

Verwijsstroom huisartsen bij jeugdigen in Hoorn

uitkomsten van een effectencalculatorstudie

Author(s)

Kemmeren, C.A.A.; de Lange, M.M.; Rözer, J.J.

Publication date

2022

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kemmeren, C. A. A., de Lange, M. M., & Rözer, J. J. (2022).

Verwijsstroom huisartsen bij jeugdigen in Hoorn: uitkomsten van een effectencalculatorstudie. Werkplaatsen Sociaal Domein.



General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



Verwijsstroom huisartsen bij jeugdigen in Hoorn. Uitkomsten van een effectencalculatorstudie

C.A.A. Kemmeren, M.M. de Lange & J.J. Rözer (Hogeschool van Amsterdam)
14 december 2022

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding	4
De effectencalculator	6
Resultaten	8
Algemeen beeld over de samenwerking met 1.Hoorn	8
Pilot 1. Een intensievere dialoog	9
Pilot 2. Een intensievere samenwerking via POH	13
Pilot 3. Samenwerking met de GZ-psycholoog en orthopedagoog	17
Conclusie	23
Aanbevelingen	27

Samenvatting

Binnen het project ‘verwijsstroom huisartsen’ wil de gemeente Hoorn de samenwerking tussen de huisartsen en 1.Hoorn versterken. De gedachte is dat hierdoor effectievere, passendere en duurzamere zorg kan worden ingezet waarbij er sneller problemen worden gesignaleerd en escalaties worden voorkomen. Aanleiding voor het project was dat huisartsen vaak naar specialistische jeugdzorg verwezen, waarbij in veel gevallen jeugdigen niet gelijk bij de juiste zorgaanbieder terecht kwamen en een nieuwe doorverwijzing volgde. Om de samenwerking te versterken zijn drie pilots opgezet: de dialoog versterken (pilot 1); de samenwerking met de praktijkondersteuners jeugd (POH-J) van de huisartsen versterken (pilot 2); en vanuit 1.Hoorn een GZ-psycholoog en (vanaf april 2021) een orthopedagoog bij huisartsenpraktijk plaatsen (pilot 3).

In dit onderzoek hebben we aan de hand van de effectencalculator vijftien casussen met betrokkenen (zoals huisartsen, POH-J's en jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn) besproken om de effecten van de pilots inzichtelijk te maken. Deze inzichten zijn aangevuld met interviews met drie huisartsen, observaties van bijeenkomsten van de betreffende teams en zes podcasts waarvoor betrokkenen zijn geïnterviewd.

Al met al zien we dat de samenwerking tussen 1.Hoorn en de huisartsen aanzienlijk is verbeterd en dat er vooral bij de huisartsen veel meer kennis over de werkwijze van 1.Hoorn is ontstaan. Hierdoor verwijst men bijvoorbeeld sneller naar 1.Hoorn door. De meerwaarde van de POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog zit in hun extra kennis en de ondersteuning die ze kunnen geven. Hierdoor is doorverwijzing naar specialistische zorg vaak niet nodig en wordt specialistische zorg gericht ingezet. Met name de GZ-psycholoog en orthopedagoog bieden hierbij ook overbruggingszorg, begeleiden en behandelen veel zelf. Hierdoor ontstaat er passendere en laagdrempeligere zorg. Een niet te onderschatten meerwaarde is dat jeugdigen en gezinnen door de samenwerking niet elke keer hun verhaal opnieuw hoeven te doen, mits diegene toestemming geeft tot het delen van informatie. Er hoeft niet telkens een nieuwe intake te zijn met het invullen van formulieren. Er worden slechts verhelderende vragen gesteld over wat er al eerder bij een intake is verteld. De samenwerking kan nog verder versterkt worden door nog beter informatie terug te koppelen en overdrachten zo laagdrempelig mogelijk te organiseren.

Inleiding

In 2022 is de gemeente Hoorn met het project ‘verwijsstroom huisartsen’ gestart. Aanleiding voor het project was dat huisartsen vaak (en vaker dan in andere regio’s) naar specialistische jeugdzorg verwezen¹, waarbij in veel gevallen jeugdigen niet gelijk bij de juiste zorgaanbieder terecht kwamen en een nieuwe doorverwijzing volgde. Bij een verwijzing door de huisarts naar specialistische jeugdhulp werden de gebiedsteams (genaamd 1.Hoorn) vaak niet bij de zorg betrokken. Dit terwijl zij bij multiproblematiek vaak gepaste en waar mogelijk lichte zorg kunnen leveren, ook al eventueel in een voortraject voordat specialistische zorg nodig is. Bovendien was er door deze werkwijze vanuit de gemeente nauwelijks monitoring op de casussen waardoor het onduidelijk was of de geleverde zorg passend was. Met het project wilde de gemeente de samenwerking tussen de huisartsen en 1.Hoorn dan ook versterken, waardoor er meer afstemming plaats zou vinden. De gedachte was dat hierdoor effectievere, passendere en duurzamere zorg kon worden ingezet waarbij er sneller problemen worden gesignaleerd en escalaties worden voorkomen.

In de begintijd van het project is mogelijk gemaakt dat huisartsen de (digitale) mogelijkheid hebben om naar 1.Hoorn door te verwijzen. Hiervoor is 1.Hoorn vanaf juni 2020 opgenomen in ZorgDomein. Vervolgens zijn er drie pilots opgezet:

1. In de eerste pilot werden de rollen van het gebiedsteam en de huisarts gelaten zoals ze zijn, maar werd wel in de dialoog geïntensiveerd, onder andere door vaste contactpersonen huisarts bij 1.Hoorn, het opstellen en verspreiden van een factsheet over de werkwijze van 1.Hoorn bij huisartsen, nieuwsbrieven en podcasts.
2. In de tweede pilot werd ingezet op intensievere samenwerking via een praktijkondersteuner jeugd van de huisarts (POH-J), vanuit de aanname dat de POH-J meer gaat verwijzen naar de gebiedsteams en naar welzijn vanuit de gedachte van ‘socialiseren in plaats van medicaliseren’.
3. In de derde pilot werd ingezet op een GZ-psycholoog die vanuit 1.Hoorn in de huisartsenpraktijk ging werken. Doel was dat zij met de huisarts en 1.Hoorn gezamenlijk de inzet van gespecialiseerde zorg ging afstemmen. De inzet bij deze pilot was om i) onnodige doorverwijzingen naar gespecialiseerde jeugdhulp te voorkomen; ii) huisartsen en andere professionals in de wijk te ondersteunen via gerichte doorverwijzing; iii) de samenwerking tussen sociale en medische zorg te optimaliseren; en

¹ Uit analyse van CBS gegevens kwam onder andere naar voren dat in 2018 in Hoorn in 39,8% van alle verwijzingen naar specialistische jeugdhulp via de huisartsen verliep en dat huisartsen vooral naar de JGGZ verwezen (85%) (zie het projectplan).

(iv) drukte in de keten en bureaucratie te verminderen. Vanaf april 2021 is een tweede huisartsenpraktijk toegevoegd aan pilot 3. In deze praktijk is een orthopedagoog toegevoegd.

De gemeente Hoorn neemt deel aan de Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving. Vanuit de werkplaats is het project door onderzoekers van het Lectoraat Stedelijk Sociaal Werk van de Hogeschool van Amsterdam gemonitord. Hiervoor is een mixed-method benadering gebruikt waarvoor kwantitatieve (o.a. twee surveys) en kwalitatieve data zijn gecombineerd.

In deze rapportage bespreken we de uitkomsten van de kwalitatieve analyses. Hiervoor zijn onder andere drie huisartsen geïnterviewd, verschillende overleggen over de pilots bijgewoond en door het gebruik van de effectencalculator casussen met de betrokken partijen besproken. Hierbij zijn wij met de betrokkenen nader ingegaan op de kwaliteit van de samenwerking en ondersteuning en hebben we geanalyseerd wat al goed gaat en wat potentieel nog beter kan. Dit biedt het fundament om samen met de kwantitatieve analyses een indicatie te geven van de meerwaarde en beperkingen van het project en de drie pilots.

In het vervolg zullen wij als eerste de methode nader toelichten alvorens we per pilot de resultaten zullen bespreken. In de conclusie zullen we vervolgens de pilots vergelijken en tot aanbevelingen komen.

De hier gepresenteerde kwalitatieve resultaten zullen in een overkoepelende rapportage worden gecombineerd met de kwantitatieve resultaten en worden ingebed in de bredere wetenschappelijke literatuur (zie Rözer, Kemmeren, & de Lange, 2022).

De effectencalculator

Om de pilots nader te onderzoeken is er gebruik gemaakt van de Effectencalculator (zie [hier voor meer informatie](#)). Dit is een instrument mede ontwikkeld door de Werkplaatsen Sociaal Domein om op het niveau van casuïstiek te kijken naar gegroeide inzichten over (de oorzaken van en) het effect van een bepaalde aanpak. Binnen de effectencalculator wordt idealiter de nieuwe manier van werken vergeleken met de 'oude' reguliere manier van werken.

Met behulp van de effectencalculator wordt op een chronologisch en gestructureerde manier met professionals (en eventueel cliënten) die betrokken zijn bij een bepaalde casus het gesprek aangegaan. Binnen dit gesprek worden op kwalitatieve wijze bepaalde effecten van de ingezette aanpak in kaart gebracht. Daarnaast helpt de effectencalculator om een dialoog te faciliteren, zodat professionals en andere betrokkenen samen kunnen leren. Het wordt dan ook wel omschreven als dialogisch evalueren.

De coronapandemie heeft een grote impact gehad op de uitvoering van het project en op dit onderzoek. Aanvankelijk wilden we ook de jeugdige en het gezin uitnodigen bij de effectencalculatorsessies om zo ook het perspectief van de gezinnen mee te nemen. Een effectencalculatorsessie kan echter belastend zijn voor een jeugdige en gezin. Daarom is een veilige setting van groot belang. De lockdowns begonnen echter precies toen we met de dataverzameling van het onderzoek zouden starten. Daarom hebben we de sessies (grotendeels) online gedaan. Dit bracht echter grote beperkingen met zich mee en bemoeilijkte de communicatie tussen alle deelnemers van een effectencalculatorsessie. Dit vergrootte ook de kans op een onveilig gevoel bij de jeugdigen en gezinnen. Vandaar dat, in samenwerking met de gemeente Hoorn en diverse professionals, is besloten om de jeugdige en het gezin niet uit te nodigen. De focus is hiermee verschoven naar de ervaringen van de professionals.

In totaal zijn er vijftien casussen met de Effectencalculator besproken. In de casussen die in het begin van het onderzoek besproken zijn was meestal nog weinig sprake van samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn en de huisartsen, POH-J en GZ-psycholoog. Daarom hebben we in deze gevallen besproken hoe de samenwerking er idealiter uit zou zien en wat voor consequenties dit zou hebben. Later in het project was er vaker sprake van samenwerking. In deze gevallen hebben we met de professionals

besproken wat een aannemelijk scenario zou zijn als de samenwerking er niet zou zijn. Op deze wijze hebben we de oude en nieuwe werkwijze tegenover elkaar afgezet.

Aanvullend zijn er drie huisartsen geïnterviewd, zowel bij aanvang als later in het project. Daarnaast zijn we aanwezig geweest bij verschillende teamvergaderingen van 1.Hoorn en de praktijkondersteuners en hebben we zes podcasts en één blog gemaakt met betrokkenen over het project. Deze inzichten zijn vervlochten met de inzichten over de drie pilots.

Resultaten

Algemeen beeld over de samenwerking met 1.Hoorn

Een belangrijke doelstelling van het project is om de samenwerking tussen de huisartsen en 1.Hoorn te versterken. Alle drie de pilots haken hierop in en alle betrokkenen benadrukken de meerwaarde van een betere samenwerking.

Een belangrijke meerwaarde zit volgens de huisartsen in de deskundigheid van 1.Hoorn met betrekking tot sociale problematiek. Zoals één van hen aan het begin van het project aangaf:

“Met sociale problematiek kan ik niet veel. Ik ben opgeleid om medische problemen op te lossen. Het sociaal domein hoort niet bij de huisarts te komen. Er zijn instanties zat die kunnen helpen met allerlei problemen. Als wij dat ook nog eens moeten doen dan lopen we helemaal over. Sociale problemen horen niet bij mij te komen. Als er een huisvestingsprobleem of een ander probleem is dan zeg ik, gemeente bellen! In dit geval 1.Hoorn of iets, maar dat is waar bij mij de grens ligt. Dat soort problemen kan ik niet oplossen, dat maakt het wel moeilijk.”

Als we verder doorvragen bij de huisartsen en POH-J dan zien zij de meerwaarde van 1.Hoorn onder andere bij het monitoren en evalueren van jeugdigen en gezinnen. Als een jeugdige een terugval heeft en zich later weer aanmeldt bij bijvoorbeeld de POH-J, dan zijn stappen sneller gezet dan bij een externe aanbieder, omdat diegene laagdrempeliger werkt en dan al vaker op de hoogte is van wat er tot dan toe is gebeurd. Daarnaast wordt door de huisartsen en POH-J benoemd dat de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn vaak makkelijker kunnen op- en afschalen vanwege hun expertise en de trainingen die zij daarvoor vanuit de gemeente hebben gevolgd. Verder benoemen de POH-J dat, in vergelijking met specialistische zorg, 1.Hoorn meer focust op de sociale kaart en dat er meer tijd is voor een intake.

Een algemeen struikelblok dat we van partijen binnen de verschillende pilots horen is vooralsnog de terugkoppeling. Zoals een huisarts aangeeft:

“Ik wil dat anders zien; ik wil weten wat er speelt bij mijn patiënten. Van alle specialisten krijg ik brieven als ze wat doen van wat er aan de hand is, behalve van hen.”

Wel zien we dat dit struikelblok steeds minder groot wordt. In het begin van het project was er namelijk bij veel huisartsen ook veel onduidelijkheid of jeugdigen en gezinnen wel toestemming gaven voor het delen van informatie. Na een latere enquête onder de jeugd- en gezinswerkers bleek dat jeugdigen en gezinnen deze toestemming bijna altijd gaven. Dit is met de huisartsen teruggekoppeld. Bovendien is er al vrij snel gedurende het project vanuit 1.Hoorn een standaardbrief opgesteld die verstuurd kan worden naar de huisartsen. Desondanks bleek ook aan het einde dat huisartsen niet altijd een terugkoppeling kregen. Diverse jeugd- en gezinswerkers gaven aan dat dit er soms bij inschoot. Aan de andere kant horen we ook dat de assistenten van de huisarts de brief uit de mail halen en direct in het patiëntendossier zetten. Huisartsen zien de brief hierdoor soms ook over het hoofd. Een jeugd en gezinswerker zegt hierover het volgende:

“De casus heeft ons weer doen beseffen: huisartsen altijd inlichten. Het geeft ons nu ook rust dat de huisarts in kwestie zo betrokken is.”

Desalniettemin is het algemene beeld dat wanneer er een betere samenwerking is er vaker passende, laagdrempelige en goedkope zorg zal worden verleend. Een belangrijk doel van de pilots is om te kijken hoe dit kan worden gerealiseerd en of een nauwere samenwerking met de POH-J of de inzet van een GZ-psycholoog of orthopedagoog vanuit 1.Hoorn bij de huisartsen hiernaast bijdraagt aan betere en effectievere zorg.

Pilot 1. Een intensievere dialoog

De basis van het project vormt pilot 1. Hierbij zijn er geen extra rollen toegevoegd (zoals een POH-J, GZ-psycholoog of orthopedagoog), maar is er wel ingezet op een intensievere dialoog tussen de huisartsen en 1.Hoorn. De intensievere dialoog kent verschillende doelen. Zo is een doel om aan huisartsen te informeren wat 1.Hoorn doet en door middel van een standaardbrief door te geven als 1.Hoorn betrokken is bij een gezin.

De samenwerking tussen huisartsen en jeugd- en gezinswerkers

Ondanks de afwezigheid van een verbindende professional weten de huisartsen en jeugd- en gezinswerkers elkaar veelal goed te vinden binnen pilot 1. Meestal is dat in de vorm van telefonisch contact wanneer de huisarts (psycho)sociale problematiek bij een gezin signaleert en inschat dat er op dat vlak hulpverlening nodig is.

Een voorbeeld van deze samenwerking is een casus waarin een huisarts observeerde dat een moeder was overbelast en de zorg voor haar kinderen

niet meer aankon. Vanuit deze observatie verwees de huisarts het gezin door naar 1.Hoorn. De jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn zette in eerste instantie in op presentiegericht werken. Dit is een methode binnen het sociaal werk waarbij de professional tijd investeert om vertrouwen te krijgen van het gezin, niet in eerste instantie om tot oplossingen te komen (Beurskens, 2022). De jeugd- en gezinswerker kwam regelmatig bij het gezin thuis totdat er een duidelijke hulpvraag ontstond.

Daarnaast zette de jeugd- en gezinswerker in op de multidisciplinaire samenwerking met andere partijen die bij het gezin betrokken waren. Hiervoor stelde zij, in overleg met alle betrokkenen, een 1Gezin1Plan op zodat de inzet op elkaar werd afgestemd. Een jeugd- en gezinswerker zegt hierover:

“Iedereen kreeg het gevoel van: ik ben het belangrijkste in het gezin. Maar als twintig hulpverleners dat gevoel hebben krijg je geen samenwerking.”

Die rol van procesregisseur, van contacten stroomlijnen en organiseren is tijdrovend. Andere partijen hebben binnen hun arrangement vaak geen ruimte om die rol op zich te nemen, waar het voor de jeugd- en gezinsmedewerker wel passend is. Diegene houdt het overzicht en werkt daarnaast aan een vertrouwensband met het gezin, die op het moment dat meer hulpverleners bij het gezin betrokken zijn cruciaal is:

“Het gezin vraagt aan me [over een nieuwe hulpverlener]: is dat goed? Kan ik die mensen vertrouwen? Dat is een belangrijk onderdeel.”

Dat maakt dat zeker in het geval van complexe, meervoudige sociale problematiek het voor een huisarts een logische keuze is om naar 1.Hoorn door te verwijzen. In die doorverwijzing is de band tussen het gezin en de huisarts ook al van waarde, het maakt dat een gezin zich aan de nieuwe partij kan conformeren:

“Ik vraag me af of de huisarts zich zijn positie realiseert. Ouders keken tegen hem op, daardoor kon 1.Hoorn binnenkomen.”

Naast de rol van procesregisseur en het bouwen aan een vertrouwensband maakt de expertise van de jeugd- en gezinswerker dat de huisarts zich tot diegene richt. Een voorbeeld hiervan is dat een huisarts binnen een casus de jeugd- en gezinswerker benaderde met de vraag of er sprake was van acute GGZ. Die vraag volgde nadat een ambulante hulpverlener een gezin advies gaf om diagnostiek aan te vragen via de huisarts. Een andere

expertise waar de huisarts op kan leunen is de uitgebreide sociale kaart die de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn scherp hebben.

Binnen pilot 1 heeft de samenwerking tussen de huisarts en de jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn voornamelijk vorm door (eenmalige) verwijzingen waarbij de twee partijen telefonisch contact hebben. Huisartsen geven daarnaast aan graag een terugkoppeling van 1.Hoorn te willen krijgen over het verdere verloop van het zorgtraject van hun patiënt. Zowel huisartsen als jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn laten echter weten dat de terugkoppeling soms te wensen over laat. De jeugd- en gezinswerker zegt daarover:

“Jeugdwerker zegt nu: we hadden de huisarts zelf op de hoogte moeten brengen, maar ik zat zo in de casus. Gelukkig was de huisarts assertief genoeg om bij ons na te vragen hoe het ging.”

In een andere casus bleek dat de huisarts medicatie had ingezet zonder daar de jeugd- en gezinswerker van op de hoogte te stellen, terwijl die informatie wel waardevol zou zijn geweest.

Als de samenwerking er niet was geweest

Om de effecten van de pilot in kaart te brengen hebben we geanalyseerd wat er zou zijn gebeurd als de samenwerking tussen 1.Hoorn en de huisarts er niet was. Het blijkt dat huisartsen in dat geval naar alle waarschijnlijkheid (meer) naar specialistische hulpverlening zouden doorverwijzen. Dit is niet alleen duurder, maar sluit mogelijk ook minder goed aan, aangezien huisartsen doorgaans minder goed op de hoogte zijn van het aanbod van psychosociale zorg. In de casussen die wij bespraken verwezen de huisartsen in ieder geval weloverwogen naar 1.Hoorn met het idee dat zij passendere hulp konden verlenen. De jeugd- en gezinswerker zegt daarover:

“Als we zo’n weg zouden zijn ingeslagen bestaat de kans dat er geleurd wordt met de jongen. Proberen ze dat en dan dat en dan weer een wachtlijst. Het wordt een hele zoektocht.”

Ook is een waarschijnlijke optie dat een gezin uiteindelijk wel bij 1.Hoorn terecht zou zijn gekomen, maar dat de situatie dan onnodig zou zijn geëscaleerd, met alle risico’s van dien.

Ontwikkelingen in de pilot

In de looptijd van de project ‘verwijsstroom huisartsen’ is de bekendheid van 1.Hoorn bij huisartsen binnen pilot 1 aanzienlijk verbeterd. Het lijkt er in ieder

geval op dat de huisartsen 1.Hoorn steeds vaker als belangrijke partij in beeld hebben. Ze zoeken daarnaast steeds vaker telefonisch contact. De indruk bestaat dus dat alleen al de intensivering van de dialoog tussen de partijen, via bezoeken, nieuwsbrieven en podcasts de samenwerking tussen de huisartsen en 1.Hoorn heeft verbeterd.

Jeugd- en gezinswerkers merken daarnaast dat huisartsen steeds vaker elkaar adviseren om 1.Hoorn in te schakelen. Dit is ook een belangrijk indicatie dat huisartsen de meerwaarde van verwijzing naar 1.Hoorn steeds meer zien. Bij het bespreken van de casussen benoemen de betrokkenen ook dat door de intensievere samenwerking mogelijk minder snel is doorverwezen naar specialistische zorg.

Vanuit de gesprekken met de huisartsen bestaat hetzelfde beeld. Zij hebben 1.Hoorn en de jeugd- en gezinswerkers de afgelopen jaren beter leren kennen en zien 1.Hoorn als een logische partij om naar door te verwijzen. Een huisarts zegt:

“Vooral 1.Hoorn, omdat zij verder ook weer door kunnen verwijzen.”

Opbrengsten

Zowel huisartsen als jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn benoemen de volgende opbrengsten van de samenwerking binnen pilot 1.

- 1.Hoorn is sterk in beeld gekomen bij de huisartsen, die regelmatig telefonisch contact zoekt om door te verwijzen. Door deze samenwerking is de kans groter dat bij gezinnen passende psychosociale hulpverlening wordt ingezet, omdat bij 1.Hoorn meer zicht is op de sociale kaart. Hierdoor kan in een groot aantal gevallen specialistische zorg (waar vaak anders naar wordt verwezen) worden voorkomen. Hiermee kan al snel op kosten worden bespaard.
- De kans is kleiner dat een gezin uit beeld raakt: *‘als er een wachtlijst is dan overbruggen wij dat. Ook dat kan een huisarts niet, dus zo’n gezin raakt dan een tijdje uit beeld’.*

Verbeterpunten

- Het voornaamste punt van verbetering is de terugkoppeling richting huisartsen. Ondanks een standaardbrief schiet dit er bij de jeugd- en gezinswerkers regelmatig bij in en huisartsen zien deze mogelijk niet altijd omdat deze door de assistenten automatisch in het dossier worden gedaan.
- Wat volgens een jeugd- en gezinswerker ook verbeterd kan worden is de doorverwijzing van de huisartsen naar de GGZ. Huisartsen doen dit

volgens haar nog onnodig vaak. Dat komt ook omdat ouders soms deze concrete vraag neerleggen, soms op aanraden van school, waar ouders komen met de vraag of hun kind bijvoorbeeld ADHD of autisme heeft. De jeugd en gezinswerker zou willen dat huisartsen bij 1.Hoorn te rade zouden gaan of een verwijzing naar GGZ nodig is. Zij kunnen huisbezoeken doen en de vraag achter de vraag verhelderen. Als een ondersteuningstraject bij 1.Hoorn ook een oplossing kan bieden is dat vaak goedkoper dan een diagnostisch traject.

Pilot 2. Een intensievere samenwerking via POH-J

Binnen pilot 2 is ingezet op een betere samenwerking tussen 1.Hoorn en de huisartsen door intensivering van het contact met de POH-J. Uit de besprekingen en analyse van casussen binnen pilot 2 blijkt dat de samenwerking tussen de POH-J en de jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn veel op kan leveren. Deze samenwerking is in de loop van het project aanzienlijk sterker geworden. In het algemeen kunnen we stellen dat de werk- en zienswijze van de POH-J en de jeugd- en gezinswerkers goed op elkaar aansluiten. De kennis en mogelijkheden binnen hun werk die de professionals hebben zijn aanvullend op elkaar. Ook lijkt het verschil tussen de twee rollen goed te overbruggen en is er sprake van een begrip en inzicht van en voor elkaars werk.

Verschillende manieren van samenwerken

In de besproken casussen kwam de samenwerking tussen de huisarts, POH-J en jeugd- en gezinswerker op verschillende manieren tot stand. Meestal bleek een POH-J een jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn te benaderen als een gezin of jeugdige bredere psychosociale ondersteuning nodig had. In een casus waar de twee professionals elkaar bijvoorbeeld al kenden is de jeugd- en gezinswerker al vroeg in het traject van de POH-J aangesloten bij een gesprek met het gezin, zodat ze direct konden kennismaken en zo een laagdrempelige, warme overdracht plaatsvond. Soms schakelde een jeugd- en gezinswerker echter ook de POH-J in. Zo kwam een jeugd- en gezinswerker tijdens een schakeloverleg² tot het besluit om de POH-J van de desbetreffende jeugdige te vragen om een aantal gesprekken te voeren. Via een brief is de huisarts vervolgens op de hoogte gebracht. In een gezamenlijk overleg hebben de POH-J, huisarts en jeugd- en gezinswerker uiteindelijk besloten voor doorverwijzing naar specialistische hulp.

² Het schakeloverleg is een multidisciplinair overleg waaraan de Raad van de Kinderbescherming, Gecertificeerde Instelling, gemeente, ouders en kind(eren) deelnemen met als doel de situatie van de jeugdige te bespreken en te bekijken op welke wijze en in welk kader hulpverlening (vrijwillig of gedwongen) voor de jeugdige het beste kan worden voortgezet of ingezet.

Wat bleek gedurende de casusbesprekingen is dat een goede samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerker, huisarts en POH-J cruciaal kan zijn om de ondersteuning naar een jeugdige voor te zetten. Nadat een jeugd- en gezinswerker bijvoorbeeld een huisarts van haar betrokkenheid bij een jeugdige op de hoogste had gesteld gaf deze aan dat de jeugdige en haar moeder niet bij een vervolgspraak waren gekomen. De jeugd- en gezinswerker motiveerde hen er vervolgens toe om toch weer naar de huisarts te gaan. Toen ze zelf besloot om het traject af te sluiten informeerde ze de huisarts hierover, die daarop reageerde dat hij het meisje toevallig diezelfde dag in zijn praktijk had gezien en zich zorgen maakt over haar psychische gesteldheid. Samen besloten ze toen om de inzet van de POH-J te vragen en vervolgens op zoek te gaan naar ondersteuning die ook na haar achttiende aan kon blijven. Het contact tussen het meisje en de POH-J verliep vervolgens goed.

Ook bleek de POH-J vaak wordt gebruikt om een overbruggingstraject in te zetten voordat de door de jeugd- en gezinswerker geïndiceerde specialistische zorg start. Zo'n overbruggingstraject bestaat uit gesprekken met de jeugdige, advies en overleggen met de ouders en huisarts. Het aantal beschikbare sessies wordt in zo'n overbruggingsperiode verspreid. Op deze manier kan de jeugdige alsnog (licht) ondersteunt worden en hopelijk worden vermeden dat problemen verergeren. Bovendien zorgt dit ervoor dat gedurende de wachttijd de verschillende professionals het contact met de jeugdige en het gezin niet verliezen.

De POH-J en jeugd en gezinswerkers bleken elkaar ook aan te (kunnen) vullen. In het begin van het project is er bijvoorbeeld een casus geweest waarbij de POH-J zelf heeft doorverwezen naar specialistische zorg. In dat geval was het aan die zorgaanbieder om het perspectiefplan te maken en regie te voeren op de casus. Toen ook verslavingszorg nodig was bij de jeugdige bleek dat de POH-J niet nog een externe verwijzing kon doen. Op dat moment was 1.Hoorn een logischere keuze om regie te voeren en de verschillende partijen op elkaar af te stemmen, aangezien 1.Hoorn als regievoerder wel meerdere verwijzingen kan doen. Er kan maar één regievoerder zijn en het is logisch als dat 1.Hoorn is, omdat die partij als taak heeft om breed naar de behoefte van het gezin te kijken:

“Stel dat je erachter komt dat er iets onder ligt, iets systemisch, waarbij hij zich niet gehoord en gezien voelt, daardoor vermijding, coping laat zien. Dan zet je eigenlijk dure jeugdhulp in zonder dat je de kern van de problematiek aanpakt. Ik denk dat deze pilot is opgestart, begonnen is om

samenwerking te versterken, maar ook voor efficiëntere en uiteindelijk goedkopere jeugdhulp.”

Als de samenwerking er niet was geweest

In gevallen waarbij er geen samenwerking tussen de POH-J en de jeugd- en gezinswerker was zou het aannemelijk zijn dat trajecten langer zouden duren of zelfs zouden stagneren. Dit laatste heeft voornamelijk te maken met de wachtlijsten bij specialistische zorg. Als er geen overbruggingstrajecten door de POH-J geboden kunnen worden bestaat het risico dat jeugdigen uit beeld raken of dat problemen verergeren.

Ook zou de afwezigheid van het laagdrempelige karakter van de ondersteuning van een POH-J ervoor kunnen zorgen dat gezinnen afhaken, omdat ze dan een formele, bureaucratische overdracht terecht komen die ze afschrikt. In het geval van een casus waarbij een jeugdige bijvoorbeeld bijna 18 werd zou zij mogelijk opnieuw moeten aankloppen bij de huisarts, die haar naar Wmo zou hebben doorverwezen, waarbij de bureaucratie een grote drempel voor de jeugdige zou vormen. Ook over een andere casus liet een jeugd- en gezinswerker weten dat in het geval van formele stappen in het hulpverleningsproces *‘het gezin steeds terugdeinst’*. De POH-J is dan een mooie oplossing.

Tot slot bleek dus dat de jeugd- en gezinswerkers elkaar kunnen aanvullen waarbij 1.Hoorn vaak de expertise heeft om regie te voeren en de inzet van verschillende partijen op elkaar af te stemmen. Zonder hen zou de POH-J deze inzet missen.

Ontwikkelingen in de pilot

Er is een duidelijke ontwikkelingen te zien binnen pilot 2. Doordat bij de jeugd- en gezinswerkers en POH-J de bekendheid van elkaar en elkaars werkwijze is toegenomen verwijzen ze steeds vaker naar elkaar door. Uit de gesprekken komt daarnaast naar voren dat de POH-J de meerwaarde van het doorverwijzen naar 1.Hoorn steeds vaker zien. Zoals een POH-J aan het begin van het traject aangaf:

“Nu gaan negen van tien verwijzingen niet via 1.Hoorn, maar dat ga ik nu wel doen! Alle verwijzingen! Wij hebben weinig tijd, we bieden kortdurende begeleiding aan. Dit is een mooie toevoeging bij de gemeente. Dat je dit kan overlaten. Vooral dat iemand betrokken blijft. Ik kan niet garanderen dat ik altijd dat lijntje heb.”

Opbrengsten

Over het algemeen blijkt dat door de pilot er een intensievere samenwerking tussen de huisartsen, POH-J en 1.Hoorn is ontstaan en dat er passendere en laagdrempeligere zorg wordt geleverd. Die samenwerking levert de volgende waardevolle zaken op.

- Door de samenwerking worden gezinnen sneller en in hun nabij omgeving geholpen.
- Door de samenwerking hoeven jeugdigen en gezinnen niet in een gat te vallen als er wachtlijsten bestaan bij specialistische zorgaanbieders doordat de POH-J overbruggingszorg in kan zetten. In het geval van een jongen met een psychotrauma heeft deze bijvoorbeeld nu *“ervaren dat er mensen zijn die je helpen – dit was hij niet gewend”*. Dat maakt dat mensen ervaren dat hulpverlening betrouwbaar is, door de frequentie van gesprekken verwatert het contact niet snel en is hij blijven praten. Doordat de POH-J ook direct met de behandeling van het psychotrauma is gestart heeft het de jongen doen inzien dat hij *“niet gek is”* en geholpen kon worden.
- Door de samenwerking vallen jeugdigen en gezinnen ook minder snel in een gat doordat de jeugd- en gezinswerkers, POH-J en huisarts elkaar van de jeugdige en het gezin op de hoogte kunnen houden. Toen een jeugd- en gezinswerkers in een casus bijvoorbeeld het dossier van een jeugdige wilde afsluiten en hoorde van de huisarts dat het toch niet goed ging met het meisje heropende zij de ondersteuning.
- Nog een meerwaarde van de samenwerking die gaat over kennis uitwisselen is dat de sociale kaart van professionals verbreedt: *“je leert nieuwe organisaties kennen, zoals deze met een kortere wachtlijst. Dat is in deze tijden zeer waardevol”*.
- Als POH-J ervoor kiezen om 1.Hoorn als procesregisseur in te zetten, om vanuit daar te onderzoeken wat de nodige inzet van hulpverlening is, verwachten ze dat het traject uiteindelijk goedkoper is, iets dat ze op waarde schatten: *“Dan is het een hele mooie toevoeging van onze samenwerking”*.

Verbeterpunten

Binnen pilot 2 hebben we voornamelijk de opbrengsten en meerwaarde kunnen vinden in de samenwerking tussen de huisarts, de POH-J en de jeugd- en gezinswerker. Een punt wat nog tot vertraging kan leiden is de toestemming van het gezin en de professionals. Zo was het de POH-J in het begin van een casus niet duidelijk of de huisarts officieel akkoord had gegeven. De onduidelijkheid zorgde voor vertraging.

Ook kunnen de professionals nog meer vanuit de casuïstiek bekijken wat ze voor elkaar kunnen betekenen. Als er bijvoorbeeld veel onrust in een gezin speelt, maar er bij het kind weinig problemen worden gezien, kan het helpen als de POH-J in een aantal sessies een luisterend oor kan bieden aan het kind om een inschatting te maken van diens persoonlijke situatie. Dit wordt overigens wel al steeds vaker gedaan, bijvoorbeeld doordat een POH-j aansluit bij een inhoudelijk overleg van team jeugd van 1.Hoorn.

Tot slot zagen we veel verloop van de betrokkenen binnen de pilot. Dit zorgde dat de waarde van veel eerder gepleegde inzet (zoals elkaar en elkaars werkwijze leren kennen) verloren ging. Dit laat het belang van professionele continuïteit zien alsmede om voortdurend aan de samenwerking te werken.

Pilot 3. Samenwerking met de GZ-psycholoog en orthopedagoog

Binnen pilot is vanuit 1.Hoorn een GZ-psycholoog bij een huisarts geplaatst en (vanaf april 2021) een orthopedagoog. Ten tijde van het onderzoek waren er nog weinig casussen waarin de orthopedagoog met de jeugd- en gezinswerker samenwerkt. We hebben er daarom slechts één door middel van een effectencalulatorsessie geanalyseerd. Wel hebben we via andere kanalen, zoals het bijwonen van overleg, inzicht verkregen in de werkwijze en de samenwerking.

Samenwerking met de GZ-psycholoog

De inzet van een GZ-psycholoog is voor de huisarts een nabije, laagdrempelige manier om voor jeugdigen en hun ouders psychische ondersteuning aan te bieden. Hierbij kan zij vanuit haar GZ-opleiding ook behandelen (de POH-J is hier niet voor opgeleid). Dit heeft zij gedurende het project onder ander via EMDR gedaan. De inzet van EMDR bleek veel meerwaarde op te leveren voor jeugdigen en gezinnen. In een korte periode kon er vooruitgang worden geboekt, een vraag opgelost worden of ontstond er ruimte voor passende vervolgbehandeling/begeleiding. Omdat de GZ-psycholoog in de huisartsenpraktijk alleen kortdurende ondersteuning kan bieden is in een aantal gevallen een doorverwijzing echter alsnog nodig: *'ik zou er het liefste lang in zijn gebleven, maar dat past niet bij traject'*.

Als volgens de GZ-psycholoog ondersteuning op meerdere sociale vlakken nodig is, is een doorverwijzing naar 1.Hoorn passend. Logischerwijs is het van groot belang dat de GZ-psycholoog de medewerkers van 1.Hoorn goed

kent, om dit te bewerkstelligen zijn veel afspraken geweest voor de overdracht en vaste sparmomenten.

Het is gebleken dat als de samenwerking in een casus goed afgestemd is, de GZ-psycholoog en de jeugd- en gezinswerkers elkaar kunnen aanvullen. Zo is bij een casus waarin een scheiding plaatsvond de GZ-psycholoog aan de slag gegaan met schuldgevoelens en paniekaanvallen waar moeder mee kampte en heeft zij succesvol EMDR-behandelingen ingezet voor een *“familietrauma omtrent scheiden”*. De jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn kon het scheidingsconvenant in gang zetten, samen met een scheidingsbemiddelaar. In deze specifieke casus hebben de professionals echter weinig contact met elkaar gehad. Achteraf was het volgens de jeugd- en gezinswerker goed geweest als ze dat contact wel hadden, aangezien het relevant is voor 1.Hoorn om te weten dat de klachten van moeder door EMDR sterk waren verminderd.

In een andere casus bleek dat door een misverstand in de afstemming de inzet van 1.Hoorn minder laagdrempelig was dan nodig was voor het desbetreffende gezin. Het betrof een schoolgaand meisje dat bedreigd werd door een klasgenoot en diens vader. De GZ-psycholoog nam contact op met de jeugd- en gezinscoach die verbonden is met 1.Hoorn. Ze had echter begrepen dat de jeugd- en gezinscoach alleen ondersteuning kon bieden als het gezin zich formeel bij 1.Hoorn zou aanmelden. Omdat de casus via de formele weg binnenkwam heeft de jeugd- en gezinscoach deze formeel opgepakt, namelijk met het schrijven van een perspectiefplan. Toen moeder het perspectiefplan voor akkoord ontving nam ze per ommegaande contact op met de boodschap dat ze van de ondersteuning door 1.Hoorn wilde afzien. Ze zei geen tijd te hebben voor zoveel hulpverlening. De jeugd- en gezinscoach sloot de casus hiermee af. De GZ-psycholoog begreep van moeder dat het perspectiefplan een afschrikkende werking had:

“Moeder had een ander beeld. Zij zag hun gezin niet als degene die hulp nodig hadden, maar dat andere gezin. Zij wilde zelf met rust gelaten worden, niet zo’n heel perspectiefplan.”

Ze had voor dit gezin ook liever meer laagdrempelige ondersteuning gezien, zoals bemiddeling op school. Achteraf was dat volgens de jeugd- en gezinscoach mogelijk geweest, via het inloopmoment op school. Omdat de casus haar via de formele bereikt had is het contact stukgelopen.

In een andere casus verliep de samenwerking tussen de GZ-psycholoog en de jeugd- en gezinswerker positiever. Het betrof een gezin waar langdurige opvoedondersteuning gewenst was, die niet met een enkelvoudig antwoord

afgehandeld kan kon. De indruk van de jeugd- en gezinswerker is dat het prettig is om op deze manier samen te werken:

“Dit is een manier die ze willen, een goede casus voor 1.Hoorn om langere tijd in op te trekken met het gezin, wat bij (...) werkwijze [van de GZ-psycholoog] niet past. Het is een goede vraag voor team jeugd.”

Moeder had echter slechte ervaringen met jeugdzorg en deinsde ervoor terug als ze de woorden ‘GGZ’ of ‘gemeente’ hoort. Voor haar zijn deze instellingen “*één pot nat*”. Om het contact zo laagdrempelig mogelijk te laten ontstaan kwamen de professionals met het idee dat de jeugd- en gezinswerker naar de huisartsenpraktijk zou komen, zo informeel mogelijk, zonder opschrijfboekje. Toen mevrouw niet naar de afspraak kwam zijn ze samen spontaan op huisbezoek gegaan, iets waar de GZ-psycholoog naar eigen zeggen niet op zou zijn gekomen. Uiteindelijk is van hieruit alsnog ondersteuning gestart.

Samenwerking met de orthopedagoog

Sinds april 2021 is er een tweede huisartsenpraktijk toegevoegd aan de pilot. In de tweede praktijk is een orthopedagoog toegevoegd. Zij is actief naast de POH-J in de praktijk. De praktijk is tevens een praktijk waar veel cliënten van 1.Hoorn patiënt zijn. De huisartsen in deze praktijk zijn bekend met 1.Hoorn en er is regelmatig afstemming. Ze zijn in de regel positief over de inzet van de orthopedagoog in de praktijk. Het biedt de gelegenheid om jeugdigen en gezinnen snel te verwijzen; er is geen wachtlijst. De POH-J en de orthopedagoog hebben afstemming over wie welke casus oppakt op basis van hun expertise. De orthopedagoog richt zich met name op systemische vragen en complexere vragen, hoewel de werkwijze enigszins op elkaar lijken:

“Ergens ben ik praktijkondersteuner, maar ik werk niet bij Vicino, maar bij de gemeente.”

De inzet is kortdurend en de orthopedagoog kijkt breed naar wat voor ondersteuning er nodig is. Ook kijkt ze naar wat belangrijke waarden voor iemand zijn:

“De intake is vooral gericht op kennis maken, wie ben je, wat maakt dat je hier bent, wie ben je nog meer dan alleen je probleem, wat vind je leuk om te doen, wie zijn belangrijk voor je?”

In een casus heeft de orthopedagoog veel aandacht geschonken aan de psychische problematiek van moeder en haar dochters, waar het vandaan

komt en hoe om te gaan met de spanningen die trauma en angst in het gezin brengen. Ze denkt dat haar aanbod laagdrempelig is en dat een verwijzing naar 1.Hoorn mogelijk te hoogdrempelig is in dit geval. Ze vertelt voorzichtig te zijn met het aansturen op diagnostiek en heel uitgebreid met het gezin te bespreken welke uitkomsten diagnostiek zou kunnen bieden. Liever neemt ze de tijd om samen met de gezinsleden op hun dynamiek te reflecteren en mee te denken hoe spanningen voorkomen kunnen worden.

In het geval van bovengenoemde casus heeft ze besloten om één gezinslid door te verwijzen naar een externe zorgaanbieder en de zorg daarmee over de dragen, aangezien het volgens haar van groot belang is dat een gezin niet met onnodig veel hulpverleners te maken heeft.

Wat als de samenwerking er niet was geweest?

In de besproken casussen bleek dat de samenwerking tussen 1.Hoorn en de GZ-psycholoog en orthopedagoog bijdroeg aan het bieden van snelle ondersteuning in de nabije omgeving. Als er in een bepaalde casus bijvoorbeeld geen inzet van GZ-psycholoog geweest was dan hadden moeder en dochter geen EMDR-behandelingen gekregen, terwijl deze goed aansloegen. Mogelijk was moeder dan via de huisarts doorverwezen naar GGZ, met een wachttijd van minstens drie maanden. Bovendien zou ook daar een perspectiefplan zijn opgesteld en daar wilde moeder juist weg van blijven.

Daarnaast zorgde de samenwerking ervoor dat jeugdigen in beeld bleven. In een casus was bijvoorbeeld het vertrouwen van de jeugdige heel precair. Als de GZ-psycholoog alleen met het gezin was doorgedaan waren wel kleine stappen gezet, zoals adviezen en online opvoedcursussen. Aanmelden bij 1.Hoorn zou in dit geval een grote stap zijn geweest. Als het gezin dat geweigerd had was er mogelijk überhaupt niets gebeurd en was het vertrouwen, dat de GZ-psycholoog met zorg had opgebouwd, weg.

Ontwikkelingen in de pilot

De samenwerking tussen de huisarts, GZ-psycholoog of orthopedagoog en jeugd- en gezinswerker van 1.Hoorn is in de loop van de pilot aanzienlijk versterkt. Ze hebben elkaar en elkaars werkwijzen beter leren kennen en weten elkaar te vinden.

De betrokken huisarts en GZ-psycholoog geven aan dat 1.Hoorn bekender is geworden, dat het duidelijker is wat 1.Hoorn kan doen en dat het imago van 1.Hoorn is verbeterd, ook bij de inwoners. Men onderstreept dat de GZ-psycholoog een kans biedt om vanuit de huisarts laagdrempelig hulp te vinden en met een korte inzet kinderen te ondersteunen. Dat is voor de

huisarts positief, want verwijzing naar een GZ-psycholoog in huis is veel gemakkelijker dan verwijzen naar andere instellingen. Bovendien is die stap voor de cliënten best groot.

In het begin ervoeren de professionals de pilot als te smal om een samenwerking op te zetten, aangezien het om één praktijk ging, waardoor de casuïstiek die de GZ-psycholoog en de jeugd- en gezinswerker samen konden doen beperkt was. De toevoeging van een tweede praktijk, waarbij een orthopedagoog is ingezet is een waardevolle zet gebleken.

In het begin van de pilot was privacy (AVG) nog een lastige kwestie bij het uitwisselen van informatie. Ook werden er nog minder mogelijkheden van samenwerking verkend, zoals bij elkaars gesprekken aansluiten of samen een aanmelding doen.

Later zijn er wel meer vormen van samenwerking ontstaan, zoals een heldere taakverdeling, waardoor de verschillende professionals complementair aan elkaar konden werken. Ook hebben ze meer kennis van elkaars mogelijkheden gekregen, zoals die van een laagdrempelige, informele weg naar de jeugd- en gezinscoach van 1.Hoorn.

Opbrengsten

De opbrengsten van de samenwerking tussen de huisarts, GZ-psycholoog of orthopedagoog en jeugd- en gezinswerker zit in de volgende punten:

- De verschillende professionals werken (complementair aan elkaar. De GZ-psycholoog en orthopedagoog versterken het psychisch welzijn van de jeugdigen en hun ouders in een kortdurend traject, terwijl de jeugd- en gezinswerkers voor andere leefgebieden kunnen zorgdragen en langere termijn passende kunnen inzetten. Ook kunnen ze bij gezinnen op huisbezoek gaan.
- De laagdrempeligheid van de GZ-psycholoog en orthopedagoog, waarnaar de huisarts zonder wachtlijst kan verwijzen, is voor veel gezinnen passend: *“De huisarts krijgt dit soort kinderen of ouders nergens, dat is fijn aan de GZ-psycholoog”*. De hulp was bij een andere zorgaanbieder ook gegeven, maar dan niet in de buurt en met een wachtlijst. Nu is de hulp nabij en snel.
- Die laagdrempelige manier van werken kan de jeugd- en gezinswerker doorpakken, door aanwezig te zijn, contact te maken en te bekijken wat nodig is: *“Dan kan 1.Hoorn vrijblijvend vertellen wat ze precies doen. Dat is beter dan die formele aanmeldingsweg, die sommige mensen dus juist afschrikt”*. De jeugd- en gezinswerker ziet ook het belang van laagdrempelig te werk gaan: *“Wat is er nodig in dit gezin? Heel rustig aansluiten door eerst op de bank te zitten en te kijken wat er gebeurt.*

Zeker geen hoog specialistische hulp. (...) Een organisatie die echt in de wijk werkt, laagdrempelig om vertrouwen te winnen van moeder. Je moet naast moeder gaan staan, samen de afwas doen.”

- Als een GZ-psycholoog of orthopedagoog merkt dat er meer, langdurige zorg nodig is met bijvoorbeeld een netwerkberaad kan het contact met 1.Hoorn makkelijk gelegd worden. De jeugd- en gezinswerker heeft vaak meer overzicht van de mogelijkheden. Er is een proces voor de overdracht ontwikkeld.

Verbeterpunten

Hoewel er in pilot 3 positieve ontwikkelingen rondom de samenwerking zijn, zijn er enkele punten te noemen die verbeterd kunnen worden.

- De terugkoppeling van informatie kan steviger. Met name vraagstukken rond privacy (de AVG) spelen hierin een rol. Het is bijvoorbeeld soms lastig te achterhalen of een gezin toestemming heeft gegeven voor het uitwisselen van gegevens.
- De GZ-psycholoog en orthopedagoog zijn bij veel jeugdigen en gezinnen huiverig om veel terug te koppelen naar de gemeente. Dit komt omdat de jeugdige of het gezin wantrouwend staan tegenover de gemeente. Zij vrezen bijvoorbeeld dat de gemeente informatie registreert, waardoor kinderen uit huis worden geplaatst.
- De stap naar 1.Hoorn wordt niet in alle gevallen als laagdrempelig ervaren, hoewel het in een specifieke casus om een misverstand ging: de jeugd- en gezinscoach had minder formeel kunnen handelen. Toch past de werkwijze van 1.Hoorn volgens de GZ-psycholoog niet altijd bij de gezinnen, vooral omdat de plannen die ze met de gezinnen opstellen soms te uitgebreid zijn waardoor ze afschrikken. Zoals ze aangeeft: *“Het is toch jammer. Kunnen ze niet een minder uitgebreid plan maken?”*
- Voor sommige zorgaanbieders is de rol van (met name) de orthopedagoog nog niet helemaal duidelijk, bijvoorbeeld wat zij toevoegt ten opzichte van de POH-J. Een praktisch punt is dat professionals op verschillende dagen werken, wat samenwerking in de werk staat. Desondanks weten ze elkaar steeds beter te vinden.

Conclusie

Binnen het project ‘verwijsstroom huisartsen’ wil de gemeente Hoorn de samenwerking tussen de huisartsen en het gebiedsteam 1.Hoorn versterken. De gedachte is dat hierdoor effectievere, passendere en duurzamere zorg kan worden ingezet waarbij er sneller problemen worden gesignaleerd en escalaties worden voorkomen. Om de samenwerking te versterken heeft men drie pilots opgezet: de dialoog te versterken middels onder andere een vast contactpersoon, een factsheet, nieuwsbrief en podcasts (pilot 1); daarnaast de samenwerking met de POH-jeugd van de huisartsen te versterken (pilot 2); en vanuit 1.Hoorn een GZ-psycholoog bij huisartsen te plaatsen en vanaf april 2021 een orthopedagoog in een tweede praktijk (Pilot 3).

In dit onderzoek hebben we aan de hand van de effectencalculator vijftien casussen met betrokkenen (zoals huisartsen, POH-J en professionals van 1.Hoorn) besproken om de effecten van de pilots inzichtelijk te maken. Deze inzichten zijn aangevuld met interviews met drie huisartsen, observaties van bijeenkomsten van de betreffende teams en zes podcasts waarvoor betrokkenen zijn geïnterviewd.

Uit onze gesprekken blijkt dat de betrokken professionals de meerwaarde van een intensievere samenwerking onderschrijven. Zij zien de samenwerking als een manier om snelle, laagdrempelige en passende zorg te geven waarbij 1.Hoorn de casussen kan monitoren en evalueren en waar nodig snel en makkelijk kan op- en afschalen. Binnen de besproken casussen zien wij hier ook concrete aanwijzingen voor. Men benoemt dat wanneer een goed afgestemde samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerker (van 1.Hoorn) en POH-J, GZ-psycholoog of orthopedagoog bestaat passendere en goedkopere zorg wordt geleverd. In veel gevallen is er namelijk geen doorverwijzing naar (dure) specialistische zorg meer nodig. En indien uiteindelijk specialistische zorg wel wordt ingezet, wordt dit vaak bewuster ingezet door de brede blik van de diverse betrokkenen. Een afstemming in focus tussen de verschillende professionals is waardevol om passende zorg simultaan in gang te zetten. Door het delen van informatie over cliënten kunnen er ook beter doordachte keuzes gemaakt worden. Door de samenwerking is het imago van 1.Hoorn verbeterd en via de huisarts heeft 1.Hoorn soms makkelijker toegang tot inwoners.

Belangrijke factoren in een succesvolle samenwerking zijn continuïteit en investering van tijd. Vanwege corona was tijdens het onderzoek voor

professionals minder gelegenheid om een samenwerking vorm te geven. Bovendien waren er in pilot 2 en pilot 3 behoorlijk wat personele wisselingen, die maakten dat er voor een nieuwe professional ruimte en tijd werd gemaakt om in te voegen, de samenwerking opnieuw moest worden opgebouwd en deze gedurende het onderzoek dus niet lineair is verlopen.

Als belangrijkste struikelblok voor een intensievere samenwerking komt de uitwisseling van gegevens herhaaldelijk terug, zowel in het begin van het project als in casussen die later besproken zijn. Het blijkt dat een terugkoppeling naar de huisarts vanuit 1.Hoorn er soms nog bij inschiet. Daarnaast, zo wordt aangegeven, stoppen de assistenten van de huisartsen de verwijzingen soms automatisch in het dossier van een jeugdige zodat de huisarts dit niet altijd (direct) op het netvlies heeft.

Wat we ook veelvuldig horen is dat 1.Hoorn mensen in kwetsbare situaties soms afschrikt. Voor een belangrijk gedeelte komt dit doordat 1.Hoorn verbonden is aan de gemeente, terwijl deze (als onderdeel van 'de overheid') betreft ondersteuning een negatief imago heeft. Dit zien we ook terug bij andere gemeenten. We observeren dat het werken met een uitgebreid perspectiefplan vaak afschrikt. De betrokken professionals moeten dan op zoek gaan naar een manier om zo laagdrempelig mogelijk samen te werken en over te dragen, om het risico te beperken dat ze gezinnen uit het oog verliezen. De samenwerking vanuit 1.Hoorn met de huisartsen helpt in deze gevallen om het imago van 1.Hoorn te verbeteren omdat de huisartsen als een nabije en betrouwbare partner door de gezinnen worden gezien. Gepleit kan dan ook worden om extra op de samenwerking met huisartsenpraktijken in te zetten bij de praktijken waar veel cliënten zijn ingeschreven waarbij 1.Hoorn afschrikt.

Kijken we specifieker naar de pilots dan valt op dat bij pilot 1, waarin er 'alleen' werd ingezet op een intensievere dialoog de samenwerking met 1.Hoorn al sterk is verbeterd. Wat vooral een rol blijkt te spelen is hoe lang de betrokkenen al bij het project betrokken zijn en of ze in het geval van de huisartsen, POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog al eerder ervaring hadden met 1.Hoorn. Het kennen van elkaars werkwijze en kwaliteiten is voornamelijk van belang, evenals het kunnen bepalen van de juiste manier van overdracht. Bij vele van de besproken casussen blijkt een zeer laagdrempelige overdracht en samenwerking de factor tot succes. Het bespreken van de casussen en de interviews hielp de betrokken om meer inzicht in het project te krijgen en elkaar te leren kennen. De samenwerking is aan het einde van het project stevig van de grond gekomen, voornamelijk als professionals voor langere tijd in meerdere casussen met elkaar werken. Dit benadrukt het belang van professionele continuïteit en de noodzaak om

blijvend in de samenwerking te investeren. De ondersteunende instrumenten als de factsheet, de verwijzingsmogelijkheid via Zorgdomein en de standaardbrief om de huisarts te informeren helpen daarbij.

De meerwaarde van pilot 2 en 3 gaat echter voorbij de samenwerking tussen de huisartsen en 1.Hoorn, en betreft ook de inzet van POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog (waarbij de laatsten in dienst is van 1.Hoorn en aan de huisartsen is uitgeleend). Zoals we ook uit ander onderzoek weten, blijkt de inzet van POH-J huisartsen te kunnen ontlasten en de zorg te kunnen verbeteren. Eenzelfde kan verwacht worden van een extra inzet van de GZ-psycholoog en de orthopedagoog. Beiden geven aan dat ze in veel gevallen jeugdigen en gezinnen kunnen helpen binnen de praktijk, waardoor een verwijzing naar specialistische jeugdhulp niet nodig is. De hulp is passend en sluit aan bij het uitgangspunt om vragen te normaliseren. In diverse gevallen worden de GZ-psycholoog en orthopedagoog ook als overbruggingszorg ingezet tot de tijd dat er bij specialistische zorg een plek is. Hierdoor wordt er in de tussentijd al ondersteuning geboden. Als een jeugdige een terugval heeft en zich later weer aanmeldt bij bijvoorbeeld de POH-J, dan zijn stappen sneller gezet dan bij een externe aanbieder, omdat diegene laagdrempeliger werkt en dan al vaker op de hoogte is van wat er tot dan toe is gebeurd. Een jeugdige hoeft dan ook niet telkens zijn of haar verhaal te doen. In de besproken casussen zien we dat de verschillende professionals creatief en flexibel omgaan met het contact maken en houden met het gezin. De inzet van de POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog is echter kortdurend, wanneer een jeugdige of gezin langere ondersteuning nodig heeft zien professionals steeds meer in dat een overdracht naar of samenwerking met jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn passend is.

Als we reflecteren op het verschil in inzet tussen de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog dan zien we dat de GZ-psycholoog en orthopedagoog in ieder geval specialistischer zijn dan de POH-J. Zij kunnen vandaaruit meer behandelen. Wat dit betreft zijn ook zij met name complementair aan 1.Hoorn. De GZ-psycholoog en orthopedagoog versterken het psychisch welzijn van de jeugdigen en hun ouders in een kortdurend traject, terwijl de jeugd- en gezinswerkers voor andere leefgebieden kunnen zorgdragen en langere termijn passende kunnen inzetten. De orthopedagoog volgt een opleiding tot systeemtherapeut. Vanuit deze invalshoek benadert ze nadrukkelijk het gehele gezin en de dynamiek daarbinnen en sluit ze goed aan bij de praktijk van 1.Hoorn. Uit de geanalyseerde casussen blijkt dat ook de POH-J een goedlopende samenwerking heeft met 1.Hoorn, vanuit een 'verstehung' van elkaars werkwijze. De GZ-psycholoog heeft uiteraard een GZ-opleiding genoten, heeft meer werkervaring dan de orthopedagoog en een eigen praktijk. Er kan dan ook verwacht worden dat zij het meeste zelf

kan oppakken en het minste hoeft door te verwijzen. Dit sluit wat dat betreft het beste aan op de aanleiding van het project.

Aanbevelingen

- Blijf blijvend inzetten op een intensieve samenwerking tussen huisartsen en 1.Hoorn aangezien dit waarschijnlijk resulteert in goedkopere, snellere, laagdrempeligere en passendere zorg. Bovendien versterkt dat het imago van 1.Hoorn.
- Zet in op de continuïteit van vaste contactpersonen huisarts 1.Hoorn en langdurige contacten tussen de betrokkenen. Continueer daarnaast de afstemming en informatievoorziening Dit lijkt de basis te zijn voor een solide samenwerking.
- Blijf werken met de POH-J, aangezien zij laagdrempelige, goedkope en passende hulp binnen de huisartsenpraktijk kunnen bieden. Ze kunnen een overbrugging vormen naar specialistische zorg ingezet vanuit 1.Hoorn, waar vaak wachtlijsten zijn.
- De inzet van een GZ-psycholoog of orthopedagoog is van waarde in de versterking van het psychisch welzijn van de jeugdigen en gezinnen, mits de betrokken professionals per casus een manier vinden om de overdracht warm en laagdrempelig te maken en de samenwerking complementair is.
- Geef ruimte aan samenwerkende professionals om de overdracht indien passend zo warm mogelijk te maken, zodat de ontwikkelde route voor overdracht uitgevoerd kan worden. Bijvoorbeeld met gezamenlijke gesprekken op de huisartsenpraktijk of gezamenlijke huisbezoeken.
- Werk wijkgericht en besteed extra aandacht aan de samenwerking met huisartsenpraktijken waar veel inwoners staan ingeschreven waarbij 1.Hoorn mogelijk afschrikt (zoals gezinnen met multiproblematiek).



Werkplaatsen
Sociaal Domein

Werkplaatsen Sociaal Domein 2022
www.werkplaatsensociaaldomein.nl