



Rapport Gemeente Rotterdam

Tussenrapportage evaluatie inzet Praktijk
ondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin in
de Rotterdamse huisartspraktijken

Onderzoek en Business Intelligence



Gemeente Rotterdam



ZonMw

Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Dit project (744220103) wordt mede mogelijk gemaakt door:



Datum: 30 augustus 2021
Auteur(s): Alex Hekelaar, Sarah Boer en Özcan Erdem
Met dank aan: Petra van der Looij-Jansen en Toine Wentink
Vragen: onderzoek@rotterdam.nl

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1 Onderzoeksopzet	9
1.1 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin (POH J&G)	9
1.2 Doel- en vraagstelling	9
1.3 Werkwijze	10
1.4 Leeswijzer	11
2 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd & Gezin	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Interventietheorie	13
2.2.1 Toelichting begrippen	15
2.2.2 Arrangementenmodel	15
2.2.3 Besparingen en betere kwaliteit jeugdhulp	16
2.2.4 Substitutie, vroegtijdige aanpak, gerichte verwijzingen en benutten wijknetwerk	17
2.2.5 Externe factoren	17
2.3 Inzet POH J&G	19
2.3.1 Inbreng deskundigheid en tijd	20
2.3.2 Neerwaartse druk	20
2.3.3 Randvoorwaarden inzet POH J&G	20
2.3.4 Effectiviteit	22
2.3.5 Aandachtspunten effectieve inzet	23
2.4 Conclusie	24
3 Ervaringen met de functie POH J&G	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Kenmerken POH J&G	25
3.3 Redenen POH J&G	25
3.3.1 Huisartsen	25
3.3.2 POH J&G	26
3.4 Ervaringen	26
3.4.1 Aanmeldingen	26
3.4.2 Problematiek	26
3.4.3 Werkwijze	27

3.4.4	Afsluiten van trajecten	28
3.5	Wachttijden tweedelijns J-GGZ	29
3.6	Ervaren effecten	30
3.6.1	Kwaliteit en gebruik jeugdhulp	30
3.6.2	Werkdruk huisarts	30
3.6.3	Vroegsignalering en bereik	30
3.6.4	Samenwerking	31
3.6.5	Organiseren wijknetwerk	31
3.7	Tevredenheid	33
3.7.1	Functie POH J&G	33
3.7.2	Projectorganisatie	33
3.7.3	Functie en taakomschrijving	33
3.7.4	Werkplekvoorzieningen	34
3.7.5	Arbeidsvoorwaarden	34
3.7.6	Omvang caseload	34
3.7.7	Mogelijkheden tot leren en beschikbaarheid ondersteunend materiaal	35
3.8	Gevolgen Corona	36
3.8.1	Doelgroep	36
3.8.2	Arbeidsomstandigheden	36
3.8.3	Samenwerking	37
3.9	Conclusie	38
4	Resultaten enquête	39
4.1	Methode en respons	39
4.1.1	Vragenlijst	39
4.1.2	Respons	39
4.1.3	Achtergrondkenmerken respondenten	39
4.2	Wachtlijsten	40
4.3	Inzet en werkzaamheden POH J&G	40
4.3.1	Inzet	40
4.3.2	Werkzaamheden	40
4.4	Samenwerking huisarts en POH J&G	42
4.4.1	Algemene tevredenheid	42
4.4.2	Overleg en informatie-uitwisseling	42
4.5	Samenwerking met ketenpartners	42
4.5.1	Tevredenheid	42
4.5.2	Mate en kwaliteit samenwerking	44
4.6	Tevredenheid inzet POH J&G	44

4.6.1	Werkzaamheden	44
4.6.2	Behaalde resultaten	45
4.6.3	Bijdrage doelstellingen functie	45
4.7	Tevredenheid randvoorwaarden inzet POH J&G	46
4.7.1	Duidelijkheid	46
4.7.2	Randvoorwaarden	47
4.7.3	Bijscholing en intercollegiaal overleg	49
4.8	Gevolgen van Covid-19 voor de doelgroep van de POH J&G	50
4.9	Conclusies	52
4.9.1	Successen	52
4.9.2	Aandachtspunten	52
4.9.3	Covid-19	53
5	Conclusies en aanbevelingen	55
	Literatuurlijst	59
	Bijlage A Representativiteit interviews	61



dank voor input vanuit gebruikers:
 Ricardo Palencia, Peter Berghuis, Jonathan Jansen, Julia Briggeman, Giorgio Gualandini, Stuart
 Water Verhagen, Chantel Buijsen, Jeremy Stuart Harting, Tim Zink, Niekke Gualandini, Tijn Meeuwse
 en iedereen die de afgelopen maanden heeft bijgedragen.

RACH

RS

NOISE

SKATELAND

Red Bull



WEST
BLA

BLANCO

TEAM RIDER

Inleiding

De Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd & Gezin (POH J&G) werkt binnen de huisartsenpraktijk aan het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en jeugdgezondheidszorg, behandelt zelf lichte (psychosociale en gezins-) problematiek én verwijst gericht door naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder J-GGZ). Dit zou moeten leiden tot beter passende hulpverlening aan jeugdigen tot 18 jaar met psychosociale problematiek en hun ouders. De veronderstelling is dat vroegsignalering van problematiek en meer samenwerking met laagdrempelige wijkgerichte hulp (wijkteam, basis ggz en CJG) op den duur minder verwijzingen naar specialistische jeugdhulp vanuit de huisartsenpraktijken tot gevolg gaan hebben.

Deze tussenrapportage bevat de eerste resultaten van een meerjarig onderzoek naar de (ervaren) effecten van de inzet van POH J&G in Rotterdamse huisartspraktijken. De totale looptijd van het onderzoek naar de POH J&G is maart 2020 t/m september 2022.

De rapportage dient als input voor de uitwerking van het effectonderzoek en de projectverantwoording. Maar ook ter lering: om verbeteringen aan te brengen in de organisatie en uitvoering van de inzet van de POH J&G bij de Rotterdamse huisartsen.

Het effectonderzoek maakt onderdeel uit van het ZonMw project *“POH Jeugd & Gezin de ontwikkeling van een wijkgerichte methodiek (ToolBOX) en effectonderzoek”*. De onderzoeksafdeling van de gemeente Rotterdam (O&BI) voert het effectonderzoek uit i.s.m. het Erasmus MC, onderdeel Huisartsgeneeskunde.

Op basis van een beknopt literatuuronderzoek, een online enquête onder huisartsen (respons=66%, n=19) en POH J&G (respons=70%, n=14) en verdiepende interviews met deelnemende huisartsen (n=4), POH J&G (n=5), een wijkteamleider en een wijkmanager, bieden we een eerste inzicht in de uitgangspunten en ervaringen die zijn opgedaan, bij de inzet van de POH J&G in de Rotterdamse huisartspraktijken. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de gevolgen van de coronapandemie.

1 Onderzoeksopzet

1.1 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin (POH J&G)

Sinds de invoering van het nieuwe jeugdstelsel is de gemeente verantwoordelijk voor inhoud en bekostiging van de jeugdhulp. Tegelijkertijd verlopen veel verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp via de huisartsen. In Rotterdam is de huisarts de verwijzer bij 36% van de ingezette specialistische jeugdhulptrajecten (cijfers 2017, Wentink et al., 2019). Het zijn vooral gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen waarvoor huisartsen naar de (gespecialiseerde) Jeugd GGZ (J-GGZ) verwijzen.

De gemeente Rotterdam is daarom in 2017 begonnen met het introduceren van de Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin (pilot jeugdconsulent). De POH J&G werkt binnen de huisartsenpraktijk aan het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en jeugdgezondheidszorg, behandelt zelf lichte jeugd en opvoedproblematiek én verwijst gericht door naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder J-GGZ). Dit zou moeten leiden tot beter passende hulpverlening aan jeugdigen tot 18 jaar met psychosociale problematiek, en tot minder verwijzingen naar specialistische jeugdhulp vanuit de huisartsenpraktijken.

In het coalitieakkoord (gemeente Rotterdam, 2018) is de afspraak opgenomen om de pilot structureel te maken (uitrol). De uitrol vindt gefaseerd plaats in de periode 2019-2022. In 34 huisartsenpraktijken is een POH Jeugd & Gezin beschikbaar (peildatum april 2021). Daarmee zouden volgens de projectverantwoording meer dan 40.000 ingeschreven kinderen en jongeren onder de 18 jaar worden bereikt via hun huisarts. Dat is ongeveer 32% van de jeugd in Rotterdam.

De uitrol gaat gepaard met een (door)ontwikkeling van de functieomschrijving en een bijscholingsprogramma, zo wordt in de contourennotitie van de uitrol (Heydelberg, oktober 2018) aangegeven. Met behulp van een subsidie van het ministerie van VWS, ZonMw (Jansen et al., januari 2020), wordt hieraan gewerkt, alsmede aan het vaststellen van de effecten van de POH J&G inzet in de huisartsenpraktijk.

De doelstellingen van de uitrol zijn (Heydelberg, oktober 2018):

- Minder doorverwijzingen naar specialistische jeugdhulp voor eenvoudige problematiek;
- Het voorkomen van escalatie van problematiek in de ontwikkeling van kinderen door moeilijk bereikbare doelgroepen eerder en laagdrempeliger te bereiken;
- Vroegsignalering van ouderproblematiek die van invloed is op de ontwikkeling van jeugd;
- Het versterken van de samenwerking tussen de huisarts, het wijkteam (inclusief welzijn) en het CJG.

1.2 Doel- en vraagstelling

Deze tussenrapportage heeft tot doel:

Inzicht bieden in uitgangspunten en behaalde resultaten van het project ‘Uitrol POH J&G in de Rotterdamse huisartspraktijk’ op basis waarvan een nadere uitwerking van het effectonderzoek en verbeteringen in de organisatie en de uitvoering van het project mogelijk zijn.

Een uitgewerkte interventiebeschrijving is een belangrijke voorwaarde om in de komende jaren de effectiviteit van de interventie POH J&G te kunnen bepalen, zoals het kiezen van de te meten resultaten om effecten te kunnen aantonen en hypothesen te kunnen toetsen.

Het gaat daarbij om de doelen, veronderstelde werkzame mechanismen en factoren die hierop van invloed zijn. Een belangrijke factor is de coronapandemie.

Deze tussenrapportage is gericht op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

Beschrijving POH J&G

1. Hoe kan de methodiek van de POH J&G het beste worden beschreven; wat zijn haar onderscheidende kenmerken?
 - a. Wat wil men met de interventie van de POH J&G bereiken (doelen) en wat zijn mogelijke indicatoren om de mate van doelrealisatie vast te kunnen stellen?
 - b. Wat is het veronderstelde mechanisme: het verband tussen de interventie POH J&G en het uiteindelijke resultaat? Hou zou de interventie POH J&G moeten leiden tot het behalen van de beoogde doelen: welke mechanismen liggen hieraan ten grondslag?
 - c. Welke condities moeten worden vervuld voor een werkzame methodiek of interventiestrategie?

Resultaten

2. In hoeverre zijn de POH J&G en huisartsen tevreden over de uitvoering en de tot op heden behaalde resultaten van de inzet van de POH J&G in hun huisartspraktijken?
3. Hoe kunnen de resultaten mogelijk worden verklaard? En wat zijn best practices en verbeterpunten?

1.3 Werkwijze

Het onderzoek bestaat uit 2 onderdelen:

- Beschrijven van de interventie o.b.v. literatuurstudie en interviews met projectleiding, -medewerkers, POH J&G en huisartsen.
- Een tevredenheidsonderzoek (online enquête) en verdiepende interviews onder huisartsen en POH J&G.

Er zijn diverse documenten bestudeerd (o.a. beleidsdocumenten, projectplannen, notulen) en vergaderingen bijgewoond van de stuurgroep 'uitrol POH Jeugd & Gezin', over de uitgangspunten van het project.

Er zijn meerdere gesprekken gevoerd met de projectleiding over de doelen en assumpties die ten grondslag liggen aan het project. Inhoudelijk representatieve groep van

deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners is geïnterviewd over verwachtingen en ervaringen tot dusver met de functie POH J&G.

Aanvullende informatie is verkregen middels interviews met een wijkteamleider die de coördinatie van de samenwerking van meerdere wijkteams met huisartsenzorg verzorgt en een wijkmanager van IZER. De wijkmanager ondersteunt huisartsen en praktijkondersteuners bij het in kaart brengen van het wijknetwerk en het contact leggen met belangrijkste samenwerkingspartners in de wijk.

Op basis van de resultaten van het documentenonderzoek, en de interviews hebben we de verwachtingen t.a.v. de interventie aangescherpt, zoals de beoogde doelen, te bereiken doelgroepen, de veronderstelde werking en de te creëren voorwaarden.

De onderzoeksliteratuur is bestudeerd, met name recente studies die betrekking hebben op de POH J&G of soortgelijke functies bij de huisarts. In bredere zin is gekeken naar onderzoeken die betrekking hebben op het functioneren van de jeugdzorgketen (met name de jeugd-GGZ). Dit leverde een eerste inzicht in de mate waarin er vanuit onderzoek onderbouwing is voor de verwachtingen van het project en aandachtspunten voor het onderzoek en het project.

Om te bezien in hoeverre de verschillende verwachtingen m.b.t. de interventie tot dusver in de praktijk zijn uitgekomen, zijn naast interviews, online enquêtes verstuurd aan alle tot nu toe deelnemende huisartsen en POH J&G. I.v.m. de coronapandemie en bijbehorende lockdownmaatregelen is het cliëntenonderzoek uitgesteld tot na de zomer van 2021.

De verzamelde data zijn vervolgens geanalyseerd aan de hand van de onderzoeksvragen en tenslotte conclusies getrokken over de inzet van de POH J&G en aandachtspunten benoemd voor het project en het effectonderzoek.

Helaas bleek een beschrijvende analyse van de registraties uit de huisartsinformatiesystemen (his) van de deelnemende huisartspraktijken op dit moment nog niet mogelijk. Daardoor ontbreken in deze rapportage de meer objectieve gegevens over de werkzaamheden en resultaten van de inzet van de POH J&G in de huisartspraktijken.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 volgt een beschrijving van de functie POH J&G. Het gaat daarbij om de aanleiding, doelen, veronderstelde werking en factoren die hier mogelijk op van invloed zijn.

Op basis van een beperkt aantal ervaringen met de nieuwe functie POH J&G worden in hoofdstuk 3 aandachtspunten voor het onderzoek en het project benoemd.

In het daaropvolgend hoofdstuk worden de resultaten van de tevredenheidsenquêtes onder de deelnemende huisartsen en POH J&G gepresenteerd.

Tenslotte volgen op basis van de voorgaande hoofdstukken conclusies en aanbevelingen m.b.t. de uitrol, de organisatie en invulling van de functie POH J&G in Rotterdam, en het verdere onderzoek hiernaar. Speciale aandacht wordt besteed aan de gevolgen van de coronapandemie.



2 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd & Gezin

2.1 Inleiding

Er bestaan diverse benamingen voor een professional die, vaak gedetacheerd vanuit een organisatie in de jeugdhulp, in een huisartsenpraktijk werkt. De Praktijk Ondersteuner Huisartsen Jeugd (POH Jeugd) komt het meest voor.

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste kenmerken van de functie Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd & Gezin (POH J&G) in Rotterdam en relevante inzichten uit de onderzoeksliteratuur. Het NJi (2020) en Spijk-de Jonge et al. (2019) bieden een overzicht van de belangrijkste resultaten uit diverse onderzoeken naar de inzet van de POH Jeugd.

We gaan nader in op de doelen, doelgroepen en assumpties over de werking van de inzet van de POH J&G in de Rotterdamse huisartspraktijken (de zogenaamde interventie- of beleidstheorie) en factoren die daarop van invloed kunnen zijn. Dit resulteert in een aantal aandachtspunten voor het effectonderzoek en de uitvoering van het project.

2.2 Interventietheorie

Bij het vaststellen van de interventietheorie volgen we globaal de methodiek van de Theory of Change (ToC). De kern van deze benadering is dat wordt nagegaan wat de inhoudelijke assumpties zijn achter een interventie (Tudjman et al., 2010).

Deze aannames verklaren het verband tussen uitkomsten, en de verwachtingen die men heeft over hoe en waarom de geplande interventie deze uitkomsten tot resultaat zal hebben.

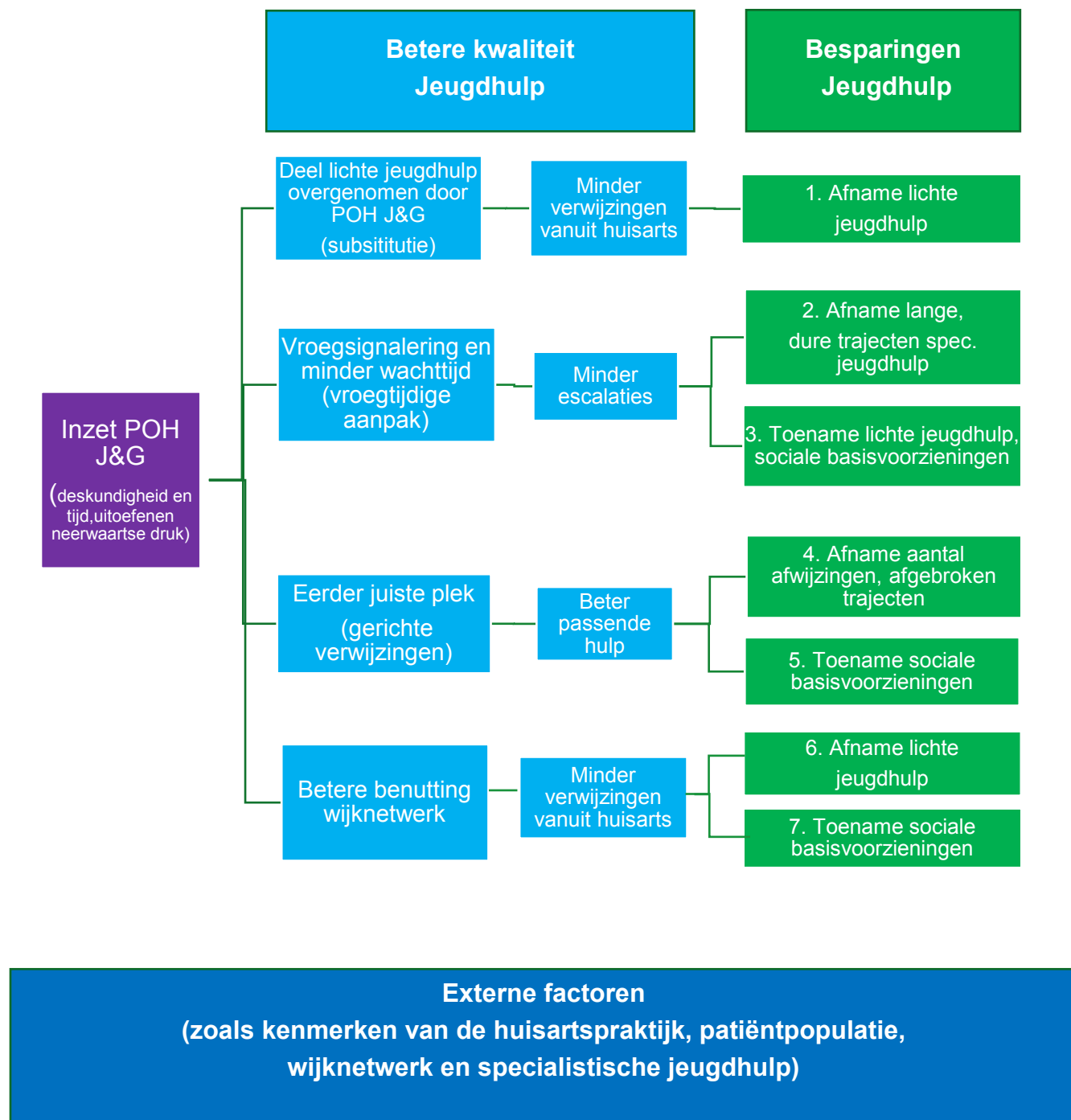
Waarin we afwijken van de ToC-methode is dat we niet de partijen tot consensus laten komen maar dat we zelf, uit gesprekken met de belangrijkste partijen en op andere wijze verkregen informatie (bijvoorbeeld middels literatuuronderzoek) de achterliggende interventietheorie destilleren. Daarin volgen we de methodiek van Realistic Evaluation (Pawson en Tilley, 1997).

Figuur 1 op de volgende bladzijde is een schematische weergave van de interventietheorie POH J&G, middels een zogenaamde doelenboom. We hebben hiervoor een model uit onderzoek van AEF (Hilderink et al. 2020, p. 134) naar de financiële tekorten in de jeugdzorg als uitgangspunt genomen.

Bovenaan de kolommen staan de overkopende beleidsdoelen vermeld, daaronder de interventiedoelen en, van links naar rechts, hun onderlinge relaties.

Voordat we ingaan op de relaties, geven we uitleg over de gehanteerde begrippen in het model en het Rotterdamse arrangementenmodel dat bij de keuze, beoordeling en bekostiging van de tweedelijns jeugdhulp wordt gehanteerd.

Figuur 1 Doelenboom inzet POH J&G



2.2.1 Toelichting begrippen

Sociale basisvoorzieningen hebben betrekking op algemene voorzieningen als maatschappelijk werk en jongerenwerk, maar ook op wijkteams (voor zover het geen kosten voor hulpverlening betreft) en publieke gezondheid (GGD) (Niessen et al., 2020).

Bij lichte jeugdhulp gaat het om hulpverlening die het wijkteam, het Centrum voor Jeugd en Gezin of de huisarts biedt aan kinderen en gezinnen. Deze hulp is dichtbij huis, zo kort en zo licht mogelijk.

Doorverwijzing naar specialistische hulp is nodig wanneer ouders kinderen hebben met een psychiatrische stoornis, ernstige gedragsproblemen of complexe problematiek en een bijkomende problematiek waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. Voor specialistisch jeugdhulp hebben ouders een verwijzing nodig (tweedelijns jeugdhulp).

Binnen de specialistische jeugdhulp kan een onderscheid gemaakt worden naar hoogspecialistische en generalistische jeugdhulp. Bij het eerste gaat om kinderen met complexe problematiek met ouders die ook veel problemen hebben waardoor ze tekortschieten in ouderschap. Het kan hierbij gaan om jeugdigen met psychiatrische problematiek, een verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek en een opvoedproblematiek. Ook kan het zijn dat het hier niet gaat om één probleem maar dat de problematiek zich afspeelt in meerdere levensgebieden wat vraagt om een multidisciplinaire inzet en aanpak.

Generalistische jeugdhulp is bedoeld voor de meest voorkomende, enkelvoudige opgroei en opvoedvragen. Er is geen sprake van hoog risico of meervoudige problematiek, maar is bedoeld voor psychische klachten of bij een vermoeden van psychiatrische stoornis. De behandeling is gericht om het gezin en het kind te leren omgaan met enkelvoudige stoornis. Het gaat om stabilisatie, vermindering, behandeling of opheffing van een enkelvoudige stoornis. Na de verwijzing van de huisarts of het wijkteam wordt er een gezinsplan opgesteld en in samenwerking met de jeugdaanbieder wordt het plan van aanpak besproken. Het gaat om korte ambulante behandeltrajecten. Deze ondersteuning wordt dicht tegen het wijkteam aan en gedeeltelijk erin geboden.

Sinds 2015 wordt binnen de GGZ niet meer gesproken over eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg, maar over generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Onder generalistische basis GGZ vallen milde en licht

psychische klachten die vaak kort te behandelen zijn. Wanneer dit niet voldoende is, wordt doorverwezen naar specialistische GGZ. Voor beide soorten psychologische zorg is evenwel een verwijzing nodig. Daarom spreken we in dit rapport van tweedelijns j-ggz wanneer we het over de jeugd ggz hebben, ongeacht of het generalistische basis of hoogspecialistische ggz betreft.

2.2.2 Arrangementenmodel

In Rotterdam wordt de generalistische basis GGZ Jeugd lokaal (door de Gemeente Rotterdam zelf) ingekocht. Specialistische ondersteuning koopt de gemeente Rotterdam regionaal door 15 gemeenten samen, waaronder de gemeente Rotterdam, ingekocht vanuit de Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR) (Verwayen 2019).

Specialistische jeugdhulp wordt geboden door verstrekking van een maatwerkvoorziening in de vorm van een ondersteuningsarrangement. Het kan zijn dat er een mix van ondersteuningsvormen nodig is voor de jeugdige. Het regionaal ingekochte aanbod is ingedeeld in percelen, waarbij de verwachting is dat de inzet van POH J&G vooral te gebruik van de maatwerkarrangementen in perceel E (Ambulante hulpverlening in de thuissituatie) zal helpen terugdringen. In Rotterdam is in 2018 overgestapt van een product naar een resultaatgerichte financiering. De kosten van het arrangement hangen daarbij af van aantal en soort resultaatgebied(en) en de intensiteit (trede) en duur van de inzet.

Resultaatgebieden zijn verdeeld in R1 ondersteuning, R2 behandeling en R3 begeleiding ouders. Binnen de resultaatgebieden is een oplopende trap voor de inzet van hulp. De treden zijn omschreven met de termen beperkt, midden en intensief met daarbij tussenvormen en de toevoeging zeer en meest. De omschrijving van de treden geeft de mate van benodigde hulp aan voor de jeugdige en/of ouders/opvoeders om het resultaat te behalen.

Bijvoorbeeld, er wordt ingeschat dat om de resultaten bij een bepaald gezin te behalen er 3 maanden ambulante ondersteuning (perceel E) nodig is, bestaande uit ondersteuning met een beperkte tot midden intensiteit (R1) en intensieve begeleiding van ouders (R3).

Dit kost op jaarbasis € 26.114,40¹. Bij het effectenonderzoek zal voor het bepalen van de veranderingen in het gebruik en de kosten van de specialistische jeugdhulp hier nader op ingegaan worden.

Belangrijk om hier te noemen is dat bij het bepalen van de effecten van de inzet van POH J&G niet alleen gekeken moet worden naar het gebruik van specialistische Jeugdhulp, maar ook naar het soort (bijvoorbeeld perceel, resultaatgebied, intensiteit en duur).

2.2.3 Besparingen en betere kwaliteit jeugdhulp

De inzet van de POH J&G maakt deel uit van een pakket aan maatregelen dat de gemeente Rotterdam neemt om het gebruik van de tweedelijns jeugdhulp, met name de Jeugd GGZ, te verminderen en de kwaliteit van de jeugdhulp te verbeteren. Met een nog effectiever preventief jeugdbeleid vanaf 2020 wordt verwacht dat problemen worden voorkomen en minder zware zorg nodig is².

De belangrijkste beleidsdoelen van de uitrol POH J&G voor de gemeente Rotterdam zijn het verbeteren van de kwaliteit en besparen op de kosten van de Jeugdhulp in Rotterdam.

Besparingen jeugdhulp

De inzet van de POH J&G zou moeten leiden tot minder inzet van kostbare intensieve jeugdhulptrajecten, met name J-GGZ. De verwachting is dat de uitrol POH J&G zich zodoende zelf (deels) terugverdient. Zo zijn voor de uitrol voor de collegeperiode 2018-2022 middelen beschikbaar gesteld, maar is de afspraak gemaakt dat met ingang van 2021 de financiering deels gevonden moet worden in een afname in kosten van de specialistische jeugdhulp (met name J-GGZ).

In 2021 gaat het om een bedrag van € 1.000.000 en in 2022 om € 1.250.000. Dit kan tevens worden gezien als de projecttargets betreffende de beoogde besparingen op de kosten van de tweedelijns jeugdhulp.

Stakeholders en onderzoekers (zie o.a. Hilderink et al. 2020) zien daarnaast ook mogelijke gevolgen van de uitrol voor het gebruik van lichte vormen van jeugdhulp. Er is

wellicht sprake van twee tegengestelde mechanismen. De POH J&G levert zelf lichte vormen van hulp en begeleiding, waardoor minder lichte jeugdhulp nodig is. Daartegenover zorgt de POH J&G ervoor dat met lichte jeugdhulp kan worden volstaan bij gezinnen waarvoor anders lange, dure (specialistische) hulp zou zijn ingezet.

Tenslotte zal de inzet van de POH J&G naar verwachting leiden tot een toename van het gebruik van de sociale basisvoorzieningen. De POH J&G zou moeten zorgen voor een betere benutting van het aanbod aan sociale basisvoorzieningen in de wijk, zoals het welzijn en de vraagwijzer.

Kwaliteit jeugdhulp

De verwachting is dat de uitrol bijdraagt aan een betere kwaliteit van Jeugdhulp. De inzet van de POH J&G zou bijdragen aan meer passende, integrale en effectieve jeugdhulp.

Bij passende hulp gaat het om tijdige hulp die aansluit bij:

- de multidimensionale behoeften van de jeugdige en zijn of haar opvoeders,
- de aard en ernst van de problematiek én de aanwezige protectieve factoren bij de jeugdige, het gezin en haar omgeving (gebaseerd op Wentink 2015 en 2016).

Met integraliteit bedoelen we de mate waarin het hulpverleningsaanbod vanuit verschillende organisaties en hulpverleners onderling is afgestemd, zodat het goed op elkaar aansluit en er geen hiaten of overlapping ontstaat. Het betreft een brede definitie waarbij het gaat om zorg en ondersteuning over verschillende levensdomeinen en wetten heen. (den Boer et al., 2019).

Effectieve jeugdhulp is, volgens het NJi³, hulp die leidt tot de juiste resultaten:

- kinderen en jongeren die zich zo goed mogelijk ontwikkelen,
- opvoeders met voldoende opvoedingsvaardigheden,
- afname van opgroei- en opvoedproblemen.

¹ Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (2019). [Werken met het arrangementenmodel](#).

² Gemeente Rotterdam. Raadsbrief. *Afdoening motie 'Weg met de GGZ wachtlijsten' 16bb8823*.

³ Website Nederlands Jeugdinstituut (NJI). [Kennisdossier Effectieve Jeugdhulp](#). Geraadpleegd: 3 mei 2021.

2.2.4 Substitutie, vroegtijdige aanpak, gerichte verwijzingen en benutten wijk-netwerk

De wijze waarop de inzet van de POH J&G zou moeten bijdragen aan besparingen op het gebruik van de tweedelijns jeugdhulp is door een deel van de lichte jeugdhulp over te nemen (substitutie), door vroegsignalering en het beperken van de wachttijd voor hulp waardoor escalatie van problematiek wordt voorkomen (vroegtijdige aanpak), en door ervoor te zorgen dat cliënten eerder op de juiste plek voor ondersteuning aankomen (gerichte verwijzingen).

Substitutie

De POH J&G maakt onderdeel uit van de eerstelijns ondersteuningsstructuur. Zij biedt ook zelf hulp aan de jongeren en hun ouders. Het gaat daarbij om lichte vormen van begeleiding/behandeling, zoals psycho-educatie, lichte opvoedondersteuning, kortdurende behandeling van psychosociale problematiek. Daarmee zou de POH J&G een deel van de lichte jeugdhulp vervangen (substitutie).

Vroegsignalering

De POH J&G biedt een laagdrempelige vorm van zorg voor jeugdigen en ouders. Hierdoor zou de vroegtijdige signalering van zorgbehoefte toenemen (Hilderink et al. 2020). Vroegsignalering leidt naar verwachting tot een afname in lange en dure trajecten en tot meer gebruik van lichte jeugdhulp en sociale basisvoorzieningen, omdat escalaties worden voorkomen vanwege minder wachttijd.

Echter, nieuw aanbod kan wellicht onnodige zorg voorkomen maar kan ook een nieuwe vraag creëren (Jonker et al., 2019). De laagdrempeligheid van de Praktijkondersteuner Jeugd kan ervoor zorgen dat bepaalde jeugdigen hulp krijgen die dat eerder niet kregen. Dit kunnen zowel jeugdigen met lichtere als jeugdigen met zwaardere problematiek zijn (Jonker et al., 2019). Volgens Hilderink et al. (2020) kan vroegsignalering leiden tot een afname in lange en dure trajecten en tot meer gebruik van lichte jeugdhulp en sociale basisvoorzieningen, omdat escalaties worden voorkomen vanwege minder wachttijd. De laagdrempelige aanpak door de POH J&G zou volgens deze onderzoekers echter ook nog een ander, negatief effect kunnen hebben: oversignalering.

In de contourennotitie van de POH J&G (Heydelberg, 1 oktober 2018) wordt met betrekking tot de vroegsignalering expliciet gesproken over aandacht voor ouderproblematiek

die van invloed is op de ontwikkeling van jeugd. Ook bij het voorkomen van escalatie van problematiek in de ontwikkeling van kinderen zou met name gekeken moeten worden naar eerder en laagdrempeliger bereiken van moeilijk bereikbare doelgroepen. Er worden daarbij twee specifieke doelgroepen benoemd: jongeren van ouder(s) met psychiatrische problematiek en/of verslaving (KOPP KVO) en van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Gerichte verwijzing

Door de specifieke expertise en kennis van de sociale kaart en de contractering in de gemeente zou de POH J&G beter in staat zijn om jeugdigen direct naar de juiste plaats door te verwijzen (naar specialistische aanbieders of juist naar een sociale basisvoorziening). Dit voorkomt dat mensen verkeerd worden doorverwezen, een hoger risico op uitval en dat mensen meer trajecten doorlopen dan nodig. De verwachting is dat vooral onnodig wordt verwezen naar dure, tweedelijns specialistische jeugdhulp (Hilderink et al. 2020).

Kinder- en Jeugdspecialisten ervaren, zo blijkt uit een ledenpeiling van de Vereniging voor Psychiatrie die door 240 afdelingsleden (kinder- en jeugdpsychiaters) is ingevuld, dat kinderen niet tijdig worden doorverwezen en te laat in specialistische zorg komen. Gerichte verwijzingen door de POH J&G zal zodoende er mogelijk aan bijdragen dat ze eerder in beeld komen van de tweedelijns jeugdhulpverleners.

Benutten wijknetwerk

Aangezien wordt aangenomen dat veel van de gedrag- en opvoedproblematiek van de jongere te maken heeft met problemen in bredere zin, op meerdere leefgebieden, in het gezin, vindt de gemeente de aansluiting bij het wijknetwerk, in het bijzonder het wijkteam, van groot belang. Die zou onvoldoende zijn. Een betere wijkgerichte samenwerking zou eraan bijdragen dat de aanwezige basisvoorzieningen in de wijk vaker ingezet en beter benut gaan worden. De huisarts zou daardoor minder vaak hoeven te verwijzen naar lichtere vormen van de tweedelijns jeugdhulp.

2.2.5 Externe factoren

Uit onderzoek zijn diverse factoren bekend die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit, gebruik en kosten van de jeugdhulp die buiten de invloedssfeer liggen van de POH J&G. Voorbeelden van dergelijke externe factoren zijn

kenmerken van de huisartspraktijk, de patiëntenpopulatie, de jeugdhulp.

Kenmerken huisartspraktijk

Uit onderzoek van Dijk et al. (2013) bleek een grote praktijkvariatie in het aantal verwijzingen door huisartsen naar de tweede lijn. Van alle factoren die werden onderzocht bleek vooral de organisatievorm van belang. Huisartsen in een solopraktijk verwezen significant vaker dan huisartsen in een duo- of groepspraktijk.

Kenmerken patiëntpopulatie

Rol ouders en jongeren

Naast de rol van de gemeente, verwijzers en aanbieders zijn natuurlijk ook de ouders van belang. Ouders hebben het gezag over hun kinderen en worden derhalve betrokken bij het vaststellen van zorg- of hulpplannen. Waar mogelijk zouden gemeenten bovendien volgens de Jeugdwet keuzevrijheid moeten bieden aan ouders. Ouders kunnen hierbij druk uitoefenen op zorgprofessionals en hebben zodoende tot op zekere hoogte invloed op het type zorg en ondersteuning en de zwaarte van de zorg en ondersteuning die wordt geboden (Batterink et al, 2017).

Migratieachtergrond en SES

Uit diverse onderzoeken blijkt dat migrantenjeugd minder zorg ontvangt dan verwacht mag worden op basis van hun aandeel in de bevolking en de in die groepen voorkomende psychische problemen. Deze jongeren zouden al tientallen jaren ondervertegenwoordigd zijn in de vrijwillige, lichte zorg en oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zware zorg (Jansen et al, januari 2015). Autochtone kinderen maken twee keer zo veel gebruik van de reguliere jeugd-ggz voorzieningen als migrantenjeugd. Dat is opmerkelijk te noemen aangezien er geen indicaties zijn dat psychiatrische problemen bij deze groep minder vaak voorkomen (Hekelaar en Omlo, maart 2018)

Sterker nog, migranten zouden juist vaker opvoedproblemen ervaren dan autochtonen. Diverse onderzoekers concluderen daarom dat migranten en hun kinderen ondervertegenwoordigd zijn in de lichtere vormen van preventieve opvoed- en ontwikkelingsondersteuning. Hier staat

tegenover dat jeugd met een migrantenachtergrond juist oververtegenwoordigd is in de zwaardere vormen van hulpverlening (Gezondheidsraad, 2012; Van den Berg, 2010; Van de Haterd et al., 2010; De Gruijter et al., 2009).

Volgens de Gezondheidsraad (2012) is er echter geen wetenschappelijk bewijs dat er een verband zou bestaan tussen de onder- en oververtegenwoordiging in de verschillende sectoren van de jeugdzorg. De Raad deelt wel het uitgangspunt dat er aanwijzingen zijn dat het zorgaanbod niet voldoende aansluit bij de leefwereld van migranten(jeugd). Dat heeft enerzijds te maken met een gebrek aan kwaliteit, maar anderzijds ook met onvoldoende bekendheid en vertrouwen in de hulpverlening onder migranten(jeugd). De Raad noemt hiernaast ook nog diverse andere verklaringen voor het ondergebruik van de reguliere ggz. Zo zouden ouders met een Marokkaanse en Turkse achtergrond geneigd zijn om naar alternatieve oplossingen te zoeken voor hulp, bijvoorbeeld op school, in eigen kring, in alternatieve en/of complementaire geneeswijzen of door in het land van herkomst hulp te zoeken.

Preventie en aanbod dienen volgens de onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut (Bellaart et al., 2016) aan te sluiten bij de behoeften en situatie van de doelgroep. Inter-culturele deskundigheid en competenties van professionals lijken daarbij belangrijk. In dit kader wordt ook wel gesproken over diversiteitscompetentie, waarbij zowel kennis als vaardigheden en attitudes worden bedoeld waarmee de professional zich optimaal kan instellen op de diversiteitskenmerken van cliënten. Uit nationale en internationale literatuur zou blijken dat de houding en vaardigheden van de professional zelfs doorslaggevend zijn voor het slagen van opvoedingsondersteuning aan ouders met een migratieachtergrond.

Uit landelijk onderzoek is bekend dat burgers met een lage sociaaleconomische status (SES)⁴ vaak meerdere en complexe problemen hebben op het gebied van gezondheid maar ook op sociaal gebied, zoals problemen met werk, leefomgeving, inkomen en opvoeding (Kringos et al, 2016). Dit zou ertoe leiden dat deze burgers frequent de huisarts bezoeken en relatief vaak worden doorverwezen naar specialistische hulp (Kringos et al, 2016).

Zodoende is als het gaat om het vergroten van het bereik van de (lichte) jeugdhulpzorg en verminderen van verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulpzorg een belangrijk

⁴ Mensen met een lage SES hebben een laag opleidingsniveau en/of een laag inkomen.

aandachtspunt voor onderzoek en functieontwikkeling de aandacht die de POH J&G besteedt aan migrantengroepen.

Kenmerken jeugdhulp

Organisatielijze

Er zijn aanwijzingen voor een verband tussen het aantal gecontracteerde jeugdhulpaanbieders en de kosten van de jeugdhulp. Uit een kleinschalig onderzoek van KPMG bleek dat in gemeenten waar het aantal gecontracteerde jeugdhulpaanbieders tussen 2016 en 2018 niet snel steeg, ook de uitgaven aan jeugdhulp minder snel stegen.

Wachttijden tweedelijns jeugdhulp

Er bestaan lange wachtlijsten en wachttijden voor tweedelijns jeugdhulp.

De retrospectieve wachttijd⁵ voor ambulante specialistische jeugdhulp bedroeg in Rotterdam in het derde kwartaal van 2020 ruim 14 weken. Het ging daarbij om 756 cliënten die op de wachtlijst stonden. Bij Ambulante specialistische jeugdhulp gaat het overigens om een grote verscheidenheid aan hulpaanbod: van gezinsbegeleiding tot multidisciplinaire GGZ-behandeling. Ook wachttijden variëren per hulpaanbod: van binnen 5 dagen voor spoed ggz tot een jaar voor behandeling. En ook hierin is veel variatie als het om soort behandeling gaat. Dit maakt dat gemiddelde wachttijd een vertekent beeld geeft. Daarbij zijn er problemen met de registratie. Circa. 70% van de cliënten die is aangemeld voor Ambulante jeugdhulp (arrangement E) is daar door de huisarts heen verwezen (Cijfers Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond, december 2020).

Wachttijden voor de tweedelijns jeugdhulp kunnen van invloed zijn op de resultaten die de POH J&G behalen. Het is voorstelbaar dat door de wachttijden, in ieder geval op korte termijn, minder gebruik wordt gemaakt van tweedelijns jeugdhulp. De afname is dan echter niet zozeer aan de POH J&G te danken maar aan een gebrek aan capaciteit in de tweede lijn.

Uit onderzoek blijkt voorts dat geconfronteerd met wachttijden de POH J&G op zoek gaat naar alternatieven, zoals

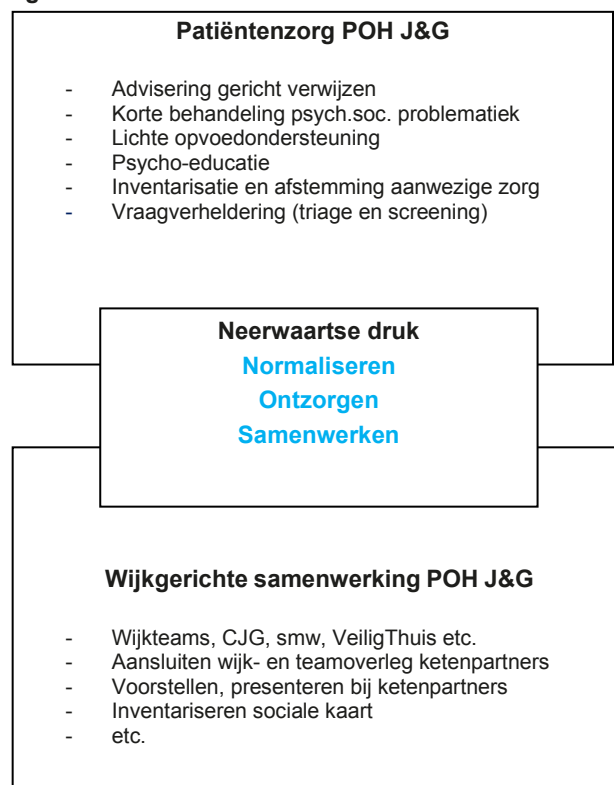
het bieden van overbruggingshulp. Belangrijk is dan in hoeverre deze alternatieven voldoen, het probleem wordt opgelost, onder controle blijft, dan wel dat de problematiek escaleert waardoor zwaardere vormen van jeugdhulp noodzakelijk zijn.

2.3 Inzet POH J&G

De achtergrond en ervaring van de POH Jeugd blijken heterogeen, en ook de invulling van de functie varieert (Spijk-de Jonge et al, 2019).

Figuur 2 geeft een indruk van het soort werkzaamheden dat de POH J&G in Rotterdam uitvoert. Deze bevinden zich op twee terreinen. In de eerste plaats, en dat is ook het belangrijkste werkterrein van de POH J&G, de patiëntenzorg. Ten tweede de wijkgerichte samenwerking. Een uitgebreide beschrijving van de inhoudelijke aanpak op deze terreinen valt buiten de kaders van dit onderzoek. We onderscheiden twee uitgangspunten bij de inzet van de POH J&G die moeten zorgen voor de realisatie van de genoemde doelen: de inbreng van specifieke deskundigheid en tijd, en het uitoefenen van neerwaartse druk.

Figuur 2 Inzet POH J&G



⁵ Retrospectieve wachttijden zijn de wachttijden van de cliënten die in de betreffende periode in behandeling zijn gegaan. Huidige wachttijden zijn de wachttijden van de cliënten die op de laatste dag van het kwartaal nog op de wachtlijst stonden voor behandeling. Deze cliënten moeten nog in behandeling gaan.

2.3.1 Inbreng deskundigheid en tijd

Huisartsen zouden onterecht doorverwijzen naar tweedelijns hulp omdat zij onvoldoende kennis en tijd hebben om psychosociale problematiek of opvoedproblemen bij jeugdigen te herkennen en te behandelen of om te zorgen dat de jeugdigen en hun ouders de juiste, passende hulp krijgen.

De POH J&G zou door haar deskundigheid en tijdsinvestering in staat zijn de samenwerking tussen huisartspraktijk en partners in het wijknetwerk (m.n. wijkteams en jeugdgezondheidszorg) te verbeteren, zelf lichte (psycho, sociale en gezins-) problematiek te behandelen of gericht te verwijzen.

2.3.2 Neerwaartse druk

Maar het is niet alleen kwestie van deskundigheid en tijd; het gaat ook om een andere manier van denken. De POH J&G zou het gebruik en de kosten van specialistische jeugdhulp kunnen terugdringen door het uitoefenen van neerwaartse druk.

Neerwaartse druk betekent ervoor zorgen dat hulp zo laag mogelijk in de lijn plaatsvindt, waarbij zoveel mogelijk wordt voorkomen dat (dure) specialistische zorg wordt ingezet en zoveel mogelijk oplossingen worden georganiseerd met hulp van lichte formele (basishulp) of informele zorg. (Wentink 2015). Deze verschuiving naar lichte vormen van ondersteuning is niet exclusief: er kan ook sprake zijn van de organisatie van mengvormen van ondersteuning (specialistisch, basishulp, informele zorg), ook wel ondersteuningsmix genoemd.

Dit vraagt het kunnen samenwerken rondom en normaliseren, en ontzorgen van kind-, jeugd- en gezinsproblematiek.

In de Rijksbegroting 2014 worden demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren benoemd als hoofddoelen van de stelselwijziging (Ministerie VWS, 2014). In hoofdlijn gaat het er om dat ondersteuning en hulp niet onnodig in het medische circuit gezocht hoeven te worden als ook oplossingen in de sociale sfeer mogelijk zijn (bijvoorbeeld het anders omgaan van de omgeving met gedrag van jongeren).

Door normaliseren en ontzorgen van kind-, jeugd en gezinsproblematiek en samenwerking met én rond kind te vergroten zouden lichtere vormen van jeugdhulp in plaats van tweedelijns jeugdzorg kunnen worden ingezet (substitutie) die mogelijk ook beter aansluiten bij wat een cliënt op dat moment nodig heeft (kwaliteit).

Normaliseren

Hierbij worden ervaren problematische situaties teruggebracht tot beheersbare situaties binnen de natuurlijke omgeving van de jeugdige en diens ouders. Bij normaliseren gaat het om het tegengaan van onnodig problematiseren en etiketteren; het erkennen dat kwetsbaarheid hoort bij het leven (RMO, 2012).

Het begrip demedicalisering sluit hierop aan. Demedicalisering is op verzoek van de Tweede Kamer toegevoegd als hoofddoelstelling van de Jeugdwet (Eerste kamer der Staten-Generaal, 2014). Het gaat daarbij met name om de

zorgen die men heeft over het onnodig diagnosticeren van kinderen en gebruik van psychofarmaca onder de jeugd.

De inzet van de POH J&G zou zodoende ook kunnen leiden tot minder (kosten voor) medicijngebruik.

Ontzorgen

Bij sommige gezinnen en kinderen is de balans tussen draaglast en draagkracht kwetsbaar. Zij zijn gebaat bij hulp of ondersteuning gericht op het ontzorgen van dagelijkse opvoedproblemen en het (weer) zelfstandig kunnen organiseren van het gewone dagelijks leven. Ontzorgen betekent voor zogenaamde kwetsbare gezinnen dat ze naast een veilige en stimulerende opvoedomgeving ook een vorm van zorg krijgen die de eigen kracht weet te versterken en de sociale omgeving kan activeren en benutten. Dat hoeft nadrukkelijk geen zware zorg te zijn, maar ondersteuning dicht bij huis vanuit de mogelijkheden in het gezin en in een vertrouwde sociale omgeving (RMO, 2012).

Samenwerken

De inzet van lichte formele (basishulp) of informele zorg vraagt dat de POH J&G rondom patiënten goed samenwerkt met de professionals in de wijk. Om dit mogelijk te maken dient de huisartspraktijk over goede samenwerkingsrelaties te beschikken met de partnerorganisaties in de wijk.

2.3.3 Randvoorwaarden inzet POH J&G

Formele voorwaarden die aan huisartspraktijken worden gesteld (Gemeente Rotterdam, Informatieblad. Praktijk Ondersteuner Huisarts Jeugd & Gezin) om te kunnen deelnemen aan de uitrol zijn de beschikbaarheid van faciliteiten en werkruimte voor de POH J&G, de registratie van activiteiten POH J&G, de bereidheid om samen te

werken met JGZ, Wijkteam, Welzijn, scholen, etc., en het bieden van de gelegenheid aan de POH J&G om aanvullende scholing, deskundigheidsbevordering en intervisie te volgen (de gemeente vergoedt eventuele opleidingskosten).

Voorwaarden die aan de POH J&G functie worden gesteld, worden deels ontwikkeld op basis van de ervaringen die tijdens de uitrol met de nieuwe functie worden opgedaan. De deskundigheid van de POH J&G zou in ieder geval zowel het opvoeddeel als het ggz-deel zou moeten behelzen. Het eerdere onderscheid tussen een CJG- en ggz-variant in de pilotfase (Van Zeele en Hekelaar 2018) wordt daarmee losgelaten; er wordt gewerkt richting één functieprofiel.

Ook worden voorwaarden gesteld aan de locatie van de huisartspraktijk. De wijk waarin de huisarts werkt, dient lager te scoren dan het Rotterdamse gemiddelde op Sociaal Economische Status (lage SES). Als de huisarts werkt binnen het werkgebied van het Nationale Programma Rotterdam Zuid zou automatisch aan deze eis zijn voldaan. Hierin zien we het uitgangspunt van de uitrol POH J&G dat in lage SES wijken vaker sprake is van onderbereik Jeugdhulp en door huisartsen onterecht wordt verwezen naar tweedelijns jeugdhulp.

Uit de onderzoeksliteratuur komen verschillende voorwaarden naar voren voor een succesvolle inzet van een praktijkondersteuner Jeugd. Deze voorwaarden liggen

op het vlak van benodigde vaardigheden en competenties van de POH Jeugd, in het bijzonder in relatie tot de netwerktaak van de POH Jeugd, een effectieve werkrelatie tussen huisarts en POH Jeugd (onderlinge communicatie, terugkoppeling, overlegmomenten, vertrouwen in elkaars expertise, goede match (Nji 2020) en het voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden (o.a. toegang informatiesystemen huisartspraktijk, regelen privacy, voldoende tijd om te kunnen investeren in netwerktaak, een geschikte ruimte bij de huisarts en mogelijkheid om overleg te declareren). Uit onderzoek blijkt juist bij een autonome, nieuwe functie zoals die van praktijkondersteuner Jeugd het goed organiseren van opleiding, intervisie en (bij)scholing extra van belang. Voor de (constante) kwaliteit van hulp is het belangrijk om functiekaders te ontwikkelen (Spijk-de Jonge et al., 2019).

Belangrijke knelpunten die uit het onderzoek van Spijk-de Jonge et al. (2019) naar voren kwamen, liggen op het vlak van de samenwerking met het wijknetwerk (waaronder sociale teams), benodigde randvoorwaarden (zoals mogelijkheden tot leren) en de functieontwikkeling (bieden van kaders en 'tools'). Ook uit onderzoek in Rotterdam (Van Zeele en Hekelaar 2018) kwamen deze aandachtspunten naar voren, met name de samenwerking met de wijkteams en de behoefte aan duidelijke kaders en scholing, intervisie ed.). Tot slot bleek uit het onderzoek van Van Zeele en Hekelaar (2018) dat sommige jeugdconsulenten te weinig patiënten kregen aangemeld.



2.3.4 Effectiviteit

We schetsen tenslotte een kort beeld van wat uit de onderzoeksliteratuur bekend is over de effectiviteit van de inzet van een praktijkondersteuner Jeugd in de huisartspraktijk en noemen een aantal aandachtspunten voor een effectieve inzet.

Algemeen: positief

In het algemeen blijken betrokkenen (huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten) positief over de POH-Jeugdfunctie. Het bieden van laagdrempelige zorg wordt vaak als een succesfactor gezien. Ouders en kinderen kunnen in het algemeen snel terecht bij de praktijkondersteuner Jeugd bij de huisarts. Uit onderzoek van Spijk-de Jonge (2019) blijkt bovendien dat 73 procent van 170 ondervraagde cliënten hun doel, of zelfs meer dan het vooraf gestelde doel, hebben bereikt na hulp van de jeugdprofessional bij de huisarts.

Andere voordelen van de POH-Jeugdfunctie die in diverse onderzoeken worden vermeld zijn sneller begeleiden, dichtbij huis, het persoonlijke contact en de korte lijnen, minder doorverwijzen en minder stigmatiseren. Succesfactoren zijn het beschikken over gedegen kennis van de sociale kaart en het contact tussen de POH-Jeugd en ketenpartners (Spijk-de Jonge et al., 2019).

Ook uit de evaluatie van de Rotterdamse pilot Jeugdconsulent (Van Zeele en Hekelaar, 2018) blijkt dat de inzet van POH J&G positief wordt gewaardeerd door de huisartsen en kan leiden tot gerichter doorverwijzen. Een POH J&G heeft vaak meer kennis van de hulpvormen dan de huisarts en kan beter voorsorteren op de juiste plek voor een cliënt.

Effectiviteit niet aantoonbaar

Er zijn inmiddels vele lokale pilots onderzocht waarbij een jeugdondersteuner aan de huisartspraktijk is toegevoegd.

Vaak blijkt uit deze onderzoeken (Jonker et al., 2017 en Van Zeele en Hekelaar, 2018) dat betrokken huisartsen en praktijkondersteuners verwachten dat dat door de komst van de POH J&G jongeren en hun ouders in dezelfde

situaties minder vaak zullen worden verwezen naar de tweedelijns jeugdhulp, maar zijn er geen 'harde cijfers'.

Het onderzoek van Spijk-de Jonge et al. (2019) vormt een uitzondering. Van de 2012 afgesloten cliëntentrajecten in dit onderzoek bleken er 817 (41%) door de Praktijkondersteuner Jeugd te zijn opgepakt en afgesloten zonder dat het tot een verwijzing kwam. Echter, hieruit kunnen volgens de onderzoekers echter geen conclusies getrokken worden over de vraag of inzet van de POH J&G leidt tot minder onnodige verwijzingen naar de JGGZ. De benodigde data om een vergelijking mogelijk te maken van verwijsstromen tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH J&G ontbraken daarvoor. De door de onderzoekers gebruikte registraties zouden (zowel aan de kant van gemeenten als bij de huisartsen) aanzienlijk aangescherpt moeten worden om een dergelijke analyse mogelijk te maken. Ook in het Rotterdamse onderzoek (Van Zeele en Hekelaar, 2018) bleek vanwege de invoering van een nieuw ICT-systeem en declaratiesystematiek geen conclusie te kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de interventie als het gaat om het terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar de JGGZ.

Beperkt bewijs preventief beleid

Preventief jeugdbeleid gaat over het voorkomen van problemen bij kinderen en jongeren (preventie). Het gaat ook over het voorkomen dat kleine problemen groter worden (escalatie)⁶.

De inzet van de POH J&G maakt deel uit van een pakket aan maatregelen dat de gemeente Rotterdam neemt om het gebruik van de tweedelijns jeugdhulp, met name de Jeugd GGZ, te verminderen en de kwaliteit van de jeugdhulp te verbeteren. Met een nog meer effectiever preventief beleid vanaf 2020 wordt verwacht dat problemen worden voorkomen en er minder zware zorg nodig is⁷.

Hoewel er brede steun is voor het uitgangspunt dat met vroegtijdige signalering en aanpak van jeugd- en opvoedproblematiek de inzet van zwaardere vormen van jeugdhulp kan worden voorkomen, lijkt daar weinig empirisch bewijs voor. Op het niveau van de huisartspraktijk verwachten beleidsmakers, huisartsen en POH dat de POH-

⁶ [Website Nederlands Jeugdinstituut](#). Geraadpleegd: 26 augustus 2021.

⁷ Gemeente Rotterdam. Raadsbrief. *Afdoening motie 'Weg met de GGZ wachtlijsten' 16bb8823*.

Jeugdfunctie daaraan zal bijdragen, maar cijfermatig bewijs is er niet.

Op grond van wat uit onderzoek blijkt over de werkwijze van huisartsen en ervaringen van betrokkenen met de POH Jeugd, is het op logische gronden wel *aannemelijk* dat de POH J&G in bepaalde gevallen kan voorkomen dat er patiënten vanuit huisartspraktijk worden verwezen naar de tweedelijns die zonder POH J&G daar wel naar zouden zijn verwezen.

Het verband tussen preventief beleid in brede zin, en de inzet van de POH Jeugd in het bijzonder, en het gebruik en de kosten van tweedelijns jeugdhulp is echter minder vanzelfsprekend, ingewikkelder, dan gedacht.

Zo blijkt uit onderzoeken van het CPB (Benda et al., december 2020) en het SCP (2020) dat er nog geen bewijs is gevonden voor het uitgangspunt dat de inzet van laagdrempelige ondersteuning een bruikbaar middel is om het gebruik van jeugdzorg in de tweede lijn terug te dringen. De verwachting dat het stelsel goedkoper zou worden door te investeren in lokaal laagdrempelig jeugdhulp is niet uitgekomen. Dure vormen van zorg zouden hiermee kunnen worden afgeschaald. Het tegendeel blijkt waar: steeds meer jeugdigen doen een beroep op jeugdhulp (NJI, 2019)⁸. Veel gemeentes hebben grote financiële tekorten opgelopen bij de financiering van de jeugdhulp en zien steeds minder financiële ruimte (zie: Open brief VNG, 2019).

Ook in Rotterdam zien we ondanks de inzet op preventie en substitutie (van zware door lichtere vormen van jeugdzorg) geen terugloop in de wachttijden en wachtlijsten voor de specialistische jeugdhulp.

Dit is nog geen ‘hard bewijs’ dat preventief beleid in algemene zin niet werkt of kan werken. En het zegt natuurlijk ook weinig over de mogelijke preventieve werking van de POH J&G. Temeer er ook andere oorzaken zijn voor de wachtlijsten, zoals een personeelstekort en lage uitstroom bij de tweedelijns jeugdhulp. Maar het is wel van belang bij de afweging van het verdelen van de schaarse gemeentelijke middelen over de verschillende soorten jeugdhulp, met name tussen het lichte (preventieve) aanbod in de

eerstelijns en het intensieve, zeer gespecialiseerde aanbod binnen de tweedelijns jeugdhulp.

Gezien de grote verscheidenheid aan problematieken, aanpakken en contextuele factoren die van invloed kunnen zijn zou het goed zijn om, zoals ook het SCP (2020) aangeeft, verdiepend onderzoek te doen naar (veronderstelde werkzame) mechanismen zoals preventie en substitutie. Doen ze zich wel voor? Zo ja, onder welke omstandigheden en bij welke groepen? De uitsplitsing naar cliëntkenmerken en verdiepend onderzoek naar werkzame mechanismen is ook voor het onderzoek naar de effecten van de inzet van de POH J&G in de huisartspraktijk van belang.

2.3.5 Aandachtspunten effectieve inzet

Ruimte voor netwerktaak

Het is volgens onderzoekers belangrijk dat de Praktijkondersteuners Jeugd de tijd en mogelijkheden krijgen om contacten met het brede netwerk (bijvoorbeeld lokale zorg, CJG's, wijk- en gebiedsteams en scholen) te leggen en te onderhouden. Spijk-de Jonge et al. (2019) constateren dat het belangrijk is dat de partners uit het zorgnetwerk elkaar daadwerkelijk kennen, dat persoonlijk contact een gerichte verwijzing of collegiaal overleg over een jeugdige veel gemakkelijker maakt. Kennis van de lokale zorgkaart of het –netwerk zou volgens de onderzoekers belangrijk zijn om goed te kunnen beoordelen waar een jeugdige en zijn of haar ouders het best en het snelst geholpen kunnen worden. Investeren in de netwerktaak is belangrijk om elkaar beter te vinden.

Ruime ervaring in de jeugdhulp van de POH Jeugd gaat gepaard met meer overleg en samenwerking met het lokale netwerk. Professionals met meer ervaring in de jeugdhulp lijken een betere basis te hebben voor het leggen en onderhouden van die contacten. Dat zou volgens de onderzoekers ook het gevolg zijn van het netwerk dat zij al hadden bij eerdere of andere functies.

Het is daarom niet alleen belangrijk dat er bij de start van een nieuwe Praktijkondersteuner Jeugd tijd is voor het opbouwen van het netwerk, maar dat er ook tijd is, en wordt genomen, om te blijven werken aan deze contacten (Spijk-de Jonge et al, 2019).

⁸ Website NJI (22 juli 2019). [Veelgestelde vragen over de jeugdsector. Handreiking voor raadsleden en wethouders](#). Geraadpleegd 9 februari 2021.

Mogelijkheden tot leren

De functie is bedoeld om kennis en ervaring uit de jeugdhulp op een laagdrempelige manier in te zetten om problemen op lange termijn, en zo mogelijk specialistische hulp, te voorkomen. Om die kennis en ervaring ook op lange termijn in stand te kunnen houden is het van belang om (bij)scholing en intervisie te organiseren.

Spijk-de Jonge et al. (2019) constateren wisselende aandacht voor het organiseren van opleidingen, intervisie en (bij)scholing. De detachering van een Praktijkondersteuner Jeugd door een organisatie in de jeugdhulp maakt het volgens hen makkelijker om dit te organiseren, en de benodigde kennis up to date te houden. Ook in het onderzoek van Jonker et al. (2017) worden opleiden, bijscholen en intervisie genoemd als belangrijke voorwaarden dat een Praktijkondersteuner Jeugd goed kan functioneren.

Functieontwikkeling, ontwikkelen Toolbox

Volgens de onderzoekers (Spijk-de Jonge et al., 2019) is bij de verdere ontwikkeling van de functie van belang dat duidelijke kaders worden gegeven wat wel en niet tot de taken behoort van POH Jeugd, en dat er evidence based interventies worden ingezet. Op dit moment is er, volgens Spijk-de Jonge et al. (2019) op basis van de individuele kwaliteiten van de Praktijkondersteuner Jeugd, veel variatie in de inhoudelijke interventies die toegepast worden.

Interessant in dit kader is de mogelijke rol van de POH J&G bij de aanpak van de wachtlijsten door het bieden van mogelijkheden tot afschalen van tweedelijs jeugdhulp.

In een exploratief onderzoek naar verschillen in het gebruik van specialistische vormen van jeugdhulp tussen gemeenten (Batterink et al., 2017) gaven aanbieders aan te weinig mogelijkheden te zien om verantwoord af te schalen door het ontbreken van voorzieningen op lokaal niveau. De POH J&G zouden daar een belangrijke rol in kunnen vervullen.

2.4 Conclusie

- Uit onderzoek blijkt dat de inzet van de POH J&G kan bijdragen aan de kwaliteit van de jeugdhulp en het voorkomen van verwijzingen naar tweedelijs jeugdhulp.
- Hoewel er brede steun is in politiek, bestuur, beleid en uitvoering voor het uitgangspunt dat de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd leidt tot minder verwijzingen naar tweedelijs jeugdhulp en besparingen op de jeugdhulp als geheel, ontbreken daarvoor de 'harde cijfermatige bewijzen'. Daarbij zijn er een aantal factoren die mogelijk roet in het eten gooien. Besparingen zijn onzeker als knelpunten zoals wachtlijsten niet aangepakt worden.
- Door lange wachttijden voor tweedelijs jeugdhulp is het effect van de inzet van de POH J&G hierop op korte termijn mogelijk nog niet zichtbaar. Daarnaast kan de inzet van POH J&G leiden tot een toename van het bereik onder jongeren en ouders.
- Naast de kosten die gepaard gaan met de inzet van de POH J&G speelt ook nog een mogelijke toename in gebruik en daarmee kosten van sociale basisvoorzieningen en eventuele lichtere vormen van tweedelijs jeugdhulp. Zeker wanneer deze vormen van jeugdhulp minder effectief zijn zonder de inzet van specialistische tweedelijs jeugdhulp blijft in de praktijk de besparing op lange termijn beperkt.

3 Ervaringen met de functie POH J&G

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de ervaringen die tot op heden zijn opgedaan met de nieuwe functie POH J&G.

In de maanden oktober en november van 2020 hebben we vijf POH Jeugd en Gezin, vier huisartsen, een (ex) wijkteamleider en een wijkmanager van IZER geïnterviewd. De interviews zijn vanwege de Covid-19 maatregelen telefonisch of via beeldbellen afgenomen. De gesprekken duurden gemiddeld ongeveer een uur. De responsgroep blijkt inhoudelijk representatief op de onderzochte kenmerken (zie bijlage).

Achtereenvolgens gaan we in op de kenmerken van de vijf geïnterviewde POH J&G, redenen van huisartsen en POH J&G om te kiezen voor de functie POH J&G. Daarbij aansluitend brengen we hun verwachtingen t.a.v. de nieuwe functie in kaart en de ervaringen die ze ermee hebben opgedaan. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar de wachttijden voor de tweedelijns J-GGZ, de gevolgen van de coronapandemie en de wijze waarop daarmee is omgegaan.

Vervolgens gaan we in op de ervaren effecten en de tevredenheid over de organisatie van de uitrol en invulling van de functie. We eindigen dit hoofdstuk met een aantal conclusies.

3.2 Kenmerken POH J&G

De geïnterviewde POH J&G hebben een hoogste diploma op HBO- of WO-niveau, en diverse cursussen en opleidingen gevolgd. Mede in combinatie met hun werkervaring is hierdoor een verscheidenheid aan expertises te vinden onder de POH J&G. Bijvoorbeeld op het gebied van kennis van de organisatie en werkwijze van de jeugdbeschermingsketen, tweedelijns J-GGZ, wijkteams en j-gz (m.n. CJG), maar ook specifieke (ervarings) kennis met diverse soorten instrumenten voor signalering, diagnose en behandeling.

Het is om twee redenen belangrijk om zicht te hebben op de kennis en ervaring die de deelnemers aan de uitrol in huis hebben. Ten eerste voor het project aangezien de POH J&G gebruik kunnen maken van elkaars expertise en ten tweede voor het onderzoek omdat dit van invloed kan zijn op de werkwijze en resultaten van de POH J&G. Zeker

wanneer de werkwijze en kaders van de functie nog veel ruimte bieden voor eigen invulling zal dit spelen, zo bleek al tijdens de pilotfase van het project (Van Zeele en Hekelaar, 2018).

3.3 Redenen POH J&G

3.3.1 Huisartsen

Huisartsen kozen voor een POH J&G omdat zij zich onvoldoende in staat achtten te zorgen dat jonge patiënten met gedrag- en opvoedproblemen en hun ouders, tijdig de benodigde hulp kregen.

De artsen voelden zich onvoldoende deskundig en/of hadden te weinig tijd om de benodigde zorg rondom de jongere en het gezin te regelen, tegelijkertijd voelden zich wel verantwoordelijk en maakten ze zich zorgen over hen. Problemen in de samenwerking met het wijknetwerk, m.n. wijkteams, en de wachttijden bij de J-GGZ maakten dat ze het gevoel hadden de zorg niet te kunnen overdragen.

Met de keuze voor een POH J&G wensten de huisartsen dus hun werkdruk te verminderen en te worden ontzorgd, maar vooral ook de kwaliteit van hun patiëntenzorg te verbeteren.

Ze verwachtten met de inzet van de POH J&G hun jongere patiënten en diens ouders eerder op de juiste plek en in passende hulp te krijgen.

Voor een aantal huisartsen was een toename in de omvang en zwaarte van de problematiek onder de groep jeugdige patiënten een extra reden om te kiezen voor een POH J&G.

Geconfronteerd met de wachtlijsten voor de tweedelijns jeugdhulp (met name J-GGZ) zagen de deelnemende huisartsen ook een duidelijke rol voor de POH J&G bij het overbruggen van de wachttijd (overbruggingshulp), hoewel dit oorspronkelijk geen onderdeel uitmaakte van het formele takenpakket van de POH J&G.

Kostenbesparing en het terugdringen van het gebruik van intensieve tweedelijns jeugdhulp waren voor huisartsen geen motieven om te kiezen voor een POH J&G. Neerwaartse druk is voor hen ook geen doel op zich maar staat ten dienste van de gewenste kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg. Passende zorg is het beoogde doel.

3.3.2 POH J&G

POH J&G kozen voor de functie om meer te kunnen betekenen voor jongeren met opvoed- en gedragsproblemen, en hun ouders.

POH J&G die voorheen in de tweedelijns jeugdhulp hebben gewerkt, kregen te maken met problematiek die, mede vanwege de lange wachtlijsten en wachttijden bij de tweedelijns jeugdhulp, inmiddels zo ver was geëscaleerd dat ze naar eigen gevoel onvoldoende meer konden betekenen voor deze jongeren en gezinnen. Als POH J&G verwachtten ze eerder in het proces hulp te kunnen bieden en escalatie richting zware problematiek te kunnen voorkomen.

Ze liep in haar vorige functie binnen de specialistische ggz tegen wachtlijsten aan. Dat vind ik een kwalijke zaak dat kinderen soms langer dan een half jaar op een wachtlijst stonden. Daardoor raakten klachten verergerd. Dus als je ze eenmaal op intake had, dan waren de klachten verergerd en dat leverde voor mijzelf best wel wat frustratie op.”

Toen hoorde ze van de functie POH GGZ Jeugd. Daar zit je meer aan de voordeur .

Anderen boden al in hun eerdere functie van POH-ggz (volwassenen) in de praktijk al actief hulp aan jongeren. De groeiende vraag maakte dat de huisarts en POH dankbaar gebruik maakten van het aanbod van de gemeente om meer (expliciet) aandacht aan de groep jongeren te kunnen besteden.

Evenals de huisartsen verwachtten de POH J&G dat hun inzet zou gaan bijdragen aan het voorkomen van verwijzingen naar de tweedelijns J-GGZ maar ook voor hen is dat niet het primaire doel van hun functie. Zorgen dat de patiënt en diens opvoeder(s) zo snel en laagdrempelig mogelijke passende zorg krijgen, ‘zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig’, staat voor hen voorop.

3.4 Ervaringen

We gaan nu achtereenvolgens in op de ervaringen die zijn opgedaan bij het uitvoeren van de verschillende processtappen in het begeleidings-/hulptraject van de POH J&G.

3.4.1 Aanmeldingen

Huisartsen vragen de POH J&G uit te zoeken wat er aan de hand is met een jonge patiënt, welke hulp de jongere krijgt en wat er (verder nog) nodig is. Ook kan het zijn dat de huisarts wil weten wat er met zijn of haar verwijzing of melding is gebeurd of wat de situatie is van een patiënt die op de wachtlijst staat. Tenslotte worden POH J&G ook wel gevraagd overbruggingshulp te verlenen aan patiënten die wachten op tweedelijns jeugdhulp. Huisartsen en POH vinden het belangrijk dat deze patiënten in beeld blijven en perspectief houden.

De meeste aanmeldingen gaan over opvoedproblemen en gedragsproblematiek op school, thuis of in de vrije tijd. De jongeren hebben last van angst- of stressklachten, er zijn problemen in de ontwikkeling of vermoedens van adhd of autisme.

Het aantal aanmeldingen varieert volgens de respondenten per huisartspraktijk, huisarts, wijk en periode. Ook komt het voor dat POH J&G structureel te weinig aanmeldingen krijgt.

Het aantal patiënten dat een huisarts naar de POH J&G doorstuurt, lijkt van verschillende factoren af te hangen zoals bekendheid van de POH J&G bij de huisarts, patiënten en professionals in het wijknetwerk, maar ook van persoonlijke voorkeuren van huisartsen. Ook de coronapandemie en (veranderingen in) de wijkpopulatie zijn van invloed.

Maar soms valt het ook voor de POH niet te verklaren waarom bijvoorbeeld de ene huisarts regelmatig patiënten naar haar verwijst terwijl ze van een andere huisarts, soms zelf werkzaam in dezelfde praktijk, niet of nauwelijks patiënten krijgt.

Ook de wijkteamleider constateert verschillen in het aantal aanmeldingen tussen de huisartspraktijken in de wijk. *“Bij sommige praktijken is het gewoon heel lastig om aansluiting te vinden. Hebben we ooit weleens geprobeerd maar werden dan afgewimpeld.”*

3.4.2 Problematiek

De POH J&G zien diverse vormen van opvoed-, ontwikkelings- en gedragsproblematiek. ‘Gewone’ puberproblemen, zoals het niet op één lijn zitten van ouders en pubers. Maar ook psychosomatische klachten komen voor, zoals bedplassen en buikpijn zonder dat hier een duidelijke fysieke oorzaak voor is. Daarnaast zien de POH J&G jongeren met adhd en autisme, angsten en depressies. Bij depressies

blijkt soms ook sprake van stemmingswisselingen, automutilatie en suïcidaliteit.

Sommige jongeren hebben ernstige traumatische gebeurtenissen meegemaakt, zoals huiselijk geweld of een gewelddadig overlijden van een gezinslid. Maar ook een gedwongen huisuitzetting i.h.k.v. de aanpak van drugspannen kan traumatisch zijn voor kinderen.

POH J&G zien kinderen en jongeren met spanningsklachten door stress thuis. Er zijn bijvoorbeeld spanningen in het gezin als gevolg van een vechtscheiding, relatieproblemen tussen ouders, overbelaste alleenstaande moeders. Ze zien kinderen en jongeren die tekortkomen door financiële problemen in het gezin. Naast enkelvoudige problematiek zijn er cliënten waarbij problemen op meerdere levensgebieden spelen die soms op complexe wijze samenhangen (multiproblematiek).

3.4.3 Werkwijze

De POH J&G verzamelt informatie bij jongeren, ouders en betrokken hulpverleners. Opvallenderwijs komt het instrument SISA⁹ daarbij niet ter sprake. Volgens de wijkmanager van Izer zou door gebruik van SISA een deel van de problemen rondom de samenwerking, zoals het gebrek aan inzicht in wie bij de casus betrokken is, worden opgelost.

In het eerste consult of de eerste consulten wordt de hulpvraag verduidelijkt. De inzet van de POH J&G is vervolgens gericht op het beantwoorden van die hulpvraag.

Uit de interviews blijkt dat de POH J&G veel vrijheid hebben in hoe ze hierbij te werk gaan. Zowel in de mate waarin en de wijze waarop ze de samenwerking zoeken met het wijknetwerk, als de manier waarop ze de patiëntenzorg invullen. Zo zijn er volgens de respondenten geen voorschriften m.b.t. het aantal consulten, de instrumenten en behandelingen die ze bij patiënten inzetten, hoelang een traject duurt, wanneer te verwijzen naar het wijkteam en wanneer een traject kan worden afgesloten.

De POH J&G geeft aan dat voor haar in de afweging om zelf te behandelen of te verwijzen naar het wijkteam belangrijk is dat ze voldoende

intensief en lang genoeg hulp kan bieden, en de veiligheid in voldoende mate kan garanderen.

‘Ben ik voldoende 1 keer per week een half uur of een uur. En als het antwoord nee is dan weet ik dat ik moet doorverwijzen’.

Als de situatie stabiel is, maakt ze een inschatting hoeveel consulten nog nodig zijn. Een richtlijn voor haar is maximaal 15 consulten in totaal. Als er meer gesprekken nodig zijn, dan moet er worden doorverwezen. Dit komt volgens haar overeen met de uitgangspunten van de POH GGZ. *“Anders gaat je agenda ook te vol zitten als je iedereen een jaar gaat begeleiden”.*

Maar ze maakt ook wel uitzonderingen bijvoorbeeld om wachttijden voor tweedelijns hulp te overbruggen. Ze vraagt waarmee een jongere en de ouders geholpen willen worden en gaat samen met hen daarmee aan de slag. Dat doet ze ook om een beetje een stok achter de deur te houden en in de gaten te kunnen houden hoe het met de patiënt of het gezin gaat. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat het slechter gaat, psychische klachten verergeren. Ze kan dan proberen de patiënt eerder aan de beurt te laten komen bij de tweedelijnsorganisatie.

De trajecten die de POH J&G bieden, variëren volgens de respondenten in de praktijk sterk naar duur en intensiteit. Soms kan met een aantal gesprekken, wat psycho-educatie ter normalisering van opvoedproblematiek worden volstaan, maar het komt ook voor dat in afwachting van specialistische jeugdhulp langdurige intensieve begeleidingstrajecten worden geboden of langdurige lichte begeleiding.

Er is niet uitgebreid ingegaan op de begeleiding en behandelingen die POH J&G patiënten bieden. Dat valt buiten de kaders van het onderzoek.

In algemene zin is de aanpak gericht op de primaire hulpvraag van de patiënt. Er lijkt geen sprake van een brede uitvraag en aanpak zoals we die bijvoorbeeld van de wijkteams kennen. Volgens een respondent is dat soms ook een nadeel van het wijkteam. Door die brede insteek waarbij alle leefgebieden worden afgegaan kan het volgens

⁹ SISA staat voor Signaleren en Samenwerken en Samenwerking Instrument Sluitende Aanpak. Dit is een computersysteem waarin wordt bijgehouden welke professionals op hetzelfde moment bij hetzelfde kind, dezelfde jongere of binnen hetzelfde gezin betrokken zijn.

haar wel heel lang duren voordat zo'n patiënt daadwerkelijk wordt geholpen.

Het is niet helemaal duidelijk geworden in hoeverre en op welke wijze normaliseren een systematisch onderdeel vormt in de aanpak van de POH J&G. De POH J&G proberen in ieder geval wel, als dat mogelijk is, problematiek zo laag mogelijk in de lijn op te lossen: *"Ik probeer zo weinig mogelijk door te verwijzen, maar ik doe het wel als het nodig is"* (POH J&G).

Er wordt naar het wijkteam verwezen als er ook problemen op andere leefgebieden spelen. Het gaat dan met name om problematiek op de leefgebieden werk, inkomen en huisvesting.

Basis of specialistische J-GGZ wordt ingeschakeld als het problematiek betreft waarvan POH J&G vinden dat ze er te weinig kennis van hebben en niet zelf kunnen behandelen. Problematiek waarbij de inzet van een psycholoog of psychiater nodig is. Het kan gaan om alleen een 'testje', zoals ADD/ADHD-test, tot aan een intensieve behandeling door een psychiater m.b.v. medicijnen.

Er zijn POH J&G die aangeven ontevreden te zijn over het functioneren van (bepaalde) wijkteams en CJG's, en daarom niet vaak patiënten bij deze organisaties aanmelden. Vaak heeft de ontevredenheid te maken met de communicatie, gebrek aan terugkoppeling na verwijzing, of het niet (tijdig) oppakken van een verwijzing.

Maar de grootste problemen ervaren ze bij het verwijzen van patiënten naar de tweedelijns J-GGZ. Hier komen we nog uitgebreid op terug bij het bespreken van de gevolgen van de lange wachttijden bij de basis en met name specialistische J-GGZ.

Naast deze algemene overeenkomsten in werkwijze zijn er verschillen tussen de POH J&G in de mate waarin ze aan bepaalde problemen aandacht besteden en de behandelingen die ze bieden. Zo zijn er POH J&G die mindfulness, rouwverwerking of bepaalde vormen van systeemtherapie toepassen waarop ze expertise hebben. Er zijn ook POH J&G die werken met KOP¹⁰ model omdat ze hier in het verleden al ervaring mee hebben opgedaan. De werkwijze van de POH J&G wordt tenslotte bepaald door hun specifieke taakopvatting. In hoeverre zien zij bijvoorbeeld het actief organiseren van de samenwerking met de

ketenpartners, vroegsignalering en in zorg krijgen of houden van moeilijk bereikbare groepen, en het signaleren en melden van huiselijk geweld en kindermishandeling als hun taak?

3.4.4 Afsluiten van trajecten

POH J&G en huisartsen hebben weinig zicht op de mate waarin de trajecten succesvol zijn en de factoren die daarmee samenhangen. Er is geen sprake van een heldere, eenduidige definitie van succes en er wordt geen gebruik gemaakt van instrumenten om de voortgang en wijze van afsluiten van trajecten te monitoren.

In de praktijk sluiten POH af als er geen hulpvragen of -behoeften meer zijn bij de jongere en het gezin. Het kan dan wel dat hen nog de mogelijkheid wordt geboden in geval van nood contact met de POH op te nemen. Maar het gebeurt ook dat cliënten om onbekende redenen niet meer komen opdagen (no show). Een aantal respondenten zegt dan nog wel actief de patiënt te benaderen, zeker als ze denken dat er nog belangrijke problemen spelen die moeten worden aangepakt. Terwijl een andere POH no show interpreteert als dat er geen behoefte meer is aan haar hulp. Uit eerder onderzoek (Van Zeele en Hekelaar, 2018) onder cliënten van de Jeugdconsulent (voorloper van de functie POH J&G) bleek overigens dat daar niet altijd zonder meer vanuit kan worden gegaan.

Volgens een respondent is het verschil in de mate van no show ook afhankelijk van de 'wijkcultuur'. In de ene wijk lijken bewoners veel lastiger te bereiken en eerder af te haken, niet meer te verschijnen, dan in de andere wijk. Om deze veronderstelling te toetsen zouden de resultaten van het effectonderzoek moeten worden uitgesplitst naar de wijken waar de patiënten woonachtig zijn.

Het definiëren van succes en uitval, en inzicht in omvang en redenen van verschillende vormen van beëindiging van het traject zijn belangrijke aandachtspunten voor het project en het onderzoek. Het gaat daarbij niet alleen om de begeleiding en behandeling die de POH bieden maar ook in hoeverre een verwijzing succesvol is, in de zin dat daarmee in de hulpvraag van de patiënt is voorzien.

¹⁰ KOP is een afkorting voor Klachten = Omstandigheden x Persoonlijke stijl. Het KOP-model is een werkmodel waarmee je inzicht krijgt in de oorzaken van de klachten, wat eraan gedaan kan worden en wat je er zelf aan kunt doen. [Website Mentaal Beter](#), geraadpleegd 23-11-2020

3.5 Wachtlijden tweedelijns J-GGZ

De wachtlijden in de basis, en vooral specialistische J-GGZ worden als belangrijke belemmeringen gezien bij het zorgen dat patiënten tijdig de juiste zorg krijgen. De POH J&G maken zich hierover (ernstige) zorgen:

“Het is verschrikkelijk, echt verschrikkelijk. Ik vind het probleem heel schokkend eigenlijk. ...dat een jongere met een acuut trauma, die heel veel psychische klachten heeft en niet meer in zijn kamer durft te slapen vanwege een geweldssituatie, 63 dagen moet wachten voor een intake of om te concluderen dat hij echt een trauma heeft. Wat je weet van een trauma is dat je zo snel mogelijk moet helpen of het wordt nog erger (POH J&G).”

De verwachte escalatie van problematiek door de lange wachtlijden is volgens een aantal POH al bewaarheid geworden. POH zien dat kinderen letterlijk te laat hulp krijgen, spanningen oplopen in een gezin, kinderen extra beschadigd raken en onnodig vastlopen op school. De wachtlijden hebben nog niet geleid tot ernstige incidenten zoals suïcides en crisissituaties, maar die liggen mogelijk wel in het verschiet.

POH J&G voelen zich niet altijd prettig bij de overbruggingshulp die ze vervolgens moeten bieden. Zij voelen zich verantwoordelijk voor de jongeren en de gezinnen maar denken dat ze de jongere en het gezin niet de hulp kunnen bieden die zij nodig hebben.

“Ik kan wel 6 maanden overbruggen, één keer in de week een half uur, maar dat is op een gegeven moment niet meer voldoende. Je ziet in het begin dat het behapbaar is maar gaandeweg wordt het erger en erger”.

Soms begint een POH J&G samen met de huisarts al met een ‘specialistische behandeling’, voordat de patiënt aan de beurt is bij de specialist. Maar dit heeft niet de voorkeur.

Als overbruggingszorg gaat ze eerst met ouder en kind in gesprek en maakt een inschatting van wat ze zelf denkt dat er aan de hand is. Vaak geeft ze ouders dan ouderbegeleiding, zoals ze dat in de specialistische ggz deed. *Dus eigenlijk ga ik al wat behandelen terwijl er nog geen officiële diagnose is... dan ga ik samen met de huisarts kijken of we vinden dat er mogelijk sprake is van adhd, en dan starten we zelf medicatie op...*

maar het liefst wil je dat het voor de ouders helemaal, uitgebreid wordt uitgezocht.”

Ook de wijkteamleider geeft aan dat haar medewerkers geconfronteerd worden met lange wachtlijden bij de specialistische zorg waardoor ze genoodzaakt zijn om overbruggingshulp te bieden.

Naast het bieden van overbruggingszorg wordt op zoek gegaan naar alternatieven. Een POH J&G kijkt bijvoorbeeld of er wat verder weg een kinder- en jeugdpsychiater is die een minder lange wachtlijst heeft. Als de ouders ervoor openstaan om daar naartoe te reizen, is dat een optie. Maar vaak zijn ouders afkomstig uit lagere sociaaleconomische milieus, hebben niet de mogelijkheid om te reizen en haken dan af, zo geeft ze aan.

Indien noodzakelijk is het mogelijk om patiënten met spoed aan te melden. Het lijkt sowieso al te helpen als de huisarts wat druk uitoefent. POH houden gedurende de wachttijd ook in de gaten of de situatie dusdanig verergert dat er sprake is van spoed. Het is overigens niet altijd duidelijk waarom er wel of geen spoed kan worden verleend. Een POH J&G geeft aan ieder week voor 1 of 2 patiënten een spoedintake aan te vragen.

Er zouden ook patiënten worden afgewezen omdat op het moment dat ze eindelijk aan de beurt zijn, de problematiek dusdanig is verergerd dat ze op de betreffende plek niet meer geholpen kunnen worden.

Een aantal POH verwacht op termijn hoge (maatschappelijke) kosten omdat jongeren langer in ongezonde situaties opgroeien en problematiek escaleert waarvoor uiteindelijk langere en intensievere hulp nodig is. Daarbij hebben deze jongeren zelf in de toekomst bijvoorbeeld door schooluitval minder gunstige kansen op de arbeidsmarkt. Problematiek zou zodoende worden ‘doorgegeven’ aan de volgende generatie.

“Als we niet iets doen dan kan ik je al zeggen dat de volgende generatie nog meer problemen gaat krijgen en het uiteindelijk het rijk heel veel geld gaat kosten” (POH J&G).

Volgens een POH was het al erg gesteld met de wachtlijsten maar is dit gedurende de coronapandemie nog erger geworden. De POH J&G verwachten, vooral na de lockdown, een toename van het aantal jongeren met ernstige problematiek waar specialistische J-GGZ voor nodig is.

3.6 Ervaren effecten

De respondenten is gevraagd welke veranderingen zij hebben ervaren nadat de POH J&G in de huisartspraktijk aan de slag is gegaan en in hoeverre hun verwachtingen zijn uitgekomen. Het waren open vragen maar er is ook gericht gevraagd naar de beleidsdoelen van de uitrol POH J&G.

3.6.1 Kwaliteit en gebruik jeugdhulp

Volgens de huisartsen en POH worden patiënten sinds de komst van de POH J&G sneller en beter geholpen. Men durft echter geen uitspraken te doen over de gevolgen van de inzet van de POH J&G voor het gebruik en de kosten van de tweedelijns jeugdhulp.

De wachttijden voor de tweedelijns jeugdhulp zijn in de beleving in ieder geval eerder langer dan korter geworden en huisartsen hebben onverminderd behoefte aan de overbruggingszorg die POH J&G bieden.

Een huisarts zegt dat haar verwachting op dit punt (verkorten wachttijden tweedelijns) niet is uitgekomen. Ze wijt dit echter niet aan de inzet van de POH J&G.

De oorzaken van de wachtlijsten bij de tweedelijns jeugdgz wordt door huisartsen namelijk niet alleen gezocht in het 'onterecht' verwijzen van patiënten met lichte problematiek maar vooral aan een gebrek aan capaciteit in de tweedelijns.

Maar huisartsen vinden het ook lastig te zeggen of door de inzet van de POH J&G ze minder jeugdigen verwijzen naar de tweedelijns jeugdhulp (J-GGZ). Er worden hierover geen cijfers bijgehouden.

Enerzijds wordt gedacht dat de POH J&G verwijzingen hebben kunnen voorkomen. Er zijn volgens hen bijvoorbeeld patiënten die de POH J&G hebben kunnen helpen die normaal gesproken door de huisarts of het wijkteam zouden zijn verwezen naar de tweede lijn. Anderzijds komt door de inzet van de POH J&G mogelijk meer problematiek in beeld.

Ook zijn er respondenten die denken dat de omvang van de doelgroep is toegenomen wat zorgt voor een toename van het aantal verwijzingen. Zo gaf een huisarts aan dat hij steeds meer kinderen ziet van 13, 14 of 15 jaar oud die kampen met depressies en suïcidale gedachten. Bij een deel van hen is, volgens deze huisarts, specialistische behandeling of therapie nodig.

3.6.2 Werkdruk huisarts

De belangrijkste verandering die de huisartsen bemerken na de inzet van de POH J&G in hun praktijk, is dat de ze minder tijd kwijt zijn aan en meer zicht hebben op, jeugdige

patiënten waarbij sprake is van opvoeding, gedrags- en sociale problematiek. Patiënten worden volgens de huisartsen door hun POH J&G laagdrempeliger geholpen en de lijnen zijn korter waardoor ze zelf beter in beeld hebben wat en of er iets gebeurt met hun patiënten. Vroeger hoorden ze pas laat van de hulpverlener of via het gezin zelf, of de hulpverlening überhaupt was gestart en zo ja wat het resultaat was. Het uitzoeken wat er met een jeugdige en het gezin aan de hand was, welke hulp er al was ingezet en om de patiënt in de juiste zorg te krijgen, kostte de huisarts veel tijd en ging soms ook gepaard met de nodige frustratie.

Hoewel *op dit punt* er dus sprake is van het verlichten van de werkdruk ervaren huisartsen daarmee niet altijd ook een afname van hun werkdruk over het geheel. De oorzaak wordt daarbij echter buiten de inzet van de POH J&G gezocht, bijvoorbeeld in de extra taken die huisartsen toebedeeld krijgen.

3.6.3 Vroegsignalering en bereik

De geïnterviewden verwachten niet dat door de inzet van de POH J&G in de huisartspraktijk moeilijk bereikbare doelgroepen zoals jongeren van ouder(s) met psychiatrische problematiek en/of verslaving (KOPP KVO) en jongeren van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) eerder en laagdrempeliger worden bereikt. Temeer ze geen extra aandacht aan deze groepen besteden.

Wel bereiken POH J&G mogelijk cliënten die wantrouwend zijn naar de hulpverlening en daardoor normaal gesproken moeilijk in hulp zijn te krijgen. Het wijkteam zou niet altijd een goede naam hebben onder de wijkbewoners vanwege eigen negatieve ervaringen of verhalen die rondgaan. Er zou vooral angst bestaan voor het uithuisplaatsen van kinderen door het wijkteam.

De POH zien als voordeel van hun functie dat ze de tijd kunnen nemen om het vertrouwen te winnen van patiënten. Daarmee zouden ze er niet alleen voor zorgen dat zorgmijdende patiënten kunnen worden geholpen in de huisartspraktijk zelf, maar ook dat deze patiënten makkelijker hulp aanvaarden van andere instellingen zoals wijkteam, Veilig Thuis, CJG en aanbieders van tweedelijns jeugdhulp. De POH J&G draagt dan bij aan het toegankelijk maken van de jeugdhulp.

Een POH J&G werkt aan de behandeldiscipline van patiënten. Zij leren bij haar om op afspraken te verschijnen. De

specialistische hulpverlening heeft daarvoor niet de tijd en bovendien is no-show daar een kostbare zaak.

Door vertrouwen te wekken en te zorgen voor een warme overdracht zou de POH J&G ervoor kunnen zorgen dat patiënten die in eerste instantie niet door het wijkteam geholpen willen worden, toch worden bereikt: *“Dus nu ben ik dan een beetje de schakel van ‘Ok als we hulp willen voor je kinderen en voor jou dan hebben we toch het wijkteam nodig hè. Maar dan sta ik naast jou. Bellen wij die wijkteam-medewerker op met z’n tweeën en dan gaan we kijken wat er dan wel mogelijk is. Dan kun je zo zien dat ik er voor jou ben in dat gesprek. En dan staat moeder wel open voor hulp.”* (POH J&G)

3.6.4 Samenwerking

Over het algemeen denken de respondenten dat de samenwerking met het wijknetwerk is verbeterd.

Dit betekent echter zeker niet dat men hier ook altijd tevreden over is. Er is nog altijd (zie ook Van Zeele en Hekelaar 2018) ontevredenheid over de communicatie, zoals gebrek aan terugkoppeling, en het niet (tijdige) oppakken van aangemelde patiënten door bepaalde wijkteams.

Andersom verschillen huisartsen volgens hen sterk in opvatting over, en de mate waarin ze daadwerkelijk, samenwerken met ketenpartners in het wijknetwerk.

Bijvoorbeeld in hoeverre ze het CJG als een belangrijke samenwerkingspartner zien en ze (nog) willen samenwerken met de wijkteams.

Genoemde redenen voor problemen in de samenwerking zijn dat wijkteams niet goed functioneren en er grote verschillen zijn in werkwijze tussen de teams. Volgens één van de POH werken de wijkteams waarmee zij te maken heeft als een soort van eilandjes. Dit is voor haar een duidelijk verschil met de situatie in de stad waar ze hiervoor werkte: *“Ik had toen al heel snel door dat wijk A (geanonimiseerd AH) is A, B is B. En dat we niet allemaal elkaar zien als Rotterdam. Dat ik dacht hoezo we zijn Rotterdam-Zuid”*. POH ervaren ook verschillen in wat wijkteams in huis hebben. Zo biedt het ene wijkteam bijvoorbeeld EMDR¹¹ aan cliënten en een ander niet.

Sommige POH verwijzen daarom nauwelijks mensen naar het wijkteam. Maar er kunnen ook andere redenen zijn. Zo heeft een respondent in een jaar tijd maar twee patiënten

verwezen omdat ze bij eenvoudige problematiek, die nog niet is geëscaleerd, de patiënt zelf helpt en niet doorverwijst naar het CJG, het wijkteam of de kinderscherming.

De samenwerking met een tweedelijns J-GGZ instelling hoeft volgens de respondenten minder intensief te zijn dan met een wijkteam. POH en huisartsen vinden het vooral belangrijk dat de patiënt daar zo snel mogelijk wordt geholpen en dat na ze afloop een terugmelding krijgen van de specialistische instelling.

Er wordt wisselend, maar in het algemeen in beperkte mate, samengewerkt met Veilig Thuis. Dit lijkt samen te hangen met het feit of de POH een achtergrond heeft in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en hierin een rol ziet voor de POH J&G. Maar ook negatieve ervaringen kunnen meespelen. Zo was een van de POH gefrustreerd over het feit dat er weinig actie werd ondernomen door Veilig Thuis: *“Daarbij zijn we zeer ontevreden over het functioneren van Veilig Thuis... Als er dan na heel veel gedoe wordt doorgepakt en onderzoek wordt gedaan dan blijkt er niemand te zijn bij het Jeugdplein ... Het ziet er allemaal gelikt uit, alle meldcodes: geweldig, maar het loopt voor geen meter.”* Ze vindt de situatie dramatisch. Er zouden zelfs huisartsen wakker van liggen. *“Het is zo frustrerend dat je uiteindelijk heel veel werk hebt aan het melden, vaak geen terugkoppeling krijgt en er dan zelf actief achteraan moet. En dan blijkt het nog heel lang te gaan duren of er is een gesprek geweest en men heeft – heel kort door de bocht – aangenomen dat er niet zoveel aan de hand is. Er wordt niet overlegd met ons, waarom we aankomen.”*

3.6.5 Organiseren wijknetwerk

Er is variatie in de mate waarin de POH J&G zich bezighouden met het in kaart brengen van het wijknetwerk en het organiseren van de samenwerking. Belangrijk is volgens respondenten het persoonlijk contact. Dat betekent bijvoorbeeld dat je je persoonlijk op de werklocatie voorstelt en aansluit bij (casus)overleggen. Echter, de coronapandemie gooide hierbij roet in het eten. Daarnaast lijken deze activiteiten flink wat tijd en energie te vergen, alsmede bepaalde specifieke vaardigheden. De patiëntgerichte samenwerking wordt wel duidelijk als een taak gezien van de POH J&G, maar dat geldt minder voor het

¹¹ Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort tot EMDR, is een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring, zoals een ongeval, seksueel geweld of een geweldsincident. Bron: <https://www.emdr.nl/>, geraadpleegd 24 augustus 2021.

creëren van de voorwaarden daarvoor, d.w.z. het organiseren van de wijkgerichte samenwerking.

Een POH J&G is erg blij met het werk dat de wijkmanager in haar wijk heeft verzet. Ze is door de wijkmanager geholpen bij het in kaart brengen van het wijknetwerk en het in contact komen met de ketenpartners.

De Wijkmanager is aangesloten bij Izer en heeft o.a. als taak de belangrijkste actoren in het medisch en sociaal domein in de wijk in kaart en met elkaar in contact te brengen.

“Wij duiken eigenlijk als het ware de wijk in en gaan in gesprek met netwerkpartners. Die netwerkpartners zijn heel divers. We filteren daaruit van zou dit relevant zijn voor de werkzaamheden van een POH of een huisarts en is dat zo dan nemen we die informatie ook mee naar de huisartspraktijk en presenteren dat dus aan de huisartsen op verschillende manieren”.

De POH en de huisarts kunnen hier vervolgens gebruik van maken. Volgens de wijkmanager is het namelijk de vraag of zij voldoende tijd en deskundigheid hebben om dit zelf te doen. Het maken van goede afspraken en onderhouden van de samenwerking met de verschillende organisaties, met soms wisselende contactpersonen, kost volgens haar veel tijd.

Nadat de samenwerking is georganiseerd vindt ze het aan de POH en de huisarts om de contacten te onderhouden.

De wijkmanager inventariseert ook de belangrijkste knelpunten in de samenwerking en werkt actief aan het oplossen ervan. Een belangrijk knelpunt in de samenwerking tussen de huisarts en het wijkteam is volgens de wijkmanager de privacy. Wijkteammedewerkers zouden alleen met toestemming van de klant informatie over hem of haar aan de huisartspraktijk mogen overdragen. Ook de POH geven aan dat ze om die reden geen informatie krijgen van wijkteams. Andersom zouden wijkteams informatie krijgen van huisartsen waar ze helemaal niet over mogen beschikken, zoals informatie over medicijngebruik.

Volgens de wijkmanager gaat de samenwerking met de welzijnspartijen in de wijk goed, maar met het wijkteam blijft het bewerkelijk.

Interessant om nog te noemen is een groepsapp die door wijkteammedewerkers en een aantal huisartsenpraktijken in een wijk worden gebruikt. Als er aanmeldingen binnenkomen dan halen ze die gezamenlijk op. Als er vragen zijn dan kan iemand in de groepsapp daar antwoord op geven. Er zijn ook mensen van het aanmeldteam lid van de groep. Als er aanmeldingen binnenkomen dan kunnen zij die direct meenemen in de aanmeldprocedure.



3.7 Tevredenheid

3.7.1 Functie POH J&G

De huisartsen zijn tevreden over hun POH J&G. Ze zouden in principe andere huisartsen een POH J&G aanraden maar verwachten niet dat ze dit ook allemaal willen. Huisartsen zouden sterk verschillen in de visie die ze hebben op waar een huisartspraktijk wel en niet van is, en welke taken de huisarts binnen de praktijk zelf uitvoert en welke taken door anderen zouden kunnen worden uitgevoerd.

De geïnterviewde huisartsen zijn vooral tevreden over het feit dat door de inzet van de POH J&G jongeren met psychosociale problemen eerder worden geholpen, op de juiste plek komen en passende hulp krijgen. Daardoor hebben huisartsen ook minder het gevoel zich zorgen te hoeven maken over de situatie van deze groep patiënten.

Ook de POH blijken tevreden over hun functie. Vooral omdat ze het gevoel hebben echt iets te kunnen betekenen voor de patiënten. Dat wil zeggen dat ze hulp kunnen bieden voordat problemen zijn geëscaleerd.

Zowel de huisartsen als de POH zijn positief over hun samenwerking. De geïnterviewde POH zijn over het geheel genomen tevreden over de begeleiding die ze vanuit de huisartspraktijk krijgen. Wel zijn de huisartsen druk en hebben soms weinig tijd voor overleg.

Met name voor de POH J&G die dit jaar zijn begonnen, geldt wel het probleem dat ze door de coronapandemie nog maar weinig (persoonlijk) contact hebben gehad met de huisartsen. En juist dat is volgens hen een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking.

De POH geven voorts aan dat de ene huisarts meer en beter samenwerkt dan de ander. Er zijn soms huisartsen op de locatie die gebruik kunnen maken van de POH J&G maar waar de aanwezige POH vrijwel geen contact mee hebben, terwijl andere huisartsen op dezelfde locatie juist zeer betrokken zijn en een soort van ambassadeursrol voor de POH J&G vervullen. Volgens één van de POH is een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking met huisartsen een stabiel huisartsteam, zodat er voldoende tijd is om iets op te bouwen.

3.7.2 Projectorganisatie

De huisartsen zijn over het geheel genomen tevreden over hoe de gemeente de uitrol heeft georganiseerd. De grote

mate van vrijheid in hoe ze de POH J&G mogen inzetten en de wijze van inhuur wordt als prettig ervaren.

Behalve de huisartsen die al een POH-ggz in dienst hadden die (deels) als POH J&G is gaan werken, kiezen huisartsen voor detachering. Het belangrijkste voordeel hiervan is dat ze hen niet voor een vaste tijd en vast aantal uren hoeven in te huren. De benodigde inzet van de POH J&G, zeker op wat langere termijn, is voor hen namelijk onzeker. Zelf inhuren is dan een risico. Daarbij vinden huisartsen het prettig dat de professionele ondersteuning van de POH J&G (zoals scholing, intervisie ed.) door de detacheringorganisatie wordt geregeld.

Enige kanttekening die bij de organisatie door de gemeente wordt geplaatst is de wijze van financiering. Het achteraf declareren van uren kost tijd en daarbij moeten ze eerst zelf investeren en krijgen ze pas later hun geld terug.

De wijkteamleider is niet betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het project “Uitrol POH J&G”. Ze denkt dat het goed zou zijn om de wijkteamleiders een rol te geven bij de verdere uitvoering van het project.

3.7.3 Functie en taakomschrijving

Uit de interviews blijkt verder dat de POH J&G grote vrijheid ervaart in het bepalen van hoeveel consulten nodig zijn bij een patiënt en hoelang een traject duurt. De POH J&G kennen ook geen afspraken of richtlijnen over wanneer een traject moet worden afgesloten. Huisartsen en POH ervaren dit als prettig. De POH J&G krijgt zodoende de ruimte om maatwerk aan patiënten te kunnen leveren. Soms is bijvoorbeeld een kort traject bestaande uit een paar gesprekken voldoende, maar het kan ook zijn – zeker waar het overbruggingshulp betreft – dat een langer durende inzet van de POH J&G nodig is.

Ook de duur van een consult is niet voorgeschreven. Een POH J&G geeft aan dat een consult bij haar in principe een uur duurt maar ze kijkt ook of de patiënt nog voldoende geconcentreerd is. Voor kinderen voelt volgens haar 15 minuten soms al als een uur.

Hoewel de ruimte en vrijheid als positief wordt ervaren is er ook behoefte aan kaders, zoals wat bij je functie hoort en wat niet. Er zijn geen uitgewerkte beschrijvingen en protocollen m.b.t. de werkwijze van de POH J&G, noch bestaan er afspraken over de te behalen resultaten.

De POH J&G vinden het redelijk duidelijk waar de grenzen liggen voor het al of niet zelf behandelen. Bij verwijzing naar tweedelijns hulp spelen overwegingen als de ernst van de psychische klachten, met name de aanwezigheid van psychiatrische problematiek.

Niettemin bestaat er ook in wisselende mate behoefte aan duidelijkheid. Bijvoorbeeld over hoever de POH J&G moet gaan in het bieden van nazorg, het actief benaderen van cliënten bij no-show en het organiseren van de samenwerking met het wijknetwerk, en wanneer de POH J&G haar werk naar behoren heeft uitgevoerd. Mogelijk is dit laatste ook een reden dat een aantal POH J&G daarover onzeker is. Daarbij kan ook spelen dat nog niet alle POH J&G hun functioneren met de huisarts hebben besproken. Er zijn POH J&G die meer handvatten willen, zoals een soort van handboek POH J&G. Maar niet alle POH hebben die behoeften. Er zijn er ook die zich voldoende zeker voelen over wat ze doen en wat er van hen verwacht wordt

De POH J&G werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Toch zijn er soms onduidelijkheden. Zo geeft een POH J&G aan dat ze volgens de Jeugdwet van beide ouders schriftelijk toestemming moet krijgen om een traject te mogen beginnen. Die toestemming is er volgens haar echter niet altijd. De huisarts zegt haar de verantwoordelijkheid te nemen mochten hierdoor problemen ontstaan. Echter, ouders kunnen volgens de respondent een klacht indienen via de SKJ, waartegen ze zich als POH J&G zal moeten verdedigen.

3.7.4 Werkplekvoorzieningen

Er komen geen (grote) problemen ter sprake over de beschikbaarheid van passende werkruimte.

Volgens een POH is het belangrijk dat de POH op dezelfde locatie werkt als de huisarts: *“Anders ga je toch minder het contact met elkaar opzoeken”*. Dit kwam ook uit de evaluatie van de pilot naar voren (Van Zeele en Hekelaar, 2018). Daarnaast vindt ze het belangrijk dat de ontvangst- en werkruimte een warme uitstraling hebben. Dat is volgens haar van invloed op hoe het gesprek loopt. *“Als het heel kil is dan hebben kinderen bij voorbaat al geen zin meer”*.

Volgens een POH is het handig, zeker tijdens de inventarisatiefase, als de POH naast Medicon (HIS) ook het KIDOS kan raadplegen. Dat laatste kan de huisarts niet. In KIDOS is veel info over het kind te vinden. Uiteraard kan dat alleen als ouders, en zo nodig ook de jongere, hiervoor toestemming geven.

3.7.5 Arbeidsvoorwaarden

De POH J&G vinden de tijdelijkheid van hun arbeidscontract enigszins onprettig. Degenen die een WO-opleidingsniveau hebben, vinden het jammer dat het salaris van de POH J&G op Hbo-niveau is gewaardeerd.

3.7.6 Omvang caseload

Er bestaat variatie in de werkdruk die de POH J&G ervaren. Hoewel het aantal uren die een huisartspraktijk POH kan inzetten in principe is gebaseerd op de omvang van de patiëntenpopulatie tot 18 jaar, blijkt dat geen garantie voor eenzelfde werkdruk. In de ene praktijk blijkt een POH te weinig patiënten te krijgen om haar uren gevuld te krijgen. Terwijl in een andere praktijk de POH J&G het gevoel heeft vrijwel altijd druk en soms ook te druk, te zijn. Verschillen in behandelbereidheid van bewoners tussen wijken is een mogelijk verklaring. Daarnaast wordt gewezen op verschillen tussen huisartsen in de neiging om cliënten bij de POH J&G aan te melden. Een derde verklaring die wordt genoemd zijn verschillen in aard en omvang van jeugd- en gezinsproblematiek in de patiëntenpopulatie van de verschillende huisartsenpraktijken

Dit doet de vraag rijzen wat een passende caseload is voor een POH J&G. Dit valt o.b.v. de interviews natuurlijk niet te zeggen. De POH lijken het er wel over eens te zijn dat de caseload lager zal moeten zijn dan bij de POH GGZ volwassenen. Bij jeugd komt volgens hen namelijk veel meer kijken: *“Wat het verschil maakt vooral tussen volwassenen krijgen op je spreekuur en kinderen of jeugd: met jeugd gaat het gewoon veel tijd kosten want je hebt ook te maken met ouders”*. Daarbij heb je vrijwel altijd ook met andere instanties te maken zoals school, maatschappelijk werk, CJG, Veilig Thuis, het wijkteam, jeugdbeschermingsplein of andere instanties waar het kind al loopt.

Bij volwassenen kom je volgens haar met een half uur voor een cliënt wel uit, maar bij jeugd is dat bijna niet te doen. Een POH merkt op dat ze in de knel komt met haar agenda omdat ze veel om de jongeren heen moet organiseren: Informeren en zoeken naar hulpinstanties, uitzoeken wat al bekend is en zorgen dat iedereen op de hoogte is en samenwerkt rond de jongeren. Er gaat veel tijd zitten in het bereiken, bevragen en informeren van alle stakeholders.

Een andere POH geeft ook aan dat ze eigenlijk te veel cliënten op een dag ziet: *“Je moet het ook allemaal nog kunnen uitwerken en de vervolgacties kunnen inzetten”*.

3.7.7 Mogelijkheden tot leren en beschikbaarheid ondersteunend materiaal

Huisartsen vinden het belangrijk dat hun POH J&G de scholing en intervisie krijgen die ze nodig hebben.

Hoewel de POH een verschillende achtergrond hebben qua opleiding en ervaring hebben ze in algemene zin wel allemaal behoefte aan scholing. Met name op het gebied van ggz- en jeugdproblematiek. Degenen die voor Izer en Indigo werken, kunnen gebruik maken van het scholingsaanbod dat daar aanwezig is. Maar ook dat blijkt niet voldoende. Zo ligt in het scholingsaanbod van Indigo de nadruk op volwassenenproblematiek.

Daarnaast is er behoefte aan intervisie, vooral casuïstiek-bespreking. Meer in algemene zin zouden POH meer onderling contact willen. Wat volgens de wijkmanager en een POH J&G goed werkt is de app-groep die ze samen met de andere POH J&G in de wijk hebben opgezet. De app groep is er voor kennismaking maar bijvoorbeeld ook voor

vragen over waar de kortste wachtlijst is en om met elkaar te kunnen sparren. Het werkt laagdrempelig en een voordeel is dat als iemand weggaat de kennis aanwezig blijft in de groep. Binnen de groepsapp wordt o.a. anoniem over casussen gecommuniceerd. Bijvoorbeeld 'heb je een tip voor een therapeut'. Eén van de POH zegt over de groepsapp: *"Dat is wel superfijn hoor. Dat werkt voor mij eigenlijk wel het fijnste... tussen de gesprekken door, want je moet wel door."*

De POH zouden meer, makkelijk te vinden, tools willen. Zoals richtlijnen, screenings- en behandelingsmateriaal die je in je werk kunt toepassen.

De vraag is of het nodig en zinvol is dat een POH J&G bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) geregistreerd staat. Nadeel is volgens een POH dat registratie geld en tijd kost. Je moet er bijvoorbeeld cursussen voor volgen. Tegelijkertijd draagt registratie er volgens haar wel aan bij dat je reflecteert op je werk en je kennis up-to-date houdt. Zij is voor een SKJ-registratie van de POH J&G functie.



3.8 Gevolgen Corona

Huisartsen vinden het lastig om in te schatten wat precies de gevolgen zijn van de coronapandemie voor de omvang en zwaarte van de problematiek van de doelgroep POH J&G. Niettemin, bestaat het idee dat zij tijdens de lockdown minder jongeren naar de POH J&G hebben verwezen maar dat daarbij wel sprake was van een zwaardere problematiek. De POH J&G bevestigen dit vermoeden. Een POH vertelt dat ze door de coronapandemie meer zware problematiek heeft gezien, waardoor ze ook vaker patiënten heeft moeten doorverwijzen naar de specialistische J-GGZ

3.8.1 Doelgroep

Tijdens de coronapandemie hebben de POH J&G meer kinderen gezien die eenzaam of angstig zijn. Kinderen die zich geïsoleerd voelen en waarbij het op school niet goed gaat.

De coronapandemie zou ervoor zorgen dat bestaande kwetsbaarheden meer naar voren komen. Psychische klachten, angsten en dreigende persoonlijkheidsstoornissen zouden worden versterkt.

Sommige jongeren zijn door de coronapandemie (extra) angstig. Angstig om gezin- of familieleden met een zwakke gezondheid aan te steken of om zelf de ziekte te krijgen. Jongeren met een zwak hart of een andere aandoening zijn soms bang door een coronabesmetting op de ic te belanden of zelfs te overlijden.

De coronapandemie blijkt gevoelens van eenzaamheid en isolatie bij jongeren te versterken. Doordat scholen periodes dicht waren, misten jongeren structuur en contact met leeftijdsgenoten.

Ook zouden spanningen in gezinnen gedurende de lockdown, zeker naarmate deze periode langer duurt, toenemen. In het begin waren er ook wel jongeren en gezinnen die de lockdown als prettig ervoeren. Sommige cliënten vonden het rustiger. Er werd minder van hen gevraagd, het leven was minder druk. Maar de lockdown zou daarna te lang duren. *“Die onzekerheid zonder uitzicht, die doet wat met mensen”*. Daarbij zijn er gezinnen die moeite hebben structuur en discipline aan te brengen en thuisonderwijs te geven.

Iets anders dat spanningen in gezinnen opleverde was het feit dat ouders hun kinderen thuis hadden en tegelijkertijd thuis moesten werken. In telefoongesprekken bemerkten POH meer spanningen tussen ouders. In de thuissituatie

van jongeren was vaker sprake van een escalatie van problemen.

“Cliënten die ik eerst alleen telefonisch had gezien, kwamen op de praktijk met echt een verheviging van klachten, bijvoorbeeld stemmingsklachten, waardoor ik wel een doorverwijzing heb moeten doen i.v.m. medicijnen. Of kinderen met autisme die zijn natuurlijk heel erg gebaat bij ook een hele vaste structuur. Die hadden dan een leven opgebouwd dat ze moesten deelnemen aan sociale contacten en dat viel allemaal weg. De jongere viel dan echt soms in een gat. Of situaties waarin het al niet helemaal lekker liep in het gezin. Dat werd dan allemaal verergerd.”
POH J&G

Opvallend genoeg echter ervoeren de respondenten geen toename in signalen en meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hierover bestaan zorgen. Vermoed wordt dat de problemen tijdens de lockdown erger zijn geworden, maar dat ze minder worden gesignaleerd omdat gezinnen minder vaak gezien worden door huisartsen en organisaties in de wijk.

Ook zou de coronapandemie bij een deel van de jongeren en ouders gepaard gaan met uitstelgedrag. Dit in combinatie met de beperkingen van het (beeld) bellen, doet bij de POH J&G en huisartsen het vermoeden rijzen dat er problematiek wordt gemist.

De problematiek van de jongeren die de POH J&G kreeg aangemeld na de eerste lockdown was heftiger dan daarvoor.

3.8.2 Arbeidsomstandigheden

Huisartspraktijken en POH zijn verschillend omgegaan met de coronapandemie. Er zijn POH die niet of nauwelijks fysiek contact hebben gehad met patiënten en vooral op afstand vanuit huis hebben gewerkt, terwijl anderen zoveel mogelijk de patiënten zijn blijven zien met voorzorgsmaatregelen zoals spatscherm etc. Er zijn ook POH die tijdens de lockdown zijn gaan wandelen met cliënten.

Het beleid van de huisartsen was ook verschillend. Er zijn er die de praktijk voor POH-consulten sloten terwijl anderen nog wel die mogelijkheid boden. Bij de meeste praktijken waren er mogelijkheden tot (beveiligd) beeldbellen en mailen, maar niet bij allemaal. Daarbij bleken de POH in verschillende mate gemotiveerd en vaardig om met dergelijke digitale communicatiemiddelen te werken. Ook

speelden in het begin soms technische problemen met het beveiligd bellen of appen met cliënten.

Een POH vertelde dat haar werk zwaarder werd door de toegenomen problematiek en de voorzorgsmaatregelen die zij moest nemen. Daarbij noemde ze ook het telkens moeten schakelen omdat in huisartspraktijken waar ze werkt verschillende regels golden voor het omgaan met de coronapandemie.

Ze is mede vanwege de coronapandemie minder uren gaan werken.

Haar werk is door de gevolgen van de coronapandemie zwaarder geworden. *“Ik moet continu schakelen... Ik steek veel energie in contacten, heel breed... En dan met alle veranderingen: dan telefonisch, dan met mondkapje, dan met afstand.”*

Veel problematiek komt door Covid. Sommige mensen hadden zoiets van laat dat trauma maar even zitten. En nu zitten ze thuis en komt dat trauma naar boven. Mensen moeten met hun kinderen omgaan die in de thuissituatie zitten.

Voor ons allemaal, ook de huisarts en de doktersassistente, zijn het pittige tijden. Er komt veel op onze schouders. Dus we moeten gewoon knetterhard werken. De vermoeidheid gaat ook inslaan.” (POH J&G)

Het beeldbellen wordt als vermoeiend ervaren onder andere omdat je minder goed gezichtsuitdrukkingen kunt lezen. Gesprekken zouden over het algemeen korter zijn en er is minder wederkerigheid in het gesprek. Het doet ook iets in de relatie: *“Ik kan moeilijker het gevoel aan de patiënt geven dat ik emotioneel betrokken bent”.* (POH J&G).

Eén van de POH vindt het makkelijker om online contact te hebben met een patiënt als ze al face-to-face hebben kennisgemaakt.

Een POH merkt dat met jonge kinderen het gesprek via de telefoon anders is dan in de praktijkruimte. Bij het beeldbellen zijn het vooral de ouders die ze spreekt. Kinderen hebben het niet over waar het over zou moeten gaan of hebben geen zin om aan de telefoon te komen.

Bij onlinecontact zouden ook belangrijke dingen kunnen worden gemist en het zou lastiger zijn om het fingerspitzengefühl te krijgen.

Tenslotte geeft een POH aan dat cliënten soms agressief worden vanwege de beperkende coronamaatregelen.

Het persoonlijk contact heeft dus duidelijk de voorkeur van de POH. *“Dat is juist hetgeen iemand nodig heeft. Die warmte en de aandacht voor zijn probleem. En dat was er gewoon niet telefonisch.”*

Maar hoewel eenieder de beperkingen ziet van online contact, zijn er POH die ook duidelijk voordelen zien. Een POH zegt bijvoorbeeld dat ze 80% van haar cliënten ook via beeldbellen kan helpen.

En hoewel niet ideaal, biedt het beeldbellen en appen wel de mogelijkheid om contact te houden met patiënten tijdens de lockdown en dat is volgens de POH van groot belang. Een POH J&G ziet ook duidelijke voordelen van chatten/ appen met een patiënt. *“Ik zeg ook van als je een afspraak wilt wijzigen, of je geeft aan dat het niet doorgaat of je komt er echt even niet meer uit, je zit vast, dan kun je me een appje sturen. Zoveel moeite kost het me dan niet om even te checken”.*

Het is voor haar fijn dat ze op deze wijze contact kan houden. Als bijvoorbeeld iemand suïcidaal is, is het heel onprettig om een week lang geen contact te hebben met die persoon. Ze merkt dat het echt werkt om via de chat de lijntjes kort te houden. Je geeft patiënten het gevoel van dat ze, als het nodig is, heel snel bij iemand terecht kunnen, vertelt ze. Sommige POH missen wel de mogelijkheid om via een *beveiligde* verbinding te kunnen appen.

Een POH wijst op het belang om juist tijdens de beperkingen van de coronapandemie bij telefonisch contact goed door te vragen over de gezinssituatie van de patiënt. Dit om ervoor te zorgen dat problematiek tijdig wordt gesignaleerd.

POH J&G wijzen tenslotte op het zoeken naar creatieve mogelijkheden om contact te houden met hun cliënten, zoals het samen gaan wandelen. Bijkomend voordeel hiervan is dat je cliënten kan wijzen op locaties van belangrijke organisaties in de wijk.

3.8.3 Samenwerking

Ook in de contacten met het wijknetwerk wordt de coronapandemie als belemmerend ervaren. Zeker POH die nog maar kort in de huisartspraktijk werken, ervaren de

gevolgen van het feit dat fysieke overleggen wegvallen en ze niet persoonlijk kennis kunnen maken met de partners in het wijknetwerk. *"Ik ben hier begonnen toen de eerste coronagolf begon. Alle kennismakingen werden bemoeilijkt hierdoor"*.

POH wijzen er dan ook op dat de coronapandemie negatieve gevolgen heeft gehad voor de contacten met het wijknetwerk en dat ze van plan zijn, zodra de mogelijkheden er weer zijn, zich persoonlijk voor te stellen aan de ketenpartners.

Ook de wijkmanager van Izer merkt de negatieve gevolgen voor het organiseren van de samenwerking in de wijk. Ze heeft toen ze begon met deze functie een wijkteambespreking bijgewoond maar sinds maart 2020 is volgens haar 'de focus weg'. Daardoor heeft ze ook volgens eigen zeggen niet meer scherp op haar netvlies wat er allemaal gebeurt in de wijk.

3.9 Conclusie

Het beeld over de functie POH Jeugd uit het literatuuronderzoek (H2) wordt bevestigd. Er zijn positieve ervaringen opgedaan maar er is weinig zicht op de behaalde resultaten.

Wel zien we in de verwachtingen, werkwijze en ervaringen van de geïnterviewde huisartsen en POH J&G de beleidsuitgangspunten van de functie POH J&G (zie hoofdstuk 2) terugkomen. Zo blijkt dat deelname aan de uitrol duidelijk voortkomt uit de behoefte om jeugdige patiënten met lichte vormen van gedrag- en opvoedproblematiek, en hun ouders, vroegtijdig de zorg te kunnen bieden die ze nodig hebben. Daarin stemmen de verwachtingen, doelen t.a.v. de functie overeen met de formele beleidsdoelen van het project.

Belangrijkste verschil is dat voor huisartsen en POH J&G terugdringen van (de kosten van) het gebruik van tweedelijns jeugdhulp geen doel op zich is. Het kan volgens hen wel een mogelijk gevolg zijn van het belangrijkste doel dat zij nastreven, zorgen voor passende hulp: "zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig".

Voorts blijkt dat de geïnterviewden over het geheel tevreden zijn over de organisatiewijze maar dat nog niet voldoende aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de bereidheid van huisartspraktijken en wijkorganisaties om samen te werken,
- de beschikbaarheid van aanvullende scholing, deskundigheidsbevordering en intervisie voor de POH J&G,
- de beschikbaarheid van methodieken en instrumenten om bijvoorbeeld de voortgang en resultaten van cliënten te monitoren, en
- duidelijke kaders m.b.t. taken en verantwoordelijkheden van de POH J&G, bijvoorbeeld bij het bieden van overbruggingshulp.

Het grootste knelpunt dat de geïnterviewden ervaren om passende hulp aan jongeren te kunnen bieden zijn de lange wachttijden bij de tweedelijns jeugdhulporganisaties. Ze verwachten bovendien, o.b.v. de ervaringen tot dusver, dat de behoefte daaraan, met name aan gespecialiseerde J-GGZ, zal toenemen a.g.v. de coronapandemie.

4 Resultaten enquête

4.1 Methode en respons

4.1.1 Vragenlijst

In november 2019 vroegen we huisartsen die samenwerken met een POH J&G en de POH J&G zelf, mee te doen aan een tevredenheidsenquête over hun ervaringen met deze relatief nieuwe functie en de samenwerking.

We hebben hiervoor gebruikgemaakt van twee verschillende digitale vragenlijsten met gesloten en open vragen. In de vragenlijst voor de POH J&G is gevraagd naar de invulling van de functie, de ervaren doelmatigheid van de werkzaamheden en tevredenheid met resultaten, de samenwerking met de huisarts en de ketenpartners, ontwikkelbehoeften, en de gevolgen van Covid-19 en thuiswerken voor (de hulpverlening aan) de doelgroep. De vragenlijst voor de huisartsen was korter en ging vooral in op de resultaten van de inzet van de POH J&G, tevredenheid over de onderlinge samenwerking met de POH J&G en de gevolgen van de coronapandemie voor de doelgroep. De vragenlijsten konden worden ingevuld in de periode van 2 - 24 november 2019. Er is in die periode twee keer een herinnering verstuurd om de vragenlijst in te vullen.

4.1.2 Respons

In totaal zijn 29 huisartspraktijken aangeschreven en hebben 20 huisartsen van 19 praktijken¹² (66%) de vragenlijst volledig ingevuld.

Van de 20 POH J&G, ontvingen we 14 volledig ingevulde vragenlijsten (70%). Drie POH hebben de vragenlijst niet (volledig) ingevuld, twee POH konden de vragenlijst niet invullen vanwege ziekte of verlof en één POH omdat zij nog geen cliënten had gesproken.

In het volgende hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten themagewijs beschreven – zowel vanuit het perspectief van de betrokken huisartsen als van de POH J&G. Gezien de kleine responsgroep kunnen percentages een vertekend beeld geven. We hebben er daarom voor gekozen om naast percentages waar mogelijk ook aantallen op te nemen in de tabellen. Het hoofdstuk sluit af met enkele conclusies en aanbevelingen ten behoeve van de verdere

samenwerking tussen de POH J&G en de huisarts en doorontwikkeling van de functie.

4.1.3 Achtergrondkenmerken respondenten

Huisartsen die de vragenlijst invulden werken gemiddeld 14 jaar bij de huidige praktijk, met een minimum van een jaar en een maximum van 34 jaar. Van de 20 ingevulde vragenlijsten is de lijst in 18 gevallen (90%) ingevuld door de praktijkhouder. Het merendeel van de huisartsen werkt in een groepspraktijk (n=9), zes werken er in een solo-praktijk en vijf in een duo-praktijk.

De meeste POH J&G werken bij meer dan één praktijk. Hen is gevraagd om vragen die gingen over de praktijk en de samenwerking met de praktijk in te vullen voor de praktijk waar zij het langst werken. De meerderheid van de POH J&G (n=10) werkt langer dan een jaar bij de huidige praktijk (tabel 1) en ook langer dan een jaar in de functie van POH J&G (n=9). Een derde (n=5) van de respondenten werkte hiervoor ook al bij de praktijk, maar in de functie van POH GGZ.

Tabel 1 Duur in dienst bij praktijk/ in dienst als POH J&G

Hoeveel maanden werkt u al in deze praktijk?								
Hoeveel maanden als POH J&G?	< 3		3-6		6-12		> 12	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	3-6		1	7%				
	6-12				2	14%	1	7%
	> 12	1	7%				9	64%

De helft van de POH J&G (n=7) is in dienst bij huisartspraktijk zelf, vier zijn in dienst bij IZER¹³, twee bij het Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG) en twee bij GGZ-instelling Indigo.

¹² Eén keer ontvingen we twee ingevulde 2 vragenlijsten voor één praktijk.

¹³ Integrale Zorggroep Eerstelijns Rijnmond

De respondenten hebben in veel gevallen een achtergrond als psycholoog, maatschappelijk werker of verpleegkundige (tabel 2).

Tabel 2 Opleidingen POH J&G (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
(Kind- en jeugd) Psychologie	5	36%
Maatschappelijk Werk	3	21%
Orthopedagogiek	2	14%
POH-GGZ	2	14%
Sociaal Psychiatrische verpleegkunde	1	7%
Inservice opleiding A verpleegkundige	1	7%
Inservice opleiding B verpleegkunde	1	7%
Sociaalverpleegkundige	1	7%
Wijkverpleegkundige en JGZ	1	7%
Sociaal Pedagogische Hulpverlening	1	7%
Post- hbo rouw-en verlies	1	7%
VO GGZ/ kind en jeugd voogdij mw	1	7%

4.2 Wachtlijsten

Huisartsen laten weten altijd (90%) of vaak (10%) geconfronteerd te worden met wachtlijsten van meer dan een maand, voor de specialistische jeugd-GGZ. Allen ervaren dit als een (zeer) groot probleem. Van de POH J&G loopt 53% altijd en 28% vaak aan tegen wachtlijsten van meer dan een maand, 13% geeft aan dat dit regelmatig het geval is en 7% dat dit soms zo is. Van degenen die aangeven dat dit regelmatig tot altijd het geval is, ervaart 93% dit als een (zeer) groot probleem.

4.3 Inzet en werkzaamheden POH J&G

4.3.1 Inzet

Huisartsen laten weten dat de POH J&G gemiddeld 7,6 uur per week voor hun praktijk werkt. De helft van de praktijken (n=9) beschikt over vier uur inzet per week; in vier praktijken is de inzet 8 uur per week. Bij de overige zes praktijken loopt het aantal uren uiteen van 3-26 uur per week.

Vrijwel altijd houdt de POH J&G haar spreekuur op de praktijk zelf.

POH J&G geven zelf aan gemiddeld 15,5 uur per week (bij meerdere praktijken) te werken. Voor een derde ligt het aantal werkzame uren per week tussen de 2-8 uur, voor nog een derde ligt dit tussen de 10-17 uur en voor een derde tussen de 17-38 uur.

Huisartsen schatten dat zij gemiddeld iets meer dan vier cliënten per week doorverwijzen naar de POH J&G. Een derde van hen laat weten dat sommige huisartsen nauwelijks cliënten bij hen aanmelden. De coronapandemie wordt genoemd als reden voor het uitblijven van aanmeldingen, maar ook de nog relatieve onbekendheid met het aanbod van de POH J&G en de zwaarte van de problematiek [die ongeschikt wordt geacht voor begeleiding door POH J&G]. Aan de andere kant geeft 73% aan dat er ook huisartsen zijn die veel cliënten naar de POH J&G doorverwijzen. Een POH J&G licht toe:

“Huisartsen zijn blij met de extra ondersteuning, kennis en ervaring op het gebied van jeugd- en gezinsproblematiek. Het grootste deel van hen verwijst daardoor sneller door of kiest ervoor om casussen te overleggen alvorens verdere stappen te ondernemen. Hierdoor kan in een aantal gevallen doorverwijzing naar jeugdhulporganisaties worden voorkomen (POH-ondersteuning voldoende) en wordt er in geval van doorverwijzing, gericht doorverwezen.”

4.3.2 Werkzaamheden

Tussen de aanmelding door de huisarts en het eerste gesprek met de client zit doorgaans niet meer dan twee weken; 27% van de POH J&G laat weten dat het eerste gesprek gewoonlijk zelfs binnen een week plaatsvindt. Gemiddeld bestaat de begeleiding van kind en/of ouder uit zo'n zeven consulten – 47% rond de begeleiding af in 5 consulten of minder, 47% heeft hiervoor 6 tot 10 consulten nodig en zo'n 7% schat hiervoor gemiddeld 15 consulten nodig te hebben. De onderstaande tabel laat een verdeling zien van het geschatte aandeel begeleidingstrajecten naar begeleidingsduur.

Tabel 3 Aandeel begeleidingstrajecten naar begeleidingsduur

	Min	Max	Gem
Duurt minder dan 1 week	0%	10%	4%
Duurt 1 tot 4 weken	0%	60%	20%
Duurt 4 tot 8 weken	0%	100%	35%
Duurt langer dan 8 weken	0%	100%	41%

POH J&G is gevraagd om ook voor een aantal werkzaamheden aan te geven bij welk aandeel van de hulpverleningstrajecten deze aan de orde zijn. In tabel 4 zijn de gemiddelden van deze percentages opgenomen. Na vraagverheldering (83%), leveren de POH het vaakst ondersteuning bij psychosociale en psychosomatische problematiek (68%) en psycho-educatie (66%). Het minst vaak wordt er nazorg geboden (20%).

Tabel 4 Aandeel begeleidingstrajecten POH J&G waarbij specifieke werkzaamheden worden ingezet

	Min	Max	Gem
Vraagverheldering (screening en triage)	15%	100%	83%
Bieden van ondersteuning bij psychosociale of psychosomatische problematiek	15%	100%	68%
Bieden van psycho-educatie	10%	100%	66%
Bieden van overbruggingshulp voor cliënten op de wachtlijst	15%	100%	51%
De huisarts begeleiden bij verwijzing naar specialistische jeugd-GGZ	10%	100%	49%
Bieden van opvoedondersteuning	10%	80%	37%
Bieden van nazorg, monitoren	0%	50%	20%



4.4 Samenwerking huisarts en POH J&G

4.4.1 Algemene tevredenheid

Huisartsen geven de samenwerking met de POH J&G gemiddeld een 8,3. Geen van hen gaf een lager cijfer dan een 7. Zij merken op dat zij zich ontzorgd voelen door de POH J&G en waarderen de laagdrempeligheid en haar expertise.

De POH J&G is essentieel in het coördineren en inventariseren van psychosociale hulp voor kinderen en jeugd. De belangrijkste verandering die ik als huisarts heb ervaren is dat wij als huisarts nu door de POH J&G ook voor het stuk psychosociale zorg voor jongeren effectief kunnen fungeren als de spin in het web met overzicht over alle zorg die bij patiënt betrokken is. Voorheen ervoer ik dat toch vaak als versnipperd en had ik er als huisarts geen grip op. – Huisarts

Gaat goed, ontlast spreekuur, kan dingen uitzoeken, doorverwijzingen soms voorkomen, [ervoor zorgen dat] zorg eerder en sneller op de juiste plek [is]. Ik leer ervan. Vertrouwen van ouders is groot, dichtbij huis, komen dus terug als het toch niet gaat, laagdrempelig. – Huisarts

Daarnaast beschik ik over een prima functionerende POG GGZ J&G. Verder: korte overleglijntjes/ momenten, heldere afspraken, goede signalering/ alarmering bij bepaalde negatieve ontwikkelingen om en rond het kind en terugkoppeling. – Huisarts

Grote kwaliteit, grote gedrevenheid, alle kinderen en hun verzorgers zijn ook tevreden/geholpen, ik leer van haar deskundigheid, samen optrekken bij complexe gezinscasuïstiek. – Huisarts

Ik word als huisarts geweldig ontzorgd. Het GGZ-landschap is vandaag de dag niet meer bij te houden door de vele veranderingen. Tevens is de POH een geweldige intermediair tussen onze hulpverlening ondersteuning en wijkteam-school-ouders en GGZ-instellingen. – Huisarts

De POH J&G geven de samenwerking met de huisarts gemiddeld een 8,2. Ook van hen geeft niemand een lager cijfer dan een 7. Sommigen lichten toe:

Huisartsen zijn tevreden over de werkdruk die ik bij hen wegneem en de kortere lijnen die ik leg naar het wijkteam toe. De samenwerking tussen huisarts en wijkteam verloopt hierdoor beter. De huisarts laat mij vrij in de aanpak van zorg en hoe ik mijn agenda invul, waardoor ik de ruimte krijg om contacten te leggen binnen de sociale kaart, het wijkteam etc. Hierdoor ontstaat een betere samenwerking in het algemeen. – POH J&G

Deze functie is in ontwikkeling, we doen met ons allen onze best om iets goeds neer te zetten. Dat betekent ook dat we een weg hierin moeten vinden. – POH J&G

De huisartsen zijn betrokken en creëren ruimte voor overleg. Een prettige samenwerking, waarbij indien nodig overleg gemakkelijk kan plaatsvinden en er zo ruimte is voor het gezamenlijk beslissen van vervolgstappen. – POH J&G

4.4.2 Overleg en informatie-uitwisseling

Geen enkele POH J&G meldt ontevredenheid over de hoeveelheid tijd die de huisarts vrijmaakt voor overleg of over de informatie die de huisarts met hen deelt. Sommige POH J&G laten wel weten het allemaal net voldoende te vinden. De overlegmomenten moeten bij sommigen even snel tussendoor vanwege drukte en een enkeling vindt de informatie die zij krijgt wat summier. Eén van de POH J&G vindt de huisarts überhaupt niet de juiste persoon voor overleg.

De huisarts is niet de juiste professie voor overleg. POH GGZ-jeugd zou baat hebben bij intervisie met specialisten die inhoudelijk in kunnen gaan op de problematiek. – POH J&G

4.5 Samenwerking met ketenpartners

4.5.1 Tevredenheid

Respondenten is gevraagd om de samenwerking met een aantal ketenpartners te waarderen. Huisartsen konden bij de vragen over samenwerking ook aangeven met welke partners ze geen contact hadden. Aangezien dit nergens werd genoemd, mogen we veronderstellen dat de gegeven antwoorden een waardering zijn van het contact dat er is.

Tabel 5¹⁴ laat zien dat POH J&G zich veel positiever uitlaten over deze samenwerking met ketenpartners dan de huisartsen. Opvallend is dat de POH J&G, ondanks de opmerkingen over lange wachtlijsten, toch overwegend positief zijn over de samenwerking met de specialistische jeugd-GGZ. Huisartsen zijn vaker neutraal en ook wat vaker (erg) ontevreden over de samenwerking.

Naar de reden voor (on)tevredenheid is niet gevraagd, maar men kon de gegeven antwoorden wel toelichten.

Hierin klinken toch ook enkele kritische geluiden door, vooral over de samenwerking met het wijkteam. Eén POH J&G vindt het lastig dat de verschillende wijkteams waarmee zij samenwerkt allemaal op een andere manier werken. Ze merkt op de terugkoppeling door het wijkteam aan de huisarts en een vast aanspreekpunt bij het wijkteam te missen. Meerdere POH J&G storen zich bovendien aan het feit dat e-mails of verzoeken aan het wijkteam regelmatig onbeantwoord blijven.

Tabel 5 Tevredenheid over huidige samenwerking met ketenpartners HA en POH J&G

		Huisarts		POH J&G	
		n	%	n	%
Wijkteam	(Erg)tevreden	7	35%	9	60%
	Neutraal	7	35%	4	27%
	(Erg) ontevreden	6	30%	2	13%
Centrum voor Jeugd en Gezin	(Erg)tevreden	6	30%	9	60%
	Neutraal	11	55%	5	33%
	(Erg) ontevreden	3	15%	1	7%
Veilig Thuis	(Erg)tevreden	3	15%	4	27%
	Neutraal	15	75%	9	60%
	(Erg) ontevreden	2	10%	2	13%
Basis jeugd-GGZ	(Erg)tevreden	3	15%	8	53%
	Neutraal	13	65%	7	47%
	(Erg) ontevreden	4	20%		
Specialistische jeugd-GGZ	(Erg) tevreden	1	5%	11	73%
	Neutraal	14	70%	2	13%
	(Erg) ontevreden	5	25%	2	13%
Overige partners wijknetwerk	(Erg) tevreden	-	-	7	47%
	Neutraal	-	-	8	53%

¹⁴ De lege cellen betreffen vragen die niet opgenomen waren in de huisartsenvragenlijst.

4.5.2 Mate en kwaliteit samenwerking

De POH J&G is ook gevraagd aan te geven of de mate en ook de kwaliteit van samenwerking tussen de praktijk en de belangrijkste ketenpartners zijn toe- of afgenomen in de periode dat de POH verbonden is aan de praktijk. Om hiervan een bondig overzicht te geven zijn de antwoorden omgezet naar een schaal van -2 (erg afgenomen) tot 2 (erg toegenomen) en zijn de gemiddelden ervan opgenomen in de onderstaande tabel. Een waarde van 0 betekent dat er geen verandering is waargenomen, een waarde < 0 vertegenwoordigt een afname en een waarde > 0 een toename.

Te zien is dat de POH J&G een kleine toename rapporteren in zowel de mate als de kwaliteit van samenwerking met de verschillende ketenpartners. De meeste vooruitgang in kwaliteit wordt gerapporteerd in de samenwerking met het CJG (0,6), de minste vooruitgang wordt gezien in de samenwerking met de basis jeugd-GGZ (0,33). Interessant is om te zien is dat de mate van samenwerking met deze ketenpartner juist het meest is toegenomen (0,67).

Tabel 6 Ontwikkeling samenwerking sinds start POH J&G

	Min	Max	Gem
Mate CJG	0	1	0,33
Mate wijkteam	-2	2	0,53
Mate basis jeugd-GGZ	0	2	0,67
Mate veilig thuis	-1	2	0,40
Mate specialistische jeugd-GGZ	-1	2	0,53
Kwaliteit CJG	0	2	0,60
Kwaliteit wijkteam	-2	2	0,40
Mate basis jeugd-GGZ	0	2	0,33
Kwaliteit veilig thuis	0	2	0,47
Mate specialistische jeugd-GGZ	0	2	0,53

Sommige POH J&G beschrijven wat zij hebben gedaan om de samenwerking met ketenpartners te verbeteren. Een aantal heeft actief contact gezocht met de samenwerkingspartners om kennis te maken of om structureel overleg te organiseren.

Ik heb ervoor gezorgd dat ik op elke nodige plek een contactpersoon heb. In het begin ben ik vooral bij verschillende partners langsgegaan om de functie bekendheid te geven en contactpersonen op te bouwen. Daarnaast heb ik een paar keer per jaar overleg met CJG samen met andere POH Jeugd in de wijk. Tot slot hebben we binnen de huisartspraktijk een MDO samen met het CJG en wijkteam van de wijk. – POH J&G

Ik heb een POH GGZ Jeugd whatsapp groep voor Charlois opgezet met de wijkmanager. Wij organiseren zelf om in gesprek te gaan met organisaties en te gaan samenwerken. Zo hebben we eens in de zoveel tijd gastsprekers van organisaties (die uitleggen wat ze doen) en terugkerende overleggen met het CJG. Omdat de POH Jeugd groter wordt in Rotterdam, zal ik tzt een algemene whatsapp groep maken. We bespreken hier niet privé-informatie van patiënten. Wel is deze groep handig om in aan te geven als iemand even wil sparren, of als iemand een vraag heeft bijv. waar degene naar toe kan worden verwezen etc. – POH J&G.

Zeer regelmatig telefonisch contact, overleggen geïnitieerd, aangesloten bij de wijkprogrammering, alle - mij bekende - partijen een kennismakingse-mail gestuurd met verzoek lijnen uit te zetten binnen en het team en met elkaar af te stemmen. Ook is anoniem casusoverleg mogelijk om af te stemmen waar een cliënt passende hulp kan krijgen. – POH J&G

4.6 Tevredenheid inzet POH J&G

4.6.1 Werkzaamheden

Huisartsen is gevraagd naar hun tevredenheid over de werkzaamheden van de POH J&G (vraagverheldering, kortdurende behandeling, opvoedingsondersteuning ouders, ondersteuning bij verwijzing naar derden). Deze is over het algemeen hoog en loopt uiteen van 75% tevredenheid over de opvoedondersteuning aan ouders tot 100% tevredenheid over de wijze waarop vraagverheldering plaatsvindt. Eén huisarts geeft aan ontevreden te zijn met de kortdurende begeleiding maar verder wordt geen ontevredenheid gerapporteerd. Van de POH J&G zelf is

73% (erg) tevreden over de ondersteuning die ze hun cliënten kunnen bieden, 23% is neutraal.

4.6.2 Behaalde resultaten

De huisartsen geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,6 voor de resultaten die de POH J&G met patiënten behaalt. Niemand geeft een lager cijfer dan een 6. Enkele huisartsen lichten toe dat de inzet van de POH J&G helpt om escalaties in het gezin en doorstroom naar de tweedelijns te voorkomen. Negentig procent zou andere huisartsen ook aanraden een POH J&G in te zetten in hun praktijk; 10% zou dat misschien doen.

4.6.3 Bijdrage doelstellingen functie

Zowel de huisartsen als de POH J&G is gevraagd in welke mate de inzet van de POH J&G volgens hen daadwerkelijk

bijdraagt aan de doelstellingen van de functie. De uitkomsten van de huisartsen en POH J&G staan in tabel 7. Er zijn een aantal verschillen op te merken tussen beide groepen. Zo vinden huisartsen minder vaak dat de inzet van de POH J&G bijdraagt aan de vroegtijdige signalering van GGZ-problematiek (55% vs 80%) en het motiveren van moeilijk bereikbare groepen tot het accepteren van hulp (45% vs 67%). Dit hoeft niet te verrassen omdat de huisarts vaak de eerste is tot wie de patiënt zich wendt en signaleren en motiveren in de eerste plaats tot de functie van de huisarts behoort. Aan de andere kant vinden huisartsen vaker dat de POH J&G inzet bijdraagt aan de aansluiting van alle zorg- en hulpverlening rondom een gezin (70% vs 47%) en het verminderen van doorverwijzingen naar tweedelijnszorg (65% vs 47%).

Tabel 7 Bijdrage inzet POH J&G aan doelstellingen van de functie

	Grote bijdrage				Kleine/matige bijdrage			
	HA		POH J&G		HA		POH J&G	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Passende zorg leveren aan jongeren en ouders	16	80%	14	93%	4	20%	1	7%
Beperken of overbruggen wachttijd special. hulp	14	70%	9	60%	6	30%	6	40%
Zorgen dat alle zorg- en hulpverlening rond het gezin goed op elkaar aansluit	14	70%	7	47%	6	30%	7	47%
Verminderen werkdruk huisarts	13	65%	11	73%	7	35%	3	20%
Verminderen doorverwijzingen tweedelijns jeugdhulp	13	65%	7	47%	6	30%	8	53%
Vroegtijdig signaleren van psychische, psychosociale en psychosomatische problematiek bij jongeren	11	55%	12	80%	6	30%	3	20%
Vroegtijdig signaleren opvoedproblemen bij ouders	11	55%	7	47%	7	35%	8	53%
Jongeren en ouders die vaak te laat of niet in beeld komen bij de hulpverlening, motiveren voor hulp	9	45%	10	67%	8	40%	4	27%
Versterken eigen kracht jongeren en ouders		-	11	73%		-	4	27%
Tijdig zorg bieden aan jongeren en ouders		-	10	67%		-	5	33%
Normaliseren opvoedingsproblematiek jongeren		-	10	67%		-	5	33%
Goedkopere zorg		-	9	60%		-	4	27%
Betere samenwerking praktijk en wijkteam		-	7	47%		-	6	40%

Verbeteren functioneren gezinssystemen als geheel	-	7	47%	-	8	53%
Betere samenwerking praktijk en CJG	-	6	40%	-	6	40%
Meer gebruik maken van voorzieningen in de wijk, zoals het maatschappelijk werk, door jongeren en ouders	-	5	33%	-	8	43%

4.7 Tevredenheid randvoorwaarden inzet POH J&G

4.7.1 Duidelijkheid

We vroegen de POH J&G hoe duidelijk zij de kaders van hun functie vinden. Uit de antwoorden in tabel 8 blijkt dat zij over het algemeen goed kunnen bepalen tot welke doelgroep zij zich moeten richten (93%) en waar hun verantwoordelijkheden liggen in de begeleiding van de doelgroep (79%).

Zij lijken het lastiger te vinden om te bepalen welke problematiek zij zelf moeten behandelen en welke cliënten zij moeten doorverwijzen naar het wijkteam. Voor ruim een derde (36%) van de groep POH J&G is dit onduidelijk.

Tabel 8 Duidelijkheid kaders van de functie

	Duidelijk		Neutraal		Onduidelijk	
	n	%	n	%	n	%
Op welke doelgroep u zich dient te richten	13	93%	1	7%		
Waar verantwoordelijkheden liggen bieden zorg en begeleiden jongeren	11	79%	3	21%		
Wanneer een traject kan worden afgesloten	10	71%	1	7%	3	21%
Welke cliënten moeten worden doorverwezen naar special. jeugdhulp	9	64%	4	29%	1	7%
Welke soort problematiek u zelf dient te behandelen	7	50%	5	36%	2	14%
Welke cliënten moeten worden doorverwezen naar wijkteam	7	50%	2	14%	5	36%
Welke werkzaamheden en taken tot uw functie behoren	6	43%	6	43%	2	14%
Wanneer ik mijn taken als POH J&G naar behoren heb uitgevoerd	6	43%	5	36%	3	21%

4.7.2 Randvoorwaarden

Respondenten is gevraagd naar hun tevredenheid over de randvoorwaarden waaronder de POH J&G haar werk doet. Huisartsen zijn vooral tevreden over het aantal uren dat de

POH J&G beschikbaar heeft voor de praktijk en de praktische ondersteuning die de praktijk de POH J&G aanbiedt, zoals ICT- en communicatiemiddelen, haar werkplek, en de mogelijkheden om informatie uit te wisselen (tabel 9).

Tabel 9 Tevredenheid huisartsen over randvoorwaarden voor de functie POH J&G (n=20)

	Erg tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Erg ontevreden
Het aantal uren die de POH J&G voor de praktijk ter beschikking heeft	10%	70%	5%	15%	
De mogelijkheden uitwisseling (privacygevoelige) patiëntgegevens met POH J&G	25%	60%	5%	10%	
De mate waarin de praktijk de POH J&G de ict- en communicatiemiddelen kan bieden om haar werk te doen	30%	50%	20%		
De mate waarin de praktijk de POH J&G een geschikte werkplek kan bieden	30%	45%	15%	10%	
De hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de POH J&G te overleggen		65%	30%	5%	
De wijze van financiering	15%	40%	35%	10%	
De verantwoordingseisen vanuit de gemeente	5%	55%	35%	5%	

Huisartsen konden hun mening verder toelichten. Een aantal merkt op dat de manier waarop de gemeente de door de POH J&G geleverde zorg vergoedt, bureaucratisch is. Ook melden sommigen dat de wijze waarop vergoeding nu plaatsvindt de praktijk opzadelt met een financieel risico omdat huisartsen de inzet van de POH J&G vooruitbetalen en lang moeten wachten op terugbetaling. Ook merkt een huisarts op:

*Lastig is dat je afhankelijk bent van gemeente, het zou zo-
maar kunnen stoppen, dan kunnen wij geen vast contract
bieden en gaan de goede weer weg.* – Huisarts

De overgrote meerderheid van de POH J&G laat weten (erg) tevreden te zijn over de randvoorwaarden van de functie. Men is vooral tevreden met de bestaande voorzieningen die de huisartspraktijk biedt om informatie vast te leggen, uit te wisselen en te beschermen, de kwaliteit van de werkplek en de cliënten die men krijgt aangemeld (tabel 10). Over voorzieningen voor deskundigheidsbevordering bestaat wel enige ontevredenheid. Zo'n twee derde is ontevreden over het scholings- en cursusaanbod, begeleidingsmogelijkheden op het werk en de beschikbaarheid van ondersteunende materialen zoals protocollen en instrumenten. Ook over cliënten die worden aangemeld (aantal, regelmaat, caseload) is slechts de helft tevreden.

Tabel 10 Tevredenheid POH J&G over randvoorwaarden van hun functie (n=14)

	Erg tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Erg ontevreden
Beschikbare middelen voor dossierregistratie	36%	57%	7%		
Toegankelijkheid van (dossier) informatie huisartspraktijk	29%	64%	7%		
De werkplek	29%	50%	14%	7%	
Kwaliteit verwijzingen, mate waarin de juiste cliënten worden aangemeld	7%	71%	21%		
Wijze waarop de privacy van de cliënten is geregeld	28%	50%	14%	7%	
De beschikbare uren om het werk te kunnen uitvoeren	14%	64%		21%	
Duur van het arbeidscontract	21%	50%	7%	14%	7%
Het salaris	14%	57%	7%	14%	7%
Mogelijkheden tot informatie-uitwisseling met derden	14%	50%	29%	7%	
De regelmaat waarmee cliënten worden aangemeld		57%	21%	21%	
Het aantal cliënten dat wordt aangemeld		50%	29%	21%	
De caseload		50%	29%	21%	
Mogelijkheden voor werkbegeleiding (zoals intervisie, supervisie)	7%	29%		50%	14%
Beschikbaarheid protocollen, werkbeschrijvingen (handboek), instrumenten		21%	14%	50%	14%
Scholings- en cursusaanbod	7%	7%	21%	29%	36%

Met een open vraag is verder geïnventariseerd waarover de POH J&G het meest tevreden zijn. Vaak wordt hier de samenwerking met de huisartspraktijk genoemd en de manier waarop de praktijk is georganiseerd. Een POH J&G spreekt haar waardering uit voor de functie zelf:

De functie POH Jeugd zelf. Ik denk dat het een prachtige functie is die echt aan vroegsignalering, goede doorverwijzing en minder doorverwijzen tweede lijn bijdraagt. Ik zie echt dat ik cliënten heb geholpen, met name in de corona crisistijd, en dat daardoor problemen niet escaleerden. – POH J&G

Aan de andere kant wordt vaak opgemerkt dat men erg ontevreden is over het ontbreken van ondersteunende materialen, bijscholingsmogelijkheden en intervisie. Een POH J&G laat weten ook centrale aansturing te missen:

Er is weinig organisatie rondom de functie van POH Jeugd: de POH Jeugd worden niet vanuit één centrale organisatie aangestuurd en werken naar mijn idee ook niet op dezelfde wijze. Dit leidt wellicht tot verwarring. Er is bij aanvang van de werkzaamheden nauwelijks informatie over de functie en wat de verwachtingen zijn. – POH J&G

4.7.3 Bijscholing en intercollegiaal overleg

In de vorige paragraaf kwam al aan de orde dat een aanzienlijk aandeel van de POH J&G beperkingen ervaart in het aanbod voor bijscholing, supervisie en intervisie. Tabel 11 laat zien dat POH J&G het liefst bijgeschoold zouden worden op het gebied van GGZ-problematiek (79%) en cultuursensitief werken (50%). Geen van hen geeft aan geen behoefte te hebben aan bijscholing.

Tabel 11 Terreinen bijscholing door POH J&G (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
GGZ-problematiek	11	79%
Cultuursensitief werken	7	50%
Samenwerking met instanties en zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënten van de praktijk	6	43%
Opvoed- en gezinsproblematiek	5	36%
Huiselijk geweld en kindermishandeling	5	36%
LVB-problematiek	4	29%
Geen behoefte aan scholing of training	0	0%

Vrijwel alle POH J&G geven aan graag vaker contact te willen hebben met andere POH J&G in Rotterdam (86%). Op het moment van afname van de vragenlijst heeft 29% regelmatig, 57% soms en 14% nooit contact met andere Rotterdamse POH J&G. Sommigen vullen aan dat intervisie inmiddels is geregeld.

4.8 Gevolgen van Covid-19 voor de doelgroep van de POH J&G

Ruim een kwart (29%) van de POH J&G werkte in 2020 een aantal maanden thuis vanwege de coronapandemie. Bijna de helft (46%) heeft in die periode nog face-to-face consulten gevoerd. Wel zijn alle POH J&G (ook) gebruik gaan maken van telefonische consulten (tabel 12) en is bijna de helft (46%) gebruik gaan maken van beeldbellen. Aanvullend noemen enkele POH J&G dat ze zijn gaan wandelen met hun cliënten en gebruik hebben gemaakt van Karify¹⁵. Op de vraag welke van deze vormen van zorg op afstand zij na de pandemie willen blijven gebruiken, neemt de animo voor telefonisch consulten duidelijk af maar blijft het aandeel dat gebruik wil blijven maken van beeldbellen gelijk.

Overigens geeft 29% aan in de toekomst helemaal geen gebruik te willen maken van zorg op afstand.

Tabel 12 Gebruikte vormen van zorg op afstand tijdens Covid-19 en erna

	Tijdens 1 ^e Covid-19 uitbraak		Te behouden na Covid-19	
	n	%	n	%
Telefonisch	13	100%	6	43%
Beeldbellen	6	46%	7	50%
Via e-mail	3	23%	1	7%
Via Whatsapp/ Telegram/ Signal etc.	1	8%	1	7%

Tabel 13 Gevolgen Covid-19 voor (de hulpverlening aan) de doelgroep van de POH J&G

	HA (n=20)			POH J&G (n=14)		
	Afname	Gelijk gebleven	Toename	Afname	Gelijk gebleven	Toename
(Vroegtijdige) signalering GGZ problematiek jongeren	60%	25%	15%	-	-	-
Aantal aangemelde cliënten	45%	45%	10%	64%	7%	29%
Aantal verwijzingen naar specialistische jeugd-GGZ	0%	80%	20%	-	-	-
Zwaarte problematiek aangemelde cliënten	0%	80%	20%	7%	29%	64%
Behandelings- en begeleidingsmogelijkheden cliënten	-	-	-	71%	21%	7%
Verwijzingsmogelijkheden cliënten	-	-	-	57%	29%	14%
Mogelijkheden voor samenwerking met ketenpartners	-	-	-	21%	71%	7%

Volgens de huisartsen heeft de coronapandemie vooral negatieve gevolgen gehad voor de vroegtijdige signalering van problematiek; 60% zag hierin een afname (tabel 13). Hierdoor is het niet erg verrassend dat de pandemie volgens 45% van de huisartsen en 64% van de POH J&G ook heeft geleid tot een afname in aanmeldingen bij de POH

J&G. Het merendeel van de POH J&G (64%) zag bovendien, wellicht als gevolg van het voorgaande, een toename in de zwaarte van de problematiek van de cliënten die bij hen werden aangemeld. Ook constateerde 71% van hen een afname in de mogelijkheden cliënten te behandelen of begeleiden.

¹⁵Online e-health platform waarmee hulpverleners kunnen beeldbellen, berichten kunnen versturen, interventies kunnen aanbieden en de cliënt inzage kunnen geven in hun digitale dossier.

Respondenten is ook met open vraag gevraagd wat volgens hen de belangrijkste gevolgen zijn geweest van de coronapandemie voor de hulpverlening aan de doelgroep en wat tijdens een tweede golf kan worden gedaan om deze gevolgen te verzachten.

Zowel huisartsen als POH J&G constateren bijna allemaal een toename van eenzaamheid, angst, en somberheid onder jongeren en stress in gezinnen. Tegelijkertijd ziet een aantal van hen een afname in het aantal patiënten dat hulp zoekt. Patiënten wachten hier langer mee en melden deze klachten vaak pas op het moment dat zij voor iets anders langskomen of als deze (dreigen te) escaleren.

In het algemeen zijn er veel minder patiëntencontacten en de contacten die er zijn, verlopen vrijwel allemaal digitaal. Door het gebrek aan sociale contacten en activiteiten zijn de psychische en psychosociale problemen vrijwel zeker toegenomen, maar de hulpvraag is niet gestegen, eerder gedaald. – Huisarts

Wegens minder signalering door veel communicatie/les op afstand vinden verwijzingen later plaats. Nu wordt problematiek vaak gemeld door ouders en dat is vaak in later stadium. – Huisarts

De wachtlijsten zijn langer geworden. Kinderen moeten nu 6 maanden - 1 jaar wachten voor hulp. Klachten die nog niet een probleem waren, zijn door het wachten erger geworden. Klachten zoals: angst, opvoedproblemen, stress (school), en negatieve gedachten. – POH J&G

Eenzijdig wordt de beschikbaarheid van alternatieve vormen van zorg gewaardeerd. Een huisarts merkt op dat beeldbellen een mooie nieuwe ontwikkeling is. Anderzijds wordt bemerkt dat deze vormen van zorg ook beperkingen kennen en gevolgen heeft voor bereikbaarheid van jongeren, de signalering en de kwaliteit van zorg.

De bereikbaarheid van de jongeren. Doordat alleen telefonisch contact mogelijk was, kreeg je geen volledig beeld of überhaupt geen contact. Hierdoor vallen cliënten tijdelijk weg. – POH J&G

Ook zijn de therapieën nu omgezet tot beeldbellen en voelen de patiënten die ik heb begeleid dat ze liever face-to-face contact hebben. Ze geven wel aan dat het beeldbellen fijn is, beter iets dan niets. – POH J&G

Eventuele vervolggeluiden kunnen mogelijk wel digitaal, maar een eerste contact/ intake dat online is, vind ik erg

moeizaam voor het benodigde vertrouwen en totaalbeeld voor diagnostiek. – Huisarts

Tot slot zien POH J&G dat de wachtlijsten bij de specialistische jeugd-GGZ langer zijn geworden als gevolg van de pandemie en hebben zij de indruk dat jongeren met ernstige problemen later geholpen worden.

Om te voorkomen dat jongeren pas geholpen worden als hun klachten zijn geëscaleerd, stellen respondenten een intensiever en laagdrempeliger contact voor en een proactieve benadering waarin gezamenlijk wordt opgetrokken met andere partijen.

Laagdrempelig toegang tot POH J&G die zelf al snel met therapie kan beginnen. Meer tijd voor de POH J&G misschien zodat er ook huisbezoeken gedaan kunnen worden bij probleemjongeren die niet willen komen. – POH J&G

Mocht een lockdown komen: actief blijven benaderen en contact houden. – POH J&G.

De mogelijkheid om meer outreachend naar jongeren te acteren. Meer samenwerking vanuit maatschappelijk werk, vanuit scholen, verenigingen, et cetera. – Huisarts

Zo door, scholen informeren dat ze ook naar huisarts kunnen gaan. Vaak is er iets met ook ouders aan de hand, maar dat weet school dan niet/minder goed. Wij missen als huisarts vaak dat er iets speelt met kinderen, worden onvoldoende op de hoogte gehouden. – Huisarts

Sommigen zien een oplossing in een betere beschikbaarheid van voorzieningen die zorg op afstand mogelijk maken, en bekendheid bij de doelgroep over de beschikbaarheid van deze voorzieningen. Wel wordt ook opgemerkt dat dit niet in plaats van persoonlijk contact mag komen, maar een aanvulling hierop dient te zijn.

Bekendheid geven aan het feit dat ik nog steeds of wel telefonisch of via een wandeling hulp kan bieden (dit gebeurt bij ons wel via de assistenten) maar dit lost niet op dat er eerst een band moet ontstaan met de hulpvrager. Als team alert blijven wat er tijdens de telefonische triage binnenkomt en dan doorverwijzen. Dus goed blijven communiceren met elkaar. – POH J&G

Persoonlijk contact via middelen die aansluiten bij de beleavingswereld van jongeren (beeldbellen, whatsapp), maar ook daadwerkelijk persoonlijk contact: sporten, coaching, fysieke gesprekken et cetera. Wijkteams en CJG werken

veel vanuit huis en dat werkt gewoon niet; om goed zicht te krijgen op behoeften en de problematiek is het van belang om echt fysiek in gesprek te gaan en te zien waar een jongere (letterlijk) vandaan komt. Dit zal niet in alle gevallen mogelijk zijn, maar het zou goed zijn om na te denken over manieren waarop dit toch veilig kan gebeuren. – POH J&G

4.9 Conclusies

4.9.1 Successen

- Op basis van de uitkomsten concluderen we dat zowel de POH J&G als de huisartsen over het algemeen (zeer) tevreden zijn over de onderlinge samenwerking en over de werkzaamheden van de POH J&G. Huisartsen waarderen de POH J&G vooral om haar deskundigheid en laagdrempeligheid en de spilfunctie die zij inneemt tussen de praktijk en samenwerkingspartners. De meerderheid van de POH J&G heeft dan ook moeite gedaan om deze positie te verwerven door actief contact te leggen met de samenwerkingspartners, te zorgen voor vaste aanspreekpunten en het organiseren van structureel overleg.
- De grootste bijdrage van de inzet van de POH J&G wordt gezien in het leveren van passende zorg en het beperken of overbruggen van de lange wachtlijsten voor de specialistische jeugd-GGZ. Het merendeel van de huisartsen voelt zich ontlast door de inzet van de POH J&G. Huisartsen verwachten ook dat de functie wezenlijk bijdraagt aan het verminderen van doorverwijzingen naar de tweede lijn. Er is niet expliciet gevraagd waarom zij dit verwachten maar mogelijkkerwijs constateren zij zelf dat zij cliënten die zij voorheen zouden hebben doorverwezen naar de specialistische jeugd-GGZ nu aanmelden bij de POH J&G. Het valt wel op dat de POH J&G hier minder van overtuigd lijken. Het is denkbaar dat er wel degelijk sprake is van een afname van doorverwijzingen naar de tweedelijns maar dat dit onopgemerkt blijft door de POH J&G omdat zij de situatie voor haar komst niet goed kende.
- Positief is ook dat huisartsen en POH J&G enthousiast zijn over de praktische voorzieningen die vanuit de huisartsenpraktijk worden aangeboden om het werk van de POH J&G te faciliteren. We hebben het dan over beschikbare ICT, de mogelijkheden voor registratie, uitwisseling en bescherming van clientinformatie en de werkplek van de POH J&G.

4.9.2 Aandachtspunten

- Een kwetsbaar punt is tijd voor overleg tussen de huisarts en de POH J&G. Men is hier weliswaar tevreden over maar er lijkt weinig voor nodig om ervoor te zorgen dat overleg erbij inschiet. Het wordt vaak even tussen de bedrijven door gedaan in plaats van dat hier bewust tijd voor wordt gereserveerd.
- De samenwerking met ketenpartners is een punt van zorg. Slechts een minderheid van de huisartsen spreekt tevredenheid uit over deze samenwerking. En hoewel de POH J&G wat positiever zijn, is nog steeds een aanzienlijk aandeel van hen hier neutraal of ontevreden over. Een belangrijke doelstelling van de functie POH J&G is het verbeteren van de samenwerking met het wijkteam en het CJG. Hoewel de meerderheid van de POH J&G positief is over deze samenwerking, klinkt er ook kritiek door over een gebrek aan bereikbaarheid en terugkoppeling van het wijkteam. In dit verband valt het ook op dat slechts de minderheid van de POH J&G vindt dat haar functie in de praktijk bijdraagt aan een betere samenwerking met het wijkteam en dat het voor velen onduidelijk is wanneer moet worden doorverwezen naar het wijkteam.
- Een ander aandachtspunt is dat de meerderheid van de POH J&G niet vindt dat hun inzet wezenlijk bijdraagt aan vroegtijdige signalering van opvoedproblematiek bij ouders of het bevorderen van het gezinssysteem als geheel. Het is onduidelijk waar dit aan ligt en meer inzicht in de redenen hiervan is wenselijk.
- Niet zo enthousiast is men over zaken die meer centraal geregeld (zouden moeten) worden, zoals de wijze waarop de POH J&G wordt gefinancierd (ervaren als risicovol voor de huisarts) en het ontbreken van centrale aansturing. De POH J&G signaleren een tekort aan meer vakinhoudelijke ondersteuning zoals protocollen/handboeken/instrumenten en de mogelijkheden voor bijscholing. Ook mist men mogelijkheden voor werkbegeleiding, al moet hierbij worden opgemerkt dat Zorgimpuls recentelijk voorzieningen heeft getroffen voor intervisiebijeenkomsten – hetgeen nog niet is terug te zien in de uitkomsten van de vragenlijst. Naar verwachting zal de nog te ontwikkelen ToolBOX onder meer voorzien in instrumentarium en wetenschappelijk onderbouwde interventies, waarmee de POH J&G zich hopelijk vakinhoudelijk beter ondersteund weet. Mogelijkerwijs zullen de materialen in

deze ToolBOX de POH ook helpen beter te kunnen bepalen welke werkzaamheden tot haar functie behoren en te beoordelen of ze haar taken naar behoren heeft uitgevoerd.

- De breed gevoelde behoefte aan bijscholing, blijkt vooral te liggen op het gebied van GGZ-problematiek, omgaan met andere culturen (cultuursensitief werken) en samenwerking met andere instanties en zorgverleners rondom de jongere en het gezin.
- Tot slot merken we op dat zowel de POH J&G als de huisartsen veelvuldig aanlopen tegen de lange wachtlijsten voor de specialistische jeugd-GGZ en dit als problematisch beschouwen. Hoewel huisartsen tevreden zijn dat ze een beroep kunnen doen op de POH J&G voor het bieden van overbruggingshulp, hoort dit eigenlijk niet tot haar kerntaken en draagt het bieden van overbruggingshulp ook niet bij aan een oplossing voor de lange wachtlijsten.

4.9.3 Covid-19

- Huisartsen en POH J&G zien een afname in het aantal bij POH J&G aangemelde patiënten die zij toeschrijven aan de pandemie. Vooral de POH zien tegelijkertijd een toename in de zwaarte van de problematiek van de patiënten die bij hen worden aangemeld. Men heeft de indruk dat tijdens de pandemie pas hulp wordt gezocht als problematiek escaleert. Dit kan er mogelijk toe leiden dat patiënten vanwege de ernst van hun problematiek niet meer geholpen kunnen worden met de kortdurende begeleiding die de POH J&G biedt. Wellicht dat dit verklaart waarom sommige huisartsen een toename constateren in het aantal doorverwijzingen naar de specialistische jeugd-GGZ tijdens de pandemie en dat beide groepen opmerken dat de wachtlijsten daar langer zijn geworden. Overigens is ook denkbaar dat de langere wachtlijsten het gevolg

zijn van het feit dat zorgorganisaties tegen het eind van jaar hun budgetplafond hebben bereikt.

- Het vroegtijdig bereiken van jongeren met problemen lijkt tijdens de pandemie een nog grotere uitdaging geworden. Hier is geen eenvoudige oplossing voor. De rode draad in de suggesties die gedaan worden heeft vooral te maken met proactief contact maken met jongeren, vindingrijk zijn in het gebruik van vormen van communicatie die aansluiten bij hun leefwereld en tegelijkertijd het belang van face-2-contact niet uit het oog verliezen.



5 Conclusies en aanbevelingen

1. Positieve ervaringen, meerwaarde

De huisartsen en POH J&G zijn overwegend (zeer) positief over de onderlinge samenwerking en ervaren een duidelijk meerwaarde van de functie zoals die in de praktijk is ingevuld. De belangrijkste ervaren meerwaarde is de bijdrage die de POH J&G levert aan het bieden van passende hulp aan de jongeren en hun ouders.

2. Beperkte empirische onderbouwing

We vinden in ons onderzoek o.b.v. de ervaringen die in Rotterdam en elders zijn opgedaan voldoende 'bewijs' om te kunnen zeggen of de uitgangspunten van de inzet van de POH J&G al of niet aannemelijk zijn. Maar het 'harde' empirisch bewijs ontbreekt vooralsnog en maakt deel uit van het effectonderzoek waarvoor de basis is gelegd. Dit krijgt het komende jaar uitvoering.

Het is o.b.v. de onderzoeksliteratuur en de resultaten van het empirisch onderzoek *aannemelijk* dat de inzet van de POH J&G in de Rotterdamse huisartspraktijken bij jongere patiënten tot 18 jaar die kampen met psychosociale en gezinsproblematiek bijdraagt aan:

- voorkomen van doorverwijzingen naar de tweedelijns J-GGZ
- verbeteren van de kwaliteit van de jeugdhulp aan jongeren met psychosociale problematiek en
- ontlasten en ontzorgen van de huisarts.

Het is echter *onzeker* of hiermee ook de projectdoelen zullen worden gerealiseerd.

Naast dat er vanuit de onderzoeksliteratuur redenen zijn om twijfels te hebben over preventie als werkzaam mechanisme tegen toenemend gebruik en stijgende kosten van de tweedelijns jeugdhulp, wordt het effect van de inzet POH J&G op het terugdringen van het gebruik en de kosten van de tweedelijns J-GGZ (op korte termijn) mogelijk beperkt door:

- een tekort aan aanbod tweedelijns J-GGZ: (lange) wachtlijsten en wachttijden.

- een verwachte toename in de vraag naar tweedelijns J-GGZ a.g.v. coronapandemie onder patiënten tot 18 jaar,
- een mogelijke toename van het bereik onder de doelgroep patiënten onder de 18 jaar.

Waar het gaat om de verdere ontwikkeling van de functie POH J&G komen de volgende aandachtspunten naar voren:

Zorgen voor kaders

De ruimte die er is om invulling te geven aan de functie POH J&G wordt als positief ervaren. Het biedt de mogelijkheid tot het leveren van maatwerk. Echter, tegelijkertijd blijkt er behoefte aan kaders en richtlijnen.

Kaders m.b.t. de taken en verantwoordelijkheden van de POH J&G. Bijvoorbeeld op het gebied van signaleren en aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling, bij het bieden van overbruggingszorg en het bevorderen van de samenwerking met het wijknetwerk. Richtlijnen bijvoorbeeld over wanneer sprake is van een succesvol traject en wanneer een traject kan worden afgesloten, in hoeverre het organiseren van de samenwerking met de ketenpartners, nazorg en afschaling behoren tot het takenpakket van de POH J&G, en wanneer er wel of niet moet worden verwezen naar een wijkteam.

Opvoedondersteuning, nazorg en specifieke doelgroepen

De opvoedondersteuning en nazorg dienen in het project meer aandacht te krijgen. Hetzelfde geldt voor vroegsignalering en het bereiken van moeilijk bereikbare doelgroepen.

Sturen op resultaten

Er is weinig zicht en er wordt weinig gestuurd op de resultaten van de inzet van de POH J&G in de huisartspraktijk. Daarvoor zijn richtlijnen, registraties en feedbackgesprekken nodig. Voor de ontwikkeling van de functie en het effectiviteitsonderzoek is het aan te bevelen dat de POH J&G instrumenten gebruiken waarmee ze de effectiviteit van de door hen geboden hulp kunnen monitoren. Gezien het laagdrempelige en laagfrequentie karakter van deze hulp moet wel voorkomen worden dat er onevenredig veel tijd gaat zitten in evaluatie en registratie. Het zou daarom moeten gaan om een eenvoudig monitoringsinstrument dat

aansluit bij het werkproces van de POH J&G en haar ondersteunt bij het leveren van passende hulp aan patiënten.

Corona: aanpak intensief en creatief

Het blijkt dat door corona(maatregelen) het gevaar bestaat dat signalen worden gemist en de doelgroep te laat in beeld komt. Er komen minder patiënten naar de huisartsenpraktijk omdat zij hun bezoek uitstellen en de digitale communicatie heeft haar beperkingen in vergelijking met het face-to-face contact.

Daarom is het van belang dat juist tijdens de coronapandemie men in de huisartspraktijk intensief en creatief te werk gaat om binnen de beperkende mogelijkheden de jongeren en hun ouders zoveel mogelijk fysiek te blijven zien en in contact met hen te blijven. Bijvoorbeeld door in de buitenlucht af te spreken, tijdens het (telefonisch) spreekuur ook vragen te stellen over de gezinssituatie, het meermalig nabellen in geval van no show, en via beveiligde apps laagdrempelig contact te houden met patiënten.

Hoewel digitale communicatiemiddelen duidelijk hun beperkingen hebben, blijken ze in de praktijk wel degelijk ook mogelijkheden te bieden om laagdrempelig in contact te blijven met jongeren en ouders. Dit kan bijvoorbeeld door te appen of te beeldbellen (op de mobiele telefoon). Het is belangrijk om de mogelijkheden van digitale communicatie verder uit te zoeken en te benutten.

Organisatie wijknetwerk

Het zorgen voor goede afspraken over de samenwerking met de verschillende organisaties en het onderhouden hiervan, vraagt specifieke vaardigheden en kost veel tijd.

Een overweging is om de POH J&G te ondersteunen bij het organiseren van de wijkgerichte samenwerking door de inzet van bijvoorbeeld een wijkmanager, coördinator of soortgelijke functie.

Organiseren van het leren

Op dit moment zijn de mogelijkheden om te leren onvoldoende. In algemene zin is er behoefte aan kennis op het gebied van ggz-problematiek, opvoedondersteuning en cultuursensitief werken.

Belangrijk is het nader inventariseren van de kennisbehoefte en aanwezige kennis bij de POH J&G-medewerkers.

Op verschillende plekken is namelijk de nodige (praktijk)kennis aanwezig maar onvoldoende zichtbaar en

toegankelijk. Zo bieden moederorganisaties die POH J&G detacheren de mogelijkheden tot deelname aan cursussen, opleidingen en intervisiebijeenkomsten. Deze voorzieningen zijn voor de andere POH J&G echter niet toegankelijk.

De POH J&G beschikken vanuit hun achtergrond over specifieke deskundigheid die in hun huidige functie als POH J&G van pas blijkt te komen, zoals kennis van de organisatie en werkwijze van de jeugdbeschermingsketen, tweedelijns J-GGZ, wijkteams en j-gz (m.n. CJG), maar ook specifieke kennis over diverse soorten instrumenten voor signalering, diagnostiek en behandeling. Soms gaat het ook om 'practiced based' kennis zoals ervaring met het samenwerken met partners in de wijk.

Het is van belang het leren te organiseren, d.w.z. zorgen dat de POH J&G gebruik kunnen maken van elkaars deskundigheid en waar nodig gebruik kunnen maken van aanvullende scholing en trainingen. Zorgimpuls houdt zich in het kader van de functieontwikkeling binnen het ZonMw project hiermee bezig en organiseert een opleidingsaanbod gericht op de inhoudelijke ontwikkeling van de functie.

Hierop aansluitend is van belang dat de POH J&G beschikken over een gemakkelijk te gebruiken 'Toolbox' met methodieken en instrumenten die zij nodig hebben om hun werk optimaal te kunnen uitvoeren. Het ontwikkelen van een dergelijke 'Toolbox' maakt tevens onderdeel uit van het ZonMw project.

De POH J&G blijken in verschillende mate gebruik te maken en vaardig te zijn in het toepassen van digitale communicatiemiddelen zoals beeldbellen, e-mailen en appen.

De ervaren voordelen van bijvoorbeeld WhatsApp is dat je in een groepsapp gemakkelijk en snel antwoord kan krijgen van andere professionals op je vragen. In het contact met patiënten biedt het de mogelijkheid om laagdrempelig de vinger aan de pols te houden.

Vanwege de coronapandemie dient bijzondere aandacht uit te gaan naar het leren gebruiken van digitale middelen om problemen vroegtijdig te signaleren, de doelgroep te bereiken, te begeleiden en waar mogelijk te behandelen.

Betrekken wijkteams bij projectorganisatie

Er zijn nog altijd problemen in de samenwerking tussen de wijkteams en de POH J&G. Belangrijk is dat wijkteams en huisartspraktijken gezamenlijk eensluidende afspraken maken over de samenwerking, zoals de wijze van aanmelden, terugkoppelen en communicatie in bredere zin. Belangrijk

aandachtspunt is hoe en welke informatie over cliënten wordt uitgewisseld, waarbij ook aan de AVG-eisen wordt voldaan.

De oplossing overstijgt daarmee het uitvoeringsniveau. Het is daarom aan te bevelen de wijkteams actiever te betrekken bij de organisatie van de uitrol.

Inzicht en aanpak wachttijden tweedelijns J-GGZ

De lange wachttijden voor de tweedelijns Jeugd-GGZ vragen bijzondere aandacht. Op dit moment wordt dit als de belangrijkste belemmering ervaren voor het kunnen bieden van passende hulp aan de doelgroep.

De wachttijden vormen een risico voor de psychosociale gezondheid en ontwikkelingskansen van de doelgroep. Bovendien is op basis van de ervaren gevolgen van de coronapandemie in 2021 geen afname in de vraag naar tweedelijns J-GGZ te verwachten.



Literatuurlijst

Batterink, M., W. Hoven, I. Lapajian, P. Tazelaar (30 januari 2017). [Sturing op specialistische jeugdhulp Exploratief onderzoek naar het zorglandschap specialistische jeugdhulp](#). Barneveld: Significant.

Bellaart, H., M. Day en R. Gilsing (2016). [Effectief bereik van alle doelgroepen door jeugdhulp](#). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Benda, L., M. Diepstraten, R. van Eijkel en M. Remmerswaal (10 december 2020). [Wijkteams en praktijkondersteuners in de jeugdzorg](#). Den Haag: Centraal Planbureau.

Berg, G. van den, (2010). *Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. Hulpverlening weet migranten jeugd slecht te vinden*. JeugdenCo, (2), p 8 - 17.

Bik, S. (juni 2020). *Functie- en competentieprofiel POH J&G*. Rotterdam: ZorgImpuls.

Boer, C.H.E. den, J.D.H. van Wijngaarden, M.M.H. Strating & R. Huijsman (2019). [Integrale en passende zorg voor mensen met multiproblematiek in Rotterdam. Eindrapport hoofdmonitor convenant Zilveren Kruis](#). Gemeente Rotterdam. Rotterdam: EUR-iBMG.

Bus, A., Boom, J. de, Roode, A. en Wensveen, P. van (maart 2018). [Literatuurstudie gebruik jeugdhulp en relatie met achterstandssituatie](#). Rotterdam: OBI, RISBO.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). [Jaarrapport 2017 Landelijke Jeugdmonitor](#). Den Haag: CBS.

Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., Jong, J.D. de, Koopmans, B., Dijk, M. van, Bakker, D.H. de. (2013). [Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns-naar eerstelijnszorg](#). Utrecht: NIVEL.

Driedonks M. en J. Kruip (2021). [Potentie van preventie. Over de inzet van effectieve preventie](#). Utrecht: NJi.

Eerste Kamer der Staten-Generaal (31 Maart 2014). [Jeugdzorg; Brief inzake Voortgang Transformatie Jeugd](#). Den Haag.

Gemeente Rotterdam (2018). *Nieuwe Energie voor Rotterdam. Coalitieakkoord 2018-2020*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Gezondheidsraad (2012) *Psychische gezondheid en zorggebruik van migranten jeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2012/14.

Gruijter, M., de, Pels, T. & Tan, S. (2009). [De frontlinie versterken. Vernieuwende initiatieven in het voorpoortaal van de jeugdzorg](#). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Haterd, J. van de, Poll, A. Felten, H., Vos, R. & Bellaart, H. (2010) *Naar interculturele competentieprofielen in het preventieve en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid*. Utrecht: NJI.

Hekelaar, A en J. Omlo (maart 2018). [Lol in cultuursensitief werken. Evaluatieonderzoek 'Live Online Leren training in cultuursensitief werken bij kwetsbare migranten jeugd'](#). Rotterdam: Gemeente Rotterdam-Onderzoek & Business Intelligence.

Heydelberg, J. (9 juni 2020). *Verslag en actiepunten stuurgroep uitrol POH Jeugd & Gezin*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Heydelberg, J.F.P (1 oktober 2018). *Contourennotitie uitrol POH*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam-Cluster MO.

Hilderink, A., I. Niessen et al. (15 december 2020). [Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de Jeugdzorg](#). Utrecht: Andersson, Elffers en Felix (AEF).

Jansen, W. et al. (januari 2020). [POH Jeugd & Gezin de ontwikkeling van een wijkgerichte methodiek \(ToolBOX\) en effectonderzoek](#). Subsidieaanvraag ZonMw. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Jansen, W. et al. (december 2015). *LOL in cultuursensitief werken*. Subsidieaanvraag ZonMw. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Jansen, W., C.L. Mieloo, J. Anschutz en O. de Zwart. (2015). *Discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte. Onderzoek in Rotterdamse wijken*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2015;159:A7664.

Jonker, T., J. Knot-Dickscheit & A. Huyghen (december 2017). [De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd. Een verkennende studie](#). Groningen: RUG.

Kringos, D., J. van den Broeke, A. van der Lee, T. Plochg en K. Stronks. [How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study](#). In: BMC Public Health (2016) 16:545.

Looij-Jansen. P. van de & T. Wentink m.m.v. C. de Haan (19 oktober 2020). [Onderwijs-Zorgarrangementen in praktijk. Ervaringen van betrokken organisaties](#). Rotterdam: Onderzoek & Business Intelligence.

Nederlands Jeugdinstituut (22 juli 2019). [Veelgestelde vragen over de jeugdsector. Handreiking voor raadsleden en wethouders.](#) Utrecht: NJi.

Niesen, I. et al. (22 april 2020). [Herijking gemeentefonds sociaal domein Onderzoeksverantwoording.](#) Utrecht: Andersson, Elffers en Felix.

Ogink, A. en D. Tesselaar (januari 2020). [Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen.](#) KPMG: KPMG Health.

Pawson, P. & R. Tilly (april 1997). *Realistic Evaluation*. London: SAGE Publications Ltd.

Raad voor maatschappelijke ontwikkeling (april 2012). [Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg.](#) Den Haag: RMO.

Spijk- de Jonge, M., Boelhouwer, M. Geuijen, P. Zwaanswijk, M. en Serra, M. (november 2019). [Jeugdhulp bij de huisarts. Onderzoek naar inzet en effect van de Praktijkondersteuner Jeugd.](#) Accare, Molendrift en Karakter, i.s.m. het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Tudjman, T., W. de Jong & E. Snel (december 2010). [Gezinsbegeleiding achter de voordeur. Een evaluatie volgens de methode Theory of Change.](#) Utrecht/ Rotterdam: Movisie/ EUR.

Verwaijen, C. (1 april 2019). *Werkinstructie. Wijzer met Arrangementen – Jeugd. Versie 2.0.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Wentink, T. (2016). [Ervaringen met het CDT. De methode en de bijdrage aan de transformatiedoelen.](#) Rotterdam: Onderzoek & Business Intelligence.

Wentink, T. (2015). [Evaluatie proefopstelling Consultatie- en Diagnoseteam.](#) Rotterdam: Gemeente Rotterdam-Onderzoek & Business Intelligence.

Zeele, S. en A. Hekelaar (27 september 2018). [Evaluatie Pilot Jeugdconsulent In 2 Varianten.](#) Rotterdam: Gemeente Rotterdam-Onderzoek & Business Intelligence.

Bijlage A Representativiteit interviews

Selectie deelnemers interviews

Voor de interviews met de POH J&G en huisartsen is een selectie gemaakt uit de 29 deelnemende huisartspraktijken, waar in totaal 19 POH J&G werkzaam zijn. Een POH J&G kan in meerdere praktijken werken. Ook kunnen in een huisartspraktijk meerdere huisartsen werkzaam zijn. Het onderzoek is evenwel alleen gericht op de huisartsen die namens de praktijk als contactpersoon optreden voor de inzet van de POH J&G.

Bij de selectie van respondenten voor de interviews is getracht een zo groot mogelijke dekking te realiseren m.b.t. de kenmerken die van invloed kunnen zijn op ervaringen van POH J&G. Dit wordt ook wel het streven naar variatiedekking genoemd. Dat wil zeggen dat de variatie op enkele relevante criteria ook is terug te zien in de onderzoeksgroep.

De criteria waarop is geselecteerd betreffen de arbeidsrelatie (gedetacheerd of in dienst) en startdatum van de POH J&G. Daarnaast is gekeken naar wijkenkenmerken. Getracht is om zowel POH en huisartsen uit achterstandsgebieden (NPRZ wijken) als uit niet-achterstandsgebieden te spreken. Voorts is bij de huisartspraktijken geselecteerd op organisatievorm (eenmanspraktijk, duo praktijk en meer dan 2 huisartspraktijken in een praktijk).

Tenslotte hebben we zowel praktijken die al langer deelnemen als praktijken die kortgeleden zijn gestart met een POH J&G geselecteerd.

Representativiteit interviews

In de maanden oktober en november van 2020 hebben we interviews gehouden met vijf POH Jeugd en Gezin, vier huisartsen, een (ex) wijkteamleider en een wijkmanager van IZER. De interviews zijn vanwege de Covid-19 maatregelen telefonisch of via beeldbellen afgenomen. De gesprekken duurde gemiddeld ongeveer een uur.

In 1 huisartspraktijk is om praktische redenen zowel de huisarts als de POH geïnterviewd. Daardoor is het aantal geïnterviewde POH 1 meer dan het aantal geïnccludeerde huisartsen en ook 1 meer dan tevoren was gepland.

De responsgroep van POH J&G en huisartsen is inhoudelijk representatief op de onderzochte kenmerken. Daarbij bleek op de hoofdpunten sterke overeenkomsten in de ervaringen en voegde de laatste interviews weinig nieuwe inzichten toe. Het bereiken van dit zogenaamde verzadigingspunt is een belangrijk criterium voor het bereiken van voldoende inhoudelijk representativiteit. Daarbij bleken de resultaten door de onderzoeksliteratuur bevestigd en ook de ervaringen die zijn gedeeld in het geobserveerde POH J&G intervisieoverleg stemden hiermee overeen.

Kenmerken responsgroep

In de responsgroep zijn alle soorten arbeidsbetrekkingen vertegenwoordigd. Dus we hebben zijn zowel POH J&G gesproken die in dienst waren van de huisarts, maar ook die gedetacheerd werkten vanuit CJG, IZER of Indigo. Het jaar waarin ze als POH J&G bij de verschillende huisartsen begonnen was 2017, 2018, 2019 en 2020. Twee POH zijn in 2020 van start gegaan in hun nieuwe functie, één in februari en de ander in augustus. De geïnterviewde POH J&G zijn werkzaam voor 1 of meerdere (2, 3 of 4) huisartspraktijken. Ook hiermee dekt de respondentengroep de variatie in het totale bestand van POH J&G.

Ook naar omvang van de patiëntenpopulatie tot 18 jaar zien we voldoende variatie in huisartspraktijken en m.u.v. Noord en Centrum zijn alle gebieden gepresenteerd.

Kennis voor een sterk Rotterdams beleid

Onderzoek en Business Intelligence is een afdeling binnen de gemeente Rotterdam. De afdeling verzamelt informatie en doet onderzoek voor het maken en uitvoeren van beleid door de gemeente Rotterdam. Het onderzoek gaat over onderwerpen als gezondheid, zorg, onderwijs, reïntegratie, de mogrografie, ruimtelijke ordening en veiligheid. Soms is de gemeentelijke organisatie het onderwerp, vaker gaat het over de stad en haar bewoners. Het doel is steeds om met deze verzamelde kennis het beleid en de bedrijfsvoering van de gemeente te verbeteren.

Auteurs



Alex Hekelaar



Sarah Boer



Özcan Erdem

Rotterdam.nl



Gemeente Rotterdam