



Pilots

Kind- en jeugdhulp

ProScoop

Voor goede zorg en gezondheid dichtbij

Inhoud

Voorwoord	3
Interview Ellen Koeleman	4
Interview Femke Sprick	6
Projectbegeleiding Proscop	8
De vier pilots in de Achterhoek	9
Zelf aan de slag?	9
Interview Sander Jentink	10
Resultaten en vervolg	12
Monitoren en evalueren	14
Interview Lamiek Westerhof	16
Interview Rudie van den Berg	18



Voorwoord



Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn gemeenten volledig verantwoordelijk voor de ketenaanpak van kind- en jeugdproblematiek. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn geworden voor het inkopen en regisseren van jeugdzorg in alle vormen en gradaties; van lichte hulp aan gezinnen tot gespecialiseerde GGZ. Combineer dat met het gegeven dat de gemeenten tegelijk een bezuinigingsopdracht meekregen en het is duidelijk wat voor enorme (maatschappelijke) uitdaging er bestaat op het gebied van de aanpak van kind- en jeugdproblematiek. Je ziet dan ook dat overal in het land gemeenten in samenwerking met verzekeraars en het zorgveld, zoeken naar manieren om goede en passende zorg dichtbij te organiseren, tegen zo laag mogelijke kosten. In deze brochure gaat het over kind- en jeugdproblematiek, wat vaak een acuut probleem is, maar ook op andere onderwerpen zie je dat gemeente en verzekeraars elkaar als zorginkopende partijen steeds vaker weten te vinden. Mijn verwachting is dat dat in de toekomst alleen maar meer wordt. Als ROS hebben wij de unieke positie van neutrale speler die het veld goed kent en die de partijen bij elkaar brengt.

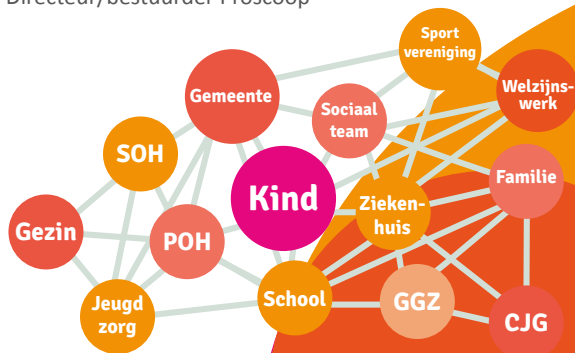
Als er iets duidelijk is geworden in de afgelopen jaren, is het dat samenwerking essentieel is. Wanneer er schotten blijven bestaan tussen de verschillende domeinen is het onmogelijk goede zorg op een efficiënte manier aan te bieden en lopen de kosten heel vaak uit de hand. In de regio van Proscop zijn er hiervoor onder andere in de Achterhoek en in Assen pilots gestart. Prachtige projecten waarbij op een innovatieve manier samengewerkt

“
Problemen vroeg
signaleren,
normaliseren en alleen
doorverwijzen wanneer
het echt noodzakelijk is.
”

wordt tussen het zorg- en het sociaal domein. De gedachte achter deze pilots is dat huisartsenpraktijken en scholen belangrijke vindplaatsen zijn als het gaat om kind- en jeugdproblematiek. In de pilots wordt daarom gezocht naar manieren om de samenwerking rond deze vindplaatsen te optimaliseren. De gemene deler is dat zij de problematiek zo vroeg mogelijk willen signaleren, gericht willen verwijzen en daarmee de (duurdere) specialistische zorg reduceren.

In deze brochure leest u over de ervaringen met de verschillende pilots en over de door Proscop ingezette instrumenten. Ook in de komende tijd blijven wij betrokken bij de verschillende initiatieven op het gebied van kind- en jeugdhulp. Met als doel: goede zorg en gezondheid dichtbij.

Arie Jongejan
Directeur/bestuurder Proscop



Ellen Koeleman

SOH-KJP in Bronckhorst

“

Het verschil zit er vooral in dat je veel dichterbij elkaar zit. Dat de lijnen kort zijn en dat je veel makkelijker even overleg hebt.

”

“De keuze voor een SOH-KJP (Specialistische Ondersteuning Huisarts Kinder- en Jeugdpsychiatrie) in deze praktijk is gemaakt door de huisarts. Het verschil met een POH-er is dat ik andere zorg inzet. Ik doe meer onderzoek en behandel meer.”

“Het doel waarmee ik hier in de praktijk werk is het voorkomen van duurdere doorverwijzingen maar ook , en vooral, voorkomen van zorg op grote afstand. Dat is in de meeste gevallen voor het kind veel prettiger. Bovendien kan de zorg op deze manier ook veel sneller geleverd worden. Het hele proces in de tweede lijn kost nu eenmaal veel meer tijd. Door het afstemmen en plannen kunnen er zo een paar weken overheen gaan. Hier ben je dan bij wijze van spreken al klaar.



kunnen proeven. Pas dan wordt de meerwaarde volgens mij duidelijk. Veel van wat ik hier doe zou ik anders bij GGNet doen en dan is het veel duurdere zorg. Inmiddels hebben wij hier een manier gevonden waarbij de POH-er ook door kan sturen vanuit een andere praktijk, naar de SOH-er, mocht dat nodig gevonden worden.

Het mooiste aan de pilot is de samenwerkingen met en tussen gemeente, huisarts en school. Het is niet zo dat we bij GGNet geen contact hebben, maar als je eerder contact hebt, kun je eerder signaleren en kun je betere zorg leveren. Ik denk dat het belangrijk is dat daar ook speciaal aandacht naar uitgaat. Elkaar leren kennen, door een kennismakingslunch zoals dat in Bronckhorst gebeurt, is daar een mooi voorbeeld van.

Voor mij is de grootste verandering dat ik nu een vast aanspreekpunt heb in het sociaal team waar ik alles mee bespreek. Dat maakt het contact zoveel laagdrempeliger. We hebben nu bedacht (de POH-er en ik, plus twee mensen uit de gemeente) eens per maand samen casussen te overleggen. Ook ga ik kennismaken bij de scholen om ze te laten weten dat ik er ben en wat ik doe. Dat kan omdat ik hier lokaal werk. Hier zitten drie basisscholen. Vanuit GGNet bedien ik zo'n groot gebied dat het niet te doen is met alle scholen goed contact te hebben.

“Snel signaleren en laagdrempeliger zorg aanbieden zijn voor mij de belangrijkste punten van de pilot.”

Snel signaleren en laagdrempeliger zorg aanbieden zijn voor mij de belangrijkste punten van de pilot. Daarmee voorkom je de doorstroom en opstapeling van problematiek en daarmee de kans dat het wel psychiatrie wordt. In die zin is voor mij deze pilot echt het ideaalplaatje. Ook voor een partij als GGNet is het beter, want door deze opzet maak je de specialistische GGZ ook echt specialistisch en lever je de juiste zorg op de juiste plek.”



“Het doel waarmee ik hier in de praktijk werk is het voorkomen van duurdere doorverwijzingen”

Het fijnst aan de pilot vind ik de samenwerking en het contact met de huisartsen. Het verschil zit er vooral in dat je veel dichterbij elkaar zit. Dat de lijnen kort zijn en dat je veel makkelijker even overleg hebt. De huisarts kan nu even snel bij mij binnenlopen voor een kort contact over een gezin. Voor de huisartsen is het overigens ook wel wennen. Ze geven toch iets uit handen en dat vraagt natuurlijk het nodige vertrouwen.

Mijn ervaring met de pilot is dat er veel ruimte was voor de invulling mijn rol. Bijvoorbeeld, hoe lang ga ik een patiënt zien. Ik doe ook EMDR en dat redt je niet in een half uur. Ik heb zelf een opzet gemaakt voor het inzetten van mijn tijd, hoe lang ik iemand zie voor een bepaald contact. Een sterk punt van de pilot is dat er plek is voor die professionele vrijheid.

Ik heb het idee dat er meer vraag is naar POH dan naar een SOH. Dat is prima, zeker als je kijkt naar kosten, maar de SOH-er zou wel wat bekender mogen zijn. Idealiter zou een huisarts bij wijze van spreken beide smaken moeten

“Mijn achtergrond ligt in het maatschappelijk werk. Voordat ik in deze huisartsenpraktijk als POH-jeugd aan de slag kon, was ik al bij de gemeente in dienst. Ik maakte deel uit van Voormekaar, het sociale wijkteam van de gemeente Berkeland. Nu zit ik om de vrijdag een dag in deze praktijk.”

“Toen de pilot in april 2016 van start zou gaan kwam de vraag wie de nieuwe rol zou willen vervullen. Het profiel voor de POH-Jeugd was vrij open, het mocht iemand zijn vanuit de ggz maar ook iemand uit het sociale domein. In onze gemeente zijn uiteindelijk twee POH-ers afkomstig uit de ggz en twee vanuit het sociale domein. De verschillen in onze achtergrond bespreken we wel met elkaar, maar volgens mij zijn ze niet meegenomen in de opzet van de pilot. De uiteindelijke keuze lag bij de huisartsen; twee van hen hadden al een POH-volwassene en die zijn het er bij gaan doen. Ik denk ook dat de achtergrond en opleiding van de ondersteuner (POH of SOH) minder belangrijk is dan de werkwijze. Voorop staat dat je korte lijnen hebt of weet op te zetten. Lokaal met scholen en de andere partijen op de sociale kaart. Die werkwijze is prettig voor de huisarts, maar zeker ook voor de patiënt.

Als ik kijk naar de casuïstiek die ik de afgelopen tijd voorbij heb zien komen is de keuze voor een POH-er goed geweest. We zien veel vragen over opvoeding, over de situatie op school of problematiek die betrekking heeft op de thuissituatie. Wat dat betreft heb ik geen gebrek aan specialistische GGZ-kennis ervaren. Het is veel omgevingsproblematiek en veel problemen zijn gerelateerd aan school. Om die reden is een korte lijn met hen zo belangrijk.

In de monitoring is ook de vraag gesteld aan de huisarts: wat zou je hebben gedaan als de POH-er niet zou zijn geweest? Vaak is dan het antwoord: doorverwijzen. Dat is ook niet vreemd, want ook ouders komen vaak met die insteek binnen. En ook de school stuurt vaak op die manier door. Het kind is raar of er is iets aan de hand. Mijn beeld is dat er veel vaker brede problematiek is, niet eens

zo vaak GGZ problematiek. De insteek van school en ouders is vaak al op inzet van zware hulp. Ouders doen dit in mijn optiek vaak vanuit een soort machteloosheid. Bij school zit het misschien ook wel in het ontbreken van een stuk expertise. Handelingsverlegenheid leidt dan snel tot de conclusie dat er wel iets mis zou zijn met het kind. Ik vertel vaak aan ouders dat het eigenlijk gezond gedrag is: het kind laat zien, op welke manier dan ook, dat er iets mis is met zijn omgeving. Bijvoorbeeld ruzies thuis, spanningen in de relatie van ouders, financiële zorgen. Het kind signaleert iets in de omgeving en dat vertaalt zich in (problematisch) gedrag. Normaliseren is in dat geval een belangrijke taak van mij.



“Het kind signaleert iets in de omgeving en dat vertaalt zich in (problematisch) gedrag. Normaliseren is in dat geval een belangrijke taak van mij.”

Het probleem van de huisarts is vooral tijd. Wat ik vaak terug hoor is dat er geen tijd is om uitgebreid in de thuissituatie te duiken. Minder vaak is het een gebrek aan expertise: wat is in dit geval goede hulp (in de buurt) en hoe kan ik dit gezin de juiste begeleiding bieden? Voor de huisartsen komt er wel wat organisatie bij. Het is toch een extra persoon in de praktijk. Dat is wel iets om rekening mee te houden. Het is een signaal dat je hoort van huisartsen, maar tegelijk zien ze vooral de voordelen: tijd en ruimte voor een brede vraagverkenning, kennis van de sociale kaart. Voor ons is het ook spannend om te zien hoe de uitkomsten en een eventueel vervolg van de pilot worden ontvangen bij de andere huisartsen.

De gemeente Berkeland ziet het echt als hun taak om goede zorg te leveren. Dat merk ik aan alles. Als er geen subsidie was geweest voor deze pilot dan zou er een andere manier van samenwerking tussen huisarts en sociaal jeugdteam moeten worden gezocht. Vanuit de gemeente is de wens door te verwijzen naar het wijkteam: goedkoper en beter voor het kind en het is gericht verwijzen. Het wijkteam kan ook vaak veel meer lokaal verwijzen, bijvoorbeeld naar opvoedondersteuning. Daarom is het kennen van de sociale kaart ook zo belangrijk. Dat wij als POH-jeugd die zo goed kennen is ook voor de huisarts heel prettig. Dat hoor ik ook van de collega's. Er zijn zoveel aanbieders in het veld, die allemaal kennen, is voor een huisarts niet te doen.”

Femke Sprick

POH-jeugd in Berkelland

“
Voorop staat
dat je korte lijnen hebt
of weet op te zetten.
”

Projectbegeleiding Proscop

“Uit alle pilots op het gebied van jeugdhulpverlening blijkt dat de samenwerking in de keten lastig is, maar tegelijk essentieel voor een goede, effectieve ondersteuning en aanpak van problematiek. Wat de samenwerking complex maakt is dat het niet alleen om een zorg- of ondersteuningsketen gaat, maar in veel gevallen om een combinatie van beide. Dat betekent dat de zorgwereld, het sociaal domein en het onderwijsveld met elkaar verbonden moeten worden.

Gemeenten pakken de uitdaging op hun eigen wijze op, passend bij de lokale behoefte. Het is daarom goed om diverse werkmodellen waar ervaring mee is opgedaan, in de regio beschikbaar te hebben. De werkmodellen moeten passen (of passend zijn gemaakt) bij de lokale situatie. Als Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) voor de eerstelijns hebben wij bij Proscop inmiddels veel ervaring opgedaan in het opzetten en begeleiden van (pilot)projecten op het gebied van kind- en jeugdhulp. Als onafhankelijke partij zijn wij in staat om het proces van zoeken naar gezamenlijkheid, het vaststellen van een gedeelde visie en het vervolgens uitwerken van



“Wij werken we vanuit de gedachte van Triple Aim, dus we kijken zowel naar de kwaliteit als naar de kosten en de tevredenheid.”

een opzet of plan van aanpak, op een efficiënte manier te begeleiden. In iedere fase van dit soort trajecten zijn we inmiddels betrokken geweest en hebben we ervaring opgedaan; van de visievorming bij huisartsen en gemeente, het gezamenlijk opstellen van een opzet tot de inzet van een instrument als interview.

Een ander belangrijk proces bij dit soort innovaties is het meten en monitoren van resultaat. Juist als je met vernieuwing bezig bent wil je weten of je het goede doet. Is de gekozen werkwijze effectief? Heeft dat wat we doen het beoogde effect? Wij werken we vanuit de gedachte van Triple Aim, dus we kijken zowel naar de kwaliteit als naar de kosten en de tevredenheid. Het in de juiste balans brengen van deze drie aspecten of belangen is dan ook een van onze rollen in een project. Waar de ene partij iets meer aandacht heeft voor de kosten, zal een ander misschien te zwaar zitten op de tevredenheid en daarmee de kosten uit het oog verliezen. Goed informatiemanagement is daarbij cruciaal, zodat je kan terugkoppelen en waar nodig kan bijsturen. Om het goed op te zetten moet je er vanaf het begin bewust mee bezig zijn. Registratie is niemand's hobby, maar wel belangrijk om te weten of je goed bezig bent. Inmiddels zijn we ook nog in staat de gegevens te vergelijken met soortgelijke pilots, waardoor we bijna een soort benchmark kunnen aanbieden. Iets wat we in de toekomst zeker meer gaan doen.

De ontwikkeling van het zorgsysteem rond kind- en jeugdproblematiek staat met dit soort pilots nog in de kinderschoenen. Toch zijn de eerste resultaten positief. Er vinden door de inzet van de pilots minder verwijzingen plaats naar specialistische ggz en basis generalistische ggz. De pilots dragen ertoe bij dat vragen en klachten van jeugdigen en hun ouders worden genormaliseerd in plaats van geproblematiseerd en/of gemedicaliseerd en knelpunten worden vroegtijdig gesignaleerd. En wat ook heel belangrijk is, jeugdigen en ouders zijn erg tevreden en ervaren een positief effect van de hulp die geboden is in de pilots.”

Henk Jan de Winter
adviseur Proscop

De vier pilots in de Achterhoek

De aanleiding en het doel van de vier pilots in de Achterhoek is veelal hetzelfde; de verschillen zitten vooral in de opzet en het gekozen model. Bij het maken van een keuze over de opzet van de pilots is rekening gehouden met de lokale situatie, bestaande structuren en de wensen van de diverse betrokken professionals.



Variant POH

In Oost-Achterhoek (Berkelland, Oost Gelre, Aalten en Winterswijk) is gekozen voor inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd (POH-jeugd) in vier huisartsenpraktijken.



Variant SOH-KJP

In de pilot in de gemeente Bronckhorst wordt ervaring opgedaan met twee verschillende werkwijzen. In twee huisartsenpraktijken is een Specialistisch Ondersteuner Kind- en Jeugdpsychiatrie (SOH-KJP) toegevoegd en in vier praktijken een POH-jeugd.

De pilot Oude IJsselstreek en Doetinchem werkt met een SOH-KJP in zes huisartsenpraktijken.



Sociaal Team

De gemeente Montferland heeft er voor gekozen in de pilot te werken met (vrij toegankelijke) ambulante begeleiding door het Sociaal Team-Jeugd.

In aanvang waren deze pilots als eigenstandige pilots opgezet vanuit de verschillende gemeenten. De provinciale subsidie die is toegekend om deze pilots te bekostigen, maakte het mogelijk de vier pilots op regionaal niveau te coördineren. Door de pilots te monitoren is het mogelijk de resultaten van de verschillende modellen naast elkaar te analyseren, conclusies te trekken en aanbevelingen te doen voor de toekomst. Naast de analyse van gegevens uit de pilots is er ook literatuurstudie verricht, is landelijke en regionale data geanalyseerd en zijn diverse deelnemers geïnterviewd.

Zelf aan de slag?

Wilt u ook aan de slag met een innovatief project op het gebied van Kind- en Jeugdhulp? Dit hebben wij de afgelopen tijd geleerd:

Kies het model dat het beste past bij uw lokale situatie.

Er is inmiddels ervaring opgedaan met verschillende modellen, elk met verschillende mogelijkheden. Er is altijd wel een model dat goed aansluit bij uw situatie en wensen.

Investeer in kennisdeling en zorg voor regionale verbindingen.

Regionale coördinatie van pilots helpt om van elkaar te leren.

Communiceer met elkaar.

Informeer zorgverleners, sociale teams, bestuurders en inwoners op maat over mogelijkheden en resultaten.

Betrek burgers bij uw initiatief.

Houd scherp waar de burger echt mee geholpen is.

Zet een meerjarige monitoring en evaluatie op.

Om de effecten te meten moet er gemonitord worden. Denk hierbij aan Triple Aim: tevredenheid, effectiviteit en kosten.

Zorg voor verbinding tussen wijkteams, scholen en huisartsen.

Investeer in het opbouwen van een netwerk, vertrouwen, heldere afspraken en korte lijnen. Dat is de basis voor goede samenwerking.



“
Er bestaat hier
nadrukkelijk de politieke
wens om samen te
werken.
”

Sander Jentink

Binnen de gemeente Oost-Gelre is Sander Jentink nauw betrokken bij de uitvoering van zowel de Jeugdwet als de Participatiewet. Op beide onderwerpen is hij penvoerder van de gemeente. Als lid van het kernteam van de Pilot Jeugd GGZ is hij inhoudelijk verantwoordelijk voor de pilot in Oost-Gelre.

“Deze pilots zijn een goed voorbeeld van de manier waarop we hier in de Oost-Achterhoek op tal van terreinen met de verschillende gemeenten samenwerken. Door samen op te trekken vergroten we onze expertise en slagkracht. Alleen hadden we de pilot niet de omvang, en daarmee de waarde, kunnen geven die het nu heeft.

Natuurlijk is het een kwestie van de balans vinden tussen de wens snel klappen te maken en anderzijds ook gemeentebreed te willen werken. We zijn nu bijvoorbeeld op het punt gekomen waar iedere gemeente een eigen keus heeft voor wat betreft de invulling van het vervolg. Allemaal maken we daarin onze eigen afweging maar er ligt wel een collegestuk dat ik in opdracht van het kernteam heb geschreven. Dat zorgt ervoor dat we het in ieder geval over hetzelfde hebben. Het is nu aan de colleges om daar een keus in te maken. Maar wat je vooral ziet is dat de samenwerking tussen de acht Achterhoekse gemeenten voortkomt uit een Achterhoekse bestuurlijk belang. Er bestaat hier nadrukkelijk de politieke wens om samen te werken.

De vormgeving van de pilot is eigenlijk opmerkelijk snel gegaan. Zowel bij de gemeenten als bij de huisartsen leefde de wens iets te gaan doen met Jeugd GGZ. Toen er geld van de Provincie beschikbaar bleek is er een aanvraag gedaan en daarna is er invulling aan gegeven. De subsidie was erg vrij, er werd in de beschikking vooral verwezen naar de aanvraag. Ik heb daarbij als penvoerder gefunctioneerd en was ook het aanspreekpunt voor de Provincie. Voor ons als gemeenten was dat een erg prettige manier van werken. Voor de invulling is deels gekeken naar wat er al aan werkwijzen was. Montferland

had al een breed team. Oost-Gelre had de behoefte aan een generalist. Dat is uiteindelijk de POH-jeugd geworden.

Als gemeente hadden we, net als de huisartsen, een sterke voorkeur voor de POH-jeugd. De keuze voor een POH-er is een keuze voor een generalist in de praktijk en dus generalistische ondersteuning voor de huisarts. Daarbij is de achtergrond van de POH-er natuurlijk erg belangrijk en daar hebben we dus ook goed naar gekeken.

“Voorop staat de kwaliteit. Tegelijk is er het besef dat je als gemeente op 60-70% van de uitgaven geen zicht hebt.”

Voorop staat de kwaliteit. Tegelijk is er het besef dat je als gemeente op 60-70% van de uitgaven geen zicht hebt. Het gevoel leefde bij de gemeente dat zij wel betaalde maar niet bepaalde. Dat is misschien een beetje gechargeerd, maar volgens mij is dat een gevoel dat in heel Nederland bij de gemeenten leeft. Dat is ook niet vreemd als je bedenkt dat de hele transitie eigenlijk nog steeds vorm moet krijgen en de rol van de gemeente op dat gebied niet helemaal uitgekristalliseerd is. Het idee was ook dat er in de hulp aan jeugd te snel te zwaar geschut ingezet werd en dat dat vooral gebeurde door een gebrek aan alternatief. De wens van de gemeente was om daar meer op in te zetten: samenwerken met de huisartsen en onnodige en kostbare doorverwijzingen terugdringen. De huisartsen die meedoen aan de pilot herkennen dat wel. Stuk voor stuk geven zij aan dat ze vaak te weinig tijd hebben en de sociale kaart niet altijd voldoende inzichtelijk hebben. En misschien ook niet altijd de juiste expertise. De ondersteuning die er nu is wordt daarom ook zo gewaardeerd. Omdat iedereen die meedeelt enthousiast is over de pilot, is het nu zaak de rest van de groep huisartsen mee te krijgen en het een vervolg te geven. De huisartsenorganisatie is enthousiast en ziet de meerwaarde van de samenwerking. De vooruitzichten zijn wat dat betreft goed.

Over de uitvoering van de pilot kan ik alleen maar positief zijn. Het is een prettige en goede samenwerking; tussen de deelnemende gemeenten, huisartsen en andere

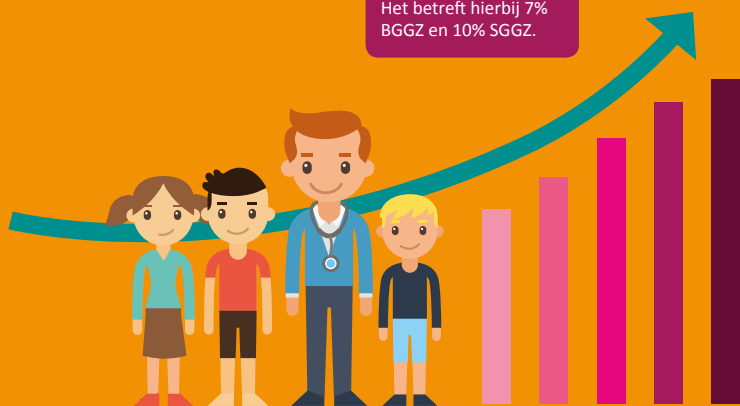
▶ Lees verder

professionals, maar ook met Proscop. Het enige nadeel van de gekozen opzet zit in het werken met vier varianten. Dat maakt de uitvoering, maar zeker ook de monitoring van de resultaten complex. Voor je het weet vergelijk je appels met peren. De opzet met een kerngroep en een penvoerder voor acht gemeenten werkt in de praktijk ook goed en efficiënt. Uiteraard loop je in een dergelijk groot samenwerkingsverband het risico op verzanden. Een losse gemeente maakt misschien wat kortere klappen, maar dat weegt niet op tegen de voordelen. Ook de huisartsen zijn regionaal georganiseerd en voor het opzetten van pilots in het algemeen heb je die schaal ook wel nodig. Dat is ook mijn advies aan andere gemeenten: betrek de huisartsen, luister naar hen en doe het zeker niet aanbod gestuurd! Aan de huisartsen zou ik als advies willen geven: maatwerk is uiteraard de wens, maar zoek ook naar een rode draad, een gemeenschappelijke visie. En ga vervolgens samen aan de slag met het uitwerken van de praktische kaders.”

Resultaten van de pilots in de Achterhoek

Hoewel er verschillen te zien zijn tussen de varianten in de pilots, zijn de eerste resultaten van de pilots positief te noemen. Uit de monitor komt naar voren dat op de pijlers van Triple Aim, kosten, kwaliteit en klantbeleving, verbeteringen te zien zijn. Er vinden door de pilots minder verwijzingen plaats naar specialistische GGZ en basis generalistische GGZ en de pilots dragen er toe bij dat vragen en klachten van jeugdigen en hun ouders worden genormaliseerd in plaats van geproblematiseerd en of gemedicaliseerd. In het algemeen is het ook zo dat jeugdigen en ouders heel tevreden zijn over de hulp die geboden is in de pilots. Ook is aangegeven dat er een positief effect ervaren wordt en dat de samenwerking tussen zorgprofessionals en sociaal domein is verbeterd. Een belangrijk leerpunt is dat het lastig is de kosteneffectiviteit te bepalen als je geen goede voormeting en gemeentelijke data hebt.

Na een traject met de POH-jeugd heeft ongeveer 17% nog hulp nodig van een van de specialistische trajecten vanuit BGGZ of SGGZ. Het betreft hierbij 7% BGGZ en 10% SGGZ.



Pilots	Inclusie pilot	% verwijzing BGGZ/SGGZ, na inclusie pilot	Retrospectief % verwijzing BGGZ/SGGZ zonder SOH-KJP of POH-jeugd	Kosten per traject pilot
Oost Achterhoek: POH-jeugd april 2016 t/m juni 2017	142	±17%	±58%	±700 Euro
Bronckhorst (pilot loopt door) POH-jeugd / SOH-KJP mei/juni 2017 t/m medio aug 2017	21	Informatie nog niet beschikbaar	±67%	±800 Euro
Montferland: Sociaal Team-Jeugd 2016 tm juni 2017	96	±22%	Niet uitgevraagd	±2.000 Euro*
Oude IJsselstreek: SOH-KJP april 2015 t/m maart 2017	177	±40%	Niet uitgevraagd	±900 Euro

*Bij de berekening van dit bedrag is alleen gerekend met de jeugdigen die door het team in behandeling zijn genomen.

Het vervolg 2018 - 2020

De pilots krijgen elk op hun eigen manier een vervolg. Vanwege het succes van de pilot in Oost Achterhoek wordt het project de komende drie jaar voortgezet. De betrokken gemeenten stellen middelen beschikbaar om een POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk ook de komende jaren te kunnen bekostigen. Per huisartspraktijk worden afspraken gemaakt over registratie ten behoeve van de monitoring en het aantal uren inzet per week van de POH-Jeugd. Om dit mogelijk te maken, wordt per huisartsenpraktijk een samenwerkingsovereenkomst tussen de betreffende praktijk en de betreffende gemeente opgesteld. Het project wordt de komende jaren geleid door een projectleider van Proscop. Binnen het project wordt een kerngroep samengesteld, die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken van het project. Vanuit de projectorganisatie worden huisartspraktijken geselecteerd om te starten met de POH-Jeugd. Bij de selectie van huisartspraktijken wordt onder andere gekeken naar het voorkomen van veel jeugdproblematiek in de populatie van de huisarts en vooral ook naar de wens van de huisartsen voor de invulling van de functie. Uiteraard wordt er gezocht naar een zo optimaal mogelijke match tussen wensen vanuit de praktijk, beschreven profiel van de POH-Jeugd en praktische uitvoerbaarheid. Ook wordt er gestart met coaching en intervisie. Tenslotte worden afspraken gemaakt met aanbieders van jeugdzorg om consultatie door specialisten mogelijk te maken. De pilot in Bronckhorst loopt nog tot eind 2018 door. Dan zal er geëvalueerd worden en komt er een besluit over het vervolg. In Montferland wordt de aanpak met het ambulante team doorgezet en aangevuld met een project POH-jeugd. Op die manier verwacht men de verbinding tussen het team en de huisartsenpraktijk nog verder te verbeteren. In Doetinchem en Oude IJsselstreek gaat men verder met de huidige aanpak. Wel wordt er bekeken of er nog nieuwe pilots zullen worden opgestart.

A portrait of Renate Janssen, a woman with long brown hair and blue eyes, smiling. She is wearing a white textured zip-up jacket and a blue tassel earring. The background is a soft, out-of-focus light blue. In the top left corner, there is a green circular graphic element.

Renate Janssen
adviseur Proscop

*“Het is belangrijk alle
betrokkenen te betrekken
in de opzet van de
monitor.”*

Monitoren en evalueren

Informatiemanagement speelt een steeds groter rol bij pilots in de zorg. Voor Proscop is Renate Janssen betrokken bij het opzetten van het monitoren en evalueren van de pilots kind- en jeugdhulp in de regio Achterhoek en de gemeente Assen.

“Hoewel informatiemanagement heel abstract kan zijn, wordt het in dit soort pilots heel concreet. Op basis van de doelstellingen van het project gaan we met het team van betrokken professionals om tafel om te bekijken wat we uiteindelijk willen meten en op welke manier we dat het beste kunnen doen. Het is daarbij belangrijk alle betrokkenen te betrekken in de opzet van de monitor en de evaluatie. In de praktijk zijn het namelijk de zorgverleners die de data (deels) verzamelen. Om de registratie goed te laten verlopen is het belangrijk dat wij onze expertise koppelen aan hun ervaringen. Hoe beter dat is afgestemd, hoe beter de registratiegraad.

Voor de pilots hebben we naast de registraties ook kwalitatieve informatie opgehaald. Door met de deelnemende (zorg)professionals en cliënten in gesprek te gaan, kom je veel te weten. Bijvoorbeeld over de ervaren kwaliteit van de zorg, een van de aspecten die we nadrukkelijk wilden beschrijven. Juist de combinatie van kwantitatieve data zoals registraties en kostenonderzoek met kwalitatieve data maakt dat je waardevolle informatie creëert voor het maken of bijsturen van keuzes.

Zeker als pilots een lange doorlooptijd hebben kan informatiemanagement en tussentijdse rapportage, je de middelen geven om eventueel bij te sturen. Natuurlijk is een consequente aanpak over langere tijd belangrijk voor het in beeld brengen van de effectiviteit. Maar we zijn geen onderzoeksbureau dus als we halverwege belangrijke lessen kunnen trekken en de werkwijze of methodiek daarop aan kunnen passen om een beter resultaat te halen, zullen we dat altijd overwegen. Juist dat dynamische maakt informatiemanagement in dit soort projecten zo waardevol.”

Fases monitoring



Lamiek Westerhof

Lamiek Westerhof is huisartsencoördinator en huisarts in Assen. In die hoedanigheid is zij actief betrokken bij de lokale pilot met een POH-jeugd in de huisartsenpraktijk. Deze pilot is gestart in april 2017 en alle Assense huisartsen doen mee.

“De basis voor deze pilot is gelegd in de kerngroep van het GIDS project van de gemeente Assen waar ik sinds 2016 deel van uitmaak. Hier besprak ik de zorgen die bij huisartsen leefden als het ging om de toegankelijkheid van de zorg voor jeugd. In die tijd hoorde ik tijdens een lezing van Dick Walstock, een huisarts uit Enschede, over zijn succesvolle pilot met een POH-jeugd in de huisartsenpraktijk. Een studie van NIVEL toonde aan dat de zorg in Enschede kwalitatief hoogwaardig was voor relatief lage kosten. In samenwerking met Proscop zijn zes Asser huisartsen toen aan de slag gegaan met het formuleren van een visie van de huisartsen op de jeugdzorg. Onze visie heb ik vervolgens gepresenteerd aan het college van B en W in Assen. We kregen vrijwel direct groen licht om ons idee verder uit te werken in een werkgroep POH-jeugd, bestaande uit twee huisartsen, twee beleidsambtenaren en Proscop.

Dat alle veertien huisartsenpraktijken in Assen meedoen, is uniek te noemen. Om dat voor elkaar te krijgen hebben we er voor gezorgd dat via de HAGRO's de huisartsen vanaf het begin betrokken zijn geweest. Dus vanaf het moment van het formuleren van onze gezamenlijke visie tot het maken van de projectopzet. Met de ervaring van Proscop in Enschede en Hengelo, zijn we zo in staat geweest een duidelijk en door alle huisartsen gesteund voorstel te maken voor de gemeente. Met een heldere visie en een concreet voorstel voor de aanpak en de financiering van het project, konden we goed het gesprek aan gaan in de werkgroep. De belangen komen ook grotendeels overeen. Omdat Assen een relatief hoog verwijzingspercentage naar de tweede lijn had, speelde het kostenaspect voor de gemeente een belangrijke rol.

Maar in de gesprekken met de gemeente merk je dat ook voor hen goede en toegankelijke zorg voor de jeugd voorop staat. Tegelijk heeft de gemeente uit hoofde van haar positie een aantal verschillende petten op. Zij moeten zowel uitvoeren, controleren als financieren. Dat is best lastig en reden te meer om er trots op te zijn als het goed werkt. In de samenwerking met de gemeente zijn we het afgelopen jaar echt naar elkaar toegegroeid.

De kracht van ons voostel zat ook in de heldere eisen die we stelden aan de POH-jeugd. Die hadden onder andere betrekking op de kwaliteit van de kandidaten zoals het opleidingsniveau (HBO+) en ervaring (bijvoorbeeld ervaring met gezinstherapieën). De POH-er werkt namelijk zelfstandig in de huisartsenpraktijk en heeft een heel belangrijke rol in de triagering en het in kaart brengen van de problemen. Daarnaast moet de POH-jeugd in staat zijn kortstondige behandelingen te geven. In goed overleg met de huisarts wordt besloten of het kind in de praktijk behandeld dan wel verwezen wordt. De huisarts blijft de verwijzer. Het waarborgen van de privacy was een eerste voorwaarde voor de huisartsen, de POH-jeugd werkt in het HIS van de huisarts. De POH-jeugd wordt gedetacheerd door verschillende jeugdhulpverlenende organisaties aan de gemeente Assen en blijven dus in dienst van hun eigen organisatie. Dit waarborgt de onafhankelijkheid van de POH-jeugd. Huisartsen en ambtenaren hebben samen de sollicitatiegesprekken gevoerd. Vervolgens zijn zes kandidaten in de huisartsenpraktijken geplaatst.

Een van de dingen die volgens mij bijdragen aan het succes van de pilot en die we ook duidelijk naar de huisartsen hebben gecommuniceerd, is de taakomschrijving van de POH-jeugd. We hebben met elkaar afgesproken dat twee derde van het werk klinisch is en voor een derde wordt ingevuld met wat een netwerkfunctie noemen. Je moet dan denken aan het bezoeken van scholen en bijvoorbeeld de buurtteams. Om goed te kunnen functioneren is het belangrijk dat de POH-er de weg weet te vinden in de netwerken van zorg, welzijn en school. En omgekeerd, dat de omgeving de POH-er weet te vinden.”

“

Dat alle veertien
huisartsenposten in
Assen meedoen, is uniek
te noemen.

”



“
In intervisie leren
collega's van én met
elkaar.

”

Rudie van den Berg
adviseur Proscop

Intervisie

Een van de instrumenten die worden ingezet tijdens de pilots rond jeugd GGZ is intervisie. Professionals gaan onder begeleiding met elkaar in gesprek over hun nieuwe rol en hun ervaring bij de nieuwe manier van werken. Als adviseur van Proscop begeleidde Rudie van den Berg de intervisie van POH-ers in de Achterhoek.

“In intervisie leren collega’s van én met elkaar. Omdat je in een nieuwe rol werkzaam bent en ook nog eens veel vrijheid hebt om die rol vorm te geven, is intervisie een belangrijk instrument in de pilots. In een veilige omgeving kun je met collega professionals stilstaan bij je dagelijks werk. In de Achterhoek hebben we in een groep met vier POH-ers de intervisie gedaan. Twee van hen waren POH-ers met een GGZ-achtergrond en twee kwamen uit de ondersteuningsteams gemeenten. De onderwerpen die aan bod komen tijdens een intervisie zijn erg breed; we delen moeilijke casussen en bespreken professionele ervaringen en samenwerkingsvraagstukken. Maar ook de eigen (belemmerende) gevoelens komen aan bod. Wat doet het met je? Wat zijn je valkuilen? Het is aan de ene kant reflectie, maar tegelijk ook heel praktisch. Het gaat over zaken waar je in je dagelijks werk tegenaan loopt. Het verschil in achtergrond was in dit geval eigenlijk een voordeel. Door de zaken af en toe net vanuit een ander perspectief te bekijken ontstaan er mooie inzichten en kun je écht van elkaar leren.

Het doel van de intervisie is de deskundigheid van de betrokkenen te versterken en de kwaliteit van het werk te verbeteren. Dat is ook de reden dat we dit instrument hebben ingezet. Hoewel het voor iedere professional nuttig is, is het zeker in een omgeving waarbij de hele structuur en manier van werken nieuw is, erg geschikt. De professionele ontwikkeling van de deelnemers in hun nieuwe rol is een belangrijk onderdeel. Een (begeleide) intervisiegroep inspireert elkaar en stimuleert om van én met elkaar te leren. In totaal hebben we nu zo’n anderhalf jaar in deze samenstelling intervisie gedaan. Een enkele keer was vanwege praktische redenen onbegeleid, maar de conclusie van de deelnemers is wel dat begeleiding van buitenaf intensievere leer mogelijkheden biedt.”

Over Proscoop

Proscoop is de regionale adviesorganisatie in Noordoost-Nederland voor goede zorg en gezondheid dichtbij. Dat doen we door samenwerking tussen partijen te organiseren met de burgers als uitgangspunt. Wij zijn een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) voor de regio Noordoost-Nederland en maken deel uit van een landelijk dekkend ROS-netwerk.

In deze brochure leest u over de resultaten van de pilots op het gebied van kind- en jeugdhulp in de Achterhoek en de gemeente Assen.



Dokter Klinkertweg 16
8025 BS Zwolle

Lage Bergweg 10
7361 GT Beekbergen

055 505 86 10
info@proscoop.nl
www.proscoop.nl

ProScoop

Voor goede zorg en gezondheid dichtbij