

Expertise aan de voorkant: Evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ in Gooi - en Vechtstreek

EINDRAPPORTAGE ONDERZOEK (I):

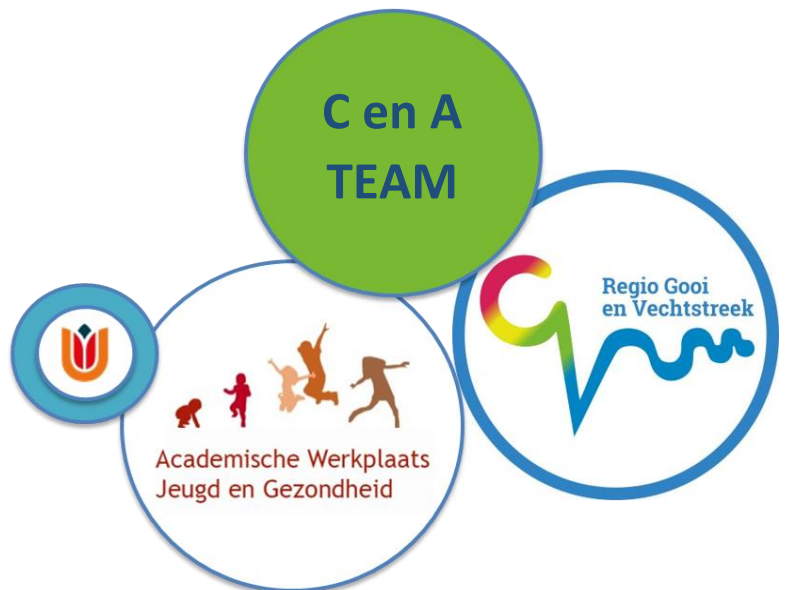
documenten, interviews en focusgroepen

December 2018

Sumayah Vandenbussche
Mariëtte Hoogsteder
m.m.v.
Vivianne Dörenberg en
Marieke Zwaanswijk

ZonMw project

736200004



Inhoud

1. INLEIDING	2
2. OPZET EN METHODEN KWALITATIEVE EVALUATIE	4
3. RESULTATEN	4
3A. Documentanalyse en interviews	4
Opzet en organisatie van het C en A team	5
De werkzaamheden door het C en A team in de praktijk	8
Waargenomen effecten en beoordeling van het C en A team door betrokkenen	11
3B. Focus groepen	13
Doelstellingen en Taken C en A team	13
Samenstelling C en A team en formatie	15
Werkwijze C en A team	16
Privacy	17
Algemene Tevredenheid	17
4. STERKTE-ZWAKTE ANALYSE VAN HET C EN A TEAM	18
Algemene observaties	18
Sterkte- Zwakte analyse	19
5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	20
6. REFERENTIES.....	22
BIJLAGEN	23
Bijlage I	23
Bijlage II	24

1. INLEIDING

Psychische problemen bij jeugdigen tussen 0 en 18 jaar komen veel voor. In Nederland heeft naar schatting 11% - 28% van de kinderen en adolescenten psychosociale problemen (variërend per leeftijdsgroep) (Postma, 2008; Zeijl, 2005; Stevens, 2018; Verhaak, 2015). Zwaanswijk e.a. tonen aan dat huisartsen slechts bij 6,6% van de kinderen en 7,5% van de adolescenten psychische problemen registreren. Veel kinderen en adolescenten met psychosociale problemen worden dus niet door de huisarts gezien of mogelijk niet als zodanig herkend. Hierdoor ontvangen zij vaak niet de hulp die ze nodig hebben (Zwaanswijk, 2011; Verhaak, 2015). Onbehandeld kunnen deze problemen het functioneren nu en in de toekomst ernstig belemmeren, maar ook leiden tot ernstigere problematiek en een groter zorggebruik (Hofstra, 2002). Tijdige opsporing en laagdrempelige behandeling is daarom van belang.

Sinds de transitie Jeugdzorg in 2015, is deze signalering en de behandeling van psychische problemen in de Basis GGZ (SGGZ) en de Specialistische GGZ (SGGZ), inclusief de financiering, onder verantwoordelijkheid van de gemeenten gekomen. Dit zou gepaard moeten gaan met een inhoudelijke transformatie van het jeugdbeleid, waarbij preventie, vroegtijdige ondersteuning/zorg en een betere samenwerking tussen professionals (integrale hulp) centraal staan, om zo het gebruik van gespecialiseerde zorg te verminderen. Als gevolg van de transitie zijn door beleidsmakers en professionals in het veld nieuwe initiatieven ontwikkeld om deze doelstellingen te realiseren. Deze kunnen per gemeente of regio verschillend georganiseerd zijn.

Een van de initiatieven die gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek (Blaricum, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Weesp, Wijdemeren en meer recentelijk Eemnes) hebben genomen in het kader van de Jeugdwet is de oprichting van een Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ. Dit team bestaat uit twee jeugdartsen en een klinische psycholoog (Kind en Jeugd). Het Consultatie en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek (kortweg C en A team) is opgericht ter ondersteuning van huisartsen in de regio en jeugdconsulenten van de gemeenten bij vragen en verwijzingen op het gebied van psychische en psychosociale problemen.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een cruciale rol in vroegsignalering van psychische of psychosociale problemen. Jeugdartsen bevorderen preventie als specialist van en voor een gezonde jeugd, zij hebben sociaal-medische expertise en kennis over de ontwikkeling van het kind (AJN, 2015; NCJ 2015). De jeugdartsen richten zich dus niet alleen op klachten, maar ook op het gezin en de omgeving. Een centrale rol van de JGZ ligt daarom voor de hand, in het bijzonder voor de jeugdarts die huisartsen en andere verwijzers ondersteunen, zoals medewerkers van de diverse gemeentelijke toegangen. Voor zover bekend worden jeugdartsen of JGZ-organisaties hier landelijk niet of nauwelijks voor ingezet en initiatieven zijn tot nu toe niet onderzocht (Theunissen 2018).

Op 1 mei 2016 is het evaluatieonderzoek naar het C en A team van start gegaan. De werkwijze en resultaten van het C en A team zijn in kaart gebracht door middel van kwalitatieve (I) en kwantitatieve (II) onderzoeksmethoden.

In dit rapport komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

1. Wat is de werkwijze van het C en A team?
 - a. Wat zijn randvoorwaarden voor het C en A team, inhoud, samenwerkingsafspraken in de keten, intakeprocedure, gebruikte screeningsinstrumenten, afspraken met ouders, ervaren knelpunten en gewenste verbeteringen?
- 2a. Hoe beoordelen huisartsen, medewerkers van de gemeentelijke toegangen, andere verwijzers en zorgaanbieders de werkwijze en de kwaliteit van het C en A team?
- 2b. Hoe beoordelen ouders en jeugdigen (vanaf 12 jaar) de werkwijze en de kwaliteit van het C en A team?

Om deze vragen te beantwoorden, zijn de volgende gegevens verzameld:

- Om de werkwijze van het team en verwijzers in kaart te brengen, zijn (beleids)documenten verzameld en oriënterende interviews met sleutelfiguren gehouden. Tevens zijn evaluaties van ouders middels evaluatieformulieren van het C en A team meegenomen.
- Op basis hiervan zijn online focusgroepen (OFG's) gehouden met ouders, jeugdigen en met professionals (huisartsen, jeugdartsen en jeugdconsulenten).
- Tenslotte is een face-to-face focusgroep (FG) met huisartsen gehouden.

In deze rapportage presenteren we de resultaten van de evaluatie van de (beleids)documenten, interviews, aangevuld met door ouders ingevulde evaluatieformulieren en de focusgroepen. Aan de hand van een juridische analyse van de documenten, interviews en focusgroepen is tevens een juridische beschouwing opgesteld over privacy en gegevensbescherming / omgaan met persoonsgegevens over het C en A team (Dörenberg, 2018); onderdelen hiervan zijn in deze rapportage opgenomen. De juridische beschouwing zal apart worden gepubliceerd.

2. OPZET EN METHODEN KWALITATIEVE EVALUATIE

Voor het onderzoek zijn verschillende beleidsdocumenten, -notities en -memo's verzameld over de periode voorafgaand aan en gedurende de ontwikkeling van het C en A team, opgevraagd bij de regio Gooi en Vechtstreek en de oprichters/medewerkers van het C en A team. De semigestructureerde interviews zijn uitgevoerd door twee ervaren onderzoekers aan de hand van een vooraf bepaalde interview agenda. Van elk interview is door de onderzoekers schriftelijk verslag gedaan. Deze zijn gecodeerd in Atlas.ti en samen met de verzamelde (beleids-)documenten geanalyseerd.

Naast de document analyses en oriënterende interviews zijn verschillende focusgroepen gehouden.

- Online Focusgroepen met i) professionals, ii) ouders en iii) jeugdigen, die ervaring hadden met en/of hulp hebben gezocht bij het C en A team). Er is gebruik gemaakt van asynchrone online focusgroepen. Elke dag, gedurende 5 dagen, is door de onderzoekers minimaal een nieuwe vraag (soms met enkele sub vragen) op een web-based OFG applicatie (NIVEL, Zwaanswijk) geplaatst. Deelnemers konden via een persoonlijke inlogcode inloggen in de OFG en reageren op vragen/stellingen van de onderzoekers. Daarnaast konden zij ook reageren op antwoorden van andere deelnemers, zodat een discussie/gesprek kon ontstaan. Digitale transcripten van de OFG's werden gebruikt voor analyses in Atlas.ti.
- Een face-to-face focusgroep met huisartsen uit de regio, die regelmatig gebruik maakten van de diensten van het C en A team. Deze focus groep werd geleid door de hoofdonderzoeker (de moderator) en een tweede onderzoeker (de observator). Het gesprek is op audiotape opgenomen en letterlijk getranscribeerd voor analyses in Atlas.ti.

De resultaten van de document analyses en oriënterend interviews vormden het kader voor de kwalitatieve analyses van de focusgroepen.

3. RESULTATEN

3A. Documentanalyse en interviews

Beleidsdocumenten, informatiebrieven en formulieren van het C en A team tot en met 2016 zijn geïncorporeerd in de analyses, latere documenten zijn in dit stuk als referentie meegenomen. In totaal zijn 12 (beleids)documenten verzameld (zie tabel 1 Bijlage I) en 9 oriënterende interviews afgenomen. De geïnterviewden waren een gemeenteambtenaar en een stafarts JGZ, beiden betrokken bij de oprichting van het C en A team, drie leden van het C en A team, twee huisartsen en twee jeugdconsulenten (waarvan één leidinggevende) die samenwerken met C en A team.

Op basis van de documentanalyse en explorerende interviews zijn de opzet en organisatie, werkzaamheden in de praktijk en waargenomen effecten van en tevredenheid met het C en A team in kaart gebracht. Een samenvatting van deze resultaten wordt grafisch weergegeven in Figuur 1 (zie Bijlage II).

Opzet en organisatie van het C en A team

Aanleiding en totstandkoming

De oprichting van het C en A team moet gezien worden binnen het kader van de transitie jeugdzorg. Op 18 januari 2014 heeft de Eerste kamer ingestemd met de Jeugdwet, waarmee gemeenten per januari 2015 verantwoordelijk werden voor alle hulp en zorg aan jeugdigen tot 18 jaar. Zeven van de negen gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek (Blaricum, Bussum, Hilversum, Huizen, Muiden, Naarden, Muiden) werkten samen om deze zorg te organiseren. Bij de oprichting van het C en A team waren naast de regio Gooi en Vechtstreek, de jeugdgezondheidszorg (jeugdartsen en stafarts), jeugdconsulenten en huisartsen van de Gemeenschappelijke Huisartsenorganisatie Gooi en omstreken (GHO-GO) betrokken. Vanaf 2013 startte als voorbereiding op de transitie jeugdzorg overleg tussen de gemeenten, huisartsen, JGZ en GGZ-instellingen. Uit de interviews komen verschillende perspectieven naar voren over de aanleiding voor het C en A team.

De regio wilde alle betrokken partijen laten inzien dat er een maatschappelijk probleem speelde, namelijk dat veel kinderen met (vermeende) psychische of psychiatrische problematiek verwezen werden naar de specialistische jeugd GGZ (SGGZ). Hierdoor ontstonden wachtlijsten en kregen veel kinderen mogelijk niet tijdig de juiste behandeling. Volgens meerdere geïnterviewde werden kinderen met een DSM diagnose gelabeld om verwijzingen naar de tweede lijn mogelijk te maken en kosten te kunnen declareren (zie ook Tabel 1 document, d.d.14-1-1013).

Deze praktijk zou door de transitie jeugdzorg kunnen verergeren en zelfs tot faillissement van de gemeenten kunnen leiden. De gemeenten zouden dan immers de behandeling van een groeiend aantal jeugdigen moeten vergoeden, terwijl er minder budget beschikbaar zou komen. De gemeenten wilden daarom samen met de huisartsen toewerken naar meer betaalbare zorg en bezuinigen door efficiënter en integraal te werken. Dat konden ze realiseren met meer zorg en hulp in de nulde en eerste lijn en minder verwijzingen naar de tweede lijn. Vroegtijdige signalering en ondersteuning kon plaats vinden door afstemming en samenwerking met andere zorgprofessionals. De vraag om betere samenwerking kwam dus vanuit de regiogemeenten.

“In eerste instantie is geprobeerd om een kritisch gesprek met de huisartsen aan te gaan. Toen dit geen doel leek te treffen, is gekozen voor een alternatief, namelijk de oprichting van een consultatie- en adviesteam.” (I2)

De huisartsen noemen in de aanloop naar de transitie dat zij onvoldoende expertise hadden over

“Er zijn tegenwoordig zoveel aanbieders, het is lastig om dat bij te houden en fijn als iemand daarin kan adviseren” (I8)

psychische problematiek bij jeugd en onvoldoende inzicht in de sociale kaart. Ook speelt een gebrek aan tijd (en soms druk van de ouders om door te verwijzen (Interview 1)). Ze verwijzen in veel gevallen kinderen dan maar door naar de

GGZ, “soms naar de verkeerde”. Ze hebben behoefte aan ondersteuning en zagen een mogelijke oplossing in het inzetten van een praktijkondersteuner jeugd-GGZ, te financieren door de gemeenten.

Middels “de proeftuin” (Tabel 1, document d.d. 1-10-2015) werden de behoeften van (toen nog) bureau jeugdzorg in kaart gebracht en kwam onder meer naar voren, dat medewerkers, *de jeugdconsulenten* behoefte hadden aan ggz-kennis, met name voor de ADHD- en autismeproblematiek die binnen de regio veel speelde.

De jeugdartsen zagen dat hun rol onder druk kwam te staan, in het licht van de transitie jeugd en de verwachte veranderingen. Zij voelden zich gedwongen na te denken over hun meerwaarde en zich meer te

“Ik zou graag zien dat huisartsen altijd de jeugdarts van het kind betrekken bij klachten van vermoedelijk psychische aard. Dit kan ‘de vraag achter de vraag’ verhelderen.” (I6)

profileren. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) zag een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd in het nieuwe jeugdveld, vanwege haar centrale rol in gezinnen, hun kennis over de (normale) ontwikkeling van het kind en kennis van de sociale kaart. Dit maakt de JGZ in hun ogen dé partij voor vroegtijdige signalering en zorg in de nulde- en eerste lijn. Daarnaast wilden zij het gat tussen de huisartsen en de jeugdartsen dichten: Professionals in de JGZ verwijzen wel naar de huisarts, maar de huisarts niet naar de jeugdarts. De jeugdartsen vinden dat de JGZ de huisarts veel te bieden heeft bij jeugd met psychische klachten.

In de regio waren nog geen POH jeugd-GGZ-ers beschikbaar, de regiogemeenten wilden liever een organisatievorm of oplossing waarbij zij meer controle konden houden. De JGZ zag hier een rol voor het preventieve 'voorveld' en kwam met het voorstel om een consultatie- en adviesteam op te richten. Dit is door de gemeenten meteen aangegrepen.

De gemeente onderzocht de mogelijkheden van een dergelijk team, om enerzijds te ontzorgen en anderzijds direct passende hulp te realiseren voor het gezin en de jeugdige .

Start en samenstelling C en A team

In het vierde kwartaal van 2014 is gestart met een pilot van het C en A team, met enkele huisartsen. Het C en A team bestond toen uit twee jeugdartsen (voor de verbinding met scholen en jeugdgezondheidszorg) en drie psychologen. In deze maanden keken vijf grote GGZ-praktijken in de regio mee met de aanmeldingen en beoordeelden de werkwijze van het team.

Er was maar korte voorbereidingstijd en de pilot liep enkele maanden. Er kwamen weliswaar weinig aanmeldingen, ongeveer 30, maar toch waren cliënten en huisartsen positief. De gemeente zag genoeg in het C en A team om het vanaf 2015 voort te zetten (zie ook Tabel 1, document, d.d. 3-11-2014).

Per 1 januari 2015 is het C en A team formeel ingezet voor de hele regio. De huisartsen en jeugdconsulenten werden geïnformeerd, dat het team per 1 januari 2015 tot hun beschikking zou staan. Steeds meer huisartsen sloten zich aan en de aanmeldingen stroomden binnen. Het team startte met een klinisch kinder- en jeugdpsycholoog, twee jeugdartsen, een kinder- en jeugdpsychiater en een orthopedagoog. De laatste twee waren op afroep beschikbaar met een consultatieve functie, maar de C en A teamleden hebben daar geen gebruik van gemaakt. Daarom waren ze na een jaar niet meer betrokken bij het C en A team. Daarmee bestaat het huidige C en A team uit twee jeugdartsen en een klinisch psycholoog/ psychotherapeut (specialisatie Kinder en Jeugd), die tevens projectleider is. Er is bewust gekozen voor de specifieke expertise van jeugdartsen en een klinisch psycholoog. Jeugdartsen weten wat binnen de normale ontwikkeling valt en kunnen als arts differentiaal diagnostisch denken, dat wil zeggen onderscheid maken tussen verschillende mogelijke diagnoses. Daarnaast kunnen ze gemakkelijk communiceren met huisartsen. De klinisch psycholoog heeft expertise over psychische en psychiatrische problemen, zowel poliklinisch als klinisch en kennis van het jeugd GGZ veld (JGGZ). Daarnaast kan deze kortdurend behandelen en begeleiden.

Doelstellingen en taken C en A team

Bij de start werd het doel van het C en A team als volgt geformuleerd:

- huisartsen en andere toeleiders ondersteunen met 'diagnostiek' en adviezen voor toeleiding naar passende zorg. Passende zorg is niet verwijzen bij normaal gedrag, verwijzen naar het voorveld bij lichtere problematiek en verwijzen naar specialistische zorg bij zwaardere problemen.
- bieden van (kortdurende) hulp aan het gezin / de jeugdige wanneer er sprake is van GGZ problematiek, maar deze problematiek niet in aanmerking komt voor BGGZ of SGGZ.

Het C en A team had daarbij de opdracht onnodige diagnostiek of inzet van zorg zoveel mogelijk te voorkomen, om kosten te besparen (zie ook Tabel 1, document, d.d.25-09-2014).

De eerste drie taken van het C en A team zijn vanaf 2015 vastgesteld en ongewijzigd gebleven:

1. Vraagverheldering, consultatie en advies ter ondersteuning van de huisartsen, jeugdconsulenten en POH-GGZ (en eventueel scholen) voor jeugdigen (en hun ouders) met klachten waarbij onduidelijk is welke zorg kan worden geboden.
2. Kortdurende behandeling / begeleiding voor kinderen en jongeren met klachten op verschillende gebieden: sociale contacten, pesten, angsten, slaapproblemen; problemen ten gevolge van echtscheiding (met uitzondering van gezinnen in een vechtscheiding); psychosomatische klachten; gedragsproblemen of schoolverzuim. Deze kortdurende begeleiding door de psycholoog van maximaal 5 gesprekken, is geïndiceerd indien er sprake is van klachten waarvoor verwijzing naar de JGGZ niet mogelijk is. Het gaat erom vroeg / preventief in te grijpen en te voorkomen dat deze kinderen tussen wal en schip raken, omdat zij niet in aanmerking komen voor BGGZ of SGGZ. Contra indicatie is het vermoeden van een DSM-IV stoornis of indicatie voor behandeling DSM-IV stoornis. "Het C en A team is geen oplossing ter overbrugging van wachttijden van een GGZ instelling."
3. Advies over verwijzingen naar de BGGZ of SGGZ.

Vanaf 2016 kwamen daar de volgende taken voor het C en A team bij:

4. Adviseren Regionaal Bureau Leerlingzaken (RBL) met betrekking tot vrijstelling van leerplicht.
5. Overleg, beoordeling/advies met aanbieders over aanvragen met betrekking tot het tweede traject BGGZ.
6. Advies met betrekking tot vragen over hele jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen op meerdere vlakken (Integrale Vroeghulp).

Daarnaast heeft de teamleider / klinisch psycholoog sinds 2016 twee taken aan het team toegeëigend:

7. Professionalisering, deskundigheidsbevordering en scholing van de jeugdconsulenten van de gemeentelijke uitvoeringsdiensten (voorheen Bureau Jeugdzorg), jeugdverpleegkundigen, doktersassistenten en jeugdartsen van de JGZ.
8. Ondersteuning van gemeentebesturen bij inkoop JGGZ en contractbeheer.

Door deze acht taken fungeert het C en A team als een intermediair in de regio; het team versterkt het voorveld, laat zien wat er aan hulp mist en waar de JGZ aanbod kan creëren.

Het C en A team was oorspronkelijk bedoeld voor de huisartsen en uitvoeringsdiensten (jeugdconsulenten) in de Regio Gooi en Vechtstreek. Inmiddels biedt het C en A team dus ook expertise over de jeugd GGZ aan andere partijen, zoals aan Jeugd en Gezin Gooi en Vechtstreek (JGZ), praktijkondersteuners (POH-ers), RBL (Regionaal Bureau Leerlingzaken), scholen en Veilig Thuis.

De werkwijze van het C en A team is steeds hetzelfde gebleven. Huisartsen, jeugdconsulenten of anderen kunnen kinderen met psychosociale problemen, waarvoor zij ondersteuning nodig hebben, aanmelden bij het C en A team via de mail met een aanmeldingsformulier. Afspraak is dat een lid van het C en A team zo snel mogelijk, uiterlijk binnen twee weken, contact met de aanmelder/verwijzer of het gezin/de jeugdige opneemt.

Aansturing en financiering C en A team

De opdrachtgever van het C en A team is de regio Gooi en Vechtstreek, het samenwerkingsverband tussen acht gemeenten.

Het team legt verantwoording af aan programmasturing en rapporteert aan de programmamanager. Het C en A team valt dus niet onder Jeugd en Gezin en heeft daardoor een onafhankelijke positie.

Het C en A team wordt gefinancierd door de deelnemende gemeenten in de regio via een verdeelsleutel. Iedere gemeente stelt jaarlijks een bedrag ter beschikking, ten behoeve van het C en A team. De twee jeugdartsen zijn in dienst van Jeugd- en Gezin die hen voor een aantal uren detacheert aan de regio. De klinisch psycholoog is in dienst van de regio.

In het geval van doorverwijzingen, declareert de zorgaanbieder de kosten voor de jeugdhulp bij de gemeente.

De regio heeft geen afspraken gemaakt met het team of hun verwijzers omtrent het aantal rechtstreekse verwijzingen naar de BGGZ/SGGZ dat jaarlijks zou mogen plaatsvinden, noch over doorverwijzingen naar de uitvoeringsdiensten.

De werkzaamheden door het C en A team in de praktijk

Het verwijzerproces

Een huisarts die een kind bij het C en A team heeft aangemeld, verwijst het kind of gezin rechtstreeks naar jeugdhulp. Het C en A team, c.q. de jeugdartsen, kan ook rechtstreeks verwijzen. In het geval van doorverwijzingen, verwijst het C en A team het kind/gezin meestal zelf en gaat het niet meer via de huisarts. Dat is klantvriendelijker en efficiënter. Bij alle verwijzingen geldt dat het gezin zich tot een bepaalde zorgaanbieder moet wenden, de huisarts/het C en A team wijst enkel op het aanbod.

Het team kan op twee manieren ingeschakeld worden, telefonisch tijdens kantooruren op de directe telefoonnummers van de drie leden en per e-mail op het adres van het C en A team. In de praktijk worden ook andere vormen van aanmelding geaccepteerd. Aanmeldingen via de mailbox van het C en A team worden op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag uitgelezen. Het C en A team neemt binnen twee (school) weken contact op met het gezin. Het C en A team is gedurende schoolvakanties, dus zo'n 12 tot 13 weken per jaar, niet bereikbaar.

Als er sprake is van een acute situatie, worden kinderen direct naar de GGZ of crisisdienst verwezen. Soms belt het C en A team de JGGZ voor overleg.

Als er geen acute zorg nodig is, beoordeelt het C en A team de klacht of het probleem en probeert in een gesprek met ouders/jeugdigen de hulpvraag te definiëren: het gesprek omvat een anamnese, vraagverheldering, inschatten balans (draagkracht/last) en zorgbehoefte. Vervolgens schakelt het C en A team de noodzakelijke hulp in: algemeen toegankelijke hulp als het kan, kortdurende begeleiding (maximaal 5 gesprekken) door de kinder- en jeugd psycholoog uit het C en A team, JGGZ of verwijzing naar de basis of specialistische JGGZ of gemeentelijke uitvoeringsdiensten.

Voor huisartsen geldt een specifiek aanmeldingsformulier dat zij per mail naar het C en A team sturen (Tabel 1, Verwijsbrieven/Informatiebrieven.). De huisarts vult het formulier zo volledig mogelijk in, behalve bij consultatievragen. Deze blijven altijd anoniem. Het team beantwoordt deze telefonisch of per mail. Bij de overige vragen neemt het C en A team contact op met het gezin.

Een lid van het C en A team stelt zich voor, legt uit wat het C en a team doet en laat ouders kiezen of zij een telefonisch gesprek willen of liever langskomen.

Omdat de jeugdconsulenten van de uitvoeringsdiensten generaliserend werken, zijn er geregeld vragen over casussen waarbij specialistische kennis en ervaring nodig is. De jeugdconsulenten schakelen dan ook vooral hulp van het C en A team in voor specifieke kennis over psychische problemen en stoornissen. Aan medische kennis van de jeugdartsen zeggen de jeugdconsulenten minder behoefte te hebben, dit voor hen niet nodig om de vraag van de jongere of ouders te verhelderen. Ze doen een beroep op het team bij complexe problematiek. Ze kunnen met het team gemakkelijk, laagdrempelig en snel overleggen. Ze vinden het contact erg belangrijk. De tweewekelijkse casuïstiekbespreking met het C en A team werkt deskundigheid bevorderend. Verwijzingen naar jeugdhulpverlening gaan in principe via de jeugdconsulente, maar in de praktijk laten ze dit wegens drukte ook regelmatig over aan het C en A team.

“Het is fijn om een ingang naar een expert te hebben.” (14)

De jeugdconsulenten van de gemeente consulteren het C en A team sinds 2016 tijdens een tweewekelijks overleg (casuïstiekbespreking) dat door de projectleider van het C en A team geïnitieerd is. Voor die tijd was het mogelijk het C en A team telefonisch te benaderen, maar gebeurde dit nog niet systematisch. De projectleider sluit waar mogelijk ook aan bij overige intervisiebijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen van de jeugdconsulenten.

Aanmeldingen bij de orthopedagoog gaan via school.

C en A team op locatie

Sinds 2017 zit het C en A team om de week een dagdeel op locatie bij twee huisartsenpraktijken in Huizen, op hun verzoek. Deze huisartsen hadden in het verleden een POH-GGZ die ook kinderen begeleidde en zij zagen in het C en A team een vervanging. Vanuit het C en A team leek het een mooie kans om de nabijheid en bekendheid van het team te vergroten. De werkwijze voor aanmelden en de werkzaamheden van het C en A team bleven ongewijzigd. De jeugdartsen doen hun werkzaamheden zoals ze dit vanaf hun eigen locatie ook doen, ze houden dus geen speciaal spreekuur in de praktijk.

Samenwerking en rolverdeling C en A team

Bij aanvang van het project waren de drie leden van het C en A team allemaal evenredig betrokken en verantwoordelijk voor de verwijzingen. Daarbij voerde de klinisch kinder- en jeugdpsycholoog / projectleider de kortdurende behandelingen uit.

Gaandeweg heeft de klinisch kinder- en jeugdpsycholoog veel deskundigheid over psychische problematiek overgebracht op de jeugdartsen. Zij zijn nu meer de voordeur van het team geworden.

Daarnaast houden de jeugdartsen nu ook kortdurende begeleidende gesprekken.

De kinder- en jeugdpsycholoog wordt nu alleen nog betrokken bij specialistische (GGZ) vragen. Daarnaast is zij als projectleider verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het team en de externe contacten.

In de beginfase was er tweewekelijks overleg tussen de leden van het C en A team onderling. Dit is er door niet meer, wegens “tijdgebrek en om praktische redenen”. Wegens andere werkzaamheden en door het tweewekelijks werken op locatie in Huizen, zijn de momenten waarop zij elkaar kunnen treffen schaars. Onderling overleg gaat nu vaker telefonisch of per e-mail.

Administratie en dossiervoering

Het C en A team heeft geen administratieve of secretariële ondersteuning. De leden van het C en A team doen hun eigen administratie, registratie en maken afspraken met ouders en verwijzers zelf. Ze houden weinig tijd over voor structurele casuïstiekbespreking en de verdere ontwikkeling van hun eigen team.

Bij de oprichting in 2015 was het de bedoeling aantekeningen van het C en A team in het digitaal kind dossier (DD JGZ) op te nemen. Om privacy redenen is besloten hier van af te zien. Gegevens konden niet worden afgeschermd voor derden en niet alle ouders gaven toestemming. Daarnaast kon de projectleider niet registreren in het DD JGZ, zij heeft daar geen toegang toe.

Het C en A team houdt nu een aparte registratie bij, die alleen voor de drie leden toegankelijk is. Ze registreren basisgegevens met betrekking tot de verwijzer, het kind/jeugdigen, de problematiek en vervolgadvies of verwijzing.

De dossiervoering van het C en A team vond aanvankelijk plaats via een registratiebestand in Excel ten behoeve van de gemeente. Hierin werd bijgehouden om welke soort verwijzer het ging, uit welke gemeente deze kwam, de leeftijd en woonplaats van het kind/gezin en aantal contactmomenten, soort consultatie/hulpvraag en uiteindelijke advies dat het C en A team gegeven had. Daarnaast hielden de C en A teamleden inhoudelijke aantekeningen over de hulpvraag en casuïstiek op de aanmeldingsformulieren of in persoonlijke notitieboekjes bij.

Sinds de start van dit evaluatie onderzoek wordt al deze informatie samen in het registratiebestand bijgehouden. Tevens wordt per begin 2017 van alle aangemelde kinderen/gezinnen een apart dossier bijgehouden en digitaal opgeslagen in een beveiligde omgeving.

Anonieme telefonische consultaties die ter plekke werden afgehandeld, werden aanvankelijk der niet geregistreerd. Dat leverde problemen op als er later toch op een casus teruggekomen moest worden, bijvoorbeeld met een aanmelding. Daarom registreert het team sinds medio 2017 ook anonieme consulten met datum en naam van de consultatievragers.

Volgens afspraak tussen het C en A team en de gemeenten wordt jaarlijks van deze registraties voor de regio een geanonimiseerde eindrapportage opgemaakt over het aantal aanmeldingen en verwijzingen (Bergsma, 2017).

Gegevensuitwisseling

Om de privacy van cliënten te waarborgen hebben de regiogemeenten er voor gekozen om het C en A team samen te stellen uit professionals met een medisch beroepsgeheim c.q. geheimhoudingsplicht. De gedachte was dat dit tevens het contact met huisartsen kon vergemakkelijken.

De regio ontwikkelde de aanmeldingsformulieren, waarin op de achterkant gezaghebbende ouders en jeugdigen vanaf twaalf jaar en ouder voortoestemming moeten tekenen voor het uitwisselen van informatie. Dit laatste blijkt met name van belang voor de terugkoppeling vanuit het team aan de professional die het gezin heeft aangemeld c.q. verwezen. Voornoemde formulieren dienen zoals gezegd door de aanmelders c.q. verwijzers via e-mail aan het team gestuurd te worden. De regiogemeenten hebben hiervoor een speciaal e-mailadres aangemaakt, een functionele mailbox binnen de netwerk omgeving van de regiogemeenten waarvoor alleen de leden van het C en A team geautoriseerd zijn. Tot slot heeft de regio een jurist aangetrokken die tevens voor het C en A team beschikbaar is om eventuele vragen rondom privacy, geheimhouding en gegevensuitwisseling te beantwoorden en advies te geven.

Informatie over en naar aanleiding van een aanmelding wordt nu hoofdzakelijk via e-mail uitgewisseld, zowel via het e-mailadres van het team als via de e-mailadressen van de jeugdartsen bij Jeugd en Gezin. Daarbij gaat het om normaal vertrouwelijke gegevens, zoals contactgegevens van het gezin, maar ook om bijzonder vertrouwelijke gegevens met betrekking tot de gezondheid van ouders en/of kind. De praktijk is dat sommige huisartsen het nu nalaten om het aanmeldingsformulier volledig ingevuld (voor- en achterkant) in te sturen naar het C en A team en dat het team bij ontvangst van de aanmelding met het formulier teruggaat c.q. terug moet gaan naar de huisarts of het gezin.

Naast informatieverstrekking en -uitwisseling via e-mail, wordt ook telefonisch en in persoon over casuïstiek gesproken. Dit kan zijn naar aanleiding van een aanmelding via e-mail, waarbij aanmelder en team overleg voeren over de juiste hulp voor het kind/ gezin, maar vaker gaat het hierbij om consultvragen en wordt casuïstiek geanonimiseerd besproken. De jeugdconsulten brengen naar eigen zeggen in het tweewekelijkse overleg met de klinisch psycholoog casuïstiek altijd geanonimiseerd in. Niettemin zeggen zij vooraf toestemming aan ouders en/of kind te vragen voor het bespreken van een casus.

Waargenomen effecten en beoordeling van het C en A team door betrokkenen

Waargenomen effecten

Of de doelstellingen van het C en A team behaald worden is moeilijk te bepalen. Lange termijn effecten zijn nog niet te meten.

Uit de registraties blijkt dat 35% van de huisartsen gebruik maakt van het C en A team (van den Broek, 2017). Er is dus nog steeds een groot aantal huisartsen dat niet of nauwelijks verwijst naar het C en A team.

Dit is volgens het C en A team zelf en de geïnterviewde huisartsen te wijten aan het onvoldoende in beeld zijn bij de huisartsen. Daarbij denken zij dat veel van hun collega huisartsen/verwijzers ook nog steeds niet goed weten wat het team precies is en te bieden heeft.

Wel lijkt er een leereffect uit te gaan van de adviezen van het C en A team. Huisartsen die gebruik hebben gemaakt van het team, weten bijvoorbeeld in gelijksoortige gevallen beter wat ze daar een volgende keer mee aan moeten. Voor een individuele huisarts betreft het maar weinig gevallen per jaar en geen enkele casus is hetzelfde. De beschikbaarheid van het team blijft daarom belangrijk en zeer gewenst.

Kracht van het C en A team

Het C en A team wordt gezien als een verbinder in de regio, dit is volgens de gemeente en C en A team een belangrijke kracht. Door de verbinding te maken met de huisartsen is er meer samenwerking ontstaan, tevens is het een verbindende factor tussen de uitvoeringsdiensten. Uitvoeringsdiensten kunnen hierdoor van elkaar leren. Daarnaast vindt men de onafhankelijke status van het team een belangrijke meerwaarde, evenals de hulp die het team te bieden heeft. Deze wordt snel ingezet en geeft een duidelijk antwoord op waar de juiste hulp te vinden, dat is volgens de respondenten precies waar gezinnen en verwijzers (huisartsen) behoefte aan hebben.

Het team heeft als meerwaarde dat jeugdartsen de expertise in huis hebben om te kijken wat normaal is en wat niet meer en dat zij differentiaal diagnostisch kunnen denken. De klinisch psycholoog kan vanuit haar achtergrond meer gerichte vragen op GGZ niveau stellen en heeft ingangen bij andere medisch beroepsbeoefenaren indien er behoefte is aan aanvullende expertise.

Tevredenheid

Ouders/kinderen en verwijzers die gebruik hebben gemaakt van de diensten van het C en A team zijn zeer tevreden met de geleverde 'zorg'. Dit blijkt uit de cijfers van de evaluatieformulieren die kinderen/ouders meekrijgen na hun contact met het C en A team, zij geven gemiddeld een 9.

Volgens de geïnterviewde huisartsen lijkt het er op dat deze ouders/kinderen op de juiste plek terecht zijn gekomen (dat wil zeggen zij hebben 'hulp' gekregen en zijn niet opnieuw voor dezelfde problemen bij de huisarts op consult geweest).

“duidelijk en geholpen naar de juiste hulpverlening” (Ouder2)

“vriendelijk, vakkundig, respectvol.” (Ouder3)

Verwijzers zijn zeer positief over de werkwijze, bereikbaarheid en samenwerking met de medewerkers van het C en A team. Er wordt snelle en goede hulp geboden. Met name de laagdrempeligheid, snelle service en beschikbaarheid van kortdurende begeleidende gesprekken wordt door de huisartsen als een belangrijke meerwaarde van het C en A team gezien. Huisartsen met een medewerker van het C en A team in de praktijk, zijn zeer positief over deze constructie. De lijnen zijn korter, dus even overleggen is makkelijker en een gezicht bij de naam maakt de samenwerking prettiger.

Het feit dat het C en A team onbereikbaar (gesloten) is tijdens de vakanties, wordt als een negatief punt genoemd, met name in de zomervakantie van 6 weken. Daarnaast vinden sommige het aanmeldings-/toestemmingsformulier, omslachtig en tijdrovend. Huisartsen geven in dit verband aan dat zij bij normale verwijzingen ook niet verplicht zijn om met een aanmeldings-/toestemmingsformulier te werken. Met betrekking tot het privacy gedeelte hebben de geïnterviewde huisartsen aangegeven dat zij moeite met het feit dat alle communicatie, inclusief persoonlijke informatie, via de mail verloopt.

Toekomst (verbeterpunten) C en A team

Het C en A team zal in de toekomst volgens de respondenten meer een expertteam moeten zijn, een soort denktank, meer consultatie voor de complexe casuïstiek. Lichtere zaken zouden sneller/directer naar het voorveld kunnen/moeten. Volgens de leden van het C en A team groeit vanuit alle type verwijzers de behoefte aan consultatievragen.

“Wellicht behoort een roulatiesysteem waarbij het C en A team om de zoveel tijd bij een andere praktijk op locatie gaat zitten tot de mogelijkheden.” (13)

Huisartsen vinden de optie om kortdurende begeleiding in te kunnen zetten van grote waarde. Ze zijn zeer tevreden over hoe het nu gaat en hopen dat het C en A team op deze manier blijft voortbestaan, kleinschalig en toegankelijk. Aan de andere kant lijkt er vanuit de huisartsen nog steeds een behoefte te zijn om de expertise in huis te hebben. De meeste respondenten geloven dat het belangrijk is voor de zichtbaarheid en herkenbaarheid om op locatie te zitten.

Huisartsen zouden liever zien dat er bij aanmelding gebruik wordt gemaakt van zorgmail/zorgdomein. Dit zou veiliger zijn en het verwijzen naar het C en A team makkelijker maken - huisartsen hoeven het genoemde aanmeldings-/toestemmingsformulier niet langer in te vullen en te versturen en de verwijsbrief en terugkoppeling zouden meteen in het huisartsendossier terecht komen.

De medewerkers van het C en A team vinden de werkdruk hoog. Zij hebben meer tijd voor onderlinge casuïstiekbespreking nodig en er is behoefte aan meer ruimte om na te denken over de verder invulling van de taken en ontwikkeling van het team.

3B. Focus groepen

In totaal zijn drie online focusgroepen gehouden:

- OFG1 met professionals (N= 7), die ervaring hadden met het C en A team. Aan deze focusgroep namen twee huisartsen, twee jeugdconsulenten, een jeugdarts en een POH deel. (in tabel 1 weergegeven met P)
- OFG2 met ouders van kinderen/jeugdigen (N=4) die voor vraagverheldering en advies contact hadden gehad met het C en A team. (O)
- OFG3 met kinderen/jeugdigen (N=4) die voor vraagverheldering en advies contact hadden gehad met het C en A team. Aan deze focusgroep namen twee meisjes en een jongen deel in de leeftijd van 6-14 jaar. Een deelnemer wilde anoniem blijven. (J)

Als aanvulling op de OFG's is een extra face-to-face focusgroep (FG) gehouden met huisartsen (N=5). Dit bood de onderzoekers de kans om nog wat dieper in te gaan op bepaalde onderwerpen en resultaten uit de andere analyses verder uit te vragen. Aan deze focusgroep namen vier huisartsen uit de regio deel die regelmatig gebruik maakten van de diensten van het C en A team en één huisarts in opleiding, die onbekend was met het C en A team. (H)

De bevindingen uit alle focusgroepen zijn ingedeeld in vijf kernthema's (aansluitend op Figuur 1 zie Bijlage II):

1. Doelstellingen & taken; 2. Samenstelling van het team & formatie; 3. Werkwijze; 4. Gegevensuitwisseling & Privacy; en 5. Algemene tevredenheid. Onder deze vijf thema's zijn verschillende subthema's en uitspraken vervolgens gescoord als positief, neutraal, negatief of verbeterpunt (zie tabel 2)

Doelstellingen en Taken C en A team

Professionals, ouders en jeugdigen zijn overwegend positief of neutraal over het C en A team, er werden weinig negatieve punten genoemd. Verbeterpunten die ze noemden waren gericht op aspecten die nog beter konden of zaken die nog misten.

Bijna alle professionals vonden dat het C en A team een behoefte vervulde en een goede laagdrempelige oplossing bood ter ondersteuning van huisartsen en andere verwijzers bij verwijzingen van kinderen/jeugdigen met psychische en psychosociale problemen.

P5 (OFG1): *"Vanuit het C en A team is er tijd en expertise om de hulpvraag te verhelderen en zo een adequate verwijzing te doen. Hierdoor zijn mogelijk minder directe verwijzingen naar de GGZ nodig waardoor de wachttijd daar kan afnemen."*

H2 (FG): *"(...) voor mij werkt het omdat het juist snelle en korte lijntjes zijn en er een snelle terugrapportage volgt .."*

P1 (OFG1): *"Het team is een onmisbare schakel. Wat ik met name heb ervaren is hoe fijn het is dat een jeugdige in gesprek kan met het C en A team op momenten dat de drempel voor aanmelding bij GGZ nog te hoog is. Daarbij helpt het adviseren binnen mijn team voor een deskundigheidsbevordering en is deze behoefte bij complexe cases groot."*

Ouders vonden dat het C en A team nuttige adviezen gaf met betrekking tot hulp en/of een verwijzing. Wel zeiden ze dat zij bij een verwijzing alsnog te maken kregen met lange wachttijden en ze vonden dat het C en A team daar een rol in zouden moeten vervullen.

O4 (OFG2): *“Jammer dat de tijd tussen het advies en de daadwerkelijke hulpverlening zo lang duurt, mijn zoon wilde heel graag geholpen worden maar moest na consultatie nog 5 maanden wachten op een plek bij de jeugdpsycholoog en daarna weer 3 maanden voor een afspraak bij de kinderarts.”*

Ook de professionals en huisartsen waren kritisch met betrekking tot de wachttijden in de jeugd GGZ en zagen een rol weggelegd voor het C en A team bij de overbrugging van de wachttijden.

P1 (OFG1): *“Ik vraag me af in hoeverre het C&A team de wachttijden kunnen ondervangen of overbruggen, hiermee verplaats je een structureel probleem. Wel zou het team mee kunnen denken over alternatieven en aan de hand van het advies en bij consultatie ervoor kunnen zorgen dat kinderen worden aangemeld bij een passende GGZ aanbieder.”*

Een belangrijk thema voor huisartsen is de rol van scholen en de mogelijke positie van het C en A team hierin bij triage. Huisartsen schakelen veelal het C en A team in bij wat zij noemen “vagere” problematiek, waarbij niet duidelijk is of het psychiatrisch is, psychosociaal, of systemisch. Ook zeiden zij dat veel van de problematiek in hun praktijk gerelateerd was aan school (dyslexie, ADHD) of gezin (scheidingen). Vaak worden kinderen door school naar de huisarts verwezen, maar huisartsen hebben niet de tijd en de expertise op dit gebied en verwijzen dan toch door naar een specialist, terwijl dit misschien lang niet altijd nodig is.

H4 (FG): *“.. maar je kunt natuurlijk als regio een afspraak maken met alle huisartsen dat we het hier in het Gooi op deze manier gaan doen. Dat je zegt het C en A team is voor alle aanmeldingen waarbij je ADHD vermoedt. Ik denk dat het een mooi spaarpotje is.”*

De huisartsen hadden groot vertrouwen in de jeugdartsen van het C en A team, zodat ze het team voor dit soort problematiek graag in het traject voor de huisarts zouden zetten.

H2 (FG): *“En ook is hier school weer een hele belangrijke, ik denk dat, daar draait alles om, om school, daar wordt het gesignaleerd, daar worden de problemen gezien, het is een hele natuurlijke weg om via school naar de jeugdartsen C en A team, dat hoeft eigenlijk helemaal niet bij ons langs..”*

H4 (FG): *“die experts moeten aan de voorkant zitten, en de orthopedagoog kan ook een expert zijn, maar niet als je nog niet weet wat er aan de hand is. Dus die voorkant net zoals wij expert zijn in de triage, in, achter ons gaat iedereen de pijplijnen in, zo moeten zij zich ook ontwikkelen als een soort scheidslijn tussen wat is normaal en wat is extreme psychiatrie en alles wat er tussen zit. En daar achter zitten de experts op die gebieden.”*

Samenstelling C en A team en formatie

Professionals, inclusief de huisartsen zijn zeer tevreden over de samenstelling van het C en A team. Zij vonden het erg prettig een expertteam in te kunnen schakelen en vonden het belangrijk met een arts en/of psycholoog te kunnen overleggen. Daarbij vonden zij het belangrijk voor de korte lijnen, snelle hulp en makkelijke samenwerking dat het C en A team niet te groot of log werd, maar waren aan de andere kant bang dat het C en A team in de huidige formatie niet aan alle vragen zou kunnen voldoen.

P2 (OFG1): *“Grote deskundigheid en kennis van het netwerk op gebied van jeugd... Als het C en A team blijft, denk ik dat uitbreiding van formatie nodig zal zijn en ook verbreding van expertise. Bijvoorbeeld op gebied van inzet orthopedagoog.”*

H3 (FG): *“nou, je merkt dat je zaken doet met personen die weten waar ze het over hebben en dat geeft mij weer het vertrouwen dat ik ook dat advies kan oppakken en daarmee verder kan. Dat vind ik heel fijn, dat de samenstelling is zoals ie is, en dat het, maar dan heb je het over de grootte, dat het een behapbare groep is. Ja”*

Sommige professionals bespraken daarnaast de POH-jeugd GGZ als mogelijk alternatief van het C en A team. De meeste huisartsen vonden dit echter geen geschikte oplossing, vanwege het relatief kleine aantal kinderen met dergelijke problematiek dat zij in hun praktijk zagen en de kosten en problemen met huisvesting die een POH GGZ jeugd met zich mee zou kunnen brengen.

P7 (OFG1): *“C en A team mag blijven. Een alternatief is regio breed POH-ggz jeugd vanuit de gemeente gefinancierd en gefaciliteerd.”*

H1 (FG): *“De verzekeraar vindt dat we ook de jeugd meteen mee zouden moeten gaan behandelen bij wijze van spreken, want je krijgt ook een euro en een kwartje per kwartaal per jeugdige, maar de kosten zijn voor de volwassenen POH nauwelijks kosten dekkend, laat staan de woonruimte, laat staan dat we de jeugd nog mee gaan behandelen. Dat is mijn mening.”*

H3 (FG): *“ja ik zou niet weten, hoe je het, wat H1 zegt, in de huidige behuizing kijkt zou moeten.”*

Werkwijze C en A team

Professionals, ouders en jeugdigen waren het meest positief over de korte wachttijd voor het C en A team.

De bereikbaarheid voor verwijzers en gezinnen werd echter minder goed beoordeeld. Ook het feit dat het C en A team gesloten is gedurende de vakantie werd daarbij genoemd. Sommige huisartsen vonden het aanmeldformulier te bewerkelijk en zouden liever op een andere manier verwijzen, zij gaven aan behoefte te hebben aan face-to-face overleg of een telefonisch spreekuur. Jeugdconsulenten vonden een structurele casuïstiekbespreking met het C en A team wenselijk. Enkele huisartsen bij wie het C en A team tweewekelijks in de praktijk aanwezig is, waren juist zeer tevreden met de bereikbaarheid van het team en de nog kortere lijnen die zij daardoor hadden. Zij vonden tevens dat dit de bereikbaarheid voor ouders en kinderen/jeugdigen ten goede kwam.

P6 (OFG1): *“De bewerkelijkheid van het aanmeldformulier herken ik. Zou veel praktischer zijn om met een gewone verwijsbrief vanuit je HIS te kunnen werken.”*

P1 (OFG1): *“Bij het opnemen van contact met het C & A team: op sommige momenten is het jammer dat het C&A team niet direct bereikbaar is voor vragen. Wel is er altijd snel contact (...)”*

P3 (OFG1): *“Ik ben in staat om met de hulpverleners van het C & A team rechtstreeks te overleggen omdat ze bij ons in het pand zitten, dat is wel erg makkelijk en maakt de samenwerking duidelijk beter!”*

Professionals en ouders waren zeer tevreden over het gesprek met een medewerker van het C en A team. Er werden de juiste vragen gesteld en passende oplossingen aangeboden. Wel zouden ouders en jeugdigen liever afspreken op een andere locatie, dicht bij huis of op school.

O1 (OFG1): *“Er wordt de tijd genomen om echt te luisteren en samen een plan van aanpak te realiseren.”*

J4 (OFG3): *“Dat ze bij mij thuis komen of op school. ik vond het echt niet tof dat we naar Bussum moesten fietsen. Liever beetje in de buurt dan mis ik ook niet zo lang school.”*

H1 (FG): *“Er vindt hier een goed interview plaats met moeder en kind bij wijze van spreken. Er wordt gekeken nou welke problemen knellen, je krijgt er een stukje nette terugrapportage over terug. Het interview is uitgebreider geweest dan ik ooit op de praktijk gedaan had, dus ze voelen zich gehoord en gezien en*

S. Vandenbussche & M. Hoogsteder, Expertise aan de voorkant. Evaluatie van een Consultatie en Adviesteam jeugd ggz in Gooi en Vechtstreek

tegelijkertijd omdat ze gehoord en gezien zijn, is het advies wat daaruit volgt ook veel acceptabeler omdat ze voelen gehoord en gezien te zijn."

Privacy

Ouders waren van mening dat hun privacy goed geregeld was, omdat zij een toestemmingsformulier voor gegevensuitwisseling getekend hadden. Professionals dachten ook dat de privacy werd geborgd door hun eigen beroepscode en die van de medewerkers van het C en A team. Professionals hadden wel hun twijfels bij de huidige wijze van gegevensuitwisseling via de mail en vonden dit een urgent probleem was.

P7 (OFG1): *"Gezien mailverkeer zou er technisch gezien onveilig overdracht van info kunnen plaats vinden. Ik ga er van uit dat mailverkeer veilig is geborgd door C en A team, maar heb daar geen zekerheid over."*

P2 (OFG1): *"Alle betrokken professionals zijn mijns inziens verantwoordelijk voor het waarborgen van de privacy, ieder vanuit zijn/haar eigen beroepscode."*

O2 (OFG2): *"Er werd zeer duidelijk gevraagd of de gegevens mochten worden doorgestuurd naar derden."*

H3 (FG): *"...de GGD of het C en A team moet zich aansluiten op zorgmail, ...dat is denk ik wel iets wat op korte termijn opgepakt moet worden, want wat ik net al zei ik heb een tijdje niks verwezen omdat er zich niks heeft voorgedaan, maar als ik nu een verwijzing zou moeten doen naar het C en A team zou ik dat misschien toch achterwege laten omdat ik niet veilig kan mailen."*

Algemene Tevredenheid

Alle professionals (inclusief huisartsen), ouders en jeugdigen waren zeer tevreden over het C en A team, de kennis en expertise van de medewerkers, de werkwijze en de manier waarop zij hun taken uitvoeren. Met name de bejegening van zowel professionals als ouders en kinderen door de medewerkers van het team werd zeer gewaardeerd.

P3 (OFG1): *"Ik ben heel tevreden over de kwaliteit van de hulpverlening en zie niet direct verbeterpunten."*

J1 (OFG3): *"Ik vond het jammer dat ik maar één keer mocht komen, want de dokter was heel lief."*

H4 (FG): *"Ik vind het echt super (...) Ja, ik ben echt heel enthousiast, ik ben blij dat jullie er zijn, want het geeft me nu in ieder geval het gevoel dat ik een zinvolle verwijzing doe en dat ontbrak er nog wel eens aan, dat ik dacht ik verwijs naar een instantie omdat iemand dat aanraadt maar geen flauw idee of dat nou goed is. Nu weet ik zeker dat dat goed is."*

O3 (OFG2): *"Ik heb het ervaren als een zeer fijn en vertrouwd gesprek. De "klachten" werden erkend voordat ik had verteld wat er aan de hand was. Dit was voor mij een teken dat ik op de goede weg zat. Alles werd serieus genomen en ook mijn kind."*

O2 (OFG2): *"Wij voelden ons meteen gehoord en begrepen. Het gevoel geven dat er wat met de problemen gedaan gaat worden."*

4. STERKTE-ZWAKTE ANALYSE VAN HET C EN A TEAM

Algemene observaties

Het C en A team is vanaf de start heel pragmatisch opgezet en continu in ontwikkeling. Knelpunten in de praktijk, veranderingen in vraag van verwijzers en ontwikkelingen binnen de gemeente sturen daarom de werkzaamheden en het aanbod van het team. Dit en het ontbreken van (gedocumenteerde) randvoorwaarden en werkafspraken, bemoeilijkt het beschrijven van eenduidige taken, doelstellingen en duidelijke werkwijze van C en A team.

De regio ziet het C en A team als een soort paraplu waar ze nieuwe taken onder kunnen hangen. Veel respondenten (verwijzers en ouders en kinderen/jeugdigen) waren echter niet op de hoogte van deze taken. De meeste respondenten die op de hoogte waren zien deze uitbreiding van taken als passend, al zijn niet alle taken officieel vastgelegd.

Nog steeds wordt niet door alle huisartsen in de regio gebruik gemaakt van de diensten van het C en A team. Dit komt volgens de respondenten doordat huisartsen niet op de hoogte zijn van het bestaan van het C en A team of van wat het team te bieden heeft. De nieuwe verwijzers in de vorm van de jeugdconsulenten van de uitvoeringsdiensten hebben het aantal aanmeldingen bij het C en A team verhoogd en daarmee is de werkdruk toegenomen. In het kader van efficiëntie en mogelijk het bestaansrecht van het C en A team in de gemeente lijkt de brede taakstelling een goede ontwikkeling, maar de kerntaken dreigen door de toegenomen (over)belasting van het C en A team ondergesneeuwd te raken. Alle verschillende taken en functies van de leden, met als gevolg het werken met twee petten op (onafhankelijke positie C en A team medewerker en Jeugdarts), draagt hiertoe bij. Dit laatste draagt tevens bij aan de problemen omtrent de privacy en zorgt ervoor dat de medewerkers van het team niet makkelijk te bereiken zijn voor ad hoc overleg. Aan de andere kant zijn deze functies onderdeel van hun expertise en dragen zij dus bij aan de meerwaarde van het C en A team, die door alle deelnemers van het onderzoek erkend wordt.

Alle respondenten zijn zeer tevreden over het C en A team, zij doet waar ze voor opgericht is en de medewerkers van dit team hebben de kennis en expertise om de beoogde taken goed uit te voeren en doen dit ook. Ouders en jeugdigen worden snel en goed geholpen en vriendelijk en respectvol behandeld, dit wordt door alle respondenten zeer gewaardeerd. Verbeterpunten zijn voornamelijk gericht op de werkwijze, praktische en procedurele zaken. Door de goede ervaringen met het C en A team en de geleverde kwaliteit zien huisartsen en ouders ook belangrijke nieuwe taken weggelegd voor het C en A team zoals het overbruggen van wachttijden en een triagefunctie aan de voorkant. Hiervoor zal echter uitbreiding van het team nodig zijn, waarbij respondenten duidelijk wensen dat het team vooral zijn samenstelling moet behouden (jeugdartsen en psychologen) en niet te log moet worden.

Sterkte- Zwakte analyse

Tabel 3 Sterkte - zwakte analyse C en A team op basis van documentanalyse en oriënterende interviews.

	Sterkte	Zwakte
Opzet en Organisatie	Team flexibel m.b.t de ontwikkelingen op gemeentelijk niveau, zodat bijvoorbeeld het takenpakket makkelijk uitgebreid of aangepast kan worden.	Pragmatische insteek beïnvloedt interne organisatie, registraties, verantwoording en privacy aspecten.
	Expertteam: de specifieke en unieke samenstelling van het C en A team. Hierdoor is kennis in huis die nodig is om gezinnen en jeugdigen en verwijzers in het veranderende jeugdveld goed te kunnen helpen. Het feit dat allen (post) academisch opgeleid zijn, stelt ze tevens in staat de casus met een helicopterview te benaderen en meerdere aspecten mee te nemen.	Te hoge werkdruk, waardoor te weinig tijd voor structurele casuïstiekbespreking, teamreflectie, ontwikkeling van het team, en een gezamenlijke visie.
	Het team is klein en overzichtelijk daardoor zijn de lijnen kort en de medewerkers voor de verwijzers herkenbaar en laagdrempelig benaderbaar.	Het C en A team kan de toegenomen werkdruk niet aan en zal in formatie en wellicht expertise uitgebreid moeten worden, dit kan afbreuk doen aan de goede samenwerking en korte lijnen.
	Is niet aan één huisartsenpraktijk gebonden en als mobiel team overal inzetbaar. Kan daardoor meerdere verwijzers en instanties in het veld leren kennen en bedienen.	Locatie van waaruit het C en A team (als ze niet op locatie zijn) is niet voor alle ouders en kinderen even makkelijk bereikbaar.
	Brengt drie werelden bij elkaar: de huisartsen, gemeenten (uitvoeringsdiensten) en de JGZ. Het is een verbinder in de regio en heeft ook op andere vlakken de samenwerking versterkt.	De externe profilering richting de regio als opdrachtgever en verwijzers/afnemers. Veel huisartsen zijn niet goed op de hoogte van wat het team is en te bieden heeft.
	De onafhankelijke positie van het C en A team binnen de gemeente, waardoor het advies ook onafhankelijk is/ ervaren wordt.	Heeft geen rol in het overbruggen of omzeilen van de lange wachtlijsten..
Werkwijze	Heeft een snelle werkwijze richting de cliënt, deze wordt binnen 2 weken geholpen. Zowel gezinnen als verwijzers hebben behoefte aan snelle hulp.	C en A team gesloten gedurende alle schoolvakanties en is niet voor alle verwijzers makkelijk te bereiken voor ad hoc overleg
	Draagt bij aan professionalisering van zowel de jeugdartsen van het team zelf, als de jeugd-consultanten, huisartsen en andere professionals.	Geen secretariële ondersteuning en/of efficiëntere computerprogramma's, bijv. digitaal dossier. Dit kost tijd, die niet aan zorg besteed wordt en beïnvloedt kwaliteit van registraties en dossiervorming
		Onvoldoende beveiliging van gegevens bij het uitwisselen van informatie via e-mail en bij de dossiervorming

5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Het C en A team is bedoeld als een laagdrempelige oplossing voor de inrichting van de transitie Jeugdzorg, gericht op een specifieke doelgroep: jeugdigen met psychische of psychosociale problemen. Het heeft zich ontwikkeld tot een expertteam rondom huisartsen en jeugdconsulenten en brengt de drie werelden bij elkaar: de huisartsen, gemeentelijke uitvoeringsdiensten en de JGZ. Het is een verbinder in de regio. Verwijzers zien het C en A team als de expert en het team voorziet hier in een behoefte. Deze behoefte verdwijnt niet door professionalisering, deskundigheidsbevordering of meer inzicht in de sociale kaart. De deskundigheid bevorderende functie van het team en veronderstelde leereffecten op de huisartsen zijn zeker aanwezig, maar zal het C en A team op termijn niet overbodig maken. Er doen zich altijd nieuwe casussen voor en de kracht van het C en A team om snel de juiste richting en hulp te vinden blijft nodig. Een POH jeugd GGZ vinden huisartsen voor deze casuïstiek te licht. Daarnaast lijkt het inzetten van een POH JGGZ niet efficiënt, gezien het relatief lage aantal verwezen kinderen per praktijk en de kosten/logistieke aspecten (zoals huisvesting) die het met zich meebrengt. Het C en A team zou een grotere rol kunnen spelen in het overbruggen en/of het reduceren van wachttijden door nog eerder in het traject een triage functie te vervullen (mogelijk in nauwere samenwerking met de GGZ). Daarnaast lijken de scholen een belangrijke vindplaats voor veel voorkomende problematiek in de regio en kan een nauwere samenwerking tussen school en de JGZ/ C en A team mogelijk een deel van de verwijzingen naar de specialistische GGZ terugdringen door eerdere en betere diagnostiek en begeleiding. De huisartsen zouden hiermee ontlast worden.

Concluderend lijkt het C en A team vooralsnog een goede oplossing voor de verwachte problemen als gevolg van de transitie Jeugdzorg. De beoogde doelstellingen lijken op het oog te worden behaald en de afnemers zijn tevreden. De pragmatische insteek bij de ontwikkeling van het C en A team lijkt geen aantoonbare gevolgen voor de kwaliteit van de consultaties, adviezen en geleverde zorg van het C en A team te hebben. Echter, met name het ontbreken van procesbeschrijvingen en duidelijke werkafspraken (taken en randvoorwaarden zijn minimaal en nauwelijks gedocumenteerd), heeft wel invloed op de interne organisatie, de registraties, omgang met cliëntgegevens, verantwoording en uitvoering van taken. De volgende knelpunten, genoemd door meerdere respondenten, achten wij voor een succesvolle voortzetting en verdere ontwikkeling van het C en A team van belang:

- *Openingstijden:* Het niet bereikbaar zijn in de vakanties (met name zomer- en kerstvakantie) vormt een probleem en is van invloed op de continuïteit voor de verwijzers en gezinnen. Met het oog op de toekomst zal het C en A team daarom met name in de grote vakanties, minstens gedurende de helft van de weken geopend moeten zijn.
- *Omgaan met cliëntgegevens:* hoewel de betrokkenen (teamleden, huisartsen, jeugdconsulenten) zeggen weinig tot geen vragen, twijfels of knelpunten te ervaren in het omgaan met vertrouwelijke gegevens van cliënten, heeft de kwalitatieve evaluatie van de organisatie en werkwijze van het team wel een aantal privacy risico's blootgelegd [1]. Ondanks het beroepsgeheim van de leden van het C en A team, het gebruik van toestemmingsformulieren voor gegevensuitwisseling en beveiligde mailwisseling, is de privacy niet voldoende gewaarborgd. Daarnaast staat de werkbaarheid van het aanmeldingsformulier onder druk. De aansluiting op zorgdomein/zorgmail vormt m.b.t. de privacy een goede oplossing. Dit komt ook de efficiëntie voor alle partijen ten goede.

- *Externe profilering:* Bij de officiële start van het C en A team in 2015, is het team flink gepromoot en zijn huisartsen benaderd om bekendheid te geven aan het C en A team, zodat zij van het team gebruik zouden maken. Het C en A team zelf initieerde destijds ook structurele overleggen met de jeugdconsulenten en deskundigheidsbevordering van andere professionals. Hierna zijn echter geen activiteiten meer ondernomen om verwijzers te informeren en in beeld te blijven. Aangezien een groot deel van de huisartsen nog niet voldoende bekend is met het bestaan en de activiteiten van het C en A team, zullen er vanuit de gemeente en/of het team meer activiteiten ondernomen moeten worden om het team onder de aandacht te brengen. Dit kan in de vorm van presentaties op GHO-GO bijeenkomsten, langsgaan bij verschillende huisartsenpraktijken en mogelijk bij meer praktijken op locatie gaan zitten.
- *Belasting:* Met het oog op de toename van verwijzingen die hieruit kunnen voortvloeien, moet het C en A team mogelijk uitgebreid worden of moeten enkele taken afgestoten worden, om overbelasting te voorkomen en kwaliteit van zorg te kunnen (blijven) garanderen. Hierbij is (secretariële) ondersteuning bij het maken van afspraken, verwerken van verwijzingen en registraties noodzakelijk. Ook is het van belang dat het team systematischer kan werken, dat betekent ook dat er (ICT) voorzieningen moeten komen om beter en eenduidig te registreren en archiveren (digitaal dossier). Er is meer tijd nodig voor onderling overleg om (hierover) duidelijke werkafspraken te maken. Om de kwaliteit (de geleverde zorg) van het team te blijven garanderen is het daarnaast nodig om tijd vrij te maken voor structureel overleg in het kader van casuïstiek besprekingen en ontwikkeling van het C en A team.
- *Uitbreiding:* Gezien de grote waardering voor de snelle hulp, korte lijnen, laagdrempeligheid en de kwaliteit van het C en A team is het van belang om het team qua samenstelling en expertise niet te veel te wijzigen, klein en herkenbaar te houden. Mogelijk kunnen meerdere C en A teams over de gemeentes verdeeld worden.
- *Locatie:* Aangezien de hoofdlocatie van het C en A team niet voor alle gezinnen makkelijk te bereiken is, kan het C en A team, niet alleen voor de huisartsen, maar ook voor de gezinnen wellicht op een andere locatie gaan zitten, bijvoorbeeld dicht bij (of in) school.

6. REFERENTIES

- AJN (2015). De jeugd gezond houden. Position Paper Jeugdartsen. Utrecht: AJN.
- Bergsma, C. (2017). Jaarverslag Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ (C en A team) 2016.
- Broek, G. van den (2017). Het Consultatie en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek. De huidige en toekomstige inrichting van het team.
- Dörenberg, V. (2018). Tussen huisarts, jeugdarts en gemeente in de regio Gooi en Vechtstreek: een juridische beschouwing over het Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ (concept). VUmc: intern rapport.
- Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 182-9.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2015). Landelijk professional kader uitvoering Basispakket JGZ. Utrecht: NCJ.
- Postma, S. (2008). JGZ Richtlijn. *Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Utrecht: NCJ.
- Stevens, G. v. (2018). *HBSC 2017 Gzeondheid en Welzijn van kinderen in Nederland*.
- Theunissen, M.H.C., Dijkshoorn, J.J. & Klein Verlderman, M. (2018). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd: verbindingen maken in het sociale domein. *TSG*, 96, 354-360.
- Vandenbussche, S. (2017). Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ 2016. VUmc, interne notitie.
- Verhaak, P. F., van Dijk, M., Walstock, D., & Zwaanswijk, M. (2015). A new approach to child mental healthcare within general practice. *BMC Fam Pract*, 132.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. TNO.
- Zwaanswijk, M., van Dijk, C. E., & Verheij, R. A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC Fam Pract*, 133.

BIJLAGEN

Bijlage I

Tabel 1 Geïnccludeerde documenten kwalitatief onderzoek.

Beleidsdocumenten

DATUM	AUTEUR	SOORT DOCUMENT	TITEL	BRON
14-11-2013	NCRM	Factsheet	Samenvatting achtergrondinformatie psychiatrische labels	Regio GV
26-05-2014	G.Q. van den Broek	Beleidsnota	De jeugd GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek	Regio GV
25-09-2014	G.J. Vreeke	Beleidsnota	Bestuursopdracht JGZ 2014-2018 inrichting JGZ	Regio GV
23-10-2014	P. Filius	Oplegger directieoverleg	Organisatie expertise Jeugd	Regio GV
03-11-2014	G.Q. van den Broek	Beleidsnota	Organisatie expertise Jeugd	Regio GV
12-05-2015		Memo aan stuurgroep	Consultatie en Adviesteam	Regio GV
Oktober 2015	G.Q. van den Broek	Beleidsnota	Regionale expertise Jeugd: Een evaluatie van het Consultatie en Adviesteam, Ernstige Enkelvoudige Dyslexie en juridische expertise.	Regio GV
Oktober 2015	VWS	Rapport	Proeftuin hervorming Langdurige zorg.	www.hervorminglangdurigezorg.nl
03-09-2015	G.Q. van den Broek	Memo jeugd GGZ DO	Jeugd GGZ: analyse en sturingsmogelijkheden korte en lange termijn	Regio GV
15-02-2016	onbekend	Memo beleid	Beleid tweede prestatie BGGZ	Regio GV

Verwijsbrieven/informatiebrieven C en A team

			Consultatie en Adviesteam (C en A team) Jeugd GGZ	C en A team
		Verwijsbrief	Verwijs- en antwoordbrief Consultatie- & adviesteam JGGZ Gooi en Vechtstreek	C en A team
		Toestemmings-formulier	Toestemmingsverklaring voor verwijzing naar de GGZ en gegevensuitwisseling tussen huisarts, professionals uit het C en A team en de professionals van de GGZ instelling	C en A team
		Informatie huisartsen	Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ voor huisartsen Gooi en Vechtstreek	C en A team

Bijlage II *Figuur 1 Grafische weergave van de ontwikkeling en werkzaamheden van het C en A team gebaseerd op documenten en interviews.*

