de SOH adequaat accommodeert met extra overlegtijd, HIS-registratie, gebruik van ruimte en kantoorfaciliteiten;
- onvoldoende aandacht besteden aan de kwaliteit van de samenwerking tussen SOH-JGGZ en huisarts;
- onvoldoende aandacht van de superviserende kinder- en jeugdpsychiater voor SOH, huisarts, caseload en resultaten van de samenwerking.

Doorontwikkeling

De SOH-JGGZ-pilots zijn beslist nog niet af. De resultaten uit de pilotstudies laten tevredenheid bij kinderen, ouders en huisartsen zien, en een in de Jeugdwet beoogde herschikking van patiëntenstromen, maar verdere en langer durende monitoring gedurende het implementatieproces is nodig.

We noemen hierna enkele verbeterpunten.

- De facilitering van de SOH-JGGZ binnen de huisartsenpraktijk kan beter.
- De dossievoering ten behoeve van zorg en evaluatie geschiedt helaas soms deels buiten het HIS en verdient meer uniformering.
- Er is een nadere inspanning nodig om de samenwerking en functionele afstemming tussen SOH-JGGZ, POH-GGZ, wijkteams, jeugdartsen en scholen te optimaliseren. In Nijmegen wordt inmiddels ervaring opgedaan met een specialistische ondersteuning specifiek voor de jeugdarts.
- Er moeten eveneens betere voorwaarden tot stand komen om in de jeugdketen slimme preventieprogramma's² van de grond te tillen.

² GGZ Nederland heeft in een brief d.d. 3 mei 2018 aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport een pleidooi gehouden voor de ontwikkeling van een preventieprogramma psychische stoornissen voor kinderen en jeugd. Een mooi voorbeeld is het SCOPE-project van het landelijk Expertise Netwerk Autisme jonge kind met een aanpak van vroegherkenning en behandeling bij infants tot 3 jaar.

- In sommige pilots moet de verdeling van verantwoordelijkheid tussen huisarts, SOH-JGGZ, GGZ en wijkteam preciezer geregeld worden.
- Er is ook ruimte voor verbetering van afspraken over gegevensoverdracht in de jeugdzorgketen, niet alleen functioneel, maar ook vanuit het perspectief van privacy waarborging.
- Ten slotte moet worden gezien of de SOH-JGGZ, veelal een schaarse GZ-psychooloog, per dagdeel aan meer huisartsen ondersteuning kan bieden door de samenwerking met de in de praktijk aanwezige POH-GGZ te intensiveren. Het accent van de SOH-JGGZ kan dan meer komen te liggen op het toetsen van screening en triage en het bieden van deskundigheidsbevordering en intervisie.

Al met al ligt er hier nog een behoorlijk forse agenda. In het licht van de nog maar kortgeleden gestarte majeure transitie verwondert dit echter geenszins. De transformatie is immers nog lang niet af.

Samenvatting en conclusie

Bij inmiddels meer dan 130 huisartsenpraktijken wordt een SOH-JGGZ ingezet die de huisarts faciliteert met screeningsdiagnostiek, triage, korte behandeltrajecten en waar nodig overbruggingszorg. Kinderen en ouders geven aan zeer tevreden te zijn over deze functie, omdat zij snel, drempelloos en zonder etikettering terecht kunnen bij een gespecialiseerde hulpverlener. De SOH-JGGZ is veelal een academisch opgeleide GZ-psychooloog met specifieke ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze functie is voor de huisartsen die deelnemen aan de pilot zeer welkom. Er is namelijk gemiddeld niet zo veel kennis over dit probleemveld. Bovendien heeft de huisarts geen tijd voor langer durende gesprekken met kind en ouders. Van de SOH-JGGZ wordt gevraagd te werken binnen een eerstelijns zorgfilosofie. De huisarts zal in het begin van de pilot moeten investeren in overleg met de SOH-JGGZ om deze handelsewijze te bewaken en om de SOH-JGGZ zich te laten thuis voelen in de praktijk, zonder de gebruikelijke inbedding van de SOH-JGGZ in een multidisciplinair team. Door periodiek te sparren met de SOH-JGGZ worden de kennis en kunde bij de huisarts vergroot.

Deze pilots zijn complex om te starten, omdat zij overeenstemming tussen GGZ-aanbieder, huisarts en gemeente veronderstellen. Verantwoordelijkheden van betrokkenen dienen te worden gespecificeerd. Neutrale projectcoördinatie is een vereiste of op zijn minst aanbevelenswaardig. Niet elke huisarts is van mening dat deze zorg resorteert onder het takenpakket van de huisarts. De eerste evaluaties van deze pilots wijzen uit dat huisartsen met een SOH-JGGZ minder naar de GGZ (met name minder naar de generalistische basis GGZ) verwijzen dan huisartsen zonder een SOH-JGGZ. Er zijn nu al gemeenten die hebben besloten deze zorg structureel aan te bieden en te bekostigen. Wij bevelen aan meer aandacht te besteden aan gezamenlijke preventieprogramma's en onderzoek te intensiveren naar effecten op langere termijn, naar betere afstemming van de huisarts met wijkteams en naar nog betere samenwerking binnen de jeugdzorgketen.

We concluderen dat de SOH-JGGZ-pilots in de huidige elf gemeenten succesvol zijn, kwalitatief hoogwaardige zorg leveren in de eigen woonomgeving en bijdragen aan de gewenste substitutie van generalistische basis GGZ en basiszorg. Het is wel nodig gericht aandacht te besteden aan de doorontwikkeling van deze zorgarrangementen, aan samenwerking tussen SOH-JGGZ en POH-GGZ. Onderzoek naar de effecten op langere termijn achten wij wenselijk.

Literatuur

1. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut; 2017.
2. Friele RD, et al. Eerste Evaluatie Jeugdwet. Den Haag: ZonMw; 2018.
3. Transitie Autoriteit Jeugd, vierde jaarrapportage aan minister VWS. Tussen droom en daad, op weg naar een volwassen jeugdstelsel, 28 maart 2018.
4. Programma Zorg voor de Jeugd, brief minister VWS aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal d.d. 16 april 2018.
5. Samenwerkende rijksinspecties. Jaarbeeld Toezicht Sociaal Domein 2017. Den Haag: Samenwerkende rijksinspecties; 2018.
6. Zwaanswijk M, Ende J van der, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. Help-seeking for child psychopathology: pathways to informal and professional services in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(12):1291–300. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181038.98712.c6>.
7. Tick NT, Ende J van der, Verhulst FC. Ten-year increase in service use in the Dutch population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(6):373–80. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0679-7>.
8. Verhaak PFM. Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatriseren of normaliseren. Utrecht, Groningen: NIVEL, UMCG; 2011.
9. Kösters MP, Chinapaw MJ, Zwaanswijk M, Wal MF van der, Koot HM. Indicated prevention of childhood anxiety and depression: results from a practice-based study up to 12 months after intervention. *Am J Public Health*. 2015;105(10):2005–13. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302742>.
10. CBS-rapport Jeugdhulp 2017. Medische contacten, ziekenhuisopname, medicijnen; pers.kenmerken, 2010–2013. 2015. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81027NED&D1=0&D2=0,3-6&D3=0&D4=1&HDR=G3,G2,G1&STB=T&VW=T>. Geraadpleegd op: 14-08-2017.
11. Zwaanswijk M, Dijk CE van, Verheij RA. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: Time trend analyses. *BMC Family Practice* 2011;12:133.
12. Beurs D de, Magnée T, Bakker D de, Verhaak P. Analyse van de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010–2015. Utrecht: NIVEL; 2016.
13. Landelijke Huisartsen Vereniging. Aanbod huisartsenzorg voor jeugd met psychische of psychosociale klachten. Utrecht: LHV; 2013.
14. Nederlands Huisartsengenootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging. NHG/LHV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV; 2015.
15. Werkmap Huisarts en Gemeente. Addendum Jeugd voor huisartsen en gemeenten. 2013.
16. GGZ-standaarden: Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk>.
17. Loo G van de. Karakter Kinder- en jeugdpsychiatrie. 2018.
18. Deurzen P van, Geuijen P, Zwaanswijk M. Interne onderzoekspublicaties Karakter Academie. 2017, 2018.
19. Stolte J, Koopman I, Geuijen P. Pilot SOH Food Valley: versterking samenwerking Food Valley (o.a. gemeente Ede) en Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie. Congres Van Wijk tot Wetenschap. Presentatie 24 november 2016.

Drs. E. Otten adviseur SOH-pilots Karakter, Ede, Nederland.

Drs. P. Geuijen, onderzoeker Karakter Academie, Nijmegen, Nederland.

Dr. M. Zwaanswijk, onderzoeker Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Utrecht, Nederland.

Drs. I. Koopman, kinder- en jeugdpsychiater, directeur behandelzaken Gelderland, portefeuillehouder SOH, Karakter, Ede, Nederland.