



ProScoop

Monitor pilots kind- en jeugdhulp regio Achterhoek

Managementsamenvatting



Colofon

Titel

Monitor pilots kind- en jeugdhulp regio Achterhoek

Auteur

Renate Janssen (Proscop)

Een uitgave van Proscop

www.proscop.nl

© Proscop, 31 oktober 2017



Managementsamenvatting

Rapportage oktober 2017

Aanleiding

De Jeugdwet die in 2015 van kracht is geworden, maakt samen met de bezuinigingsopdracht die bij de introductie vanuit de centrale overheid is meegegeven, dat gemeenten volledig verantwoordelijk zijn voor de ketenaanpak kind- en jeugdproblematiek. Hierdoor zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor het inkopen en regisseren van jeugdzorg in alle vormen en gradaties. Gemeenten zijn volop bezig goede, passende zorg dichtbij te organiseren tegen zo laag mogelijke kosten. Het kost tijd om dit goed voor elkaar te krijgen en vraagt om goede stuurinformatie (data en kennis). Alle gemeenten pakken dit op een eigen wijze op, passend bij de lokale behoefte. Hierbij bestaat het risico op een bestuurlijke spagaat. Gemeentes maken een afweging tussen enerzijds goede zorg voor burgers, anderzijds het belang van kostenbeheersing. Om beide belangen in evenwicht te krijgen, investeren gemeenten in innovatieve manieren van samenwerking in de keten van jeugdhulp. De vier pilots die in deze monitor zijn beschreven zijn voorbeelden van dit soort innovaties.

Huisartsenpraktijken en scholen zijn een belangrijke vindplaats als het gaat om kind- en jeugdproblematiek. De vier pilots die in deze monitor zijn gevolgd, zoeken dan ook naar manieren om de samenwerking rond deze vindplaatsen te optimaliseren. De pilots hebben als gemene deler dat zij op een innovatieve manier de problematiek zo vroeg mogelijk willen signaleren, gericht willen verwijzen en daarmee de (duurdere) specialistische zorg reduceren.

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.

De vier pilots in de Achterhoek

De pilots hebben zowel overeenkomsten als verschillen. Aanleiding en doel komen veelal overeen; de verschillen zitten vooral in de opzet (o.a. randvoorwaarden, tijdsduur en financiering) 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.

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

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.

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



Resultaten

Tevredenheid cliënten en betrokken zorgverleners

Bij het beoordelen van de resultaten van de pilots speelt tevredenheid bij cliënten en zorgverleners een belangrijke rol. De uitkomsten van een enquête onder deelnemers (in een deel van pilots) laat zien dat de ervaren kwaliteit en effectiviteit hoog is. Door zorgverleners wordt er met name meerwaarde ervaren in de verbinding naar ambulante teams, het kunnen bieden van betere begeleiding, het beter kunnen uitvragen van problematiek en daarmee de mogelijkheid gericht te kunnen verwijzen.

Kwaliteit en kosten

Om de effectiviteit van de gekozen modellen te vergelijken is onder andere gekeken naar het percentage kinderen dat meedeed aan de pilot en daarna werd verwezen naar de specialistische zorg. Deze cijfers geven een goed aanknopingspunt voor het verder ontwikkelen van de modellen. Naast het aantal verwijzingen is ook een analyse gemaakt van de duur en de kosten van een hulptraject in de verschillende modellen.

Om een goede vergelijking te maken tussen kosteneffectiviteit van de verschillende pilots zijn registratiegegevens over de periode voorafgaand aan de pilots nodig. Omdat deze gegevens niet voor iedere pilot beschikbaar zijn, is een vergelijking in de vorm van een voor- en na-meting op dit moment niet mogelijk. Voor de pilot in Oost-Achterhoek is op basis van retrospectief verkregen data, data uit de pilot en gegevens over het percentage verwijzingen na inzet POH-jeugd, een uitgebreide berekening gemaakt ten aanzien van de totale kosten per 100 kinderen in een jeugdhulptraject. Uit deze berekening komt naar voren dat er door goede samenwerking, vroegtijdige signalering en gerichte doorverwijzing een aanzienlijke kostenbesparing gerealiseerd kan worden.

Pilots	Beoordeling					
	Kinderen en jeugdigen	Ouders	Zorgverleners	% Verwijzingen na traject	Gemiddeld aantal consulten per traject	Kosten per traject
Oost-Achterhoek	8,9	8,9	7,1	18%	60% in max. 3 consulten	€ 700,-
Bronckhorst	7	8,3	7,3	Informatie nog niet beschikbaar	n.n.b.	€ 800,-
Montferland	7,9		8,0	22%	20	€ 2.000,- ¹
Oude-IJsselstreek	8,9		7,7	40%	1,6	€ 900,-

¹ Bij de berekening van dit bedrag is alleen gerekend met de jeugdigen die door het team in behandeling zijn genomen. Buiten beschouwing zijn hierbij gebleven de jeugdigen die wel gezien zijn, maar zijn doorgezet naar anderen, bijvoorbeeld voorliggende voorzieningen bij de gemeente, een jeugdzorgaanbieder, psycholoog of de SGGZ, als vanuit de inschatting zorgbehoefte blijkt dat die vorm van hulpverlening meer toereikend is.



Conclusies

De eerste resultaten op de pijlers van Triple Aim, kosten, kwaliteit en klantbeleving, zijn positief.

Vanuit de analyses die in het kader van deze monitor zijn gedaan, zien we dat op zowel op het kostenaspect, ervaren kwaliteit van zorg en aanbod als op klantbeleving, positieve effecten optreden. Wel moeten we hierbij opmerken dat bij zowel behandel- als kosteneffectiviteit veel onzekere factoren en beperkte data een grote rol spelen.

Er vinden door de inzet van de pilots minder verwijzingen plaats naar specialistische GGZ en basis generalistische GGZ.

De verschillende modellen die zijn gehanteerd in de pilots leveren verschillende uitkomsten op. Dit heeft te maken met de manier van toeleiding van vragen en de gehanteerde werkwijze. Alle pilots laten positieve effecten zien, echter de mate waarin deze effecten optreden loopt nogal uiteen.

De pilots dragen ertoe bij dat vragen en klachten van jeugdigen en hun ouders worden genormaliseerd in plaats van geproblematiseerd / gemedicaliseerd.

Om kind- en jeugdproblematiek goed, adequaat en effectief op te kunnen pakken is het belangrijk om vroegtijdig knelpunten te signaleren en daar ook op te kunnen anticiperen en acteren. De belangrijkste vindplaatsen voor kind- en jeugdproblematiek zijn de school en de huisarts. In de vier beschreven en geanalyseerde pilots wordt in drie van deze pilots de huisartsenpraktijk als vindplaats als startpunt genomen (gemeenten Oude IJsselstreek/Doetinchem, gemeente Bronckhorst, gemeenten Oost-Achterhoek). In een van de pilots is dat het ambulante team van de gemeente (Montferland), die directe verbinding heeft met scholen. Alle pilots pakken dus de vraag op een of andere manier bij de bron aan, stellen waar mogelijk gerust en bieden jeugdigen en ouders handvatten om in het dagelijks leven verder te kunnen.

Jeugdigen en ouders zijn heel tevreden over en ervaren een positief effect van de hulp die geboden is in de pilots.

De rapportcijfers die cliënten en professionals geven over de verschillende werkwijzen zijn ronduit prima uitkomsten. Binnen de pilots in Oost-Achterhoek en Bronckhorst is in de tevredenheidsmeting ook gevraagd naar de *effectiviteit* van de interventie. Deze is door alle respondenten positief beoordeeld. Dat betekent dat zij met de geboden hulp voldoende zijn geholpen en zelfstandig met de gegeven adviezen verder en aan de slag kunnen. Dit geeft overigens geen garantie dat de klachten of problemen op langere termijn niet terug zullen komen. Daarvoor zouden de betreffende personen langduriger gevolgd dienen te worden. Bij de pilot Montferland is de effectiviteit van de interventie met een ruim voldoende beoordeeld. De beoordeling van de effectiviteit is echter wel lager dan van de pilots in Oost-Achterhoek en Bronckhorst. Bij de pilot Oude-IJsselstreek is dit niet uitgevraagd, dus kunnen we daar geen uitspraken over doen.

Door de inzet van de pilots is de samenwerking tussen zorgprofessionals en sociaal domein verbeterd.

Uit alle pilots blijkt dat de samenwerking in de keten lastig is, maar ook essentieel voor een goede, effectieve ondersteuning en aanpak van problematiek. Extra complex in deze samenwerking 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. Werelden die moeite hebben elkaar te vinden. De betrokkenheid van professionals rondom kind- en jeugdproblematiek en het ontwikkelen van korte lijnen en heldere werkafspraken helpt enorm om de samenwerking te versterken. In de pilots waar medewerkers vanuit het lokale wijkteam letterlijk de verbindende schakel vormen met de huisartsenpraktijk loopt dit proces vlotter en makkelijker dan in de pilots waar dit niet het geval is. Belangrijk is bij alle pilots, om gericht aandacht te hebben voor het opbouwen van relaties en de sociale kaart.



Als je geen goede voormeting en gemeentelijke data hebt, kun je geen goede kosteneffectiviteit bepalen.

Gezien de nog korte looptijd van de diverse pilots en de opbouw van gegevens op gemeentelijk niveau is nog niets te zeggen over de effecten van de aanpak op de klachten op langere termijn. Er is op dit moment geen (onderbouwde, verantwoorde) uitspraak te doen, over verschillen in aanpak, lagere verwijscijfers en wat dit per model en aanpak op termijn 'doet': komen jeugdigen later alsnog terug of is de aanpak effectief?

Werkwijze vraagt maatwerk

De huisarts bestaat niet, evenals de POH-jeugd, de GZ-psycholoog, het wijkteam niet bestaan. Visie over de te volgen route in kind- en jeugdhulp is van belang, naast onderkennen dat er verschillende routes zijn. 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.

Aanbevelingen

Op basis van de diverse conclusies komen we tot de volgende aanbevelingen.

1. Om de effecten op gezondheidswinst van jeugdigen en daarmee samenhangende kosten van de verschillende modellen goed inzichtelijk te maken, is meerjarige monitoring van de voortgang te adviseren. Hierbij is het belangrijk om zowel te monitoren op tevredenheid en ervaren effectiviteit van de aanpak door cliënten, aantal verwijzingen en kosten.
2. In de regio Achterhoek is ervaring opgedaan met drie verschillende modellen om de zorgketen jeugdproblematiek te verbeteren. De gemeenten in de Achterhoek kunnen leren van de effecten in de diverse modellen. Advies is, om met deze modellen, eventueel in combinaties, verder ervaring op te doen en op basis van lokale behoefte toe te passen.
3. Zorg, rekening houdend met de lokale behoefte, dat de wijkteams en de scholen ook verbinding tot stand te brengen met de huisartsenpraktijken.
4. Investeer in contacten tussen huisartsen, lokale teams en het onderwijsveld. Bouw relaties op, werk aan wederzijds vertrouwen door heldere (werk)afspraken te maken, deze ook na te komen en bespreekbaar te maken. Elkaar kennen, korte lijnen en vertrouwen zijn de basis voor goede samenwerking.
5. Investeer in kennisdeling, zorg voor regionale verbindingen. Regionale coördinatie van pilots kan goed helpen, zeker in combinatie met meer eenduidige monitoring en het delen van informatie. Ontwikkel in deze lijn een leeromgeving die uitvoerders en beleidsmakers de mogelijkheid biedt om goede en minder positieve ervaringen te kunnen delen, om daarvan te kunnen leren en waar nodig werkwijzen aan te passen.
6. Ontwikkel binnen de regionale coördinatie een communicatieplatform om zowel zorgverleners, sociale teams, bestuurders en inwoners op maat te informeren over mogelijkheden en resultaten.
7. Betrek burgers bij initiatieven om scherp te houden waar zij mee geholpen zijn. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van patiëntenpanels, maar ook het toepassen van apps kan hierbij behulpzaam zijn.