



Naar meer effectiviteit en efficiency in de JGGZ

Tussenevaluatie van de pilot SOH-KJP in de regio FoodValley

25 april 2017

De pilot Specialistische Ondersteuning Huisarts Kinder- en Jeugdpsychiatrie (SOH KJP) in de regio FoodValley is erop gericht de JGGZ-expertise 'aan de voorkant' te versterken door inzet van een specialist op het gebied van jeugdpsychiatrische en psychologische zorg in de huisartspraktijk. In deze tussenevaluatie geeft DSP vanuit multi-perspectief inzicht in de stand van zaken ten aanzien van de gestelde doelen en uitgangspunten rond de inzet van de SOH'ers: in hoeverre lukt het in de dagelijkse praktijk om de beoogde JGGZ-doelen te halen? Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen daarin een rol? En welke alternatieven zijn er? Vanuit deze opbrengsten kijken we vervolgens vooruit: wat betekent dit voor het vervolg?

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Vraagstelling	5
1.2	Onderzoeksaanpak	6
1.3	Leeswijzer	8
2	Pilot SOH-KJP: wat vinden de verschillende betrokkenen ervan?	9
2.1	In hoeverre worden de doelen onderschreven?	9
2.2	In hoeverre worden de doelen behaald?	10
2.3	Wat gaat goed?	11
2.4	Wat kan beter?	12
2.5	Wat vindt men van de inrichting en opzet van de pilot?	14
3	Wat zeggen de cijfers? Een kosten-baten analyse	16
3.1	Veronderstellingen en uitgangspunten van de business case	16
3.2	De baten in beeld: reductie in zorgconsumptie	18
3.3	De kosten in beeld	19
3.4	Kostenbesparing inzet SOH: het totaalbeeld	20
3.5	Rekenmodel voor kosten-batenanalyse in de toekomst	21
4	Wat leren we van de pilot?	24
4.1	Kritische succesfactoren	24
4.2	Hoe verhoudt het SOH-model van de FoodValley zich tot andere modellen?	25
4.3	Vervolg en borging	29
5	Conclusies en aanbevelingen	32
5.1	Conclusies	32
5.2	Aanbevelingen voor vervolg	34
Bijlagen		
Bijlage 1	Overzicht aanvullende interviews	36
Bijlage 2	Huisartsen en SOH'ers over de inrichting, werkwijze en samenwerking	37

1 Inleiding

Zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig. Vanuit dat adagium, dat een van de uitgangspunten vormt van de nieuwe jeugdwet die in 2015 in werking is getreden, hebben de gemeenten in de regio FoodValley¹ de pilot SOH-KJP gestart. SOH-KJP staat voor: Specialistische Ondersteuning Huisarts Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Doel van de pilot is om de jeugdpsychiatrische en psychosociale zorg 'aan de voorkant' te versterken door inzet van een expert op dit gebied in de huisartspraktijk. De zogeheten SOH'ers – hoog opgeleide professionals, zoals GZ-psychologen en psychotherapeuten met een jeugdkwalificatie – adviseren over passende zorg en/of behandelen en begeleiden kinderen met gedragsproblematiek zelf kortdurend. Doordat ze opereren vanuit de huisartsenpraktijk is deze zorg laagdrempelig, niet stigmatiserend en letterlijk en figuurlijk dichtbij huis voor ouders en kind.

De uitdaging is dat kinderen en gezinnen de best passende zorg ontvangen en dat gespecialiseerde zorg dus uitsluitend terecht komt bij de kinderen en gezinnen die dit echt nodig hebben. Oftewel: afschalen waar mogelijk, opschalen waar nodig. Met de pilot SOH beogen de betrokken gemeenten, in samenwerking met andere stakeholders, tevens een bijdrage te leveren aan het realiseren van een reductie van de instroom in met name de (dure) specialistische JGGZ.

In de loop van 2016 zijn de betrokken gemeenten in de regio FoodValley voortvarend aan de slag gegaan met deze uitdagingen. Om inzicht te krijgen in de voortgang van de pilot heeft DSP-groep opdracht gekregen een tussenevaluatie uit te voeren. Deze tussenevaluatie moet uitwijzen hoe het model met SOH'ers KJP functioneert en welke lessen er zijn te trekken voor het vervolg van de pilot en de periode erna.

Voorliggende rapportage doet verslag van deze tussenevaluatie. In dit inleidende hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de vraagstelling van het onderzoek, de onderzoeks aanpak en tenslotte de opbouw van het rapport (leeswijzer).

¹ De jeugdzorg regio FoodValley bestaat uit vier Gelderse (Barneveld, Ede, Nijkerk en Scherpenzeel) en drie Utrechtse gemeenten (Renswoude, Rhenen en Veenendaal). Vijf van deze gemeenten doen mee aan de pilot SOH-KJP. De gemeenten Renswoude en Veenendaal participeren niet in de pilot: zij hanteren een eigen, andere aanpak. In de evaluatie is hier wel een vergelijking mee gemaakt.

1.1 Vraagstelling

De voortgang en opbrengsten van de pilot SOH dienen te worden afgelezen tegen de oorspronkelijke uitgangspunten en doelen:

- 1 Het aansluiten bij de eigen regie van patiënten/ gezinssystemen en het verhogen van het aantal verwijzingen door huisartsen naar het lokale veld.
- 2 Het verbeteren van de kwaliteit van de verwijzingen door huisartsen ten behoeve van de inzet van jeugdhulp (in het bijzonder j-GGz).
- 3 Het versterken van de expertise en het verhogen van de kwaliteit van de jeugdpsychiatrische en psychosociale zorg door de huisarts en het lokale team.
- 4 Het ondersteunen van de poortwachtersrol van de huisarts en het intensiveren van de afstemming tussen de lokale teams en de huisartsen op het terrein van jeugdhulpvragen om te komen tot de inzet van passende jeugdhulp vanuit het principe van demedicaliseren.
- 5 Het verminderen van verwijzingen naar de specialistische j-GGz (gesproken wordt van 25% minder instroom bij basis- en specialistische GGZ).
- 6 Het eerder inzetten van passende jeugdhulp met een lagere doorlooptijd.

De tussenevaluatie moet inzicht geven in de huidige stand van zaken ten opzichte van deze uitgangspunten en doelen, zowel in kwalitatieve zin (wat verloopt goed, wat kan beter?) als in kwantitatief-financiële zin (in hoeverre wegen de baten op tegen de kosten, voor zover bekend?). Daarnaast dient de evaluatie ook achterliggende verklaringen te bieden: waarom is wel tegemoet gekomen aan het ene uitgangspunt en niet of in mindere mate aan het andere? En in hoeverre zijn verschillen in resultaten tussen de FoodValley-gemeenten (en eventueel ook daarbuiten) terug te voeren op verschillen in aanpak, schaalgrootte, looptijd/startmoment, positionering, draagvlak en ervaring? Andere vragen zijn: wat zijn sterke en zwakke punten in de voorbereiding en uitvoering? En waar liggen de kansen en bedreigingen voor de toekomst? Want uiteindelijk dienen de opbrengsten van de tussenevaluatie richting te geven voor het vervolg van de pilot SOH-KJP in de regio FoodValley.

In het verlengde van voorgaande luidt de **centrale vraagstelling** van de tussenevaluatie als volgt:

Hoe effectief en efficiënt is de inzet van SOH'ers om jeugdhulp 'aan de voorkant' te versterken en doorverwijzingen beter te reguleren en welke lessen kunnen we trekken uit de pilot?

1.2 Onderzoeksaanpak

DSP-groep heeft deze tussenevaluatie uitgevoerd in de periode februari-maart 2017. Gekozen is voor een gefaseerde aanpak middels een multi-method design, bestaande uit de volgende elementen:

- 🕒 Online quick scan
- 🕒 Aanvullende interviews
- 🕒 Benchmark
- 🕒 Kosten-batenanalyse
- 🕒 Interactieve verdiepingssessies

Hiermee hebben we alle verschillende betrokken partijen, die een rol spelen bij de pilot (lokale projectleiders, coördinatoren van de lokale teams², huisartsen, SOH'ers en de Karakter Academie), de mogelijkheid gegeven om hun ervaringen, mening en visie te geven. De evaluatie wint immers aan draagvlak en kracht als resultaten en ook kritische succesfactoren vanuit verschillende invalshoeken worden beschouwd.

Online quick scan

Bij wijze van eerste verkenning is een online vragenlijst (quick scan) verspreid onder de betrokken huisartsen, SOH'ers, coördinatoren van lokale teams, lokale projectleiders en medewerkers van Karakter Academie. De quick scan, die bestaat uit algemene vragen en stellingen (voor alle groepen) en een specifiek deel per respondentengroep, biedt een snelle stand-van-zaken van de ervaringen van de diverse betrokkenen in de pilot. 38 van de in totaal 55 respondenten hebben de quick scan volledig ingevuld; een respons van 69%. Tabel 1 biedt een uitsplitsing van de respons per respondentengroep. In zijn algemeenheid valt op dat de respons hoog is, met uitzondering van de coördinatoren van de lokale teams. De uitkomsten van de quick scan vormden de opmaat voor de aanvullende interviews en verdiepingssessies.

Tabel 1 Respons per respondentendoelgroep

Respondentendoelgroep	Uitgestuurd naar	Aantal ingevuld	Respons
Huisartsen	29	20	69%
SOH'ers	11	9	82%
Coördinatoren van lokale teams	4 ³	1	25%
Lokale projectleiders	5	3	60%
Overig	6	5 ⁴	83%
Totaal	55	38	69%

² We hanteren in dit rapport de algemene term 'lokaal team'. Hieronder verstaan we ook: CJG, jeugdteam, sociaal team, gebiedsteam, dorps- of wijkteam en gespreksvoerders.

³ Eén coördinator was met zwangerschapsverlof.

⁴ De respondentengroep 'overig' bestaat uit: coördinator aanpak Jeugd-GGZ, onderzoeker karakter academie, verantwoordelijk voor totale SOH pilot, werknemer lokaal team en één respondent heeft geen functie genoemd. De werknemer lokaal team heeft de specifieke vragen voor het lokaal team niet ingevuld, waardoor we deze werknemer onder de categorie 'overige' hebben gelaten.

Aanvullende interviews

Om de basale informatie uit de quick scan verder uit te diepen en inzicht te krijgen in achtergronden en verschillen in aanpak tussen de FoodValley-gemeenten zijn interviews gehouden met alle lokale projectleiders en andere sleutelbetrokkenen. In totaal zijn 16 interviews afgenomen: zie bijlage 1. De medewerking voor de interviews was groot. Respondenten spraken bovendien open over een ervaringen.

Benchmark

Een (lichte) benchmark is ingezet om de resultaten en ervaringen van de pilot SOH-KJP in de FoodValley te spiegelen aan gemeenten die een andersoortige aanpak hanteren om de jeugdpsychiatrische en – psychosociale zorg ‘aan de voorkant’ te versterken. In samenspraak met de opdrachtgever zijn hiervoor de volgende gemeenten geselecteerd: Zwolle, Nijmegen, Westerkwartier (Groningen), Veenendaal en Renswoude. In het kader van de benchmark is met elk van deze gemeenten een interview gehouden met de projectleider en is beschikbare documentatie geanalyseerd. Op die manier is inzicht ontstaan in de voordelen, nadelen, resultaten en werkzame elementen van de verschillende modellen, die we vervolgens tegen elkaar hebben afgezet. Wat opviel was dat de benchmarkgemeenten (nog) niet of nauwelijks beschikken over (financiële) cijfers en harde resultaten.

Kosten-batenanalyse

Waar de quick scan en aanvullende interviews vooral zijn bedoeld om ervaringen en indrukken van betrokkenen in beeld te brengen, daar is een kosten-batenanalyse uitgevoerd om zicht te krijgen op de hardere financiële cijfers. In hoeverre wegen de baten van de pilot (het bieden van snellere en beter passende zorg en hulp, zo licht als mogelijk en zwaar als nodig) op tegen de structurele en incidentele kosten die gemoeid zijn met de inzet van SOH’ers en de pilot? Met andere woorden: verdienen de SOH’ers zichzelf maatschappelijk terug?

In zijn algemeenheid bleek deze vraag zich vooralsnog moeilijk te laten beantwoorden. Net als de benchmarkgemeenten zijn de gemeenten in de FoodValley nog te kort bezig om al resultaten te kunnen laten zien. Langzaamaan worden betrokkenen zich echter wel steeds meer bewust van het belang hiervan en wordt ook steeds meer cijfermatige informatie bijgehouden. De kosten-batenanalyse, zoals opgenomen in voorliggende rapportage, is om die reden beperkt gebleven en richt zich vooral op de wijze waarop hiermee in de toekomst om te gaan.

Interactieve verdiepingssessies

Tenslotte zijn de resultaten uit de quick scan, interviews, benchmark en kosten-batenanalyse teruggelegd aan een gemêleerde groep betrokkenen tijdens twee interactieve verdiepingssessies. In deze sessies werd gereflecteerd op en gediscussieerd over de resultaten en konden contrasterende meningen met elkaar worden geconfronteerd. Daarnaast werd gesproken over werkzame factoren, bevorderende en belemmerende factoren en over de wensen, behoeften, kansen en bedreigingen voor de toekomst.

1.3 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk volgen in hoofdstuk 2, 3 en 4 de resultaten van de evaluatie. Hoofdstuk 2 maakt duidelijk hoe de verschillende betrokkenen aankijken tegen de opzet en uitvoering van de pilot SOH-KJP, in hoeverre doelen worden behaald en wat volgens hen goed gaat en beter kan. Waar hoofdstuk 2 ingaat op de ervaringen van stakeholders, bevat hoofdstuk 3 de beschikbare cijfers. Wat valt daaruit af te leiden over de kosten en baten van de inzet van SOH'ers? Hoofdstuk 4 heeft vervolgens een meer toekomstgericht karakter, want geeft antwoord op de vraag: wat leren we van de pilot met het oog op het vervolg? Kritische succesfactoren, de benchmark en cruciale aspecten in het kader van vervolg en borging passeren hier de revue. Hoofdstuk 5 tenslotte biedt ruimte voor de interpretatie van de onderzoekers; hier komen de conclusies en aanbevelingen aan bod.

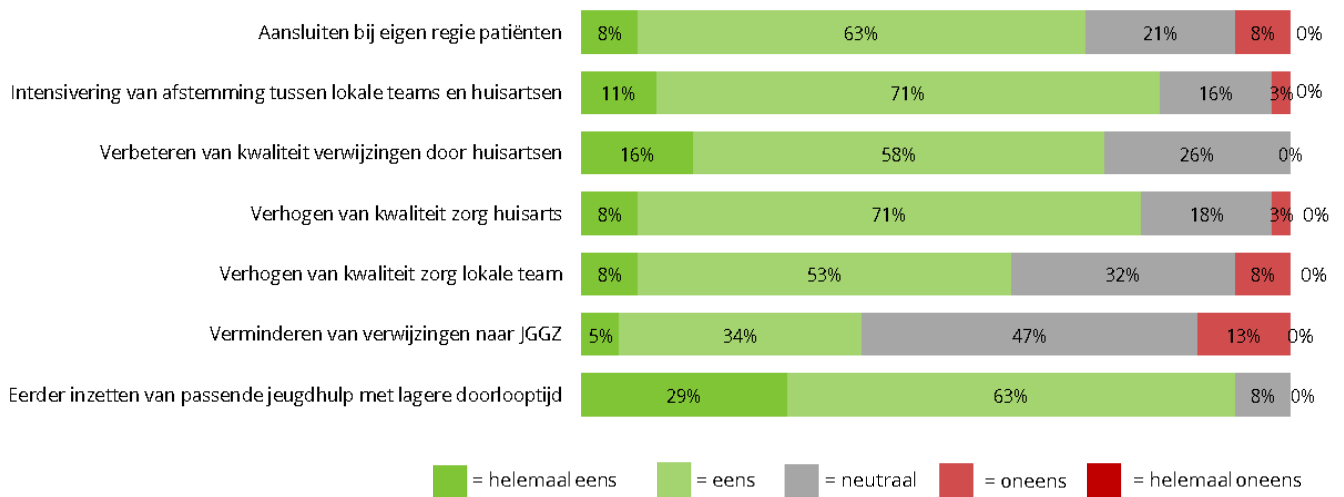
2 Pilot SOH-KJP: wat vinden de verschillende betrokkenen ervan?

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de quick scan, interviews en interactieve sessies. Op die manier wordt duidelijk hoe betrokkenen de pilot in het algemeen en het SOH-KJP-model in het bijzonder ervaren, wat zij goed vinden gaan en wat volgens hen beter kan. We beperken ons tot het algemene beeld, tenzij er opvallende verschillen zijn tussen of binnen de verschillende respondentengroepen.

2.1 In hoeverre worden de doelen onderschreven?

De voortgang en opbrengsten van de pilot SOH dienen in de eerste plaats te worden afgelezen tegen de oorspronkelijke uitgangspunten en doelen, zoals geformuleerd in paragraaf 1.1. Om die reden konden respondenten in de quick scan op een vijfpuntschaal aangeven hoeveel waarde zij hechten aan de verschillende uitgangspunten en doelen. Zie figuur 1. Zes van de zeven doelen worden door het leeuwendeel van de betrokkenen onderschreven, waarbij *het eerder inzetten van passende jeugdhulp met een lagere doorlooptijd* het belangrijkste wordt gevonden. Eén doel valt uit de toon: 60 procent – met name huisartsen en SOH'ers – hecht niet al te veel waarde aan *het verminderen van verwijzingen naar de basis- en vooral specialistische jeugd-GGZ*. De interviews en interactieve sessies maken duidelijk dat dit niet als doel op zich, maar veel meer als logisch gevolg wordt gezien door betrokkenen. Primair gaat het hun om een kwaliteitsslag, waarbij de geboden hulp en zorg beter is afgestemd op wat kinderen en jongeren echt nodig hebben; zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig.

Figuur 1 Hoeveel belang wordt gehecht aan de verschillenden doelen en uitgangspunten? (n=38)

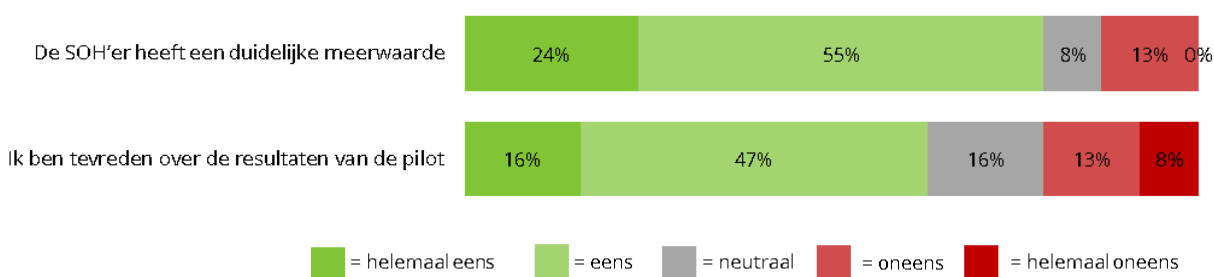


2.2 In hoeverre worden de doelen behaald?

Doelen stellen is één, maar ze behalen is nog een tweede. Vinden de betrokkenen dat ze op de goede weg zijn? In hoeverre worden de gestelde doelen in hun ogen ook behaald? In zijn algemeenheid zijn betrokkenen heel positief over de pilot: 63 procent is tevreden over de tussentijdse resultaten van de pilot en 79 procent vindt dat de SOH'er een duidelijke meerwaarde heeft. Zie figuur 2.

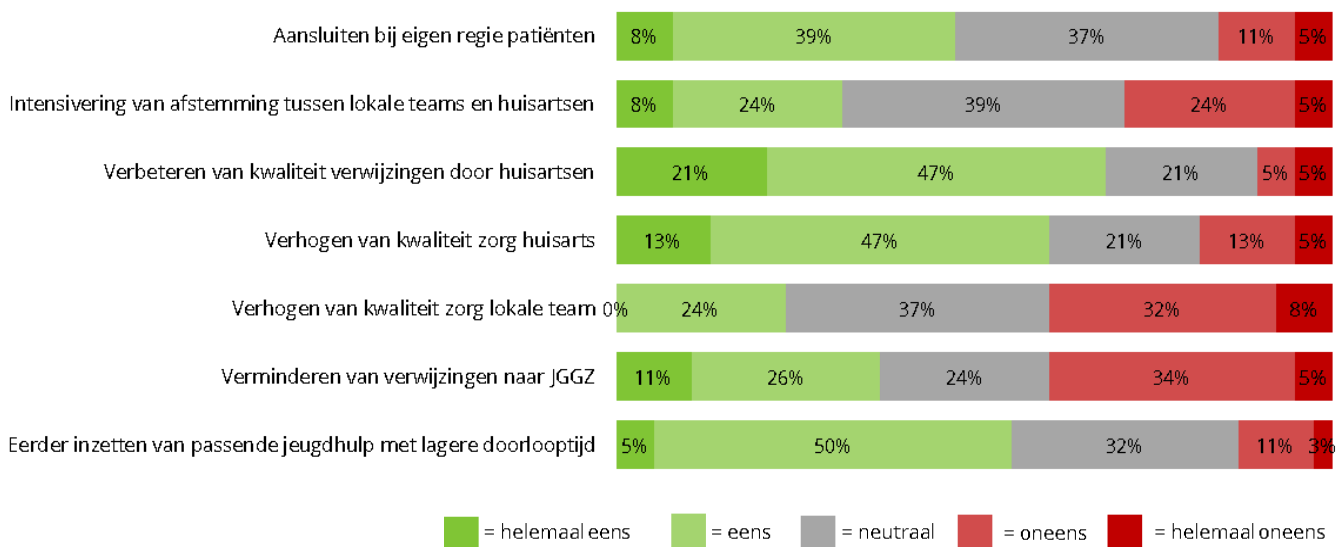
Meest kritisch zijn de huisartsen: 40 procent van hen ziet nog geen directe meerwaarde in de SOH'er. Vooral verwachtingen spelen hier een rol: veel huisartsen waren in de veronderstelling dat de SOH'er hen zou ontlasten, maar in de opstartfase gaat veel tijd en energie zitten in afstemming en overleg. Dit is nodig voor een goede inbedding van de SOH'er in de huisartspraktijk. Dat is een proces van wennen en groeien. Huisartsen geven aan vooral meerwaarde te zien in het specialisme dat de SOH'er meebrengt: hij of zij brengt deskundigheid en tijd in die de huisarts minder heeft. Door regelmatig af te stemmen krijgt de huisarts natuurlijk wel wat mee van die deskundigheid, maar de huisarts is en blijft een generalist.

Figuur 2 Overall beeld van de pilot (n=38)



Het gros van de betrokkenen is dus heel positief over de pilot. Met name zien veel respondenten dat de kwaliteit van de jeugdpsychiatrische en –psychosociale zorg binnen de huisartsenpraktijk en de kwaliteit van de verwijzingen omhoog gaat. Duidelijk wordt echter óók dat er nog veel ruimte is voor verbetering. Zie figuur 3. Er valt vooral veel te winnen waar het gaat om de afstemming met en de expertise van de lokale teams. Betrokkenen spreken in dit verband van een groeimodel. De pilot loopt nog maar enkele maanden en logischerwijs lag de focus in de opstartperiode op de inbedding van de SOH'ers in de huisartsenpraktijken. Nu wordt het zo langzamerhand tijd om, vanuit zorgstructuren, de verbinding te gaan zoeken met de lokale teams (en ook met scholen). Regelmatig onderling afstemmen om elkaar beter te leren kennen, om uit te vinden waar partijen elkaar aanvullen en om zicht te krijgen op de sociale kaart en op ieders mogelijkheden: op de meeste plekken is men hier eenvoudigweg nog niet of onvoldoende aan toegekomen.

Figuur 3 Vindt men dat de verschillende doelen ook worden gerealiseerd? (n=38)



2.3 Wat gaat goed?

'Dat kinderen en gezinnen nu laagdrempelig en zonder wachttijd gezien kunnen worden door hooggekwalificeerde hulpverleners voor screening of kortdurende behandeling is een groot goed. Daardoor komen kinderen sneller met de juiste vraag op de juiste plek terecht.'

Op basis van 2.1 en 2.2 kan worden geconcludeerd dat de vooraf gestelde doelen breed worden onderschreven, maar dat op de meeste doelen ook nog stappen kunnen worden gemaakt. In het verlengde hiervan is de betrokkenen gevraagd waar de pilot SOH-KJP op dit moment staat. Wat zijn aspecten die goed gaan (2.3) en wat kan of moet beter? (2.4)

Het algemene beeld is dat betrokkenen, vrijwel zonder uitzondering, positief-kritisch zijn over de pilot. Doordat de pilot nog maar kort loopt (start: oktober 2016) zijn veel betrokkenen nog voorzichtig: men merkt dat het goed inbedden van de SOH'ers in de huisartspraktijken tijd, energie en afstemming vergt. Maar desalniettemin wordt gesproken van een veelbelovende werkwijze.

SOH'ers doen goed werk

De positieve grondhouding komt voort uit de ervaring dat de SOH'ers goed werk doen. Huisartsen en SOH'ers zijn over het algemeen enthousiast. Het screenen, behandelen en verwijzen van jeugdigen met psychische klachten binnen de huisartspraktijk verloopt met de komst van de SOH'ers beter. Het maakt de zorg in hun beleving laagdrempeliger, minder stigmatiserend, kortdurender en sneller. En het zorgt ervoor dat de meer specialistische zorg meer en meer terecht komt bij kinderen en gezinnen die het écht nodig hebben. Sommige huisartsen geven aan dat ouders door de aanwezigheid van een SOH'er nu bovendien

eerder (durven) aan te kloppen met vraagstukken op het gebied van jeugd-GGZ. Daardoor kunnen problemen in een vroeger stadium worden getackeld.

Goede screening/ triage: gerichte en kwalitatief betere doorverwijzingen

Door de inzet van de SOH'er in de huisartsenpraktijk is er nu een mogelijkheid om jeugdigen met psychische klachten, in ieder geval in eerste instantie, binnen de eigen praktijk te behandelen. Wanneer er wel wordt verwezen gebeurt dat gerichter en met een duidelijkere vraag, zo geven betrokkenen aan.

Tevreden cliënten

Cliënten zijn over het algemeen dan ook (zeer) tevreden over de inzet van de SOH'ers. Het tevredenheidscijfer onder de cliënten in de regio FoodValley is gemiddeld een 9,0.⁵ Kinderen en gezinnen worden goed en deskundig geholpen. Dit wordt samen met de beperkte wachttijd – de JGGZ kent doorgaans lange wachtlijsten – hoog gewaardeerd. Bovendien is de drempel voor behandeling minder hoog: dichtbij huis en vertrouwd bij de eigen huisartspraktijk.

Basis gelegd voor ketensamenwerking

De ketensamenwerking – tussen huisartsen, GGZ-aanbieders, de gemeente en het lokaal team – staat op de meeste plekken nog in de kinderschoenen, maar er is door de pilot wel een goede basis gelegd. De pilot is nog maar enkele maanden onderweg, maar nu al merken betrokkenen dat de aanvankelijke weerstand – vooral huisartsen hadden het gevoel dat getornd werd aan hun autonomie en dat de pilot primair vanuit bezuinigingsoverwegingen was ingezet – heeft plaats gemaakt voor de bereidheid om samen op te denken.

'Er is een basis gelegd voor een goed gesprek met elkaar. We kunnen nu vrij praten over verwijzstromen en over de nut en de noodzaak.'

2.4 Wat kan beter?

'Helaas ontbreekt het nog te vaak aan goede communicatie tussen het lokaal team, huisarts en SOH. Ze werken nog te los van elkaar op hun eigen terrein.'

Aansluiting SOH/huisarts op lokaal team

Een belangrijk doel van de pilot SOH is het intensiveren van de afstemming tussen de huisartsen en de lokale teams. Verschillende betrokkenen geven aan dat de afstemming tussen de huisartsen/SOH'ers enerzijds en de lokale teams anderzijds vooralsnog onderbelicht is gebleven. Zoals gezegd lag de nadruk bij de start van de pilot op de inbedding, rol en inzet van de SOH'er binnen de huisartsenpraktijk. Er zijn echter ook positieve uitzonderingen. Zo profiteerde Barneveld van het feit dat de SOH'ers reeds actief waren in de

⁵ Bron: Karakter Academie (20 maart 2017). *SOH-KJP FoodValley. Vierde evaluatie (t/m februari 2017)*. Cijfer op basis van een evaluatie ingevuld door 89 van 279 cliënten (32%).

gemeente, waardoor zij de sociale kaart en het lokale netwerk al goed kenden en direct gebruik konden maken van voorliggende voorzieningen.

Op veel plekken weten huisartsen en SOH'ers echter onvoldoende wat het lokaal team precies heeft te bieden. En andersom. Zolang beide partijen elkaar niet goed kennen is er ook te weinig vertrouwen om naar elkaar te verwijzen. Onbekend maakt onbemind. Zo geven huisartsen aan veel belang te hechten aan een goede terugkoppeling over hun patiënten. De huisarts wil het overzicht houden. Een kort briefje (in de vorm van een 'in zorg'- en 'uit zorg'-melding met een korte feedback) volstaat dan, maar in praktijk gebeurt dit zelden.

Meer afstemming nodig in toegang naar jeugd-GGZ

Voor ouders en kinderen zijn er feitelijk twee toegangswegen naar de jeugd-GGZ: via de huisarts en via het lokaal team. Dit zijn vooralsnog goeddeels gescheiden routes. Welke route wordt bewandeld is vooral afhankelijk van de persoonlijke keuze van ouders. In praktijk vindt het leeuwendeel van de verwijzingen plaats via de huisarts. Er valt volgens betrokkenen veel voor te zeggen om op termijn tot een gezamenlijke toegang te komen of in ieder geval tot een betere afstemming (ketensamenwerking) op dit gebied, zodat kinderen en gezinnen sneller terecht komen bij het hulpaanbod dat past bij hun problematiek; zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig.

Het betrekken van scholen

Ook scholen hebben een belangrijke signalerende rol, waar nog veel meer en beter gebruik van kan worden gemaakt. Verschillende SOH'ers hebben in het kader van casuïstiek wel contact met scholen, maar de verbinding vanuit zorgstructuren kan veelal beter. Zo komt het geregeld voor dat ouders op advies van school bij de huisarts komen vanwege psychische klachten of problematisch gedrag van hun zoon of dochter. Huisartsen ervaren dit veelal als 'diagnosedruk'. De vraag is of dit dan de juiste route is; verschillende betrokkenen geven aan dat de jeugdarts in dit soort situaties een betere ingang vormt. Hoe dan ook is er brede ondersteuning om ook scholen op termijn mee te nemen in de lokale afstemming en ketensamenwerking gericht op kinderen en gezinnen met opvoed- en opgroei problemen.

(Zicht op) harde resultaten vooralsnog beperkt

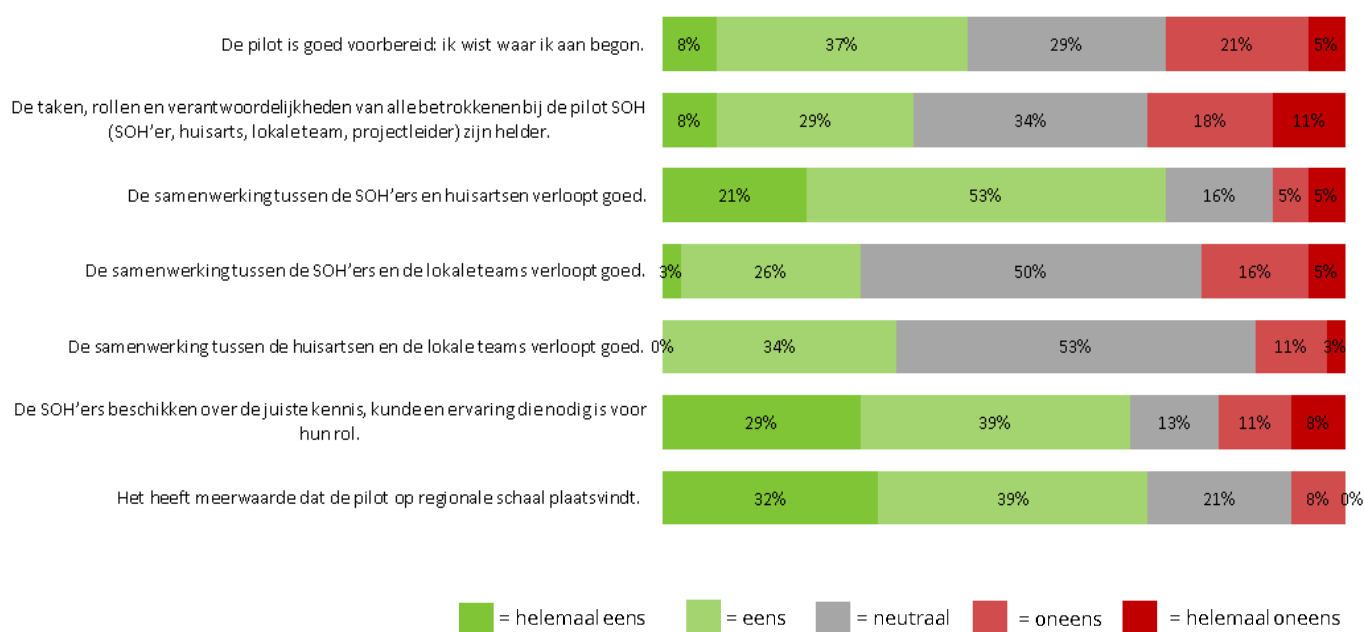
Betrokkenen geven aan al eerste tekenen te zien dat kinderen en gezinnen sneller, beter en passender worden geholpen door de inzet van de SOH'ers. Doordat de pilot nog maar kort loopt en de aantallen nu nog gering zijn is het nog te vroeg om dit ook al terug te zien in de cijfers, zo verwachten zij. De algemene overtuiging is dat de positieve kwalitatieve resultaten op termijn echter wel degelijk gaan leiden tot kwantitatieve resultaten, in casu minder doorverwijzingen naar de jeugd-GGZ.

Daar komt bij dat het cijfermatig monitoren, zowel in de FoodValley als daarbuiten (zie ook 4.2, benchmark), nog in de kinderschoenen staat. Onder leiding van de Karakter Academie worden er op dat gebied wel stappen gemaakt, maar het is nog te vroeg om 'harde' cijfermatige conclusies te trekken. Zie ook hoofdstuk 3, kosten-baten analyse.

2.5 Wat vindt men van de inrichting en opzet van de pilot?

Paragrafen 2.3 en 2.4 maken in hoofdlijnen duidelijk wat goed gaat en wat beter kan. Als we meer inzoomen op de details en meer specifiek op de wijze waarop de pilot is voorbereid, ingericht en opgezet, dan zien we dat er vooral veel waardering is voor de samenwerking tussen de SOH'ers en huisartsen (74% vindt die samenwerking goed tot heel goed), de kennis en kunde van de SOH'ers (68%) en de regionale schaal waarop de pilot plaatsvindt (71%). Kritischer zijn betrokkenen over de voorbereiding van de pilot (45% is hier tevreden over), de onderlinge taak- en rolverdeling (37%) en – al eerder genoemd – de samenwerking tussen huisartsen/SOH'ers en de lokale teams (34% resp. 29%). Zie figuur 4.

Figuur 4 Inrichting en opzet van de pilot? (n=38)



We lichten er nog een paar punten uit, omdat hier in (de open vragen van) de quick scan, interviews en interactieve sessies nader op werd ingegaan. In de eerste plaats wordt duidelijk dat het om een proces van zoeken en groeien gaat. Niet voor niets betreft het een pilot. Daarin gaan dingen goed, maar ook dingen mis. Dat hoort erbij. Zo merken verschillende betrokkenen op dat de communicatie vooraf niet altijd voldoende was, met uiteenlopende en onjuiste verwachtingen als gevolg. Sommige gemeenten hadden het gevoel het wiel zelf te moeten uitvinden, zoals vraagstukken rond privacy, facturatie (btw), begeleiding van SOH'ers en de communicatie richting huisartsen en zorgaanbieders. Uitwisseling en afstemming op regionaal vindt men waardevol, maar in de praktijk komt het vooralsnog vaak toch aan op lokaal maatwerk. De lokale projectleiders hebben dit echter doorgaans voortvarend opgepakt. Zij hebben een belangrijke rol als aanjager en kartrekker.

Ook moesten de taken en rollen van de verschillende betrokkenen zich gedurende de pilot verder uitkristalliseren. Het was soms niet precies duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk was. Met name de

SOH'ers misten soms kaders voor hun werk en moesten groeien in hun nieuwe rol: wat wel en wat niet doen, hoeveel gesprekken voer je per cliënt, hoe lang mogen de gesprekken duren, wat te doen ter overbrugging van wachtlijsten binnen de JGGZ en hoe verhoudt cliëntgeboden tijd zich tot indirecte tijd? Zeker in de beginfase waren de SOH'ers relatief veel tijd kwijt aan niet direct cliëntgebonden tijd, zoals afstemming met huisartsen, helder krijgen van procedures, administratieve lasten etc.

Daarnaast hebben veel SOH'ers behoefte aan inhoudelijke uitwisseling, overleg en afstemming met de huisarts aan de hand van casuïstiek. Dit vindt vaak wel plaats, maar de frequentie en intensiteit verschilt sterk per praktijk en doorgaans gaat dit meer op ad hoc dan op structurele basis.

De grootste twijfel bij de SOH'ers zit evenwel bij hun kennis van de sociale kaart: 56 procent van de SOH'ers geeft aan niet altijd goed te weten naar welke instantie of professional doorverwezen kan worden. Terwijl dat – gericht en goed doorverwijzen, zodat cliënten de hulp krijgen die ze nodig hebben – toch alom wordt gezien als een cruciaal onderdeel van het werk van SOH'ers.

Zie verder bijlage 2 voor de specifieke resultaten van huisartsen respectievelijk SOH'ers ten aanzien van de inrichting, werkwijze en samenwerking.

3 Wat zeggen de cijfers?

Een kosten-baten analyse

In 2015 heeft bureau JB Lorenz onderzoek gedaan naar de instroom in de JGGZ in vier jeugdhulpregio's in de periode 2012-2014.⁶ Uit dat onderzoek blijkt dat het JGGZ-zorggebruik in drie regio's – Rijnmond, Zuid-Limburg en Groningen – in 2014 is gedaald ten opzichte van 2012 met gemiddeld -5,1 procent. Eén regio laat een afwijkend beeld zien en dat is de regio FoodValley. Daar is in genoemde periode sprake van een stijging in het zorggebruik van ruim 16 procent.

Dit gegeven vormde een van de aanleidingen voor de pilot SOH in de regio FoodValley. Lukt het om met de inzet van SOH'ers niet alleen de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar ook de relatief hoge JGGZ-consumptie in de FoodValley terug te dringen?

Het vorige hoofdstuk maakt duidelijk dat de verschillende stakeholders in ieder geval zelf de indruk hebben dat het – na de opstartfase – de goede kant op gaat. In dit derde hoofdstuk gaan we na of dat beeld ook door de beschikbare cijfers wordt ondersteund. Daarbij zetten we de baten van de inzet van SOH'ers (in termen van: minder verwijzingen naar JGGZ) af tegen de kosten die ermee zijn gemoeid. We sluiten in 3.5 af met een rekenmodel voor de toekomst. Het hoofdstuk start met de gehanteerde veronderstellingen en uitgangspunten voor de business case.

3.1 Veronderstellingen en uitgangspunten van de business case

In cijfermatige zin is de pilot SOH-KJP gebaseerd op drie veronderstellingen:

1 *De juiste zorg op de juiste plaats.*

Een veronderstelling is dat huisartsen in een aantal gevallen verwijzen naar generalistische basis JGGZ (GBJGGZ) of specialistische JGGZ (SJGGZ) waar lichtere vormen van jeugdhulp meer op hun plaats zouden zijn geweest. Bijvoorbeeld GBJGGZ in plaats van SJGGZ of lokaal veld in plaats van GBJGGZ.

2 *Afname van verwijzingen naar JGGZ door inzet van SOH'ers.*

Een tweede veronderstelling is dat inzet van SOH'ers ervoor kan zorgen dat vanuit huisartsenpraktijken minder vaak wordt verwezen naar GBJGGZ en SJGGZ.

3 *Kostenbesparing door minder verwijzingen naar JGGZ.*

Een derde veronderstelling is dat de kosten van de inzet van SOH'ers worden gecompenseerd door lagere kosten van jeugdhulp (minder verwijzingen naar GBJGGZ en SJGGZ) en derhalve kostenbesparingen opleveren.

⁶ Oosterbaan, P.F., J. van de Ketterij & B. den Outer (2015). *Rapportage landelijk onderzoek zorggebruik j-GGZ*. Rotterdam: de Beeldsmederij.

Uitgangspunten voor de business case

Voor de business case hanteren we de volgende uitgangspunten:

1. De business case is per definitie een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Omdat exacte en actuele cijfers over de kosten en baten ontbreken volstaan we met een goede, maar grofmazige benadering op basis van enkele aannames en schattingen van kosten (bijv. van de gemiddelde kostprijs per type hulptraject) en baten (aantal en % minder verwijzingen). Wel zullen we de gehanteerde aannames steeds toelichten en expliciteren.
2. Uitgegaan wordt van de fictie dat er geen wijzigingen aan de vraagzijde optreden waardoor je er eenvoudshalve vanuit gaat dat minder verwijzingen naar GBJGGZ en SJGGZ uitsluitend veroorzaakt worden door de inzet van SOH'ers. Het gaat hier immers om een business case, niet om een diepgravende wetenschappelijke analyse.
3. Cijfers voor wat betreft de kosten worden geaggregeerd op het niveau van de gemeente. Daarbij wordt uitgegaan van de fictie dat de werkelijke kosten gelijk zijn aan de begrote kosten.
4. De incidentele kosten blijven buiten de business case. Deze kosten zijn investeringen om de pilot te ontwikkelen en te monitoren. Ze worden wel zichtbaar gemaakt maar maken geen onderdeel uit van het rekenmodel voor de business case.
5. Het is belangrijk om te monitoren of en in welke mate cliënten worden verwezen naar te lichte vormen van hulpverlening. Want als kostenreductie gepaard gaat met onjuiste hulp treedt er een onwenselijke situatie op.
6. Waar mogelijk willen we inzicht geven in de ontwikkelingen die binnen de pilot plaatsvinden op het gebied van kosten en baten. De indruk van stakeholders is namelijk dat het kosten-baten plaatje geleidelijk aan steeds positiever uitpakt door toenemende efficiëntie. De SOH'ers moeten immers groeien in hun rol: we zien dat ze in het begin vaak meer gesprekken nodig hadden, gesprekken met zijn tweeën voerden en nog veelal de veilige weg kozen door relatief snel te verwijzen naar de JGGZ. Bovendien wordt aangegeven dat de komst van de SOH'ers de eerste maanden een aanzuigende werking had: veel 'opgespaarde' vragen kwamen toen binnen.

Kern

Kernvraag van de kosten-baten analyse is of er minder verwijzingen vanuit huisartsenpraktijken met een SOH'er plaatsvinden naar GBJGGZ en SJGGZ en of dit opweegt tegen de kosten die zijn gemoeid met de inzet van SOH'ers. De achterliggende aanname daarbij is dat de optelsom van de structurele kosten van het inzetten van SOH'ers én de kosten van hulpverlening in het lokale veld lager zijn dan het totale bedrag aan kosten dat wordt bespaard als gevolg van minder verwijzingen naar GBJGGZ en SJGGZ.

3.2 De baten in beeld: reductie in zorgconsumptie

Of er minder wordt verwezen naar de JGGZ wordt bij voorkeur gezien aan de hand van het absolute aantal verwijzingen en het percentage verwijzingen via de huisarts naar deze vormen van hulpverlening bij:

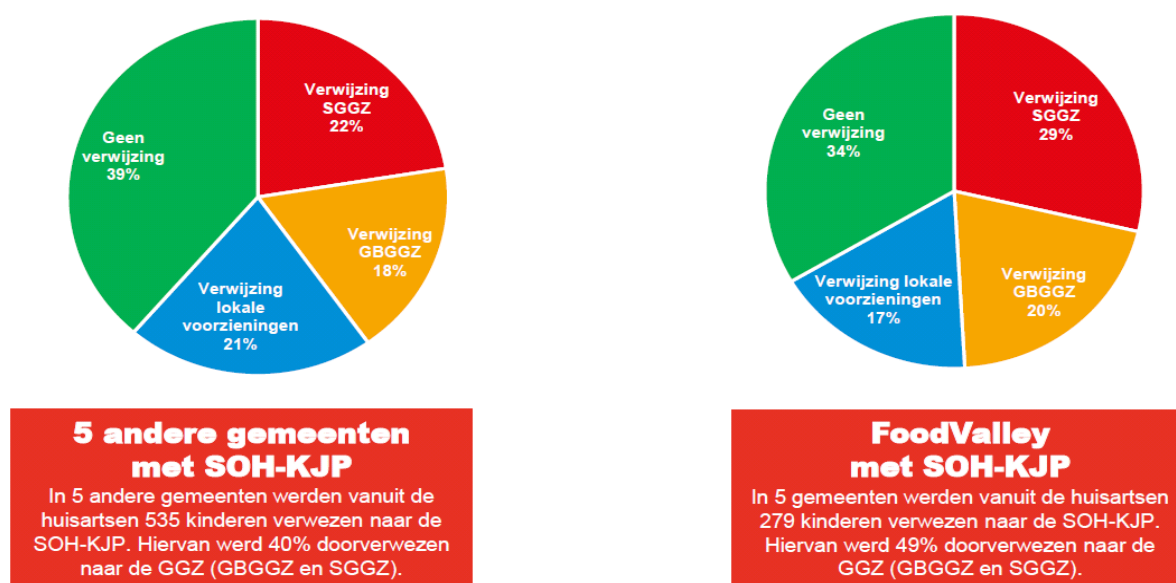
- huisartsen die deelnemen aan de pilot (interventiegroep)
- huisartsen die niet deelnemen aan de pilot (controlegroep).

Actuele verwijscijfers van huisartsen in de interventie- en controlegroep worden echter pas later in 2017 verwacht. Deze kunnen derhalve wel worden gebruikt in het toekomstig rekenmodel voor de kosten-batenanalyse (zie 3.4), maar voor nu baseren we ons op cijfers van Karakter Academie die wel beschikbaar zijn, te weten de verwijscijfers van SOH'ers.⁷ Zie tabel 2 en figuur 5 voor de SOH-verwijscijfers van de vijf pilotgemeenten in de FoodValley. Ter vergelijking zijn ook de verwijscijfers opgenomen van vijf andere gemeenten elders in het land waar al langer wordt gewerkt met de inzet van SOH'ers.

Tabel 2 Verwijscijfers SOH'ers september 2016 tot en met februari 2017⁷

	Barne- veld	Ede	Nijkerk	Rhenen	Scherpen- zeel	FoodValley Totaal	5 andere gemeenten ⁸
Totaal aantal cliënten	87	69	62	31	28	262	535
Geen doorverwijzing	28%	37%	17%	37%	44%	34%	39%
Doorverwijzing naar lokaal veld	16%	13%	33%	17%	22%	17%	21%
Doorverwijzing naar JGGZ totaal	56%	49%	50%	45%	34%	49%	40%
Doorverwijzing naar GBGGZ	16%	25%	30%	14%	14%	20%	18%
Doorverwijzing naar SJGGZ	40%	24%	20%	31%	20%	29%	22%

Figuur 5 SOH-verwijzingen in FoodValley (totaal) vergeleken met 5 eerder gestarte gemeenten⁷



⁷ Bron: Karakter Academie (20 maart 2017). *SOH-KJP FoodValley. Vierde evaluatie (t/m februari 2017)*.

⁸ Het gaat hier om vijf gemeenten elders in Nederland die al langere tijd werken met de inzet van SOH'ers.

Figuur 5 maakt duidelijk dat het verwijsgedrag van SOH'ers in de FoodValley niet wezenlijk verschilt van het verwijsgedrag van SOH'ers in vijf andere gemeenten, die al langer bezig zijn. Hoogstens kan worden gesteld dat de cijfers in de referentiegemeenten vooralsnog iets gunstiger zijn: hier wordt iets meer door de SO'ers zelf afgehandeld en iets minder doorverwezen naar de GBJGGZ en vooral de SJGGZ. In die zin valt te verwachten dat nog enige ontwikkeling wat betreft verwijfsreductie mogelijk is in de FoodValley.

Belangrijker is echter de constatering dat de SOH'ers in de FoodValley ruim een derde van de cliënten (34%) zelf helpt, dus zonder dat nog een doorverwijzing nodig is. Hier zit de initiële winst. Aangenomen kan immers worden dat deze 34 procent van de cliënten zonder aanwezigheid van een SOH'er in de huisartsenpraktijk (dus in de controlegroep) wél zou zijn doorverwezen. Uitgaande van dezelfde verwijfsverhoudingen (omgerekend naar 100%⁹) komen we uit op de volgende reductie in zorgconsumptie:

- 34% van 262, oftewel 89 cliënten zijn door inzet van SOH'ers minder doorverwezen door inzet SOH.
- Van die 89 cliënten zou anders:
 - 26% oftewel 23 zijn doorverwezen naar lokale voorzieningen;
 - 30% oftewel 27 zijn doorverwezen naar GBJGGZ;
 - 44% oftewel 39 zijn doorverwezen naar SJGGZ.
- 66% van de 262, oftewel 173 cliënten, zijn door de SOH'er toch doorverwezen. Te verwachten valt dat een deel van deze cliënten door de tussenkomst van de SOH'er beter en dus goedkoper kan worden geholpen (afschalen), maar daar staan de extra kosten voor de SOH-inzet tegenover.

3.3 De kosten in beeld

Cijfers voor wat betreft de kosten van de hulpverlening – onderscheiden naar kortdurende hulpverlening SOH (1), lokale veld (2), GBJGGZ (3) en SJGGZ (4) – worden geaggregeerd op regionaal niveau. Idealiter worden deze kosten berekend *nadat* het hulpverleningstraject door de partij naar wie is verwezen is afgehandeld. Voor 2016 en 2017 zijn deze cijfers voor de JGGZ nog niet bekend. Om die reden wordt daarbij uitgegaan van de gemiddelden over 2015, het laatst afgesloten boekjaar waarover nu de gemiddelde kosten per hulpverleningstraject / DBC bekend zijn:

⁹ 17% van 66% (100%-34% geen verwijfsingen, die nu immers niet worden meegerekend) = 26% zou zonder SOH-inzet zijn doorverwezen naar lokale voorzieningen. Evenzo zou 20% van 66% = 30% in dat geval zijn doorverwezen naar GBJGGZ en 29% van 66% = 44% naar SJGGZ.

- De gemiddelde kosten van de inzet van een SOH'er per cliënt bedragen 5 uren x € 101 = € 505.¹⁰
- De gemiddelde kosten van hulpverlening in het lokale veld zijn vooralsnog gesteld op € 400.
- De gemiddelde kosten per cliënt voor GBJGGZ bedragen in 2015 € 890.
- De gemiddelde kosten per cliënt voor SJGGZ (DBC) bedragen in 2015 € 3.400 x 1,5¹¹ = € 5.100.

3.4 Kostenbesparing inzet SOH: het totaalbeeld

Paragraaf 3.2 gaf inzicht in de baten van de inzet van SOH'ers in de FoodValley, te weten: de reductie in zorgconsumptie (verwijzingen). Paragraaf 3.3 gaf vervolgens inzicht in de kosten die gemoeid zijn met de verschillende vormen van hulpverlening. Door de kosten- en de batenkant aan elkaar te relateren ontstaat het volgende totaalbeeld.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat kosten worden bespaard indien met de SOH-inzet een verwijzing naar de JGGZ kan worden voorkomen of hierdoor afschaling (minder zware zorg) wordt gerealiseerd: zie tabel 3.

Tabel 3 Veronderstelde besparingen wanneer inzet SOH leidt tot afschalen

		Besparing
Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar GBJGGZ	€ 890 - € 505	€ 485
Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar SJGGZ	€ 5.100 - € 505	€ 4.595
Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar lokaal veld	€ 400 - € 505	-€ 105
Door SOH-inzet verwijzing naar GBJGGZ in plaats van SJGGZ	€ 5.100 - € 890 - € 505	€ 3.705
Door SOH-inzet verwijzing naar lokaal veld in plaats van GBJGGZ	€ 890 - € 400 - € 505	-€ 15
Ondanks SOH-inzet toch verwijzing naar hulp die anders ook was ingezet	-€ 505	-€ 505

Geconcludeerd kan dus worden dat kostenbesparingen met name plaatsvinden wanneer verwijzingen naar de SJGGZ worden voorkomen.

¹⁰ Vooralsnog is bekend dat SOH'ers gemiddeld 5 uur per cliënt besteden. Daarbij is momenteel nog geen splitsing te maken in tijdbesteding tussen screening en triage (1), ondersteuning (2) en kortdurende hulpverlening (3). Eenvoudshalve gaan we uit van vijf uur per cliënt waarin dus ook de kosten van ondersteuning en kortdurende hulpverlening zijn verdisconteerd. Omdat het hier gaat om gemiddelden per cliënt is dit niet bezwaarlijk. Het gewogen gemiddelde uurtarief van een SOH'er in FoodValley bedraagt € 88. Dit is een integraal tarief, dus inclusief niet productieve uren (verlof, ziekteverzuim), niet-cliëntgerichte taken (administratie, intern overleg bij de moederorganisatie, deskundigheidsbevordering). We gaan – ruim genomen - uit van bijkomende kosten (waaronder huisvesting, overleg met huisarts, vergoeding overlegkosten aan huisarts, overige bijkomende kosten) in de vorm van een opslag van 15% op het gewogen gemiddelde uurtarief van € 88. De integrale kosten van de inzet van een SOH'er per uur bedragen derhalve 1,15 x € 88 = € 101. De gemiddelde kosten van de inzet van een SOH'er per cliënt bedragen derhalve 5 uren x € 101 = € 505.

¹¹ Wanneer kinderen worden verwezen naar de SJGGZ blijven zij vaak langer dan een jaar in traject, waardoor de totale kosten hoger zijn. De gemiddelde trajectduur is 1,5 jaar en daarmee ligt de gemiddelde kostprijs per SJGGZ-traject ook op 1,5 x de DBC-prijs.

Voor de pilot in de FoodValley ziet het totaalbeeld wat betreft de kosten-baten in de periode september 2016 tot en met februari 2017 er als volgt uit: zie tabel 4.

Tabel 4 Totaalbeeld kosten-baten FoodValley september 2016 t/m februari 2017

	Besparing per cliënt	Aantal cliënten	Besparing totaal
Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar GBJGGZ	€ 485	27	€13.095
€Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar SJGGZ	€ 4.595	39	€ 179.205
Door SOH-inzet geen verwijzing nodig naar lokaal veld	–€ 105	23	–€ 2.415
Door SOH-inzet verwijzing naar GBJGGZ in plaats van SJGGZ	€ 3.705	?	?
Door SOH-inzet verwijzing naar lokaal veld in plaats van GBJGGZ	–€ 15	?	?
Ondanks SOH-inzet toch verwijzing naar hulp die anders ook was ingezet	–€ 505	(173)	–€ 87.365
Totaal generaal		89	€ 189.885
		(262)	(€ 102.520)
Gemiddeld per cliënt			€ 2.134
			(€ 391)

Tabel 4 maakt duidelijk dat:

- de 89 cliënten die door de directe hulp van de SOH'ers niet meer verwezen hoeven te worden, samen goed zijn voor een kostenbesparing van € 189.000 oftewel € 2.134 gemiddeld per cliënt;
- de 173 cliënten die na tussenkomst van de SOH'er toch zijn verwezen € 87.365 aan SOH-inzet hebben gekost;
- te verwachten valt dat een deel van die kosten weer wordt terugverdiend, doordat cliënten verwezen worden naar een minder zwaar hulpaanbod dan zonder SOH-inzet was gebeurd (afschaling);
- maar zelfs als dat niet het geval is en deze SOH-inzet overbodig was er per saldo nog steeds sprake is van een kostenbesparing van € 102.520 in totaal oftewel € 391 gemiddeld per cliënt.

3.5 Rekenmodel voor kosten-batenanalyse in de toekomst

De kosten-batenanalyse, zoals toegepast in 3.4, geeft een goede indicatie, maar dient met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het gaat immers om een grofmazige analyse, louter gebaseerd op gegevens van SOH'ers en zonder vergelijking met een controlegroep. De analyse gaat noodgedwongen uit van een aantal schattingen en aannames. Voor een nauwkeurige analyse zijn meer en feitelijke gegevens nodig over verwijzingen en kosten van zowel huisartsenpraktijken met als zonder SOH'ers.

Het verdient derhalve aanbeveling om in de (nabije) toekomst de kosten en baten van de inzet van SOH'ers nauwgezet te blijven monitoren. Om inzicht te krijgen in ontwikkelingen en schommelingen adviseren wij om per kwartaal verwijscijfers én kosten in kaart te brengen van zowel de interventiegroep (huisartspraktijken *met* SOH-KJP) als de controlegroep (huisartspraktijken *zonder* SOH-KJP). Dit vraagt van de betrokken gemeenten om per kwartaal de verwijscijfers per huisartspraktijk beschikbaar te stellen. Ook leveren de gemeenten bij voorkeur per kwartaal gegevens aan van de daadwerkelijk gemaakte kosten voor de verschillende soorten hulptrajecten (SJGGZ, GBJGGZ, lokaal veld, SOH), maar indien dat lastig blijkt (kosten worden doorgaans pas later bekend) kan worden volstaan met gemiddelde kosten per type traject (zoals in 3.3, maar dan geactualiseerd).

Op basis van die gegevens kan een kosten-batenanalyse worden uitgevoerd, met als uiteindelijk centraal kengetal: **de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt tot 18 jaar**. De veronderstelling is dat – in lijn met 3.4 – de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt in huisartspraktijken met een SOH'er lager liggen dan in huisartspraktijken zonder SOH'er. Het volgende rekenmodel geeft hier inzicht in: zie tabel 5.

Tabel 5 Rekenmodel voor kosten-batenanalyse SOH

		Interventiegroep:	Controlegroep:	
		Huisartspraktijken <i>met</i> SOH-KJP	Huisartspraktijken <i>zonder</i> SOH-KJP	
A. Totaal aantal patiënten <18 jaar				
Verwijscijfers	Absoluut	B. Aantal patiënten verwezen naar SJGGZ		
		C. Aantal patiënten verwezen naar GBJGGZ		
		D. Aantal patiënten verwezen naar lokaal veld		
		E. Percentage patiënten verwezen naar SJGGZ: $B/A * 100\%$		
Verwijscijfers	Relatief	F. Percentage patiënten verwezen naar GBJGGZ: $C/A * 100\%$		
		G. Percentage patiënten verwezen naar lokaal veld: $D/A * 100\%$		
		H. Totaal aan kosten SJGGZ (daadwerkelijk of o.b.v. gemiddelde)	€	€
Kosten	Absoluut ¹²	I. Totaal aan kosten GBJGGZ (daadwerkelijk of o.b.v. gemiddelde)	€	€
		J. Totaal aan kosten lokaal veld	€	€
		K. Totaal aan kosten SOH-inzet	€	X
		L. Totaal generaal aan kosten: $H + I + J + K$	€	€
		M. Gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt: L / A	€	€

¹² Bij voorkeur wordt hier uitgegaan van de daadwerkelijk gemaakte kosten, maar omdat dit doorgaans pas later (achteraf) bekend is, is het waarschijnlijk praktischer uit te gaan van gemiddelde kosten per hulptraject (zie 3.3, maar dan geactualiseerd). Die gemiddelden dienen dan vermenigvuldigd te worden met het aantal patiënten verwezen naar betreffende hulpvorm (B, C, D).

Het verdient aanbeveling dit rekenmodel toe te passen op drie niveaus:

Analyseniveau	Doel
FoodValley Totaal	Uiteindelijk moet de SOH-inzet zichzelf terugbetalen. Het kengetal voor de FoodValley als totaal is hierin leidend. Het betekent dat de gemiddelde kosten per patiënt in de interventiegroep lager moet zijn dan in de controlegroep.
Gemeenten	Vergelijking tussen de gemeenten maakt duidelijk welke gemeenten goed en minder goed scoren wat betreft de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt. Op basis daarvan kan een diepere analyse plaatsvinden om te bepalen waar verschillen vandaan komen en waar verbetermogelijkheden liggen.
Huisartspraktijken	Vergelijking op het kleinste niveau – de huisartspraktijken – maakt duidelijk welke praktijken goed en minder goed scoren wat betreft de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt. Huisartspraktijken in de controlegroep met hoge gemiddelde (verwijs)kosten (M) én met relatief veel patiënten tot 18 jaar (A) komen met voorrang in aanmerking voor de inzet van een SOH'er. Huisartspraktijk in de interventiegroep met lage gemiddelde (verwijs)kosten (M) kunnen als voorbeeld dienen.

4 Wat leren we van de pilot?

Dit vierde hoofdstuk gaat in op de toekomst van de pilot SOH. Welke kritische succesfactoren kunnen worden afgeleid uit de ervaringen van betrokkenen (4.1) en hoe kijken zij aan tegen het vervolg van de pilot en de inzet van SOH'ers (4.3)? Dat laatste mede ook gevoed door en afgezet tegen de ervaringen elders in Nederland met andersoortige modellen en projecten om jeugdhulp 'aan de voorkant' te versterken (4.2).

4.1 Kritische succesfactoren

De quick scan, de aanvullende interviews en de verdiepingssessies maken duidelijk welke elementen betrokkenen cruciaal vinden voor het vervolg van de pilot SOH-KJP. Wat opvalt is dat hierover veel consensus bestaat. De belangrijkste kritische succesfactoren op een rij:

- 1 Stel de kwaliteit van de jeugdhulpverlening voorop: dat is het gezamenlijk belang waarvoor draagvlak bestaat bij alle betrokken partijen. Dat het (op termijn) ook kan leiden tot het verminderen van de instroom in de JGGZ is mooi meegenomen (bijvangst), maar moet geen doel op zich worden.
- 2 Zorg voor een lokale aanjager / katrekker / verbinder, die ieders zorgen, wensen en belangen (what's in it for them?) serieus neemt. Concreet betekent dit: open gesprekken aangaan met de driehoek huisarts – GGZ-aanbieders – gemeente/lokaal veld. En: als gemeente niet opereren vanuit controle en niet boven de partijen gaan staan, maar je opstellen als onderdeel van de driehoek. Uiteindelijk gaat het daarmee altijd om lokaal maatwerk.
- 3 Investeer in de ketensamenwerking vanuit genoemd gezamenlijk belang: het verbeteren van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening. Accepteer daarbij dat elke context anders is en dus ook vraagt om een eigen insteek of andere accenten. Lokaal maatwerk als uitgangspunt!
- 4 Start met partijen die mee willen doen en waar de energie zit. Zij kunnen als voorloper en voorbeeld dienen.
- 5 Zoek naar en bespreek de mogelijkheden om de ketensamenwerking concreet te maken. Waar kunnen SOH'ers en lokaal team elkaar aanvullen en versterken? Hoe valt de JGGZ-toegang op elkaar af te stemmen? Kortom: hoe te zorgen voor korte lijntjes tussen huisarts/SOH enerzijds en lokaal team en eventueel ook scholen anderzijds? Kunnen SOH'ers bijvoorbeeld periodiek aanschuiven bij casuïstiekoverleg van het lokaal team? Is er een mogelijkheid om SOH'ers een deel van hun uren vanuit het lokaal team te laten invullen? En/of zijn er mogelijkheden om ook het lokaal team in het gezondheidscentrum (met huisartsen en een SOH'er) te huisvesten, aangezien fysieke nabijheid de ketensamenwerking bevordert?

- 6 SOH-inzet betekent: hands-on, flexibel, pragmatisch, kortdurend, doen wat werkt, gezond verstand. Want huisartsen geven aan: “Ik wil géén GGZ-mentaliteit in mijn praktijk!” Centraal staat de vraag: wat is voor dit kind nodig zonder te denken in classificaties en behandelprotocollen? Dit vraagt om:
- ⦿ een goede selectie aan de poort: niet iedere JGGZ'er is geschikt als SOH'er;
 - ⦿ duidelijke kaders, met bijvoorbeeld vuistregels voor de omvang van de inzet (zonder absolute normen te stellen);
 - ⦿ regelmatige afstemming en intervisie.
- 7 Wil niet te snel. Accepteer dat het vraagt om een cultuuromslag en dus energie en tijd. Ervaringen elders maken ook duidelijk dat het gaat om een proces van zoeken en groeien en dat de kosten voor de baat uitgaan.

4.2 Hoe verhoudt het SOH-model van de FoodValley zich tot andere modellen?

Doel van de pilot SOH-KJP is om de kwaliteit van de jeugdpsychiatrische en psychosociale zorg 'aan de voorkant' te versterken en om beter passende jeugdhulp te bieden, zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. De vijf betrokken gemeenten in de regio FoodValley – Barneveld, Ede, Nijkerk, Rhenen en Scherpenzeel streven dat doel na door middel van een model, waarbij een hoog opgeleide JGGZ-specialist wordt gepositioneerd bij de huisarts. Diverse andere gemeenten streven min of meer hetzelfde doel na, maar formuleren het allemaal net wat anders en hanteren ook een andere strategie en werkwijze. In het kader van voorliggende tussenevaluatie hebben we het SOH-model vergeleken met enkele van die andere werkwijzen, met als vraag: wat zijn de ervaringen met en voor- en nadelen van de verschillende modellen? Het volgende kader geeft een korte schets van de werkwijze van een aantal van deze referentiegemeenten.

- ⦿ **Veenendaal:**
Gedragsdeskundige GGZ-KJP gepositioneerd bij het CJG. Huisartsen en scholen hebben één vast aanspreekpunt bij het CJG, die vervolgens in overleg met de huisarts en school de vervolgstappen bepaalt.
- ⦿ **Renswoude:**
Vanwege de kleinschaligheid directe lijn tussen huisartsen en dorpssteam – met daarin opgenomen gedragsdeskundigen –.
- ⦿ **Nijkerk en Ede:**
Inzet van SOH in aantal huisartspraktijken én inzet van een gedragsdeskundige GGZ-KJP bij het lokaal team (met link naar de jeugdarts).
- ⦿ **Zwolle:**
Eerstelijns jeugd- en gezinswerker toegevoegd aan huisartsenpraktijken en inzet van een GZ-psycholoog direct achter deze gezinswerker. De gezinswerker is het eerste aanspreekpunt, maar kan voor ondersteuning bij complexe problematiek aankloppen bij de GZ-psycholoog. Momenteel zoekt Zwolle ook de samenwerking op met

onderwijs om de toegangsfunctie van scholen te versterken door de jeugd- en gezinswerker ook daar te positioneren samen met de jeugdarts.¹³

⦿ **Westerkwartier:**

Inzet van een POH JGGZ (vanuit GGZ-instelling) bij huisartsen en voor klein deel van de tijd bij CJG. De POH JGGZ vormt de linking-pin tussen de huisarts en het CJG.¹⁴

⦿ **Nijmegen:**

De school als vindplaats. Inzet van specialistische jeugdhulpverleners op zowel wijk- als schoolniveau, om op die manier brug te slaan tussen wijkteams, specialistische zorg en de BSOT/ZAT's van scholen.¹⁵

Overeenkomsten

Als we de verschillende varianten met elkaar vergelijken blijken er veel overeenkomsten te zitten in de doelen en in het takenpakket van de specialistische ondersteuner KJP. De doelen worden verschillend geformuleerd, maar komen in grote lijnen op hetzelfde neer:

- ⦿ Bieden van beter passend, laagdrempelige zorg aan de voorkant
- ⦿ Verbinding tussen huisartsen, lokale teams, gemeenten en (lokale) instanties
- ⦿ Terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg
- ⦿ Terugdringen van het aantal onjuiste doorverwijzingen naar specialistische zorg
- ⦿ Kostenreductie binnen het domein Jeugdzorg

Het takenpakket van de specialistische ondersteuner KJP is ook overal min of meer hetzelfde, namelijk:

- ⦿ Vraagverheldering en uitvoeren van de intakegesprekken
- ⦿ Opstellen en bespreken van persoonlijk ondersteuningsplan
- ⦿ Geven van korte behandeling aan jongeren (en ouders) en uitvoeren van medicatiecontroles
- ⦿ Inschatten en waar nodig doorverwijzen naar specialistische zorg
- ⦿ Meekijken en meedenken met het lokaal team om te kunnen komen tot hulp op maat voor de cliënt
- ⦿ Contacten onderhouden met gezin, lokaal team, gemeente en met andere eerstelijnsinstellingen
- ⦿ Bijwonen van netwerkbijeenkomsten om kennis en ervaring te delen (deskundigheidsbevordering).

¹³ Bron: Gemeente Zwolle (2016). *Transformatie in het sociaal domein Voortgang en aanpak. Bijlage bij de Perspectiefnota 2017 – 2020*. En: Gemeente Zwolle (2016). *Versterken samenhang en samenwerking toegang. Thema 4 Transformatieagenda sociaal domein gemeente Zwolle*.

¹⁴ Bron: Serra, M e.a. (2015). *Evaluatie van jeugd GGZ dichtbij projecten (juli 2013-december 2014)*. Accare Molendrift.

¹⁵ Bron: Gemeente Nijmegen (2015). *Innovatievoorstel van De Combinatie voor de gemeente Nijmegen*.

Verschillen

Maar er zijn zoals gezegd ook verschillen tussen de modellen die de gemeenten hanteren. De verschillen zijn grofweg terug te voeren op twee variabelen:

- ② *De positionering van de specialistische ondersteuner KJP:* bij de huisarts, bij het lokaal team, bij allebei of bij vindplaatsen zoals de school/wijk. Er valt een tweedeling te maken tussen gemeenten waarbij de specialistische ondersteuner KJP is gepositioneerd bij één partij en modellen waarbij de specialistisch ondersteuner KJP verbonden is aan meerdere partijen
- ② *Het opleidingsniveau van de specialistische ondersteuner KJP:* betreft het een HBO'er (vergelijkbaar met POH-GGZ voor volwassenen), een gedragsdeskundige (universitair geschoold: jeugdpsycholoog of orthopedagoog) of een GZ-psycholoog/psychotherapeut/klinisch psycholoog (universitair met kopstudie)?

In schema 1 positioneren we de FoodValley- én referentiegemeenten op deze twee variabelen.

Schema 1 Versterken KJP-zorg 'aan de voorkant': typering van gemeentelijke modellen

Positionering ➔	Bij huisarts	Bij lokaal team	Bij huisarts én lokaal team	Bij school en in de wijk
GZ- of klinisch psycholoog	Barneveld, Rhenen, Scherpenzeel	Veenendaal	Nijkerk, Ede	
Jeugdpsycholoog of orthopedagoog		Renswoude		Nijmegen
HBO (à la POH)	Zwolle (met GZ-psycholoog als achtervang)			
Gedragsdeskundige of HBO			Westerkwartier	

Ervaringen met de verschillende modellen

De (eerste) ervaringen van de benaderde gemeenten zijn zonder uitzondering positief. Veel genoemde en gedeelde geluiden zijn:

- ⦿ Passende, snelle en adequate hulp door toevoeging van een poortwachtersfunctie richting JGGZ.
- ⦿ De indruk is dat er minder wordt verwezen en dat verwijzingen beter passend zijn.
- ⦿ Hoge patiënttevredenheid.
- ⦿ Huisartsen, lokale teams, scholen en gemeenten (CJG) weten elkaar steeds beter te vinden (korte lijntjes en snelle afstemming), maar dit heeft wel tijd nodig. Eén duidelijk centraal aanspreekpunt/contactpersoon bij alle partijen helpt daarbij.

Maar ook worden er punten en vragen genoemd die nog aandacht en verbetering behoeven. Ook op dat vlak zijn er opvallend veel overeenkomsten:

- ⦿ Er is nog onvoldoende zicht op kwantitatieve, cijfermatige resultaten. De nadruk lag tot nog toe op de implementatie. Monitoring is wel een ambitie, maar een volgende stap.
- ⦿ Het betrekken van stakeholders, met name huisartsen, is lastig, heeft tijd nodig en gaat niet vanzelf. Dit is een proces van zoeken en groeien, waarbij het van belang is om met elkaar in gesprek te blijven en continu de urgentie en meerwaarde van de pilot te laten zien.
- ⦿ De aansluiting en afstemming met lokale partijen in het veld kan beter. De specialistische ondersteuner KJP vormt een belangrijke verbindende factor tussen huisartsen, CJG, wijkteams, scholen, JGGZ, gemeente etc., maar ook dit heeft tijd nodig en moet groeien.
- ⦿ Hoe partijen te betrekken die geen deel van de pilot kunnen of willen uitmaken? Denk bijvoorbeeld aan kleine huisartspraktijken zonder geschikte ruimte en/of een relatief klein patiëntenbestand.
- ⦿ Hoe informatie handig en goed te ontsluiten (bijvoorbeeld in het huisartseninformatiesysteem: HIS), maar ook privacygegevens van patiënten te waarborgen?
- ⦿ Hoe, ook op de langere termijn dus na de pilotperiode, de structurele kosten te dekken?

Al met al kan worden geconcludeerd dat er vooral veel overeenkomsten zijn tussen de verschillende modellen die gemeenten hanteren om de psychosociale en jeugdpsychiatrische zorg 'aan de voorkant' te versterken. Zonder uitzondering zijn de gemeenten positief gestemd over 'hun' model, maar zijn er ook aandachts- en verbeterpunten. Overal is het een proces van zoeken en groeien.

Resultaten lijken niet zozeer afhankelijk en een direct gevolg te zijn van het gekozen model, als wel van de fase waarin de ketensamenwerking zich bevindt. In hoeverre is het gelukt om draagvlak te creëren en om betrokken partijen echt met elkaar in contact en gesprek te brengen? Uiteindelijk gaat het er vooral om of de verschillende partijen vertrouwen hebben in elkaar. Dat bepaalt in hoeverre zij elkaar weten te vinden.

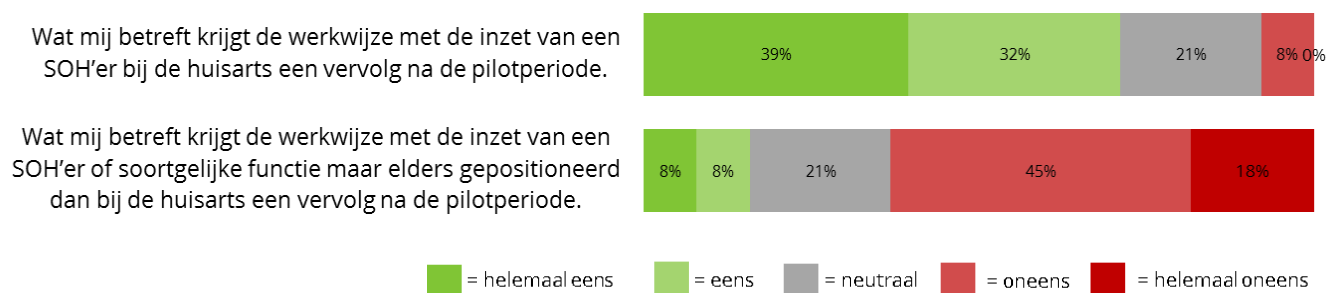
4.3 Vervolg en borging

In de quick scan, de aanvullende interviews en in de verdiepingssessies is tot slot expliciet stil gestaan bij het thema vervolg en borging. Drie aspecten blijken in dat kader cruciaal: positionering (4.3.1), profiel (4.3.2) en financiering (4.3.3).

4.3.1 Positionering van de specialistische ondersteuner KJP

De tussenevaluatie maakt duidelijk dat er breed draagvlak aanwezig is voor de specialistisch ondersteuner KJP. Vrijwel alle betrokkenen zien de meerwaarde van de inzet van een specialistische JGGZ'er 'aan de voorkant'. Over de positionering van de specialistische ondersteuner KJP is meer discussie. Duidelijk is dat de huisarts voor de meeste gezinnen en kinderen het belangrijkste eerste aanspreekpunt is. De laagdrempeligheid en nabijheid van de huisarts is een groot goed. In dat opzicht ligt het voor de hand de specialistische ondersteuner KJP daar onder te brengen, zo vindt het gros van de betrokkenen. Dat komt ook in de quick scan naar voren: zie figuur 6.

Figuur 6 Wensen ten aanzien van positionering van de SOH'er



Ook wordt echter duidelijk dat een sterkere verbinding met de lokale teams (en tevens scholen) gewenst is. Benadrukt wordt dat de afstand van de huisarts naar het naar lokale veld doorgaans nog (te) groot is. Dit vormt een belangrijk aandachtspunt. Uiteindelijk gaat het erom dat de verschillende werelden c.q. vindplaatsen (lokaal team, SOH/huisarts en scholen) elkaar leren kennen en weten wat ze aan elkaar hebben.

Een ander aandachtspunt is dat niet elke huisartspraktijk participeert. Niet elke huisarts heeft, bijvoorbeeld vanwege schaalgrootte of samenstelling van het patiëntenbestand, behoefte aan een eigen SOH'er. Vraag is dan hoe ervoor te zorgen dat ook deze patiënten de optie hebben om specialistische ondersteuning KJP te benutten.

4.3.2 Profiel van de specialistische ondersteuner KJP

Betrokkenen in de FoodValley zijn het erover eens dat de ondersteuner KJP gedegen kennis van de materie (een hoog opleidingsniveau) moet koppelen aan de hands-on mentaliteit die de huisartspraktijk zo kenmerkt. Het hoge opleidingsniveau (Universitair +) is nodig, omdat de SOH'er zich niet moet beperken tot de eerste hulpvraag en zichtbare problematiek. Hij of zij moet kunnen inschatten wat er met een kind of gezin aan de hand is (vraagverheldering, screening en triage), zelf gerichte kortdurende hulp kunnen bieden én in staat zijn om een afweging te maken welke hulp passend is. Want bij de doelgroep jeugd kan daadwerkelijk een groot verschil worden gemaakt. Het gaat er om dat de SOH'er een soort vooruitgeschoven post is van de JGGZ, om te voorkomen dat kinderen daar oneigenlijk terecht komen en om eerste vragen af te vangen. Dat vraagt om hooggekwalificeerde mensen met de juiste instelling (flexibel, pragmatisch, kortdurend, doen wat werkt, gezond verstand).

'Je moet als SOH'er kunnen verbinden en als specialist in de eerste lijn kunnen acteren.'

'Een interessant gegeven is dat SOH'ers hun ervaringen ook weer meenemen naar hun eigen organisatie. Dat zorgt voor nog meer verbinding en versterking.'

4.3.3 Financiering

De pilot SOH-KJP wordt vanuit een provinciale subsidie gefinancierd. Bij voortzetting van de werkwijze is structurele financiering nodig. In het onderzoek zijn vier opties besproken:

- 1** *Huisartsen.* Huisartsen zijn positief over de meerwaarde van de SO-inzet (betere kwaliteit van - want beter passende - zorg), maar kunnen en willen hier niet zelf in investeren. Huisartsen zijn kleine zelfstandigen en kunnen de kosten voor de inzet van een SOH'er niet terugverdienen.
- 2** *Zorgverzekeraars.* Op andere plekken in Nederland (onder andere Groningen) zijn zorgverzekeraars bereid mee te betalen aan de inzet van een POH-GGZ voor jeugd. Dit vanuit het oogpunt van vraagverheldering, aangezien dat onder reguliere huisartszorg valt. Dit is echter doorgaans geen gemeentelijk initiatief richting zorgverzekeraar, maar van huisartsen zelf. Argumenten die zij richting zorgverzekeraars gebruiken zijn:
 - Kosten voor de baat uit (preventie van zwaardere problematiek als kinderen volwassen worden); en
 - Door aanpak van psychosociale problematiek kunnen somatische klachten (die wel onder huisartszorg vallen) worden voorkomen.

- 3 *JGGZ-aanbieders.* Door aan de voorkant te investeren kunnen JGGZ-aanbieders helpen om binnen het afgesproken financiële vierkant te blijven. Echter, links- of rechtsom zal de ingezette zorg toch betaald moeten worden en daarvoor kijken de JGGZ-aanbieders uiteindelijk toch naar de gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor de gehele keten van preventief jeugdbeleid tot specialistische JGGZ en alles daar tussenin. Of de zorg meer aan de voorkant of meer aan de achterkant plaatsvindt maakt voor de JGGZ-aanbieders in financieel opzicht op zich niet uit, mits zij op beide plekken vertegenwoordigd zijn.
- 4 *Gemeenten.* Bij gemeenten ligt een financieel belang bij de inzet van de SOH'er. Op termijn zou de inzet van de SOH'ers zichzelf moeten terugverdienen doordat kinderen met psychosociale problemen sneller worden geholpen en op de juiste plek terecht komen (zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig).

De evaluatie maakt hoe dan ook duidelijk dat financiering een scope voor de langere termijn vergt. Uitrol zal in eerste instantie verdere investeringen vragen en de verdiensten treden pas na verloop van tijd op. Er zal dus commitment moeten worden aangegaan voor een langere periode (aantal jaren). Ook als signaal richting betrokkenen is dat cruciaal, want verschillende partijen geven aan dat zij een langere termijn perspectief nodig hebben om verder te kunnen en te willen gaan. Investeren in ketensamenwerking, afstemming en nieuwe structuren heeft immers alleen zin als de pilot een vervolg krijgt. En daar is breed draagvlak voor.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk geven we in 5.1, conclusies, eerst antwoord op de centrale onderzoeksvraag. Aan de hand daarvan vatten we de belangrijkste bevindingen van de evaluatie samen. In het verlengde daarvan formuleren we in 5.2 onze aanbevelingen voor het vervolg van de pilot SOH-KJP in de FoodValley.

5.1 Conclusies

Hoe effectief en efficiënt is de inzet van SOH'ers om jeugdhulp 'aan de voorkant' te versterken en doorverwijzingen beter te reguleren en welke lessen kunnen we trekken uit de pilot?

In zijn algemeenheid zijn betrokkenen positief over de kwaliteitsslag die door de inzet van de SOH-KJP wordt gemaakt: de geboden hulp en zorg is hierdoor beter afgestemd op wat kinderen en jongeren echt nodig hebben; zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. De ervaring is dat de SOH'ers – in lijn met de vooraf gestelde doelen en uitgangspunten – de psychosociale en jeugdpsychiatrische zorg voor jeugd laagdrempeliger, minder stigmatiserend, kortdurender en sneller maken. Zij zorgen ervoor dat de meer specialistische zorg meer en meer terecht komt bij kinderen en gezinnen die het écht nodig hebben.

Groeiproces

Duidelijk wordt echter óók dat er nog veel ruimte is voor verbetering. Er valt nog veel te winnen, vooral waar het gaat om de afstemming met de lokale teams. Wat dat betreft is er sprake van een groeiproces. Logischerwijs lag de focus in de opstartperiode op de inbedding van de SOH'ers in de huisartsenpraktijken; iets waar vrijwel alle tijd en energie in ging zitten. Nu dat steeds beter gaat en er een goede basis is gelegd wordt het zo langzamerhand tijd om, vanuit zorgstructuren, in toenemende mate de verbinding te gaan zoeken met de lokale teams (en ook met scholen). Want op dit moment weten huisartsen en SOH'ers doorgaans nog onvoldoende wat het lokaal team precies heeft te bieden. En andersom. Er is vooralsnog sprake van goeddeels gescheiden circuits en verwijzroutes.

Kostenreductie

Een van de aanleidingen van de pilot SOH vormde de relatief hoge instroom in de JGGZ in de regio FoodValley. Waar andere regio's in de periode 2012-2014 een lichte daling lieten zien noteerde de FoodValley een stijging in het zorggebruik door jeugd van ruim 16 procent. Een belangrijke vraag is dus of het met de inzet van SOH'ers lukt om niet alleen de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar ook de relatief hoge JGGZ-consumptie in de FoodValley terug te dringen. Betrokkenen zijn hierover positief gestemd, maar voor harde cijfermatige conclusies is het nog te vroeg. Daarvoor loopt de pilot nog te kort en zijn de aantallen nog te gering. Maar er worden op dit gebied wel stappen gemaakt en voorbereidingen getroffen. Aan de hand van een eerste grofmazige kosten-batenanalyse, gebaseerd op een aantal schattingen en aannames, laten we zien dat kostenbesparingen met name plaatsvinden wanneer verwijzingen naar de

specialistische JGGZ worden voorkomen. Wanneer door interventie van de SOH'ers minder kinderen terecht komen in de generalistische basis JGGZ of het lokaal veld is de kostenreductie gering respectievelijk zelfs negatief.

Per saldo lijkt de pilot SOH zich nu al terug te betalen doordat de SOH'ers circa een derde van de kinderen die zij zien, direct zelf helpen. Doordat deze kinderen niet worden doorverwezen wordt een kostenbesparing gerealiseerd van € 391 tot € 2.134 per SOH-cliënt. Hoe hoog de gemiddelde kostenbesparing is hangt af van de vraag in hoeverre cliënten, die door de SOH'ers wél worden verwezen, terecht komen bij een lichter hulpaanbod dan anders. Maar zelfs als dat in het geheel niet het geval is en de SOH-inzet voor deze groep dus een extra tussenstap is, wordt nog altijd een gemiddelde kostenreductie van € 391 per SOH-cliënt gerealiseerd. Zie 3.4.

Zoals gezegd is deze berekening echter gebaseerd op de nodige aannames en dient deze met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor een nauwkeurige analyse zijn meer en feitelijke gegevens nodig over verwijzingen en kosten van zowel huisartsenpraktijken met (interventiegroep) als zonder SOH'ers (controlegroep). In 3.5 presenteren we een rekenmodel om de kosten en baten van de inzet van SOH'ers in de nabije toekomst nauwgezet te gaan monitoren; per kwartaal en op drie niveaus: FoodValley totaal, gemeenten en huisartsenpraktijken. Juist door de vergelijking tussen gemeenten en huisartspraktijken wordt duidelijk waar verbetermogelijkheden liggen. Het centrale kengetal van de kosten-batenanalyse is *de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt tot 18 jaar*. De veronderstelling – en op basis van de eerste grofmazige analyse ook verwachting – is dat de gemiddelde (verwijs)kosten per patiënt in huisartspraktijken met een SOH'er lager liggen dan in huisartspraktijken zonder SOH'er.

Succesbepalende factoren

Zowel vanuit oogpunt van inhoud als kostenreductie kan dus worden geconcludeerd dat de pilot SOH zeer veelbelovend is. Daarbij geeft de pilot zicht op een aantal belangrijke succesbepalende factoren:

- 1 Stel de kwaliteit van de jeugdhulpverlening, ook in de communicatie, voorop: dat is het gezamenlijk belang waarvoor draagvlak bestaat bij alle betrokken partijen.
- 2 Zorg voor een lokale aanjager / kartrekker / verbinder, die ketensamenwerking op gang brengt door open gesprekken aan te gaan met de driehoek huisarts – GGZ-aanbieders – gemeente/lokaal veld.
- 3 Zoek naar en bespreek de mogelijkheden om de ketensamenwerking concreet te maken: hoe en waar gaat de afstemming tussen huisartsen, SOH'ers, lokale teams, scholen e.a. plaatsvinden?
- 4 Accepteer dat elke context anders is en dus ook vraagt om een eigen insteek of andere accenten. Lokaal maatwerk als uitgangspunt!
- 5 Start met partijen die mee willen doen en waar de energie zit. Zij kunnen als voorloper en voorbeeld dienen. Breid langzaam verder uit.
- 6 Zorg voor goede SOH'ers (niet iedere JGGZ'er is geschikt), duidelijke kaders (met bijvoorbeeld vuistregels voor de omvang van de inzet) en regelmatige afstemming en intervisie.
- 7 Accepteer dat het vraagt om een cultuuromslag en dus energie en tijd.

5.2 Aanbevelingen voor vervolg

Naar een meer gedifferentieerde SOH-aanpak

De subsidie voor de pilot is verlengd tot eind 2017. Dat maakt het mogelijk om het positief ingezette proces met de inzet van de SOH-KJP verder te verfijnen en uit te rollen en voor te sorteren op een structurele inbedding in 2018 en verder. De evaluatieresultaten geven daar alle aanleiding toe. In 5.1 wordt in dit kader al een aantal kritische succesfactoren en verbeterpunten genoemd. In het verlengde hiervan adviseren wij om toe te werken naar een meer gedifferentieerde aanpak met variatie in de positionering van de SOH-KJP, om zodoende ruimte te bieden voor nog meer verbinding en verbreding.

Een meer gedifferentieerde aanpak maakt lokaal maatwerk mogelijk en sluit ook aan bij de constatering in de benchmark dat niet zozeer het model als wel de fase en kwaliteit van de ketensamenwerking bepalend is voor de mate van succes van specialistische ondersteuning KJP 'aan de voorkant'. Daarbij verdient het aanbeveling om uit te gaan van een vindplaatsgerichte benadering, die dus per lokale situatie kan verschillen. Geredeneerd vanuit het perspectief van kinderen en gezinnen geldt immers dat toegankelijkheid belangrijker is dan inrichting. De lokale vraag is derhalve steeds: bij welke lokale partijen c.q. vindplaatsen komen (ouders van) jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen in beeld?

Positionering van de SOH-KJP bij de huisarts én het lokaal team

Voor de meeste gezinnen geldt de huisarts als het eerste aanspreekpunt. De laagdrempeligheid en nabijheid van de huisartspraktijk vormt een groot goed. Niet voor niets vormt dat met afstand de belangrijkste toegangspoort naar de JGGZ. De directe verbinding naar de huisarts is een sterk werkzaam bestanddeel van de pilot SOH en zowel vanuit inhoudelijk als financieel oogpunt ligt het derhalve voor de hand om de SOH-KJP ook in de toekomst primair te positioneren binnen de huisartspraktijk.

Echter sinds 2015 vormt het lokaal team een tweede toegangspoort naar de JGGZ; een toegangspoort die geleidelijk aan steeds belangrijker wordt, omdat deze nog volop in ontwikkeling is. Om die reden valt er veel voor te zeggen om ook binnen de lokale teams te voorzien in SOH-inzet, zodat ook daar wordt afgeschaald waar mogelijk en opgeschaald waar nodig.

Met het oog op afstemming biedt het veel voordeel als SOH'ers binnen beide gremia actief zijn, dat wil zeggen: dat zij een deel van hun werkzaamheden binnen de huisartspraktijk uitvoeren en een deel vanuit het lokaal team. Op die manier kunnen zij letterlijk en figuurlijk de 'linking pin' vormen en is de afstemming nog beter geborgd.

Aansluiting met huisartsen zonder SOH'er

Door te voorzien in SOH-inzet vanuit het lokaal team wordt bovendien een alternatief geboden voor patiënten van huisartspraktijken die niet beschikken over een eigen SOH'er; bijvoorbeeld omdat daarvoor hun caseload te klein is of omdat ze om een andere reden niet willen of kunnen participeren. Bij twijfel kunnen deze huisartsen dan de SOH'er van het lokaal team consulteren of inschakelen. Een andere mogelijkheid is dat patiënten van dergelijke huisartspraktijken voor SOH-hulp terecht kunnen bij een huisartspraktijk in de buurt waar wel een SOH'er aanwezig is.

Verbinding met andere vindplaatsen

Huisartsen en lokale teams vormen samen de twee toegangspoorten richting de JGGZ. Hier kunnen ouders en kinderen zich uit eigen beweging melden als zij aanlopen tegen opvoed- en opgroevragen en -problemen. Daarnaast zijn er ook andere partijen die dergelijke problemen kunnen en misschien wel proactief moeten signaleren. Daarbij valt in de eerste plaats te denken aan scholen en jeugdartsen. Maar bijvoorbeeld ook sportverenigingen en jeugdclubs staan in direct contact met kinderen en gezinnen en kunnen vanuit die hoedanigheid een signalerende rol spelen. De uitdaging is steeds om gegeven de lokale situatie te bezien hoe en met wie af te stemmen en ketensamenwerking vanuit de zorgstructuren aan te gaan. Dat kan er bijvoorbeeld toe leiden dat SOH'ers periodiek om tafel zitten met schoolmaatschappelijk werkers, jeugdartsen, en intern en ambulante begeleiders op scholen. Een andere mogelijkheid is dat de specialistische ondersteuners KJP een beperkt deel van hun tijd bij belangrijke vindplaatsen als scholen en sportverenigingen invullen, zodat zij ook daar direct kunnen signaleren, adviseren en ondersteunen en de verbinding in de persoon is geborgd.

Regie en financiering

Kortom: hoe de ketensamenwerking en afstemming het beste kan worden vorm gegeven is een vraag die alle lokale betrokkenen – huisartsen, JGGZ-aanbieders, lokaal team, scholen en andere vindplaatsen – *met elkaar* dienen te beantwoorden. Logischerwijs heeft de gemeente in dit proces de rol van regisseur. Het is immers de gemeente die uiteindelijk verantwoordelijk is voor een sluitende keten van preventie en zorg voor jeugd. Zij zal in dit proces dan ook in eerste instantie het initiatief moeten nemen, ook in financieel opzicht. Dat neemt niet weg dat de financiële vraag wel aan bod kan en moet komen in het gezamenlijk overleg met de ketenpartners. Met als kernvraag: hoe kunnen we de zorg voor jeugd met opvoed- en opgroei-problemen inhoudelijk en kwalitatief zo goed mogelijk inrichten, maar het óók betaalbaar houden? Uitgangspunt daarbij moet zijn dat de SOH-inzet zich op termijn terugbetaalt. Dat vraagt om een lange termijn benadering, want in eerste instantie zal de uitrol en verbreding een investering vergen. De pilot laat echter al voorzichtig zien dat die investering zich langzaamaan lijkt terug te betalen, doordat de SOH-inzet ertoe leidt dat minder kinderen worden doorverwezen naar de specialistische JGGZ. Nauwgezette monitoring, op de manier zoals eerder aangegeven (zie 3.5 voor het geadviseerde rekenmodel), is nodig om hier meer en beter inzicht in te krijgen.

Bijlage 1 Overzicht aanvullende interviews

Projectleiders pilotgemeenten FoodValley

- | | | |
|---|-------------------|-------------------------|
| 1 | Corine Schuil | - gemeente Rhenen |
| 2 | Henk Krooi | - gemeente Nijkerk |
| 3 | Marieke Postma | - gemeente Barneveld |
| 4 | Jan Peter Scholte | - gemeente Ede |
| 5 | Willem Buitenhuis | - gemeente Scherpenzeel |

Overige pilotbetrokkenen

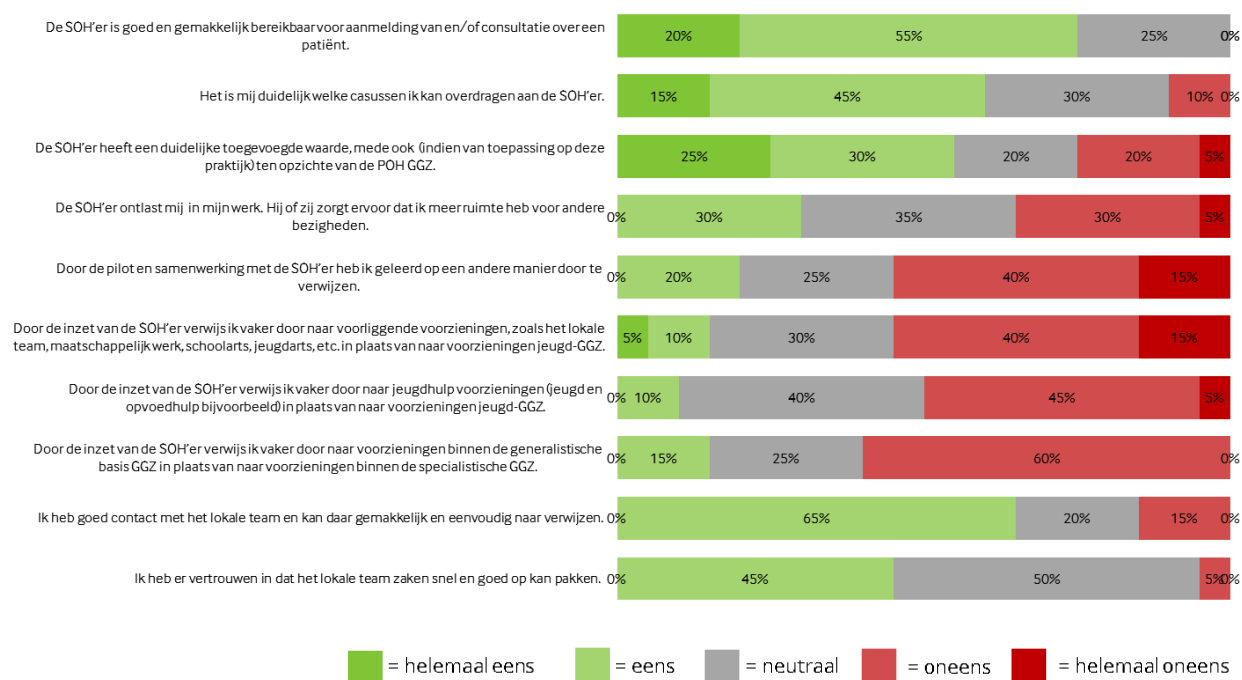
- | | | |
|----|----------------------|--|
| 6 | Peter de Geus | - budgetverantwoordelijke/ beleidsregisseur regio FoodValley |
| 7 | Klaske Gonlag | - coördinator aanpak jeugd-GGZ regio FoodValley |
| 8 | Erik Otten | - Karakter Academie |
| 9 | Patricia van Deurzen | - Karakter Academie |
| 10 | André van Boekholt | - Karakter Academie |

Projectleiders benchmarkgemeenten

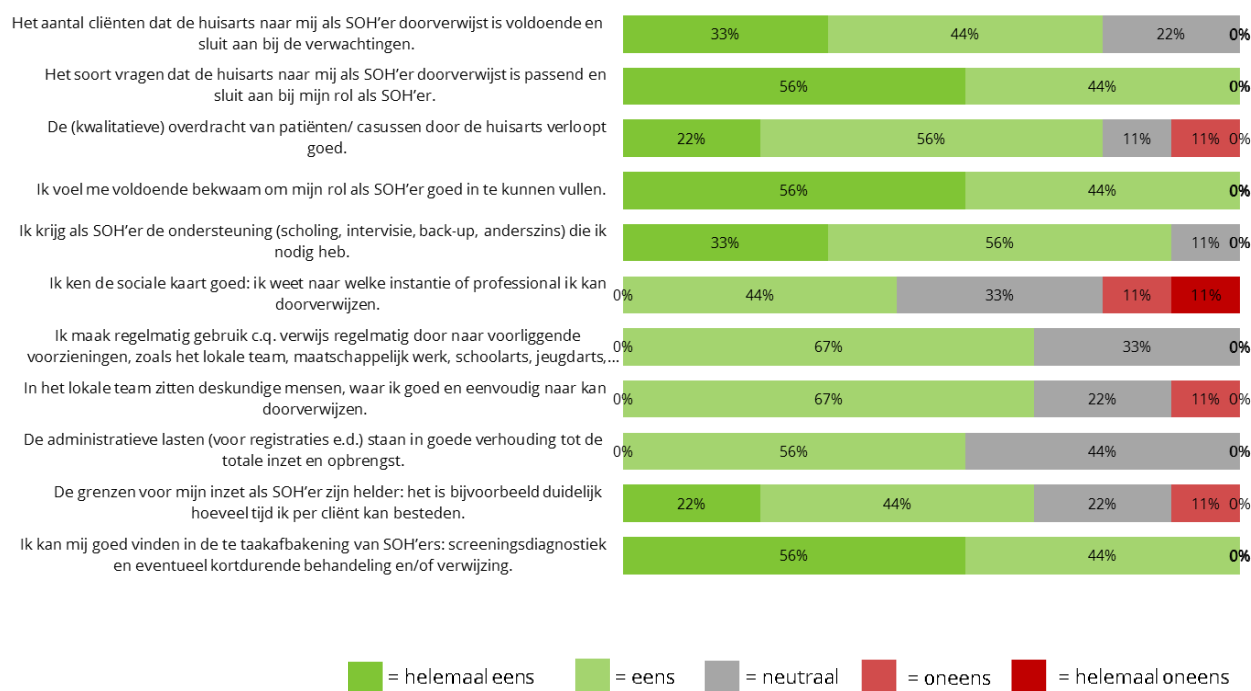
- | | | |
|----|-------------------|--|
| 11 | Lidi Kieviet | - gemeente Zwolle (benchmark) |
| 12 | Manon Pruijm | - gemeente Westerkwartier (benchmark) |
| 13 | Ilse Lesschen | - gemeente Renswoude |
| 14 | Erik Vermathen | - gemeente Veenendaal |
| 15 | Maaïke Baggerman | - gemeente Veenendaal |
| 16 | Chris Raaijmakers | - projectleider 'De school als vindplaats' Nijmegen (Entrea) |

Bijlage 2 Huisartsen en SOH'ers over de inrichting, werkwijze en samenwerking

Huisartsen aan het woord (n=20)



SOH'ers aan het woord (n=9)



DSP-groep BV
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam
+31 (0)20 625 75 37

dsp@dsp-groep.nl
KvK 33176766
www.dsp-groep.nl

DSP-groep is een onafhankelijk bureau voor onderzoek, advies en management, gevestigd aan de IJ-oeveren in Amsterdam. Sinds de oprichting van het bureau in 1984 werken wij veelvuldig in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook voor maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Het bureau bestaat uit 40 medewerkers en een groot aantal freelancers.

Dienstverlening

Onze inzet is vooral gericht op het ondersteunen van opdrachtgevers bij het aanpakken van complexe beleidsvraagstukken binnen de samenleving. We richten ons daarbij met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van zo'n vraagstuk. In dit kader kunnen we bijvoorbeeld een onderzoek doen, een registratie- of monitorsysteem ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of (tijdelijk) het management van een project of organisatie voeren.

Expertise

Onze focus richt zich met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van een vraagstuk. Wij hebben o.a. expertise op het gebied van transitie in het sociaal domein, kwetsbare groepen in de samenleving, openbare orde & veiligheid, wonen, jeugd, sport & cultuur.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers..



DSP-groep is ISO 9001:2008 (kwaliteitsmanagement) en 14001:2004 (duurzaamheid) gecertificeerd en aangesloten bij VBO en OOA.