

GEMEENTE PIJNACKER-NOOTDORP

Advies samenwerking huisartsen en kernteams

Innovatieve projecten Jeugdhulp

December 2018



Inhoud

1. Inleiding	2
2. Kwantitatief onderzoek jeugd-GGZ	3
3. Wat valt op bij de kernteams, huisartsen en (voor)schoolse voorzieningen, jongeren, (pleeg)ouders, familieleden en verwanten van kinderen met psychische problemen?	5
4. Meerwaarde voor huisartsen en gemeente en lessen uit de praktijk.....	8
5. Advies en hoe nu verder?	8

1. Inleiding

In 2018 zijn we gestart met een vijftal innovatieve projecten binnen de jeugdhulp. Hiermee geven we een extra impuls aan lokale transformatie. Deze projecten maken onderdeel uit van het lokaal inkoopplan Jeugdhulp 2018 en zijn in de programmabegroting 2019-2022 opgenomen.

Daarna is de Uitvoeringsagenda vastgesteld, waarbij aandacht voor het realiseren van effectievere en efficiëntere jeugdhulp nog belangrijker is geworden. Transformatie gaat niet vanzelf. Het vraagt flexibiliteit en vooral om de visie nu echt in de praktijk te brengen. Van papier naar realiteit.

Een van de innovatieve projecten is het komen tot een plan van aanpak jeugd-GGZ in samenwerking met huisartsen, onderwijs en kernteams. Voordat dit plan kan worden opgeleverd, is het college verzocht invulling te geven aan de motie over GGZ. De raad heeft in de motie gevraagd om nader onderzoek naar jeugd-GGZ en vooral in samenhang met huisartsen, kernteams en onderwijs. Dit onderzoek is inmiddels klaar en verwerkt in deze notitie. Op basis van de resultaten van het brede onderzoek wordt advies gegeven over het versterken van de samenwerking tussen huisartsen, kernteams en onderwijs en over het verdere vervolg.

In hoofdstuk 2 worden de conclusies van het kwantitatieve onderzoek naar GGZ beschreven. In hoofdstuk 3 treft u een korte weergave van het kwalitatieve onderzoek naar GGZ aan. Dit is uitgevoerd door middel van gesprekken met de kernteams, zes huisartsen/huisartspraktijken, de (voor)schoolse voorzieningen en diverse cliëntorganisaties. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingaan op wat de meerwaarde is voor huisartsen en gemeenten en lessen uit de praktijk. Er wordt afgesloten met een advies ten aanzien van de samenwerking met de huisartsen en hoe nu verder.

We willen dat de jeugd gezond, kansrijk en veilig opgroeit. Zorgen dat het goed blijft gaan door problemen zoveel mogelijk te voorkomen, er mee te leren omgaan of er anders vroeg bij te zijn om erger te voorkomen. Dit is waar het ons om gaat.

2. Kwantitatief onderzoek GGZ

Hieronder volgt een beschrijving van de conclusies uit het onderzoek GGZ dat door het gemeentelijke datalab is gedaan.

Top tien conclusies van het onderzoek naar GGZ

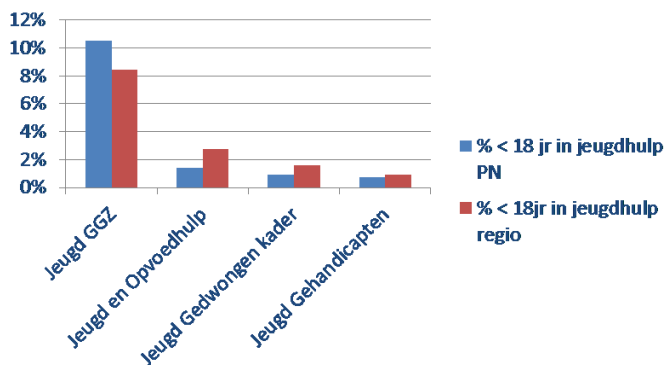
1. Gebruik jeugdhulp is relatief hoog.
2. Met name gebruik basis jeugd-GGZ is hoog.
3. Gebruik verblijf, crisis en jeug- en opvoedhulp is relatief laag.
4. We zijn er vroeg bij (6-10 jaar).
5. Huisartsen verwijzen alleen naar GGZ (en niet naar andere jeugdhulp).
6. Bijna alleen huisartsen verwijzen naar basis jeugd-GGZ.
7. De achterliggende problematiek is voor 50% niet te herleiden.
8. Zowel bij basis- als specialistische jeugd-GGZ domineert één aanbieder.
9. Aantal verwijzingen jeugd-GGZ is vooral in Nootdorp en Pijnacker-Noord hoog.
10. Verschillen tussen scholen en duiding van zorgcarrières vragen nader onderzoek.

Toelichting van vijf conclusies uit het onderzoek naar GGZ

Hieronder lichten we een aantal conclusies verder toe.

a. Met name gebruik jeugd-GGZ is hoog

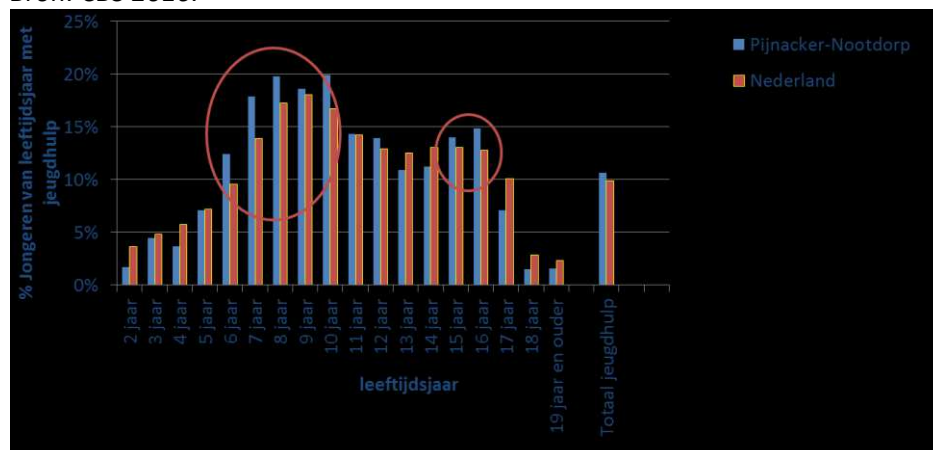
Het hoge aandeel jeugd-GGZ komt vooral door het relatief grote gebruik van basis jeugd-GGZ (een relatief lichte vorm van jeugdhulp). Gebruik van andere vormen van jeugdhulp zoals verblijf, crisis en jeugd- en opvoedhulp zijn juist relatief laag. *Bron: CBS 2016.*



b. We zijn er vroeg bij

Vooraf jongeren met leeftijd 6-10 jaar ontvangen relatief vaak jeugdhulp (tot 20%), en jongeren van 15 en 16 jaar. Andere leeftijdsgroepen ontvangen juist relatief weinig of gemiddeld jeugdhulp.

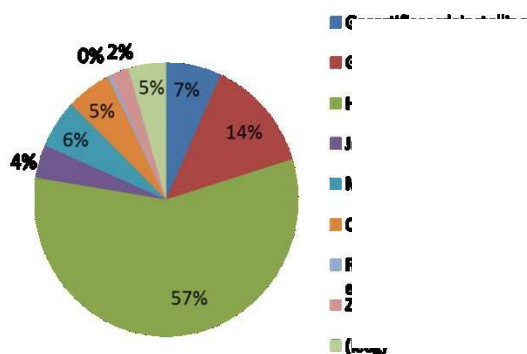
Bron: CBS 2016.



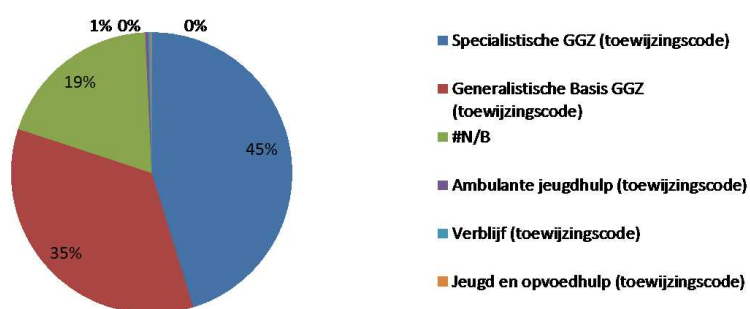
c. Huisartsen verwijzen alleen naar GGZ (en niet andere jeugdhulp) en bijna alleen huisartsen verwijzen naar basis jeugd-GGZ

Huisartsen zijn veruit de voornaamste verwijzer naar GGZ (zie linkerfiguur). Daarbij verwijzen huisartsen alleen naar de GGZ. Dit wordt duidelijk in het rechter figuur. Hier ziet u de verdeling van alle verwijzingen van jeugdigen door huisartsen naar productcategorieën (van 1-7-2016 t/m 20-12-2017).

Verwijzers naar GGZ

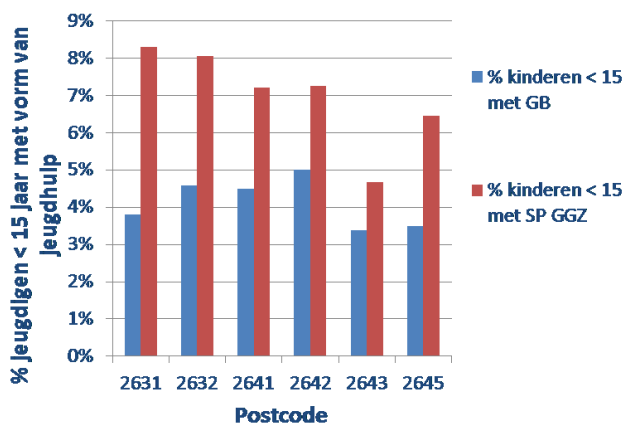


Verwijzingen huisartsen naar producten



d. Concentraties jeugd-GGZ vooral in Nootdorp en Pijnacker-Noord

Er is relatief veel jeugdhulp onder 0-14 jarigen in Nootdorp. Daar zien we zowel relatief veel generalistische basis GGZ (GB in figuur) in postcodegebied 2642 als specialistische GGZ (SP GGZ in figuur) in postcodegebieden 2631 en 2632. (oud) Pijnacker en Klapwijk/Tolhek zitten daar niet ver achter. In Pijnacker-Noord valt een relatief groot aandeel op van jeugdhulp op leeftijd 0 t/m 4 jaar. Ook in Keijzershof, maar dat is een relatief jonge wijk met relatief veel jonge kinderen.



3. Wat valt op bij de kernteams, huisartsen, (voor)schoolse voorzieningen, jongeren, (pleeg)ouders en familieleden van kinderen met psychische problemen?

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met de kernteams, huisartsen, (voor)schoolse voorzieningen en cliëntorganisaties (Ypsilon, Compassie en JONGdoetmee). Hieronder treft u een korte weergave aan van de belangrijkste punten die daaruit naar voren komen.

Kernteams

De kernteams zijn vanaf 2015 gestart met het opzoeken van de samenwerking met de huisartsen door middel van speeddates. Ook wordt op individueel casusniveau de samenwerking met huisartsen gezocht en andersom. Toch merken de kernteams op dat zij onvoldoende worden gefaciliteerd met ict om terugkoppeling te bieden aan de huisartsen op individueel casusniveau. Dit betekent dat terugkoppeling naar de huisartsen voor de kernteams veel tijd kost. Daarbij werkt het niet om bijeenkomsten te organiseren voor huisartsen. De opkomst is vaak niet zo hoog.

De kernteams zijn vooral op zoek naar hoe ze op een praktische wijze de samenwerking met de huisartsen kunnen vormgeven. Belangrijk is er tijdig en vroeg bij te zijn, zodat erger kan worden voorkomen (preventieve functie) en dat er breed naar jeugd en gezinnen wordt gekeken. De kernteams geven de voorkeur aan het starten van een pilot in de vorm van een praktijkondersteuner (bij de huisartsen) jeugd en gezin.

Huisartsen

De gemeente heeft ervoor gekozen geen grote bijeenkomst te organiseren voor huisartsen, omdat de kernteams al aangeven dat dit veelal niet werkt. De gemeente is om die reden bij huisartsen individueel langsgaan om kennis te maken en te peilen wat huisartsen nodig hebben in de samenwerking. De gemeente heeft zes huisartsen/huisartspraktijken bezocht die in wijken zijn gevestigd waar veel gezinnen wonen. Deze zijn bezocht in een wisselende samenstelling van de gedragswetenschapper, afdelingshoofd, teamleider van de kernteams en beleidsmedewerker jeugdhulp.

De eerste reacties van de huisartsen zijn enthousiast. Ze vinden het een goed initiatief. De huisartsen onderschrijven dat het goed is expertise aan de voorkant te hebben. Ze hebben te maken met opvoedproblematiek, (vecht) scheidingen, multiprobleem gezinnen, verwaarlozing, allerlei psychische problemen zoals anorexia, adhd en autisme. Daar is het motiveren van jongeren voor vervolghulp is lastig. Het gaat vooral om kinderen in de basisschoolleeftijd en hun ouders. Ze hebben ook te maken met de verwachtingen van scholen. Zo komen er regelmatig ouders met een briefje van school waarop staat wat het kind heeft en bij welke aanbieder het kind het beste geholpen kan worden. Ze hebben ook te maken met wachtlijsten bij zorgaanbieders en merken dan dat ouders afhaken. De huisartsen willen iemand die hen kan ondersteunen in de preventie. Zij willen niet alleen verwijzen bij relatief lichte problemen/vragen, maar alleen verwijzen als dat echt nodig of passender is. Lichte hulp als het kan en zware hulp als het moet. Daarbij vinden ze de kernteams nog niet zichtbaar genoeg. Ze missen terugkoppeling en liepen eerder tegen wachttijden aan. Ze verwachten dat de pilot kan helpen bij het verbeteren van de samenwerking met de kernteams. Huisartsen willen graag klein beginnen, bijvoorbeeld een dagdeel per week en dan na enkele maanden evalueren en eventueel uitbreiden. Het moet gaan groeien en langzaam bekender worden. Sommige praktijken hebben geen fysieke ruimte. Dit betekent dat daarvoor dan een oplossing moet worden gezocht. Daarbij vragen ze aandacht de zaken goed te regelen. Denk aan een verzekering, privacy issues (AVG), kunnen werken in hun systemen en onder hun verantwoordelijkheid. Ook vragen ze aandacht voor de klik met de aan te stellen praktijkondersteuner(s).

(Voor)schoolse voorzieningen

Binnen de Lokaal Educatieve Agenda (LEA) is gesproken over GGZ met de (voor)schoolse voorzieningen. De (voor)schoolse voorzieningen geven aan dat zij een grotere zorgvraag opmerken van peuters en hun ouders. Dit is ook een landelijke trend. De kinderopvang vraagt om betere ondersteuning bij het signaleren en het ondersteunen van ouders bij hun opvoedvragen. Bij de schoolse voorzieningen is het onderzoek naar de GGZ gepresenteerd en zij willen graag met de gemeente nader verkennen waar de kansen liggen om hierop de samenwerking te versterken. Verder zijn er ideeën over de manier waarop de gemeente wil investeren in een effectievere samenwerking tussen onderwijs en zorg (kernteams/leerplicht) in de vorm van een pilot 'leertafel en monitor samenwerking rondom arrangementen onderwijs-zorg'. Het gaat hier om het leren gemeenschappelijk doelen te stellen en regie te voeren en de samenwerking te monitoren.

Wat vinden jongeren, (pleeg)ouders, familieleden en verwanten van kinderen met psychische problemen?

Kinderen, jongeren en hun (pleeg)ouders

De huisarts is in de zorg vaak het eerste aanspreekpunt voor ouders en/of kinderen met psychosociale problemen. De huisarts heeft een sleutelrol in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als vertrouwensarts, eerste aanspreekpunt, poortwachter en behandelaar. Veel psychische klachten worden als eerste aan de huisarts gepresenteerd. De huisarts maakt een inschatting van de aard en ernst van de problematiek waarmee de patiënt naar het spreekuur komt. Volgens het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) gaat driekwart van alle kinderen tot en met 18 jaar minimaal één keer per jaar naar de huisarts, ook in verband met psychosociale problemen. Veel voorkomende psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten zijn gedragsproblemen, relatieproblemen en angst. Veel patiënten met (lichte) psychosociale problemen hebben baat bij vroege signalering en begeleiding binnen de eerstelijns of basis-GGZ. De huisarts heeft een preventieve rol zodat psychosociale problematiek bij kinderen/jongeren tijdig herkend en behandeld wordt en erger kan worden voorkomen. Dit wordt ook zo gezien door MIND (kennis- en adviescentrum en cliënt- en familieorganisatie voor GGZ). MIND is een initiatief van Fonds Psychische Gezondheid/Korrelatie en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (www.wijzijnmind.nl). MIND geeft aan ouders en hun kinderen tips over hoe een goed gesprek met je huisarts of praktijkondersteuner te voeren.

Het is niet zo eenvoudig psychosociale problematiek bij kinderen te signaleren. Psychosociale problemen worden zelden als primaire hulpvraag aan de huisarts voorgelegd. Ouders en/of kinderen uiten hun bezorgdheid over mogelijk psychosociale problemen vaak op verdeckte wijze tegenover de huisarts, bijvoorbeeld door primair hulp te vragen voor somatische klachten. Om psychosociale problemen van kinderen op te sporen is vaak meer tijd nodig dan de beperkte duur van één consult van tien minuten. Het investeren in de aanstelling van een praktijkondersteuner door de huisartsenpraktijk kan behulpzaam zijn. Dit wordt gedeeld door Ypsilon, de familieorganisatie in de GGZ voor naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid (www.ypsilon.org). Ypsilon vraagt om goede bijscholing van de praktijkondersteuner GGZ.

Ouders zitten vaak met hun handen in het haar en maken zich zorgen. Zij durven er niet over te praten uit schaamte of uit angst 'gek' gevonden te worden, maar eigenlijk willen zij het liefst dat hun kind weer beter functioneert. Zij zoeken graag samen naar oplossingen. Goede zorg vindt plaats in de triage ouders – kind/jongere – hulpverlener.

Familieleden en verwanten van kinderen met psychische problemen

Het ervaren van psychische problemen heeft ook gevolgen voor familieleden, waaronder ook broers en zussen. Zij vinden het soms lastig dit aan te geven bij de huisarts. Hoe kun je dit delen? Hoe vind je aansluiting bij de leefwereld van de ouders? Praat je niet in allerlei termen die voor de cliënt vervelend zijn etc.? Familieleden maken zich vaak zorgen, hebben behoefte aan informatie, advies, steun en soms ook (lotgenoten)contact. Volgens MIND is van belang dat ook familieleden hun verhaal vertellen aan de huisarts en dat daar tijd voor wordt genomen. Zij merken vaak als eerste voortekenen op, die door een huisarts niet altijd worden opgemerkt. Familieleden kunnen helpen om erger te voorkomen. Zij kunnen bijvoorbeeld ook een gezonde leefstijl bevorderen en zeker bij jongeren stimuleren dat zij blijven deelnemen aan het gewone leven (vrienden, school, sport en thuis).



4. Meerwaarde voor huisartsen en gemeente en lessen uit de praktijk

In deze paragraaf wordt op basis van literatuur (zie bijgevoegde literatuurlijst) beschreven wat de meerwaarde voor de huisarts en gemeente kan zijn van het inzetten van een praktijkondersteuner. Sommige gemeenten en huisartsen doen al ervaring op. Belangrijk is dat we rekening houden met de lessen die we hieruit kunnen leren.

De huisarts biedt zelf zorg binnen de huisartsenpraktijk en verwijst kinderen en jeugdigen tot 18 jaar naar jeugdhulp. Huisartsen en gemeente komen dichterbij elkaar te staan en dus ook het medische en het sociale domein. In de Jeugdwet is opgenomen dat jeugdhulp direct toegankelijk is na verwijzing door een huisarts, jeugdarts of medisch specialist. De wet schrijft voor dat de gemeente en artsen afspraken maken over de verwijzing, zodat beide partijen hun rol in het jeugdstelsel goed kunnen vervullen.

In het algemeen kunnen gemeente en huisarts op een aantal niveaus samenwerken, te weten:

- samenwerking in de zorgketen: signalering en overleg over individuele patiënten;
- samenwerking op het niveau van aanbieders: afspraken over verwijzingen en inkoop;
- samenwerking op bestuurlijk en beleidsniveau: het inspelen op maatschappelijke trends, het delen van visie en oplossingsrichtingen.

Daarnaast kunnen huisarts en gemeente, afhankelijk van de omgeving van de huisarts en praktijk, afspraken maken over meer inzet op preventie, extra ondersteuning vanuit samenwerking met een lokaal team (in onze gemeente kernteams) of extra investering in praktijkondersteuning.

Wat heeft de huisarts eigenlijk nodig voor goede zorg aan jeugd en gezin?

Vooraf is het goed om even stil te staan bij de behoeften van huisartsen ten aanzien van zorg aan jeugd en gezin. Hieronder volgt een opsomming.

- De huisarts heeft voldoende verwijsmogelijkheden nodig. Een kwalitatief goed en tijdig beschikbaar aanbod aan jeugdhulp. Dit aanbod moet bekend zijn bij de huisarts.
- De huisarts heeft behoefte aan een brede sociale kaart van de zorgverleners en gemeentelijke diensten die zich met kinderen en jongeren bezig houden. Dit helpt om overzicht te houden en contacten te leggen.
- De huisarts heeft behoefte aan een goede overdracht/terugkoppeling na verwijzing, zodat de huisarts weet welke stappen worden ondernomen in een gezin en zodat hij/zij overzicht houdt.
- De huisarts kan indien beschikbaar en bekend een goed preventietraject of laagdrempelige ondersteuning inzetten (bijvoorbeeld hulp bij opvoeden of beweegprogramma's).

Wat levert het inzetten van praktijkondersteuners tot nu toe op?

In de provincies Friesland en Flevoland, gemeenten Enschede en Gorinchem zijn huisartsen gestart met het inzetten van praktijkondersteuners in de vorm van pilots. Deze pilots zijn op drie manieren een succes:

1. De inzet van een praktijkondersteuner wordt door cliënten positief beoordeeld, begeleiding kan sneller geboden worden en is *minder stigmatiserend*.
2. De inzet van een praktijkondersteuner leidt tot *verbeterde verbinding* tussen huisarts en gemeente en *wederzijdse kruisbestuiving*.
3. De inzet van een praktijkondersteuner leidt tot *vermindering van doorverwijzing* naar basis GGZ en/of specialistische GGZ en soms ook tot vermindering van voorschrijven van psychofarmaca.

Voor de huisarts is de meerwaarde:

- Jeugdigen kunnen vaker in de praktijk zelf geholpen worden en hoeven niet doorverwezen te worden. Soms is ook voorschrijven van psychofarmaca niet nodig. Begeleiding kan daardoor sneller ingezet worden en op een voor het kind meer vertrouwde plek.
- Door begeleiding zonder expliciete diagnose vooraf is het traject voor het kind minder stigmatiserend.
- Het leidt tot verbreding van de expertise van de huisartsenpraktijk.
- Verbeterde band met de gemeente. Huisarts krijgt daardoor o.a. beter zicht op multi-problem gezinnen waardoor effectievere hulp geboden kan worden .

Voor de gemeente is de meerwaarde:

- Het geeft invulling aan 'zorg dichtbij': kinderen worden dichterbij en in hun thuissituatie geholpen.
- Het leidt tot een verbetering van de band met huisarts(en).
- Het leidt tot vermindering van doorverwijzing naar basis GGZ en/of specialistische GGZ en soms ook tot vermindering van voorschrijven van psychofarmaca.

Voor kind, jongere, (pleeg)ouders en familieleden is de meerwaarde

- Vroegtijdige signalering.
- Korte behandeling in de eerste lijn waar dat kan.
- Tijdige verwijzing naar de tweede lijn waar nodig.
- Begeleiding kan sneller, dichterbij (op een vertrouwde plek in de wijk) en is minder stigmatiserend.
- Effectieve(re) hulp kan geboden worden zoals bij schuldproblematiek en in de vorm van opvoedondersteuning.

Wat doet een praktijkondersteuner precies?

Samenvattend zijn de taken van de praktijkondersteuner in de lopende pilots bij gemeenten als volgt. De praktijkondersteuner doet de probleem- en vraagverheldering van (pleeg)ouders en kinderen, biedt opvoedingsondersteuning en laagdrempelige advisering, voorlichting, meedenken over oplossingen, eventueel kortdurende probleemgerichte begeleiding/ behandeling (tussen 5 en 8 consulten), ondersteuning van de huisarts met informatie en advies, onderhoudt contacten met ketenpartners en doet gerichte doorverwijzing. De praktijkondersteuner kan zowel cliënten als

familie, naasten als manterzorgers GGZ (zoals ouders van kinderen met psychische problemen) ondersteunen. Veelal heeft de praktijkondersteuner een afgeronde opleiding in de zorg op HBO of WO werk- en denkniveau, bijvoorbeeld als verpleegkundige, psycholoog, orthopedagoog of maatschappelijk werker, vaak met ervaring in de ggz.

De hulpvragen kunnen divers zijn. Het kan gaan om gedragsproblemen, psychische/psychosociale problemen zoals concentratieproblemen, autismespectrumstoornis, stemmingsproblemen (angst- en somberheidsklachten), psychosomatische klachten (hoofdpijn, buikpijn, vermoeidheid), dwangklachten, slaapproblemen en bedplassen. Het kan ook gaan om opvoedproblemen en problemen op school. Ook hulpvragen op het gebied van systeem- en gezinsproblematiek kunnen binnenkomen. Vragen op het gebied van school gaan bijvoorbeeld over dyslexie of taalontwikkelingsstoornissen of schoolverzuim.

Hoe gaat de praktijkondersteuner te werk? Ondanks een grote overeenkomst in de taken die worden uitgevoerd door praktijkondersteuners, gebruiken zij niet overal dezelfde werkwijze. Doordat de praktijkondersteuner jeugd en gezin binnen de huisartsenzorg relatief nieuw is, wordt er inhoudelijk op uiteenlopende wijzen gewerkt. Over het algemeen bepaalt de huisarts tijdens het eerste consult of de aard van de klacht reden is voor doorverwijzing naar de praktijkondersteuner. Indien de hulpvraag van de ouders onduidelijk is, kan de huisarts ook beslissen om naar een praktijkondersteuner te verwijzen om de hulpvraag te verhelderen. Het eerste gesprek met de praktijkondersteuner vindt idealiter plaats binnen twee weken. Bij dit gesprek zijn bij voorkeur zowel (pleeg)ouders als kind aanwezig, maar als het wenselijk is, kan de praktijkondersteuner daarvan afwijken. Naast het bespreken van algemene zaken en de te verwachten procedure, ligt de focus in het eerste gesprek op probleemverheldering en het opbouwen van vertrouwen. Als het probleem helder is, kan een plan worden opgesteld voor de begeleiding. Begeleiding wordt geboden in maximaal acht consulten en bestaat veelal uit psycho-educatie en interventies. Na vier consulten kan een tussenevaluatie aanleiding geven om de begeleiding voort te zetten of mogelijk alsnog te verwijzen naar GGZ. Ter preventie van terugval wordt het laatste gesprek bij de praktijkondersteuner soms gebruikt als follow-up gesprek. Samenwerking met ouders, huisarts, school, lokaal team (in onze gemeente kernteam), fysiotherapeut en specialisten is een belangrijke taak van een praktijkondersteuner.

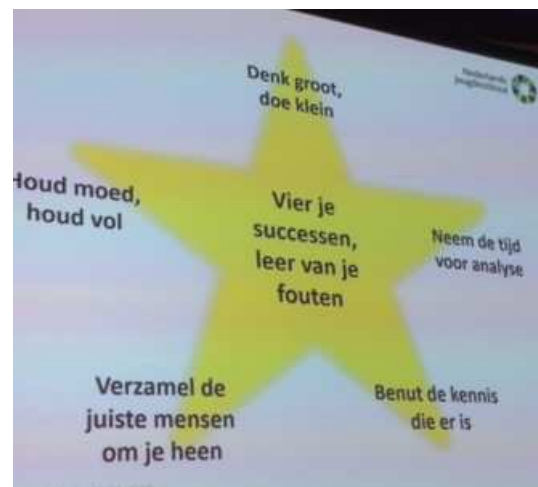
Diverse financieringsconstructies

Hoe ziet de financiering van de praktijkondersteuner er zoal uit? De praktijkondersteuner kan in verschillende constructies werken en op verschillende manieren worden gefinancierd. Drie constructies met praktijkondersteuners lijken veel voor te komen: de praktijkondersteuner kan in loondienst zijn bij de huisarts, gedetacheerd zijn vanuit een GGZ instelling of als zelfstandige zonder personeel (ZZP-er) bij de huisarts werken. Dit wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar, waarbij de praktijkondersteuner een vast takenpakket heeft (binnen de eisen van de zorgverzekeraar). Een vierde constructie wordt gevormd door samenwerking tussen huisartsen en het lokaal team (in onze gemeente kernteam). Een professional van het lokaal team wordt in die constructie verbonden aan een huisartsenpraktijk. De functie kan dan worden gefinancierd door de gemeente of een zorgverzekeraar, maar een combinatie van beide komt ook voor. De financiering van de praktijkondersteuner hangt af van de constructie waarin de praktijkondersteuner werkt en de taken die de praktijkondersteuner uitvoert.

Lessen uit de praktijk

We hoeven niet zelf het wiel uit te vinden. Laten we gebruikmaken van de lessen van andere gemeenten, huisartsen en uit eerdere implementatieprocessen (zie <https://nji.nl/implementatie>, o.a. k.stals van het Nji). Hieronder volgen lessen uit de praktijk.

- Stel een gezamenlijke ambitie op voor huisartsen en gemeente. Maak een 'veranderverhaal' (een denkrichting die aansluit bij de leefwereld).
- Door een gezamenlijke aanpak leer je elkaar beter kennen, begrijpen en waarderen. Dit was een van de opbrengsten bij de proeftuinen in Utrecht. Daar hebben zij zich niet gericht op het systeem of werkprocessen, maar op het inhoudelijke werk. Dus de verbetering van de zorg voor jeugd en gezin.
- "Denk groot, maar doe klein". Maak het niet te complex, maar behapbaar en duidelijk. Start klein en gaandeweg uitbreiden. Dus lerende weg opbouwen.
- Neem de tijd voor analyse, samen ontwikkelen, doen, leren en bijstellen. Denk ook aan gezamenlijke ontmoetingen en feedback organiseren. Bedenk vooraf een eenvoudig monitoringssysteem. Voorbeeld van Utrecht, naast het kwantitatieve onderzoek ook ruimte voor kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld door gezamenlijk casuïstiekbesprekingen en casusbeschrijvingen aan de hand van evaluatievragen.
- Voer vanaf begin gesprekken met de zorgverzekeraar over innovatie. Transparantie over keuzes, effectiviteit, verdeling van baten en lasten en gezamenlijke ontwikkeling daarin zijn van belang.
- Zorg voor naamsbekendheid en investeer in communicatie.
- Investeer in voldoende expertise bij de praktijkondersteuner(s) in de vorm van opleidingen en beschikbaarheid regelen vanuit jeugdhulpaanbieders. Vooral kinderen van ouders van psychiatrische en verslavingsproblemen worden vaak pas laat gesignaleerd.
- Rol en positie van het onderwijs is vaak niet helder. Neem dit vanaf begin al mee.
- Geef ouders en omgeving een rol bij vroegsignalering. Les uit Utrecht, maar ook door Ypsilon en MIND aangegeven.
- Herken cultuurverschillen tussen gemeente en zorgprofessionals en houdt hier rekening mee. Bijvoorbeeld regievoeren (sociale domein) en medezeggenschap (medische domein).
- Zorg dat randvoorwaarden goed geregeld zijn, zoals heldere taak- en rolverdeling, werkafspraken, privacy, geheimhouding en zaken die respectvolle en positieve leeromgeving bevorderen.
- Betrek SEL (het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) en huisartsenverenigingen zoals HAGRO in het verdere proces.
- Werk een gedegen profiel van een praktijkondersteuner uit op basis van de visie en dit advies.



5. Advies en hoe nu verder?

Advies samenwerking huisartsen

Het realiseren van effectievere en efficiëntere jeugdhulp wordt steeds belangrijker. Een manier om dit te versterken is het inzetten van praktijkondersteuners jeugd en gezin bij de huisartsen. Zowel uit de resultaten van het kwantitatieve als kwalitatieve onderzoek worden hiervoor aanknopingspunten gevonden. Door het inzetten van een praktijkondersteuner kan hulp sneller en dichterbij (op een vertrouwde plek) worden geboden. Het is minder stigmatiserend. Daarbij kan het de verbinding tussen huisarts en gemeente versterken en leiden tot vermindering van doorverwijzing naar GGZ.

Transformatie gaat niet vanzelf. Het vraagt flexibiliteit en vooral om het nu echt in de praktijk te brengen en te ervaren. We moeten van papier naar realiteit gaan. Kruisbestuiving tussen beleid en uitvoering kan om die reden behulpzaam zijn. Beleid krijgt meer feeling met de daadwerkelijke issues in het werkveld en kan deze meenemen naar de politiek bestuurlijke wereld. Denk hier ook aan de cultuurverschillen tussen de gemeentelijke wereld en die van professionals.

Neem de lessen uit de praktijk mee in het opstellen van het plan van aanpak en het verdere project.

Advies samenwerking (voor)schoolse voorzieningen

Ten aanzien van de (voor)schoolse voorzieningen wordt geadviseerd zo snel mogelijk in te gaan op het verbinden van de kernteams en voorschoolse voorzieningen (0-4 jarigen) door schoolmaatschappelijk werker, specifiek voor 0-4 jarigen, in te zetten.



Voor de schoolse voorzieningen kan worden gekeken naar de mogelijkheden van het investeren in een effectievere samenwerking tussen onderwijs en zorg (kernteams/leerplicht) in de vorm van een pilot 'leertafel en monitor samenwerking rondom arrangementen onderwijs-zorg'. Het gaat hier om het leren gemeenschappelijk doelen te stellen en regie te voeren en de samenwerking te monitoren. Deze biedt kansen in het brede onderwijsveld. Er wordt geconstateerd dat scholen een rol spelen bij verwijzing naar GGZ via de huisarts. In het kader van de doorontwikkeling van de kernteams wordt aangeraden een voorstel uit te werken om de inzet van het schoolmaatschappelijk werk op de scholen te intensiveren en te versterken.

De verwachting is dat de voorgestelde maatregelen, in combinatie met het versterken van schoolmaatschappelijk werk bijdraagt aan de preventieve beweging van zorg en ondersteuning en daarmee onnodig doorverwijzen naar GGZ kan beperken.

Begroting

Onderdelen	Kosten
2 x 36 uur praktijkondersteuning	€ 135.000
8 uur leer-/werkplek	€ 15.000
Opleiding, intervisie, casuïstiekdeling	€ 15.000
Communicatie	€ 10.000
Schoolmaatschappelijk werk, 0-4 jarigen	€ 70.000
Totaal	€ 245.000

Lijst van literatuur en websites

- Samen werken in de wijk. Huisartsen en gemeente. Inclusief het Addendum Jeugd voor huisartsen en gemeenten. VNG.
- <https://vng.nl/het-friese-succes-van-de-praktijkondersteuner-jeugd>
- Praktijkondersteuner Jeugd: minder doorverwijzingen en sneller hulp (NVO, maart 2018)
- Onderzoeksrapport: De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd (POH-jeugd), een verkennende studie, uitgevoerd in opdracht van NVO door Rijksuniversiteit Groningen i.s.m. Accare en Molendrift (december 2017, pdf)
- VNG-pagina Jeugdhulp en huisartsen.
- LV POH-GGZ: de standpunten. Bestuur LV POH-GGZ, herziening juli 2017
- <https://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-uit-de-jeugdsector/2018/Kind-gebaat-bij-POH-er-Jeugd>
- <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/af1602-proeftuin-basiszorg-jeugd-ggz-utrecht>
- <http://www.briljantemislukkingen.nl/nl/2018/05/24/poh-ggz-jeugd/>
- Tips en trucs voor samenwerking bij geïntegreerde persoonsgerichte zorg. De tips en trucs in dit document zijn afgeleid van theorieën over samenwerking o.a. van Common Eye en vanuit het Regenboogmodel (P. Valentijn)
- De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd. Een verkennende studie. Ton Jonker, Jana Knot-Dickscheit & Anne-Marie Huyghen. Rijksuniversiteit Groningen. December 2017.
- www.kenniscentrum-kjp.nl
- www.labyrint-in-perspectief.nl (voor ouders met kinderen met psychische problemen)
- www.ypsilon.nl (voor familieleden van mensen met psychische problemen)
- <https://wijzijnmind.nl/thema/naar-de-huisarts>
- Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg" (April 2015). NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).
- Visie op Basiszorg Jeugd GGZ. De ontwikkeling van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader in Utrecht. Academische werkplaats transformatie jeugd Utrecht.
- <https://nji.nl/implementatie>
- www.weekvandeimplementatie.nl
- <https://www.zonmw.nl>
- <https://tno.nl>
- Stals, k. (2012). De cirkel is rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg (proefschrift). Utrecht. Universiteit Utrecht.
- www.awtjutrecht.nl

Bijlage 1: Motie onderzoek naar hoog gebruik GGZ- hulp door kinderen en jongeren

De raad van Pijnacker-Nootdorp, in vergadering bijeen op 7 november 2017, gelet op artikel 147b van de Gemeentewet en artikel 44 van het Reglement van Orde van de Raad, inzake de Programmabegroting 2018-2021;

Constaterende dat:

- Uit de Programmabegroting 2018- 2021 blijkt dat er in onze gemeente veel kinderen en jongeren gebruik maken van GGZ- hulp;
- Dit een opvallend hoger gebruik is dan in veel andere gemeenten;
- Met name huisartsen deze kinderen en jongeren naar de GGZ- hulp doorverwijzen;
- De rol van de kernteams op dit vlak- voor de raad- niet helder is;

Van mening zijnde dat:

- Het van belang is om te weten of de GGZ- hulp voor kinderen en jongeren toegankelijk, passend en effectief is;

Verzoekt het college:

- In samenwerking met huisartsen, kernteams, GGZ- aanbieders en onderwijs, te onderzoeken op welke manier iets gedaan kan worden aan het hoge GGZ- gebruik van kinderen en jongeren;
- Uit te zoeken hoe wij huisartsen, kernteams, GGZ-aanbieders en het onderwijs daarbij kunnen ondersteunen;
- Hierbij tevens de rol van ouders te betrekken;
- Hiertoe een dialoog met raad en partners te organiseren voor 1 maart 2018.

En gaat over tot de orde van de dag,

Fractie PvdA

Fractie EA

Fractie D66

Fractie VVD

Marieke van Bijnen

Hanneke van de Gevel

Sylvia Markerink Edo Haitzma

Fractie CU/SGP

Rob van der Welle