‘Jeugdhulp Westfriese Huisartsenorganisatie, Zorgkoepel West-Friesland en 7 Westfriese gemeenten’

Voorstel vervolg werkplan 2019
Looptijd: 1 januari 2019 – 31 december 2019
Versie 22 januari 2019

1 Contactgegevens aanvrager

Coöperatieve Westfriese Huisartsenorganisatie U.A. (WFHO)
Dhr. E. Verberne, voorzitter
E e.verberne@wfho.nl
Maelsonstraat 5
1624 NP Hoorn

Zorgkoepel West-Friesland (ZWF)
Mevrouw W. van den Berg –Schaap, manager zorgprogramma’s
E w.vandenberg@zorgkoepelwf.nl
Maelsonstraat 5
1624 NP Hoorn

De WFHO is sinds 8 juni 2001 de belangenvereniging van de huisartsen in de regio Westfriesland en de Wieringermeer. ZWF is sinds 2015 de ondersteunings- en uitvoeringsorganisatie voor de organisatie en uitvoering van diverse regionale huisartsenzorg-activiteiten. WFHO en ZWF werken nauw samen bij de regionale ontwikkeling en innovatie van de huisartsenzorg in Westfriesland en Wieringermeer.

Het document bestaat uit 9 paragrafen. Na de aanleiding en stand van zaken (par 2 & 3), worden doelstellingen, activiteiten en resultaten besproken als ook de succes en risicofactoren (par 4, 5 & 6). Het stuk sluit af met de omschrijving van de projectorganisatie, kwaliteitsborging en de begroting (par 7, 8 & 9).

Dit werkplan heeft tot doel om concreet te omschrijven wat huisartsen en wijkteams in 2019 uitvoeren voor de hulp aan jeugdigen in West- Friesland.

2 Aanleiding

In April 2017 hebben de WFHO en de zeven gemeenten in de regio Westfriesland het convenant “Jeugdhulp gemeenten en huisartsen regio Westfriesland” ondertekend. Daarmee hebben zij verklaard op basis van de in het convenant opgenomen uitgangspunten, informatie en afspraken te gaan samenwerken met als doel de inwoners van de regio Westfriesland optimaal te ondersteunen bij hun hulpvragen op de terreinen Jeugd, Maatschappelijke ondersteuning en Participatie. Uit dit convenant komt het werkplan Jeugdhulp 2017-2018 voort, mogelijk gemaakt door financiering door de zeven gemeenten. Het convenant loopt tot 1 juli 2018.
De WFHO en ZWF kennen een nauwe samenwerking, waarbij ZWF uitvoer geeft aan een aantal zorgprogramma’s. Het programma Jeugdhulp komt oa voort uit genoemd convenant en het eerdere werkplan Jeugdhulp 2017-2108 en nu werkplan 2019.

Voortzetting van ingezette samenwerking
In het bestuurlijk overleg Jeugdhulp van 6 maart 2018 is met de bestuurlijke dossierhouders mw. N. Douw en mw. E. Deutekom overeengekomen dat het convenant voor een jaar wordt voortgezet. Daarnaast is besproken dat de Zorgkoepel West-Friesland een voorstel voor een vervolg op het werkplan indient, voor de periode 1 juli 2018 – 31 december 2019. Dit voorstel bouwt voort op de diverse resultaten die in 2017 en de eerste helft van 2018 behaald zijn. Zie voor een overzicht bijlage 1. Dit plan beziet de periode 1 januari tot en met 31 december 2019.

3 De stand van zaken in de praktijk

De praktijk is weerbarstig. Uit gesprekken met beleidsmedewerkers van de gemeente, wijkteamcoördinatoren en huisartsen blijkt dat de intensiviteit van de samenwerking af hangt van de inzet van de medewerkers van de wijkteams als ook van de bereidheid van de huisartsen om hier invulling aan te geven. Over het algemeen geldt dat de inzet van de medewerkers van het wijkteam het meest bepalend is voor een goede samenwerking. Bij teams waar de medewerkers regelmatig contact zoeken met de huisarts en /of de huisartsenpraktijk krijgt de samenwerking steeds meer vorm en inhoud.

Uit gesprekken met huisartsen blijkt dat bij een goede samenwerking het verwijsgedrag van de huisarts verandert. De huisarts weet waar hij de wijkteammedewerker voor kan inschakelen, leert vertrouwen op diens deskundigheid, er is overleg bij multicomplexe problematiek en er wordt minder verwezen naar de specialistische zorg.
Ten behoeve van de borging van de tot nu gemaakte afspraken is verdere facilitering en implementatie van samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medewerkers van de wijkteams van belang.

4 Algemene doelstelling

Het doel van dit voorstel is dat de huisartsen en wijkteams goed samenwerken in belang van de jeugdige, zowel qua beleid als de uitvoering . Hierbij is aandacht voor behoud van de vertrouwensrelatie tussen inwoners/patiënten, medewerkers wijkteams en zorgverleners een absolute voorwaarde. Deze samenwerking richt zich op het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, rekening houdend met de kaders van de privacy regelgeving, door het realiseren van een goede samenwerking en afstemming tussen het zorgdomein en het sociaal domein.

Het optimaliseren van deze samenwerking levert winst op in de volgende 4 gebieden volgens de richtlijnen van de quadruple aim (zie afbeelding 4.1):

- *Beter ervaren kwaliteit van zorg*; de juiste zorg, op de juiste plek door de juiste zorgverlener;
- *Beter ervaren kwaliteit van werken*; voorkomen van domeindiscussies, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, gezamenlijk staan voor het belang van het kind of de jeugdige;
- *Gezondheidswinst*: vroegtijdig inzetten van zorg en begeleiding om erger te voorkomen;
- *Betaalbare zorg*: meer verwijzing door de huisarts naar de wijkteams, minder verwijzing naar specialistische zorg.

Afbeelding 4.1: **Quadruple Aim**: *Hoe verbeteren we de individuele zorg en ondersteuning? Die optelt tot betere gezondheid van de populatie? Met minder zorg en kosten tot gevolg? Daarmee de werkdruk en werkplezier verbeteren? Deze vier vragen vormen de Quadruple Aim. Om deze factoren gelijktijdig positief te verbeteren, moeten zorg en welzijn nauwer met elkaar en met de burgers samenwerken: duurzame zorg.*

5 Activiteiten en resultaten op thema

In paragraaf 5 worden de activiteiten en resultaatdoelstellingen concreet uitgewerkt. Veel factoren hebben invloed op de resultaten, die zijn niet altijd te overzien. De succes- en risicofactoren staan beschreven in paragraaf 6.

5.1 Samenwerking huisartsenpraktijken en wijkteams

Samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkteams is een belangrijke schakel om de inwoners optimaal tot dienst te zijn bij hun hulpvragen op het gebied van jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning en participatie. Uit een landelijke peiling van MoVisie (zomer 2017) blijkt dat het niet makkelijk is om tot goede afspraken te komen over elkaar informeren, rapporteren of overleggen. Korte lijnen tussen de teams en de huisartsen is van belang. Het is aan te bevelen dat het wijkteam met iedere praktijk een contactpersoon onderhoudt in de vorm van POH/ POH-jeugd , wijkteammedewerkers of indien aanwezig een CJG-medewerker.

Activiteiten 2019

- Wijkteams hebben een contactpersoon per huisartsenpraktijk;
- Wijkteams en contactpersoon hebben met regelmaat én indien nodig contact;
- Wijkteams en contactpersoon hebben een vorm voor het uitwisselen van informatie.

Concrete doelstellingen 2019

- Wijkteams hebben een vaste contactpersoon voor 80% van de huisartsenpraktijken;
- Eind 2019 is een overzicht beschikbaar van periodiek en incidenteel contact van wijkteams met iedere huisartsenpraktijk. Hieruit worden de contactmomenten en de verbeterpunten zichtbaar.

5.2 Resultaat gestuurd werken in de jeugdhulp

De zeven Westfriese gemeenten hebben als ambitie het binnen het beschikbaar budget realiseren van adequate en kwalitatief goede zorg en ondersteuning voor inwoners, jeugdigen en gezinnen. Hierbij zijn onder andere resultaat gestuurd werken door resultaatmeting en dialoog ('tellen en vertellen') en resultaat gestuurd bekostigen pijlers. In 2018 zijn de voorbereidingen in gang gezet. Het jaar 2019 is het jaar van de implementatie.

Het betreft het inrichten van het stelsel van jeugdhulp voor de hele regio Westfriesland, op 3 gebieden:

- Voorveld, preventie;
- Specialistische jeugdhulp;
- Zware, complexe jeugdhulp.

Activiteiten 2019

- Voor huisartsen wordt één hearing georganiseerd over resultaat gestuurd werken in de jeugdhulp;
- WFHO huisartsencommissie wordt ingezet als klankbord voor nieuwe inkoopstrategie;
- Het organiseren van één themabijeenkomst voor huisartsen en wijkteams over resultaat gestuurd werken.

Concrete doelstelling 2019

- Alle huisartsen zijn geïnformeerd over resultaatgericht werken en hun rol in jeugdhulp vanaf 2020.
- Hearing voor huisartsen met als uitkomst antwoord geeft op de vraag: wat betekent dit in de manier van verwijzen door de huisarts. (oa. bij voorkeur verwijzen met een concrete doelstelling; complexe patiënten bij voorkeur verwijzen via het wijkteam).
- De WFHO huisartsencommissie fungeert als klankbord voor de Westfriese gemeenten inzake de nieuwe inkoopstrategie, het in te kopen aanbod, en de wijze van verwijzing
- Eén themabijeenkomst georganiseerd voor huisartsen en wijkteams die:
    - Concreet duidelijkheid oplevert over ten eerste de nieuwe wijze van inkoop in 2020 en omgang met patiëntgegevens binnen de geldende wet- en regelgeving.
    - En ten tweede wat dit bijdraagt aan een betere jeugdhulp aan de patiënten van de huisarts en wat voor huisartsen het belang is om hier aan mee te werken.
- Door de gemeente ingekochte jeugdhulp is toegankelijk voor de huisartsen/POH.

5.3 Digitale communicatie en privacy

Het is van belang dat de digitale uitwisseling van informatie tussen huisarts en wijkteam verder wordt ontwikkeld en geïmplementeerd. Het is verder noodzakelijk dat informatie over inzicht in het aanbod ingekochte jeugdhulp digitaal toegankelijk is voor zorgverleners.

Alle gemeenten zijn aangesloten op de digitale beveiligde snelweg van Zorgring. Berichten verkeer vanuit HIS naar het informatiesysteem van de gemeenten is nog niet mogelijk. Daarnaast moet het uitwisselen van patiënten informatie voldoen aan privacywetgeving. Het is zaak om gezamenlijk in kaart te brengen welke informatie deelbaar moet zijn en hoe dat kan (zowel juridisch binnen de geldende wet- en regelgeving als WGBO, SKJ en AVG als ICT technisch). Zodra dit helder is gaan we over tot afspraken en implementatie.

Activiteiten 2019

- Ingekochte jeugdhulp is door middel van een digitale sociale kaart toegankelijk voor huisartsen;
- Inzicht in welke informatie tussen wijkteam en huisarts deelbaar is;
- Helderheid over juridische en technische aspecten van het delen van informatie;
- Afspraken en implementatieplan maken voor de digitale uitwisseling van informatie tussen huisarts en wijkteam. Hier valt het uitwisselen van patiënten informatie onder, waarbij voldaan wordt aan de privacywetgeving;

Concrete doelstelling 2019

Eind 2019 is het aanbod jeugdhulp digitaal toegankelijk voor huisartsen via een digitale sociale kaart (een digitale sociale kaart waar huisartsen mee werken bij voorkeur voor alle verwijzingen);

- Voor het digitaal uitwisselen van informatie zijn eind 2019 afspraken en een implementatieplan gemaakt tussen gemeenten, wijkteam en huisartsenpraktijken die voldoen aan wet- en regelgeving.

5.4 Verwijsindex

De verwijsindex (VIN) is een landelijk hulpmiddel om onderlinge afstemming tussen professionals te versterken. Deze registratie bevat geen inhoudelijke informatie, maar het wordt duidelijk welke andere hulpverlener zich mogelijk ook actief met de situatie van het kind of de jongere bezighoudt. De VIN is wettelijk verplicht. Dat wil zeggen: dat er een VIN is. Het melden aan de VIN is een recht, niet een plicht. Huisartsen zijn nog niet aangesloten bij de Verwijsindex. Deelname van huisartsen kan mogelijk inzicht geven over andere betrokken partijen bij een kind of jeugdige en daarmee bijdragen aan betere afstemming in de zorgverlening.

Activiteiten 2019

- De randvoorwaarden m.b.t. aansluiten huisartsen bij Verwijsindex zijn in kaart gebracht;
- Afhankelijk van de randvoorwaarden, sluiten huisartsen aan bij Verwijsindex. Hierbij wordt rekening gehouden met de besluitvorming binnen de WFHO en ZWF als ook met de keuzemogelijkheden van de individueel werkende huisartsen.

Concrete doelstellingen 2019

- Voorwaarden voor aansluiting verwijsindex zijn inzichtelijk op basis waarvan huisartsen kunnen besluiten wel/niet aan te sluiten bij de Verwijsindex;
- Inzetten op zoveel mogelijk aansluiting van huisartsen bij de Verwijsindex.

5.5 Pilots POH-GGZ Jeugd

In de gemeenten Hoorn en Medemblik is gestart met een pilot POH-GGZ Jeugd. ZWF trekt hierbij samen op met B.V. Vicino Noord-Holland Noord, de werkgeversorganisatie voor POH-GGZ. Doel van de pilots is het op uitvoeringsniveau organiseren van een goede aansluiting tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein door de inzet van een POH-GGZ Jeugd, zowel in de huisartsenpraktijk als in het wijkteam. Hierdoor wordt in een vroeg stadium gepaste hulp geboden aan jeugdigen tussen de 0 en 18 jaar met GGZ problematiek waardoor de inzet van zware zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen. Ook bij andere gemeenten is de wens geuit om een POH-GGZ Jeugd aan te stellen.

Activiteiten 2019

- Randvoorwaarden m.b.t. de inzet van POH-GGZ Jeugd in andere gemeenten dan Hoorn en Medemblik in de regio zijn in kaart gebracht;
- De functie van POH-GGZ Jeugd is in een aantal andere gemeenten geïmplementeerd;
- In de bestaande pilot gemeenten zijn duurzame werkafspraken gemaakt.

Doelstellingen 2019

- Bestendiging werkafspraken POH-GGZ jeugd in Hoorn en Medemblik;
- Functie POH GGZ-jeugd in tenminste 1 gemeente geïmplementeerd en in tenminste 1 nieuwe gemeente in inventarisatie- of opstartfase

5.6 SOLK bij kinderen

De afkorting SOLK staat voor 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten'. Het gaat om daadwerkelijk bestaande klachten zoals pijn of vermoeidheid, die al enkele weken duren en waar na adequaat medisch onderzoek (nog) geen somatische oorzaak voor is gevonden die de klacht voldoende verklaart.
Er is geen bestaande netwerkstructuur voor SOLK bij kinderen. Het gevolg is dat alle betrokken partijen een eigen netwerkje hebben en een goed overzicht ontbreekt. Om langdurige zorg, 'shoppen' en onnodige zorgverlening te voorkomen is een juiste doorverwijzing van groot belang. Ook kan het versterken van het netwerk de samenwerking tussen zorgverleners stimuleren. Wanneer men elkaar beter weet te vinden en elkaar leert kennen wordt onderling overleg laagdrempeliger waardoor de zorg beter afgestemd wordt.

In 2016 is door ZONH[1] een analyse gemaakt met daarin de aanbeveling om een regionaal netwerk SOLK Kind en Jeugd te faciliteren, waardoor samenwerkingsafspraken kunnen worden gemaakt gericht op vroegtijdige onderkenning en de inzet van adequate begeleiding. Uit gesprekken kwam een groot draagvlak voor een dergelijk netwerk naar voren. Binnen het netwerk kunnen afspraken worden gemaakt over de samenwerking met aandacht voor preventie en vroegtijdig inzetten van zorg. In bijlage 2 worden de aandachtspunten voortkomend uit de analyse beschreven.

In de nieuwe richtlijn SOLK bij kinderen (concept) -oa van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde is te zien dat SOLK veel voorkomt bij kinderen: een Nederlandse cohortstudie laat zien dat 14,6% van de tienjarigen somatische klachten zonder medische diagnose had.
De werkgroep beveelt aan om de vier onderscheiden SOLK-clusters die in deze richtlijn besproken worden met de volgende vier termen aan te duiden: 1) Functionele buikpijn 2) Chronische hoofdpijn 3) Chronische pijn in houdings- en bewegingsapparaat 4) Chronische moeheid.
De werkgroep adviseert een vragenlijst te gebruiken voor het onderbouwen van de werkhypothese SOLK, het inschatten van de ernst van SOLK, het in kaart brengen van psychiatrische co-morbiditeit en het inventariseren van prognostische factoren bij kinderen met SOLK. De voorkeur gaat uit naar het aanbieden van vragenlijsten. Tevens bevat de richtlijn adviezen voor medicamenteuze en niet- medicamenteuze de behandeling per cluster.

Activiteiten 2019

- De randvoorwaarden m.b.t. het initiëren van een regionaal netwerk SOLK voor kinderen zijn in kaart gebracht;
- Netwerk SOLK voor kinderen is opgericht.

Doelstellingen 2019

- In Westfriesland is een netwerk SOLK voor kinderen opgericht dat uitstraalt naar andere regio's;
- Het netwerk heeft eind 2019 een (meerjarenplan) opgesteld voor samenwerking en vroeg inzetten van zorg.

5.7 meldcode kindermishandeling

[1] Zorg Optimalisatie Noord-Holland Noord

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen te weinig gebruik maken van het KNMG[2]-Stappenplan kindermishandeling. Er worden te weinig adviesvragen en meldingen bij Veilig Thuis gedaan, terwijl dit verplichte onderdelen zijn in het stappenplan. De meldcode verandert per 1 januari 2019. De KNMG werkt aan een nieuw afwegingskader kindermishandeling. Dat moet artsen helpen om in te schatten of het gaat om dermate acute en/of structurele onveiligheid dat melden bij Veilig Thuis noodzakelijk is. Vanaf 1 januari 2019 is het voor huisartsen verplicht te werken met de nieuwe KNMG meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

Activiteiten 2019

- De toepassing van de nieuwe meldcode kindermishandeling wordt besproken in bestaande overlegstructuren.

Doelstellingen 2019

- Eind 2019 zijn huisartsen geïnformeerd over de nieuwe KNMG meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, is de informatie beschikbaar op de digitale sociale kaart en is het besproken in bestaande overleggen;
- Het stappenplan en de meldcode kindermishandeling is een vast onderdeel van de communicatie tussen wijkteams en huisartsen.

6 Succes- en risicofactoren

In dit traject is het van belang om in staat te zijn aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen en huisartsen daarbij te kunnen faciliteren en ontzorgen. Onze inspanning is gericht op het verhogen van de samenwerking door partijen te verbinden, zowel op strategisch als beleidsmatig en uitvoeringsniveau, het bepalen van een gezamenlijke mindset en het uitvoeren van daartoe relevante activiteiten. De onderstaande succes- en risicofactoren zijn relevant.

Succesfactoren

- Gezamenlijk gedragen ambitie van betrokken partijen; in een vroegtijdig stadium goede zorg voor ieder kind in de regio;
- Korte lijnen tussen beleidsmedewerkers van de gemeenten, de beleidsadviseur/projectmanager van de WFHO en Zorgkoepel, bestuurlijke regionale dossierhouders jeugdhulp en de manager zorgprogramma's van de Zorgkoepel;
- Beschikbaar stellen van gemeentelijke financiering t.b.v. de inzet van de medewerkers van de WFHO en Zorgkoepel;

Risicofactoren

- Personele wisselingen binnen de wijkteams en/of de huisartsenpraktijken, waardoor relaties opnieuw belegd moeten worden;
- Beschikbaarheid van de benodigde professionals.

7 Projectorganisatie - betrokken personen en taken

Projecteigenaar

De WFHO en ZWF zijn projecteigenaar, waarbij ZWF het project uitvoert. Binnen ZWF maakt dit project onderdeel uit van het programma Jeugdhulp.

Bestuurlijk overleg

[2] KNMG: De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en behartigt de belangen van artsen in Nederland

Drie keer per jaar vindt overleg plaats tussen de voorzitter van het bestuur van de WFHO, de beleidsadviseur van de WFHO, tevens projectmanager, de kaderhuisarts GGZ-Jeugd en de manager zorgprogramma's van de Zorgkoepel, de verantwoordelijke wethouders (bestuurlijke trekkers) en de regionaal accounthouder huisartsen vanuit de Westfriese beleidsmedewerkers. Doel van het overleg is het bespreken van de voortgang van het werkplan en actuele ontwikkelingen.

Accounthouder huisartsen vanuit de beleidsmedewerkers
Vanuit de Westfriese beleidsmedewerkers is een accounthouder naar voren geschoven die de Westfriese gemeenten ambtelijk vertegenwoordigt. Deze accounthouder draagt ook zorg voor advisering richting de portefeuillehouders en het portefeuillehoudersoverleg Madivosa.

Projectmanager
De projectmanager:

- Levert het resultaat op binnen de grenzen van tijd, geld en kwaliteit;
- Rapporteert aan het bestuurlijk overleg, zowel binnen de WFHO en ZWF als het bestuurlijk overleg met de bestuurlijke dossierhouders van de gemeenten;
- Signaleert risico's en stuurt op oplossingen;
- Onderhoudt relaties met alle betrokkenen bij dit project;
- Onderhoudt relaties met externe partijen.

Projectmanager heeft vanuit haar rollen als projectmanager bij het eerdere gedraaide project en beleidsadviseur bij de WFHO de kennis, competenties en het draagvlak bij zowel de huisartsen als de gemeenten om op een goede manier invulling te geven aan het projectmanagement.

Zie verder ook bijlage 3 voor een overzicht van de verdeling van de taken binnen WFHO en ZWF.

8 Kwaliteitsborging

Eisen ten aanzien van de productkwaliteit:

- Gemaakte afspraken worden gedragen door alle betrokkenen en geborgd binnen de eigen organisaties;
- De werkafspraken over de inhoud en logistiek van de samenwerking tussen de huisartsen, huisartsenorganisaties en wijkteams zijn helder en eenduidig interpreteerbaar.

Eisen ten aanzien van de proceskwaliteit:

- Betrokken personen tonen inzet en betrokkenheid en er is sprake van een evenwichtige taakverdeling;
- Gemaakte keuzes zijn transparant en kunnen worden onderbouwd;
- Projectmanager is bekwaam. Hij/zij is in staat samenwerkingsprocessen aan te sturen en te begeleiden.

9 Begroting

Aan de gemeenten wordt voor 2019 een bijdrage gevraagd van **€ 64.116**

Zie bijgevoegde specificatie.

Bijlage 1 Resultaten werkplan Jeugdhulp 2017-2018

Contact bij complexe problematiek

De belangrijkste afspraak die is gemaakt is dat wijkteam en huisarts bij complexe problematiek contact met elkaar zoeken om met elkaar tot goede zorgverlening te komen. Uit gesprekken met huisartsen blijkt dat bij een goede samenwerking, het verwijsgedrag van de huisarts verandert. De huisarts weet waar hij de wijkteammedewerker voor kan inschakelen, leert bouwen op diens deskundigheid, er is overleg bij multicomplexe problematiek en er wordt minder verwezen naar de specialistische zorg.

Afspraken met gemeente en huisartsen (WFHO-ZWF)

De volgende afspraken zijn gemaakt:

- Per gemeente zijn 1 of 2 huisartsen contactpersoon voor de beleidsmedewerkers en coördinator van het wijkteam voor werkafspraken;
- Ieder wijkteam heeft een medewerker die als eerste aanspreekpunt voor de huisartsen fungeert. Een aantal wijkteams hebben een medewerker per huisartsenpraktijk aangewezen;
- Casuïstiekbespreking vindt primair per huisartsenpraktijk plaats tussen huisarts en betrokken medewerker van het wijkteam. Frequentie hangt af van het aantal patiënten in zorg en/of de ernst van de situatie;
- De huisarts neemt bij een verwijzing naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder contact op met de coördinator van het wijkteam. Gezamenlijk wordt gekeken hoe de route is naar deze hulpverlening en of de zorg kan worden vergoed. Mogelijke alternatieve mogelijkheden worden besproken omdat niet altijd alle kosten van niet-gecontracteerde zorg door de gemeente worden vergoed (en derhalve een hoge eigen bijdrage van het gezin vragen);
- Per gemeente zijn afspraken gemaakt over de terugkoppeling naar de huisarts met instemming van de patiënt/inwoner over de begeleiding c.q. behandeling van een jeugdige.
- Sociale kaart: de gemeenten hebben hun ingekochte zorg middels Soket inzichtelijk gemaakt. De huisartsen hebben een inlogcode voor Soket ontvangen (www.soket.nl);
- Twee keer per jaar initieert de wijkteamcoördinator in iedere gemeente een overleg tussen de beleidsmedewerker jeugd, de coördinator van het wijkteam en een afgevaardigde van de huisartsen voor het maken/evalueren van samenwerkings- en verwijsafspraken.
- Drie keer per jaar vindt bestuurlijk overleg plaats tussen de wethouders, dossierhouders jeugd, en het bestuur van de WFHO/ ZWF. Doel overleg: monitoren van lokale ontwikkelingen, uitwisselen aandachtspunten, adviseren over aanpak.

Bijlage 2 Aandachtspunten bij SOLK

- Het (tijdig) herkennen van SOLK door o.a. huisarts en gebiedsteams is belangrijk, maar blijft lastig.
- Het bespreekbaar maken van SOLK is lastig omdat men snel het gevoel krijgt dat het 'tussen de oren zit' en daarmee niet echt is. Er is aandacht gewenst voor hoe je SOLK op een goede manier kunt bespreken met ouders en kinderen. Ook is van belang dat dit gesprek al door de huisarts of kinderarts (voor doorverwijzing) plaatsvindt zodat men weet waarom er doorverwezen is naar bijvoorbeeld een psycholoog.
- Een stappenplan dat het traject van huisarts/kinderarts (somatisch) naar andere behandelaars (psychisch/psychosomatisch) weergeeft zou het traject voor ouders en kinderen mogelijk verhelderen.
- Er is bij o.a. huisartsen nog onvoldoende bekendheid met de doorverwijs mogelijkheden binnen de regio en de directe omgeving. Ook de onderlinge samenhang in de aanpak van SOLK kan beter, er zijn grote verschillen tussen huisartsen.
- Tijdig doorverwijzen naar een behandelaar met psychosomatisch aandachtsgebied t.o.v. een 'gewone' kinderfysiotherapeut of oefentherapeut kan onnodige behandelingen voorkomen. Meerdere betrokkenen geven aan dat er vaak lang een somatisch traject wordt gevolgd.
- Directe toegankelijkheid van zorg is een risico, mensen gaan zelf 'shoppen' en blijven met somatische behandeling bezig.
- De gebiedsteams en wijkteams zijn nog in de opbouwfase, samenwerking met behandelaars loopt soms nog niet optimaal en de regierol van het gebiedsteam wordt nog niet afdoende ingevuld.
- Vanuit de 2e lijn is er de wens om meer kinderen in de 1e lijn te houden, zowel qua behandeling als wanneer het gaat om het uitsluiten van een somatische oorzaak.
- Onderlinge communicatie kan op diverse punten beter, bijvoorbeeld: huisarts-schoolarts, specialist-schoolarts (bij de specialist is de mate van het verzuim vaak onbekend, samenwerking bij het maken van een realistische opbouw van schooluren is gewenst)
- Het onderwerp SOLK kan meer 'op de kaart' gezet worden. Als voorbeeld wordt de overgang van basisschool naar voortgezet onderwijs genoemd waarbij bewustzijn bij ouders van de impact van deze overgang (zowel op het kind als op de ouders) wellicht SOLK kan helpen voorkomen.
- Behandelaars en doorverwijzers weten nog onvoldoende van elkaar wat ze doen. Als voorbeeld: een POH GGZ Jeugd kan ook na behandeling door bijv. de GGZ een rol spelen door een vinger aan de pols te houden. Vanuit het Westfriesgasthuis wordt aangegeven dat men bij doorverwijzing weinig zicht heeft op welke behandelingen er precies gegeven worden, op de kwaliteit van die behandeling en op patiëntervaringen.
- In de evaluatie van de pilot van Vicino met POH GGZ Jeugd in de Gemeente Hoorn het onderwerp SOLK meenemen.
- Jaarlijkse evaluatie van casussen door de kinderartsen en de grotere behandelcentra (dit gebeurd bijv. al tussen het Waterlandziekenhuis en Huis vol Compassie).
- Eerder ingrijpen, het voortgezet onderwijs signaleert in geval van SOLK dat vergelijkbare klachten en schoolverzuim soms ook al op de basisschool speelden.
- Schoolverzuim, o.a. door leerlingen met SOLK, is een groot probleem binnen het voortgezet onderwijs. Zowel basisonderwijs als voortgezet onderwijs dienen in een vervolgtraject betrokken te worden.
- Aandacht voor het systeem. De omgeving (o.a. ouders) spelen een belangrijke rol bij SOLK, focus in de aanpak dus niet alleen op het kind of de jongere.
- Niet alle behandelingen worden vergoed, bijvoorbeeld gezinstherapie of coaching, dit is een drempel voor ouders. Ook overleg tussen GGZ en school over individuele cliënten wordt niet gefinancierd (wel wanneer er een brede insteek is vanuit preventiegelden). In sommige gevallen is financiering van een behandeling onduidelijk.
- Ook is genoemd dat aan behandelaars binnen de jeugdzorg vaak zware eisen worden gesteld door de gemeente, hier kunnen kleine praktijken niet of nauwelijks aan voldoen waardoor ze geen contract sluiten met de gemeente.

Bijlage 3 taken medewerkers WFHO en ZWF

Personen 2019: Bestuur Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO), WFHO huisartsencommissie GGZ en Jeugdhulp, kaderhuisarts GGZ-Jeugd, bestuurder Zorgkoepel West-Friesland (ZWF), manager zorgprogramma's ZWF, projectmanager, huisartsen en secretariaat.

1. In afstemming met het bestuur van de WFHO wordt het project Jeugdhulp uitgevoerd onder regie van het bestuur van ZWF. Betrokken medewerkers zijn de manager zorgprogramma's, de kaderhuisarts GGZ, de leden van de huisartsencommissie GGZ en Jeugdhulp en de projectmanager;
2. De manager zorg en de projectmanager van de Zorgkoepel organiseren in 2019 minimaal één hearing over de jeugdhulp;
3. De projectmanager en manager zorgprogramma's spannen zich in om de resultaten te behalen;
4. De kaderhuisarts GGZ en projectmanager;
   - Bieden ondersteuning bij de lokale activiteiten;
   - Bereiden bestuurlijk overleg voor;
   - Verzorgen de inhoud van de presentatie op de hearing;
   - Vervullen een intermediaire, verbindende rol tussen Zorgkoepel, zorgaanbieders, GGD en gemeenten;
   - Vervullen een informerende en adviserende rol naar Zorgkoepel omtrent positie en rol bij jeugdhulp, zowel van de Zorgkoepel als de huisartsen alsook advies omtrent eventuele nascholing van huisartsen;
   - Vervullen een informerende en adviserende rol naar beleidsmedewerkers gemeenten en medewerkers wijkteam;
   - Vervullen een ondersteunende en adviserende rol naar ICT commissie van de WFHO-ZWF omtrent maken afspraken digitaal uitwisselen van gegevens tussen wijkteam en huisartsen.
5. De leden van de WFHO huisartsencommissie GGZ en Jeugdhulp:
   - Fungeren als sparringpartner voor kaderhuisarts, manager zorgprogramma's en projectmanager;
   - Hebben medeverantwoordelijkheid voor de juiste afstemming met collega's in de regio;
   - Formuleren standpunten ('medisch leiderschap') die leidend zijn voor zorginhoudelijke koers van WFHO en ZWF (inclusief haar geledingen)[3];
6. De manager zorgprogramma's en projectmanager nemen deel aan de stuurgroepen van de pilots POH-GGZ Jeugd. Zij nemen hierbij de input van de commissieleden mee;
7. Per gemeente is het mogelijk dat twee huisartsen structureel overleg hebben met de beleidsmedewerker van de gemeente en de coördinator van het wijkteam omtrent samenwerkings- en verwijsafspraken;
8. Het secretariaat ZWF ondersteunt waar nodig; verzenden informatie via e-mail aan de leden, plaatsen informatie op Haweb (intranet huisartsen Westfriesland & Wieringermeer) en de sociale kaart.

[3] WFHO en ZWF streven beiden naar een effectieve en slagvaardige aanpak van beleidsontwikkeling en innovatie. Commissies van huisartsen zijn hierbij de primaire basis voor betrokkenheid van de huisartsen.