

Effect POH J&G in de praktijk

Eindrapport evaluatieonderzoek
inzet Praktijkondersteuner
Huisartsen Jeugd en Gezin in
Rotterdamse huisartspraktijken,
2019-2022

Onderzoek en Business Intelligence

Wie zijn wij?

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, re-integratie, demografie, 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

Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door:



Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Datum: 22 augustus 2024
Projectnummer: 744220103
Vragen: onderzoek@rotterdam.nl
Meer informatie: onderzoek010.nl

Voorwoord

Inleiding

De inzet van de Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd & Gezin (POH J&G) in de huisartspraktijk maakt deel uit van een pakket aan maatregelen dat de gemeente Rotterdam vanaf 2020 neemt om het gebruik en de kosten van de tweedelijns jeugdhulp, met name de Jeugd-GGZ (J-GGZ), te verminderen en de kwaliteit van de jeugdhulp te verbeteren.

De 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 de 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) er op den duur toe leiden dat er vanuit de huisartspraktijken minder wordt verwezen naar specialistische jeugdhulp.

De onderzoeksafdeling van gemeente Rotterdam (OBI) heeft een meerjarig (2019-2023) onderzoek uitgevoerd naar de (ervaren) effecten van de inzet van POH J&G in Rotterdamse huisartspraktijken. Bij het bepalen van het effect op gebruik en kosten van de tweedelijns jeugdhulp is intensief samengewerkt met onderzoekers van het Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde. Het onderzoek maakt onderdeel uit van het ZonMw project *“POH Jeugd & Gezin de ontwikkeling van een wijkgerichte methodiek (ToolBOX) en effectonderzoek”* (Jansen et al., januari 2020).

In het onderzoek is gekeken naar de gevolgen van de inzet van de POH J&G in de huisartsenpraktijken op het gebruik en de kosten van de maatwerkarrangementen in Rotterdam. Ook is gekeken naar de tevredenheid van de huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten met de functie POH J&G en de samenwerking tussen huisartsen, POH J&G en het wijknetwerk.

De (tussentijdse) resultaten van het onderzoek zijn gebruikt als input voor 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.

Dankwoord

Het uitvoeren en vooral de voorbereidingen van het effectonderzoek naar het gebruik en kosten van de tweedelijnsjeugdhulp bleek een ingewikkelde en tijdrovende klus die we niet hadden kunnen klaren zonder de tomeloze inzet van diverse medewerkers van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC.

We willen in het bijzonder onze dank uitspreken naar Jurrien Heydelberg (projectleider, penvoerder van het ZonMW project en opdrachtgever van het onderzoek) en Wilma Jansen (senioronderzoeker, coördinator ST-RAW en hoofdaanvrager van het ZonMW project) van de gemeente Rotterdam.

Van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC willen we in het bijzonder Evelien de Schepper (onderzoeker (UD), coördinator van de database 'Rijnmond Gezond'), Patrick Bindels (hoofd sectie Huisartsopleiding), Lukas Koet (Phd), Reinier van Linschoten (Postdoc Technische Innovatie), en Sanne Verhoog (Phd) bedanken voor hun bijdrage aan de bestandsopbouw en analyses.

Tenslotte zijn we natuurlijk vooral de huisartsen, praktijkondersteuners, samenwerkingspartners en cliënten erkentelijk voor de tijd en energie die zij hebben gestoken in het, soms meermalig, beantwoorden van onze vragen.

Het onderzoeksteam

Inhoud

1 Inleiding.	7
1.1 Ontwikkelingen in kosten en gebruik jeugdhulp	7
1.2 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin	7
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Werkwijze	8
2 Gebruik en kosten tweedelijnszorg.	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Verwachte effecten	11
2.3 Werkwijze	11
2.4 Resultaten	13
2.5 Discussie	15
3 Tevredenheid.	18
3.1 Praktijkondersteuners en huisartsen	18
3.1.1 Methode en respons	18
3.1.2 Wachtlijsten	19
3.1.3 Inzet en werkzaamheden POH J&G	19
3.1.4 Tevredenheid over samenwerking huisarts en POH J&G	21
3.1.5 Samenwerking met ketenpartners	22
3.1.6 Verdiepende interviews: samenwerking in 2 wijken	24
3.1.7 Tevredenheid over POH J&G	28
3.1.8 Bijdrage inzet POH J&G aan doelstellingen van de functie	29
3.1.9 Tevredenheid over randvoorwaarden inzet POH J&G	31
3.1.10 Gevolgen van Covid-19 voor de doelgroep van de POH J&G	34
3.1.11 Conclusies	36
3.2 Cliënten	37
3.2.1 Methode en respons	37
3.2.2 De begeleiding	39
3.2.3 Tevredenheid over POH J&G	40
3.3 Verdiepende interviews	44
3.3.1 Werkwijze	44
3.3.2 Vier verhalen	44
3.3.3 Samenhang tevredenheid	52

4	Conclusies en aanbevelingen.	53
4.1	Conclusies	53
4.2	Aanbevelingen	54
5	Literatuurlijst.	55



1 Inleiding

1.1 Ontwikkelingen in kosten en gebruik jeugdhulp

Sinds de invoering van het nieuwe jeugdstelsel in 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor inhoud en bekostiging van de jeugdhulp.

Vanaf 2017 overtreffen de uitgaven voor de jeugdzorg de door het Rijk beschikbaar gestelde middelen in toenemende mate. Tegelijkertijd spelen er grote problemen in de jeugdzorg, zoals lange wachtlijsten, vertrekkend personeel en een groeiende groep jongeren die zorg nodig heeft. Zodoende werd besloten een Hervormingsagenda Jeugd (2022-2028) op te stellen. Deze bestaat uit afspraken en maatregelen die moeten bijdragen aan betere en tijdige jeugdhulp in een beheersbaar en duurzaam financieel stelsel. De vijf stakeholders zijn de gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, cliëntorganisaties en het Rijk¹.

In Rotterdam is een Bestuurlijke Opdracht Zorg (BOZ) geformuleerd. Het doel hiervan is om het zorgstelsel toekomstbestendig te maken door o.a. meer te sturen op kosten en effectiviteit. Besloten werd om in afwachting van een definitieve landelijke hervormingsagenda jeugd, hiervoor maatregelen voor te bereiden². Op 19 juni 2023 is de definitieve Hervormingsagenda Jeugd vastgesteld³.

De inzet van de POH J&G maakt deel uit van een pakket aan maatregelen dat de gemeente Rotterdam vanaf 2020 neemt om het gebruik en de kosten van de tweedelijns jeugdhulp, met name de J-GGZ, te verminderen en de kwaliteit van de jeugdhulp te verbeteren. Met een nog effectiever preventief jeugdbeleid wordt verwacht dat problemen worden voorkomen en minder zware zorg nodig is⁴.

1.2 Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin

Veel verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp verlopen via de huisartsen. In Rotterdam bleek 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) J-GGZ verwezen.

De gemeente Rotterdam begon daarom in 2017 met het introduceren van de Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin (pilot jeugdconsulent).

De POH J&G zet zich in voor een betere 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) werd de afspraak opgenomen om de pilot structureel te maken (uitrol). De uitrol vond gefaseerd plaats in de periode 2019-2022.

Begin 2023 waren er 29 POH J&G aan het werk in 53 huisartsenlocaties. Daarmee zou volgens de projectverantwoording ongeveer 42% van de Rotterdamse jongeren (18-) die bij een huisarts stond ingeschreven, kunnen worden bereikt. De uitrol ging gepaard met een (door)ontwikkeling van de functieomschrijving en een intensief bijscholingsprogramma in 2018 en 2021. Met behulp

¹ <https://vnq.nl/sites/default/files/2021-10/02202-visual-haj-p1.png>

² Bijlage 3a - Stand van de maatregelen.pdf (rotterdam.nl)

³ Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028.

⁴ Gemeente Rotterdam. Raadsbrief. Afdoening motie 'Weg met de GGZ-wachtlijsten' 16bb8823.

van een subsidie van het ministerie van VWS, ZonMw (Jansen et al., januari 2020), is hieraan gewerkt, alsmede aan het vaststellen van de effecten van de POH J&G inzet in de huisartsenpraktijk.

1.3 Vraagstelling

Het ZonMw project heeft 2 doelen: (1) de ontwikkeling van de functie POH Jeugd & Gezin en (2) effectonderzoek.

De centrale onderzoeksvraag van het effectonderzoek luidt:

Wat is het effect van de invoering van de functie POH Jeugd en Gezin in de Rotterdamse huisartspraktijken op de zorg aan jongeren tot 18 jaar die kampen met psychosociale problemen?

De deelvragen luiden:

1. Welke gevolgen heeft de inzet van de POH J&G op
 - a. Het gebruik van de tweedelijnszorg en
 - b. De kosten van de tweedelijnszorg?
2. In hoeverre zijn de betrokken cliënten, POH J&G en huisartsen tevreden over het aanbod van de POH J&G?
3. In hoeverre zijn de huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners in het wijknetwerk tevreden over de onderlinge samenwerking en de bijdrage die de POH J&G hieraan levert?

1.4 Werkwijze

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we een effectmeting, tevredenheidsenquêtes en verdiepende interviews gehouden.

- Een effectmeting over de periode 1/1/2019 tot en met 31/12/2022 o.b.v. huisartsgegevens en declaratiegegevens jeugdarrangementen.

Op basis van huisartsgegevens en declaratiegegevens jeugdarrangementen hebben we een effectmeting uitgevoerd over de periode 1/1/2019 tot en met 31/12/2022. Daarbij hebben we gekeken naar de verandering in aantal, soort en kosten van de ingezette jeugdarrangementen onder jeugdige patiënten in de praktijk na de komst van de POH J&G, in vergelijking met andere huisartspraktijken waarin op dat moment geen POH J&G werkzaam was.

- Een meting (november 2022) van het tevredenheidsonderzoek (online enquête) onder huisartsen en POH J&G en onder cliënten waarvan tussen september 2021 en november 2022 de begeleiding door de POH J&G was afgerond.
- Verdiepende interviews met (ouders van) jongeren die gebruik hebben gemaakt van een POH J&G. Doel is om meer zicht te krijgen op factoren die samenhangen met de tevredenheid van cliënten over de hulp die zij ontvingen.
- Verdiepende interviews met POH J&G en wijkteammedewerkers in 2 wijken over de samenwerking om vast te stellen welke factoren mogelijk bijdragen aan een goede samenwerking.

We hebben gekozen voor 2 wijken waar uit de tevredenheidsenquête onder de POH J&G en huisartsen naar voren kwam dat respondenten het meest uitgesproken waren over de samenwerking met de wijkteams van deze wijken. Een wijk waar de POH J&G en huisartsen het meest positief waren over de samenwerking en een wijk waar de POH J&G en huisartsen het meest negatief waren over de samenwerking met het wijkteam. Overigens gaat het om kleine verschillen.

Hiermee zijn we afgeweken van het oorspronkelijke plan om middels brede focusgroepsbijeenkomsten met praktijkhouders huisartsen, praktijkondersteuners, wijkmanagers moederorganisaties POH J&G (o.a. Izer) en wijkteamleiders de wijkgerichte samenwerking en de invloed van de functie POH J&G daarop in beeld te brengen. Een *brede* focusgroep

bleek in de praktijk minder geschikt omdat uit de resultaten van het onderzoek tot dat moment bleek dat vooral de samenwerking met het wijkteam als belangrijk maar ook als problematisch werd ervaren. Bovendien zou een deel van de deelnemers aan de focusgroepen waarschijnlijk weinig of geen ervaring hebben met de samenwerking. Daarom hebben we ervoor gekozen ons te focussen op POH J&G en wijkteammedewerkers die daadwerkelijk samenwerken. We hebben eerst de praktijkondersteuners geïnterviewd en hen gevraagd om contactgegevens van wijkteammedewerkers waar ze mee samenwerken. Deze medewerkers hebben we daarna gesproken.

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de effecten van de inzet van de POH J&G in Rotterdamse huisartspraktijken op gebruik en kosten van tweedelijns jeugdhulp.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de tweede meting van de tevredenheidsenquêtes huisartsen en POH J&G gepresenteerd en vergeleken met de uitkomsten van de eerste meting. Daarnaast volgen daar de resultaten van de tevredenheidsenquête die onder de cliënten van de POH J&G is afgenomen.

Tenslotte worden op basis van de voorgaande hoofdstukken conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan t.a.v. de inzet van praktijkondersteuners huisartsen Jeugd & Gezin in Rotterdamse huisartspraktijken.



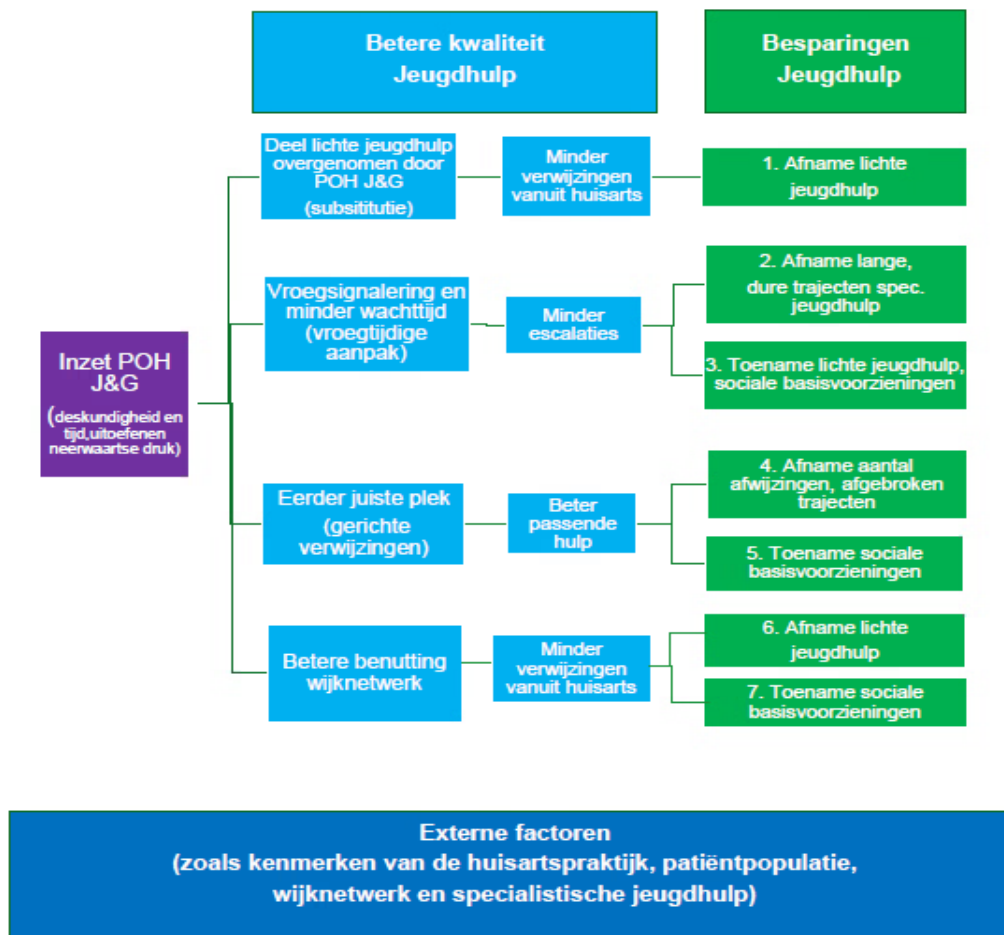
2 Gebruik en kosten tweedelijnszorg⁵

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de uitkomsten over de inzet van de POH J&G in Rotterdamse huisartspraktijken. We beginnen eerst met de interventietheorie POH J&G die inzicht geeft in de relatie tussen inzet POH J&G en de verwachte beleidsdoelen.

Daarna gaan we in op de methode van dataverzameling en databronnen en lichten we onze analyseaanpak toe. Vervolgens gaan we in op de uitkomsten op het gebruik van de tweedelijnszorg en de daarmee samenhangende kosten. We sluiten het hoofdstuk af met discussie en conclusies.

Figuur 1 Doelenboom inzet POH J&G



⁵ In dit hoofdstuk gepresenteerde uitkomsten zijn afkomstig van het manuscript "Koet, B.M. et al., *Integrating youth mental health practice nurses into general practice: effects on outpatient*

mental health care utilization among children and adolescents.". Dit manuscript is onlangs bij een internationaal wetenschappelijk tijdschrift ingediend.

2.2 Verwachte effecten

Figuur 1 geeft een schematische weergave van de interventietheorie POH J&G, middels een zogenaamde doelenboom. Deze is gebaseerd op het model dat AEF (Hilderink et.al. 2020, p. 134) heeft gebruikt bij haar onderzoek naar de financiële tekorten in de jeugdzorg. Bovenaan de kolommen van het model staan de overkoepelende beleidsdoelen vermeld, daaronder de interventiedoelen en, van links naar rechts, hun onderlinge relaties. Voor een uitgebreide beschrijving van het model verwijzen we naar de tussenrapportage (Hekelaar et al., 2021).

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.

De POH J&G zou kunnen bijdragen aan besparingen op het gebruik van de tweedelijns jeugdhulp door een deel van de lichte jeugdhulp over te nemen (substitutie), door vroegtijdige signalering 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). Door de specifieke expertise en kennis van de sociale kaart en de contractering via de gemeente zou de POH J&G ook beter in staat zijn om gebruik te maken van het wijknetwerk (bijvoorbeeld basisvoorzieningen wijkteam en CJG, maatschappelijk werk, jongerenwerk).

De verwachting is dat de inzet van de POH J&G ook bijdraagt aan de kwaliteit van Jeugdhulp: aan passende, integrale en effectieve jeugdhulp.

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 (bijv. solo of duo/groepspraktijk), de patiëntenpopulatie (o.a. Sociaal Economische Status) en de organisatie van de specialistische jeugdhulp (o.a. het aantal gecontracteerde jeugdhulpaanbieders).

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

Echter, hoewel het mogelijk is dat de inzet van de POH J&G bijdraagt aan het voorkómen van doorverwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp en het verbeteren van de kwaliteit van de jeugdhulp, was er tot voor kort (nog) onvoldoende 'hard' empirisch bewijs dat de inzet van de POH J&G leidt tot minder gebruik en lagere kosten van tweedelijns jeugdhulp.

Sociale basisvoorzieningen hebben in het model van AEF 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). Onder lichte jeugdhulp verstaat AEF 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. De invloed van de inzet van de POH J&G in de huisartspraktijk op het gebruik en de kosten van de sociale basisvoorzieningen en lichte jeugdhulp valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

2.3 Werkwijze

Rotterdamse huisartsenpraktijken met POH J&G

De gemeente Rotterdam begon in 2017 met het introduceren van de POH (pilot jeugdconsulent). In het coalitieakkoord werd de afspraak opgenomen om de pilot structureel te maken. Deze uitrol vond gefaseerd plaats in de periode 2019-2022. Begin 2023 waren er 29 POH J&G aan het werk in 53 huisartsenlocaties in Rotterdam. Daarmee zou volgens de projectverantwoording ongeveer 42% van de Rotterdamse jongeren (18-) die bij een huisarts stond ingeschreven, kunnen worden bereikt.

Gegevensbronnen en gegevenskoppeling

Huisartsenpraktijken die deelnemen aan de uitrol hebben zich voor evaluatiedoeleinden ook

aangesloten bij huisartsendatabase, de Rijnmond Gezond Database (RGD). De RGD beslaat het grootstedelijk gebied Rotterdam en bevat gepseudonimiseerde, routinematig verzamelde medische gegevens van huisartspatiënten. Voor meer informatie zie www.rijnmondgezond.nl/.

De gemeentelijke declaratiegegevens jeugdarrangementen bevatten informatie over alle (geschatte) uitgaven aan jeugdzorg (bijvoorbeeld, ambulante- en intramurale GGZ of pleegzorg) van de Rotterdamse kinderen in de leeftijd van 0-17 jaar voor de periode 1-1-2019 en 31-12-2022.

Huisartsenpraktijken in Rotterdam die deelnamen aan de RGD werden geïnformeerd over de onderzoeksdoelen en werden gevraagd toestemming te geven voor datakoppeling. Van de 47 deelnemende huisartsenpraktijken hebben wij van 38 huisartsenpraktijken toestemming gekregen. De gegevenskoppeling van de RGD met de gemeentelijke declaratiegegevens werd uitgevoerd door een vertrouwde derde partij. De auteurs van dit onderzoek waren niet betrokken bij het koppelingsproces.

De gemeente Rotterdam heeft informatie verstrekt over de huisartsenpraktijken waar de uitrol heeft plaatsgevonden en ook de startdata van POH J&G per praktijk.

Voor de analyses hebben we alleen gegevens over ambulante GGZ geselecteerd omdat POH J&G zou moeten bijdragen aan besparingen op het gebruik van de tweedelijns jeugdhulp door een deel van de lichte jeugdhulp over te nemen.

Uitkomstmaten

De gekoppelde dataset bevat maandelijkse gegevens over of een kind ambulante GGZ heeft ontvangen (uitkomstmaat) en de daarmee samenhangende maandkosten in euro's (uitkomstmaat). De maandkosten zijn een inschatting van de werkelijke kosten op basis van de geïndiceerde zorg bij aanvang van de behandeling. De kostenramingen zijn gebaseerd op prijsafspraken tussen de gemeente en de zorgaanbieders. Als het behandelplan tijdens het behandeltraject veranderde (was er bijvoorbeeld een

langere of intensievere behandeling nodig), waren er nieuwe schattingen voor de daaropvolgende maanden beschikbaar. Er wordt aangenomen dat de geschatte kosten een goede weergave zijn van de werkelijke kosten.

Confounders

We hebben gecorrigeerd voor demografische gegevens van de huisartsenpraktijk: het aantal kinderen per praktijk, gemiddelde leeftijd van kinderen binnen praktijken, aandeel jongens en aandeel kinderen dat in een achterstandswijk woont.

Statistische analyses

We hebben de verschillen in het gebruik van ambulante GGZ tussen jongens en meisjes, en tussen kinderen die in achterstandswijk en niet-achterstandswijk wonen, getoetst met behulp van de student-t-test en de chi-kwadraattest.

Om de associatie tussen de aanwezigheid van POH J&G en het gebruik van ambulante GGZ te bestuderen, hebben we geaggregeerde gegevens per maand en per huisartsenpraktijk gebruikt. We hebben *mixed-effects models* toegepast om de associaties te bepalen tussen de aanwezigheid van POH J&G in een praktijk en het maandelijkse aantal kinderen dat ambulante GGZ ontvangt, evenals de bijbehorende maandelijkse kosten per praktijk. Hierbij hebben we rekening gehouden met de correlatie tussen maandelijkse metingen van elke huisartsenpraktijk.

We hebben *Poisson mixed-effects models* gebruikt voor het aantal kinderen dat zorg ontvangt en *linear mixed-effects models* voor de totale kosten voor ambulante GGZ per praktijk. In de analyses hebben we rekening gehouden met een lineair tijdseffect (in maanden variërend van 0 in januari 2019 tot 47 in december 2022). Omdat in Nederland als gevolg van de COVID-19-pandemie het aantal verwijzingen naar de tweedelijns jeugdhulp in 2020 aanzienlijk was gedaald, hebben we een dummyvariabele (maart-december 2020) opgenomen om te corrigeren voor een mogelijk verstoringseffect van het eerste jaar van de pandemie.

Een verschil is statistisch significant als de p-waarde kleiner is dan 0,05 ($p < 0,05$). Alle analyses werden uitgevoerd in R (versie 4.3.1; glmmTMB-pakket).

2.4 Resultaten

Kenmerken van de cohort

De cohort bestaat uit 33.971 kinderen uit 38 huisartspraktijken in Rotterdam (zie tabel 2.1). Bij aanvang van het onderzoek in januari 2019 bestond de cohort uit 9 huisartspraktijken met 7.718

kinderen. In de loop van de tijd is het aantal huisartspraktijken dat zich heeft aangesloten bij de RGD en bij het gemeenteproject POH J&G toegenomen (zie tabel 2.1).

De kinderen waren gemiddeld 8,6 jaar oud (met een standaarddeviatie van 5,1) en 49,3% was een meisje. In januari 2019 woonde 28,4% van de kinderen in een achterstandswijk, dit was in december 2022 gestegen tot 43,2%.

Tabel 2.1: Demografische gegevens van de cohort in de studieperiode 2019-2022

	Totaal cohort omvang ^a	Aantal kinderen in huisartspraktijken met POH J&G ^b	Gemiddelde leeftijd (SD)	% jongen	% woont in achterstandswijk
01-01-2019	7.298	0	8,6 (5,2)	50,3	28,4
01-07-2019	7.335	0	8,6 (5,1)	50,2	28,6
01-01-2020	8.943	3.278	8,5 (5,1)	50,3	27,6
01-07-2020	12.767	7.983	8,5 (5,1)	50,6	40,5
01-01-2021	16.232	9.195	8,6 (5,1)	51,0	44,3
01-07-2021	21.859	10.111	8,6 (5,0)	50,8	40,8
01-01-2022	23.898	13.414	8,6 (5,1)	50,8	40,1
01-07-2022	24.216	12.536	8,6 (5,1)	50,5	42,5
01-12-2022	21.927	12.624	8,7 (5,0)	50,6	43,2

^a De cohortgrootte nam in de loop van de tijd toe omdat meer huisartspraktijken zich bij de RGD hebben aangesloten. Tijdens de studieperiode is één huisartspraktijk gesloten. 7 praktijken hadden op het moment van datakoppeling nog geen gegevens over de laatste maanden van 2022 aangeleverd.

^b Tijdens de studieperiode hebben meer praktijken met een POH J&G zich aangesloten bij de RGD en sommige reeds bestaande praktijken van de RGD hebben een POH J&G in dienst genomen. Eén praktijk stopte met de inzet van POH J&G.

Verschillen tussen huisartspraktijken

Van de 38 huisartspraktijken hebben 20 praktijken gedurende de studieperiode nooit een POH J&G gehad, 8 praktijken hadden gedurende de studieperiode wel een POH J&G en 9 huisartspraktijken zijn gedurende de studieperiode gestart met inzet van de functie POH J&G. Eén huisartspraktijk had aan het begin van de studieperiode een POH J&G, maar stopte hiermee later.

Het aantal kinderen varieerde van 205 tot 2.150 kinderen per huisartspraktijk. Het percentage kinderen dat in een achterstandswijk woont, verschilt per huisartspraktijk en varieert van 1,8 tot 91,4%.

Tussen huisartspraktijken waren er grote verschillen in het gemiddeld maandelijks gebruik van ambulante GGZ, variërend van 0,9 tot 5,6% van de ingeschreven kinderen. Ook in de gemiddelde maandelijkse ambulante GGZ-kosten waren er grote verschillen, die varieerden van 9,33 tot 41,38 euro per

ingeschreven kind (rekening houdend met het aantal kinderen per huisartspraktijk).

Associaties tussen aanwezigheid POH J&G en het gebruik van ambulante GGZ én de daarmee samenhangende kosten

Tabel 2.2 laat de associatie zien tussen de aanwezigheid van een POH J&G in een huisartspraktijk en het gebruik van ambulante GGZ, gecorrigeerd voor de demografische gegevens van huisartsenpraktijken (dat wil zeggen het aantal kinderen per praktijk, de gemiddelde leeftijd van kinderen binnen praktijken, het percentage jongens en het percentage kinderen dat in achterstandswijk woont), de trend in de tijd en het eerste jaar van Covid-19.

Na correctie voor deze confounders was de aanwezigheid van een POH J&G geassocieerd met een minimale, niet-significante vermindering van het aantal kinderen dat ambulante GGZ ontving (RR = 0,99, 95%CI 0,92-1,06).

Het aantal kinderen per praktijk, de gemiddelde leeftijd van kinderen binnen praktijken en het percentage kinderen dat in achterstandswijk woont, waren relevante voorspellers van het aantal kinderen dat ambulante GGZ ontving.

Trend in de tijd was ook een relevante voorspeller voor ambulante GGZ, waarbij het gebruik in de loop van de tijd toenam. Tot slot, het eerste jaar van Covid-19 (2020) ging gepaard met een significante vermindering van het gebruik van ambulante GGZ (RR = 0,88; 95%CI 0,84-0,92).

Tabel 2.2 Het maandelijks aantal kinderen dat ambulante GGZ ontvangt per Huisartspraktijk, geschat op basis van poisson mixed model

	RR	CI	p
Jaarlijkse trend in de tijd ^a	1,06	1,01 – 1,11	0,024
% woont in achterstandswijk ^{b,c}	0,99	0,99 – 0,99	<0,001
Gemiddelde leeftijd in jaren ^c	1,14	1,03 – 1,27	0,015
% jongen ^{b,c}	1,00	0,98 – 1,03	0,855
POH J&G in huisartspraktijk aanwezig	0,99	0,92 – 1,06	0,695
Eerste jaar van Covid-19 ^d	0,88	0,84 – 0,92	<0,001

RR: Rate Ratio; CI: Confidence Interval; p: p-waarde.

^aEen lineaire trend gemodelleerd om rekening te houden met een toenemend aantal kinderen dat ambulante zorg krijgt in de tijd.

^bIn procenten per huisartspraktijk.

^cOm interpretatie te vergemakkelijken zijn deze variabelen gecentreerd op 'grand-mean average' (bijvoorbeeld het gemiddeld aantal ingeschreven kinderen per huisartspraktijk).

^dDummyvariabele om te corrigeren voor de periode maart 2020 tot en met december 2020, waarin een sterke daling in het gebruik van de GGZ is waargenomen.

Na correctie voor de confounders was de aanwezigheid van een POH J&G in een huisartspraktijk geassocieerd met een kleine, niet-significante reductie van de (verwachte) maandkosten voor de ambulante GGZ van 395,80 euro (95%CI -1431,27 tot 639,67) per praktijk (tabel 2.3). Ook hier waren het aantal kinderen per praktijk, de gemiddelde leeftijd

van kinderen binnen praktijken, het percentage kinderen dat in een achterstandswijk woont en de trend in de tijd relevante voorspellers van de (verwachte) maandkosten voor ambulante GGZ per praktijk. Tot slot, het eerste jaar van Covid-19 ging gepaard met een verlaging van de (verwachte) maandkosten (-2333,39 95%CI -2931,19 tot -1735,60).

Tabel 2.3 (Verwachte) maandkosten voor totale ambulante GGZ per huisartspraktijk, geschat op basis van linear mixed model

	b	CI	p
Jaarlijkse trend in de tijd^a	1.500,36	8,22 – 241,83	0,036
% woont in achterstandswijk^{b,c}	-111,78	-165,91 – -57,64	<0,001
Gemiddelde leeftijd in jaren^c	3.412,38	1.755,19 – 5.069,58	<0,001
% jongen^{b,c}	-42,40	-354,51 – 269,72	0,790
POH J&G in huisartspraktijk aanwezig	-395,80	-1.431,27 – 639,67	0,454
Aantal kinderen in huisartspraktijk^c	34,55	30,58 – 38,51	<0,001
Eerste jaar van Covid-19^d	-2.333,39	-2.931,19 – -1.735,60	<0,001

b: Beta coëfficiënt; CI: Confidence Interval; p: p-waarde.

^a Een lineaire trend gemodelleerd om rekening te houden met stijgende kosten in de tijd (bijvoorbeeld door inflatie).

^b In procenten per huisartspraktijk. De weergegeven schatting is de verandering van de maandkosten per procentuele verandering van de variabele (bijvoorbeeld 40 tot 41% kinderen dat in een achterstandswijk woont).

^c Om interpretatie te vergemakkelijken zijn deze variabelen gecentreerd op 'grand-mean average' (bijvoorbeeld het gemiddeld aantal ingeschreven kinderen per huisartspraktijk).

^d Dummyvariabele om te corrigeren voor de periode maart 2020 tot en met december 2020, waarin een sterke daling in het gebruik van de GGZ is waargenomen.

2.5 Discussie

In deze studie hebben we onderzocht of de introductie van de functie van POH J&G in de huisartsenpraktijk geassocieerd was met het gebruik van ambulante GGZ en de daarmee samenhangende kosten voor ambulante GGZ binnen één tot vier jaar na implementatie.

Over het geheel genomen is het gebruik van ambulante GGZ en de daarmee samenhangende kosten tussen 2019 en 2022 gestaag toegenomen. Na correctie voor relevante versturende factoren, waaronder de COVID-19-pandemie, werd de inzet van een POH J&G in een huisartspraktijk geassocieerd met kleine, niet-significante verminderingen van de ambulante GGZ-gebruik en de bijbehorende kosten. We denken dat een gecontinueerde evaluatie nodig is om onze bevindingen te bevestigen en om te kunnen beoordelen of de lange termijneffecten verschillen van de korte termijn.

In de afgelopen decennia is wereldwijd het gebruik van GGZ zorg onder kinderen en adolescenten aanzienlijk toegenomen (Collishaw, 2015). Van de verschillende soorten zorg (bijvoorbeeld intramurale zorg of schoolhulpverlening) is het toegenomen gebruik van ambulante GGZ duidelijk zichtbaar. Ook in onze studie zagen we een langzame maar gestage toename in het gebruik van ambulante GGZ onder kinderen en adolescenten.

Verder vonden we een positieve associatie tussen leeftijd en het percentage kinderen dat gebruik maakt van ambulante GGZ. Jongens bezochten vaker ambulante GGZ dan meisjes. In tegenstelling tot onze bevindingen heeft eerder onderzoek inconsistente associaties vermeld tussen het gebruik van GGZ en geslacht en leeftijd (Eijgermans et al., 2021).

Eerder is aangetoond dat opgroeien in een achterstandswijk een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen en dat het geassocieerd is

met een lager welzijn (Visser et al., 2021). Echter, het gebruik van GGZ lijkt juist lager onder kinderen en adolescenten die in een achterstandswijk wonen, dan onder kinderen en adolescenten die niet in een achterstandswijk wonen (Verhoog et al., 2022). Onze bevindingen onderschreven deze stelling: leven in een achterstandswijk was geassocieerd met minder gebruik van ambulante GGZ en lagere ambulante GGZ-kosten.

Een van de doelstellingen van het integreren van geestelijke hulpverlening in de eerstelijnszorg is het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg voor alle kinderen, ongeacht hun achtergrond (Arrojo et al., 2023).

Toekomstige studies moeten daarom zich richten op de vraag of de inzet van POH J&G in huisartspraktijken verschillende effecten heeft op de toegankelijkheid van GGZ voor kinderen met verschillende sociaaleconomische-, culturele- en migratieachtergronden.

Voor zover ons bekend is onze studie onder kinderen en adolescenten het eerste grootschalige onderzoek naar de associaties tussen geïntegreerde geestelijke hulpverlening in de eerstelijnszorg en het gebruik van ambulante GGZ en de daaraan verbonden kosten. Eerdere vergelijkbare onderzoeken onder *volwassenen* lieten verschillende resultaten zien, zonder duidelijk bewijs of deze vorm van geïntegreerde zorg het gebruik en de kosten van gespecialiseerde zorg heeft veranderd (Woods et al., 2020). Onze studie laat zien dat de inzet van POH J&G in huisartspraktijken op de korte termijn niet heeft geleid tot veranderingen in het aantal kinderen dat ambulante GGZ ontving, noch tot veranderingen in de daarmee samenhangende kosten.

De POH J&G speelt een belangrijke rol in het bieden van vrij toegankelijke hulp aan de kinderen. En omdat ze tijdig lichte en kortdurende behandelingen verzorgen, kunnen ze mogelijk verergering van mentale problemen bij kinderen voorkómen. We beschikten niet over gegevens over het aantal kinderen dat door POH J&G werden behandeld, waardoor we niet weten of de introductie van POH

J&G ertoe heeft geleid dat meer kinderen in de huisartsenpraktijk zijn behandeld. Echter, onze studie laat zien dat het maandelijks aantal kinderen dat ambulante GGZ ontving, na de introductie van POH J&G in de huisartsenpraktijken niet was veranderd. Uit een eerder onderzoek is gebleken dat POH J&G in staat zijn een substantieel deel van de kinderen met succes te begeleiden en niet hoefden te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg (Koet et al., 2024).

Ons onderzoek richtte zich op de effecten binnen de eerste vier jaar na de introductie van de functie POH J&G. Echter, de effecten op de lange termijn kunnen verschillen. Daarom is verder onderzoek nodig om te begrijpen of de introductie van de POH J&G heeft geleid tot veranderingen op de langere termijn in het gebruik van ambulante GGZ.

Beperkingen van de studie

Onze studie heeft een aantal beperkingen. Ten eerste was het niet mogelijk om op kindniveau te onderzoeken of de introductie van de functie POH J&G ertoe heeft geleid dat meer kinderen in de huisartsenpraktijk of in de specialistische zorg hulp hebben gekregen. De reden hiervoor was dat we geen gegevens hadden over welke kinderen POH J&G hebben begeleid en hoeveel hiervan uiteindelijk werden verwezen naar de specialistische zorg.

Ten tweede hadden we beperkte gegevens over specifieke patiëntkenmerken. Zo ontbraken gegevens over de migratieachtergrond van de kinderen, waardoor we verschillen tussen specifieke bevolkingsgroepen niet konden onderzoeken.

Ten derde hadden we geen gegevens over de kosten voor de eerstelijnszorg en medicijnen, en hebben we daarom alleen de kosten voor ambulante GGZ bestudeerd.

Ten vierde was de deelname aan het gemeenteproject POH J&G niet willekeurig en is het mogelijk dat de deelnemende huisartspraktijken verschillen van de huisartspraktijken die niet hebben deelgenomen.

Ten vijfde, niet alle huisartspraktijken hebben vervolgegegevens over alle maanden aangeleverd en

sommige deelnemende huisartspraktijken hebben alleen over de periode dat een POH J&G aanwezig was, gegevens aangeleverd. We hebben de vierde en vijfde beperking aangepakt door twee sensitiviteitsanalyses uit te voeren in twee subsets van huisartspraktijken (d.w.z. alle praktijken die hebben deelgenomen aan het gemeenteproject POH J&G en alle praktijken met >3 jaar follow-up). Deze sensitiviteitsanalyses leverden vergelijkbare resultaten op als onze hoofdanalyses en versterkten daarmee onze bevindingen.

Tot slot, onze studieperiode omvat de COVID-19-pandemie. Hoewel we in onze statistische modellen voor het effect van de COVID-19-pandemie hebben gecorrigeerd kunnen we niet uitsluiten dat andere versturende effecten onze resultaten hebben beïnvloed.

Conclusies

Voor zover ons bekend is de huidige studie het eerste grootschalige onderzoek dat de effecten van de introductie van de functie POH J&G in de Nederlandse huisartsenpraktijk op het gebruik van ambulante GGZ en de daarmee samenhangende kosten heeft onderzocht. Onze bevindingen duiden op kleine maar niet-significante afname van de ambulante GGZ-gebruik en de bijbehorende kosten.

We hebben geen significante associaties gevonden tussen de inzet van POH J&G in de huisartsenpraktijk en het gebruik van ambulante GGZ en de daarmee samenhangende kosten binnen één tot vier jaar na implementatie.

Wij zijn van mening dat meer onderzoek nodig is zowel op het niveau van huisartspraktijk als op het niveau van patiënt om de langetermijneffecten van de introductie van de POH J&G te onderzoeken. En of deze effecten variëren voor kinderen met verschillende sociaaleconomische-, culturele- en migratieachtergrond.

3 Tevredenheid

3.1 Praktijkondersteuners en huisartsen

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten van de laatste meting beschreven – zowel vanuit het perspectief van de betrokken huisartsen als van de POH J&G. Verschillen ten opzichte van de eerste meting zullen worden uitgelicht, maar zijn gezien de beperkte omvang van de responsgroep, niet getoetst op significantie. Omdat de responsgroep klein is, 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.

3.1.1 Methode en respons

Vragenlijst

POH J&G en de huisartsen die met hen samenwerken hebben op twee momenten (november 2020 en oktober/november 2022) een vragenlijst ingevuld over de samenwerking en tevredenheid met de functie POH J&G.

In de vragenlijst voor de POH J&G is gevraagd naar de invulling van hun functie, de ervaren doelmatigheid van de werkzaamheden en tevredenheid met resultaten, de samenwerking met de huisarts en de ketenpartners, ontwikkelbehoeften, ervaringen met zorg op afstand en de gevolgen van de coronapandemie voor 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 samenwerking met de POH J&G en de gevolgen van Covid-19 voor de doelgroep.

Er is aangegeven dat de informatie die de respondent met ons deelt wordt geanonimiseerd en zodanig in een rapport wordt verwerkt dat deze niet naar hen te herleiden is en dat zij met het invullen van de vragenlijst ons toestemming geven hun gegevens te gebruiken voor het vermelde doel (informed consent).

Respons

Op beide meetmomenten zijn verschillende herinneringen verstuurd om de vragenlijst in te vullen. POH die de vragenlijst na de eerste herinnering niet hadden ingevuld, zijn aanvullend telefonisch benaderd. Uiteindelijk hebben 18 POH (62%) en 24 huisartsen (47%) de vragenlijst op het tweede meetmoment volledig ingevuld (tabel 3.1). Daarmee bleef de respons iets achter bij de eerste meting.

Tabel 3.1 Respons tevredenheidsmetingen 2020 en 2022

	Meting 1 (2020)	Meting 2 (2022)
POH J&G	70% (14/20)	62% (18/29)
Huisartsen	66% (19/29)	47% (24/51)

Achtergrondkenmerken respondenten

Eind 2020 maakten nog 29 Rotterdamse huisartsenpraktijken gebruik van een POH J&G. In 2021-2022 nam dit aantal toe tot 51. Huisartsen die de vragenlijst invulden werken gemiddeld 14,5 jaar bij de huidige praktijk, met een minimum van een half jaar en een maximum van 40 jaar. Van de 24 ingevulde vragenlijsten is de lijst in 21 gevallen (88%) ingevuld door de praktijkhouder. Het merendeel van de huisartsen werkt in een groepspraktijk (n=12), zeven 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 huisarts in te vullen voor de praktijk waar zij het langst werken. De meerderheid van de POH J&G (n=14) werkt langer dan een jaar bij de huidige praktijk (tabel 3.2) en ook langer dan een jaar in de functie van POH J&G (n=13). De helft (n=9) van de respondenten werkte hiervoor ook al bij de praktijk, maar in de functie van POH GGZ-J/V.

Tabel 3.2 Duur in dienst bij praktijk/ in dienst als POH J&G

Hoe lang werkt u al in deze praktijk?						
Hoe lang werkt u als POH J&G?	3-6 mnd		6-12 mnd		> 12 mnd	
	n	%	n	%	n	%
6-12 mnd	1	6%	2	11%	2	11%
> 12 mnd	1	6%			12	67%

Een derde (n=6) van de POH J&G is in dienst bij huisartspraktijk zelf, een gelijk deel is in dienst bij Rijnmond Dokters⁶, vier bij het Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG), één bij GGZ-instelling Indigo en één bij Minters, een organisatie voor Maatschappelijk Werk in Vlaardingen.

De meeste POH J&G zijn HBO opgeleid (n=14), sommigen hebben een universitair opleidingsniveau (n=3) of hbo+ (n=1). Er is een aanzienlijke spreiding in de opleidingen die men heeft gevolgd. In veel gevallen gaat het om Maatschappelijk Werk, POH-GGZ/jeugd of HBO-V (tabel 3.3).

Tabel 3.3 Opleidingen POH J&G (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Maatschappelijk Werk	6	35%
POH GGZ/jeugd	5	29%
HBO-V	4	24%
Psychologie	3	18%
SPH	3	18%
Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde	1	6%

⁶ Voorheen: IZER (Integrale Zorggroep Eerstelijns Rijnmond)

Verpleegkunde Inservice A	1	6%
Verpleegkunde Inservice B	1	6%
Orthopedagogiek	1	6%
MBO-V	1	6%
Andere cursussen	1	6%

3.1.2 Wachlijsten

Net als in 2020 laten huisartsen weten altijd (88%), vaak (8%) of geregeld (4%) geconfronteerd te worden met wachlijsten voor de specialistische jeugd-GGZ van meer dan een maand. Van de POH J&G loopt 94% altijd en 6% soms aan tegen wachlijsten van meer dan een maand. In 2020 gaven responderende POH J&G ook aan te maken te krijgen met lange wachlijsten, maar lag het aandeel dat hier altijd last van had lager (54%). Hoe dan ook, alle respondenten – zowel de huisartsen als de POH J&G – beschouwen de lange wachlijsten nog steeds als een (zeer) groot probleem.

3.1.3 Inzet en werkzaamheden POH J&G

Inzet

Huisartsen laten weten dat de POH J&G gemiddeld 9 uur per week voor hun praktijk werkt. Dit zou iets meer zijn dan in 2020 (gemiddeld 7,6 uur). Op ongeveer een derde van de praktijken is de inzet 3-6 uur p/w, op weer een derde van de praktijken is de inzet 8 uur per week en het overige deel maakt 12-28 uur p/w gebruik van de inzet van de POH J&G. Vrijwel altijd houdt de POH J&G haar spreekuur op de praktijk zelf. Enkel maken gebruik van het buurthuis of een ander gebouw in de buurt.

POH J&G geven, net als in 2020, zelf aan gemiddeld 15,5 uur per week (bij meerdere praktijken) te werken. Voor ongeveer de helft ligt het aantal werkzame uren per week tussen de 2-12 uur, voor de andere helft ligt dit tussen de 16-38 uur. Huisartsen schatten dat zij gemiddeld iets minder dan vier cliënten per week

doorverwijzen naar de POH J&G. Dit is ongeveer gelijk aan 2020, toen nog een derde van de POH J&G liet weten dat zij weinig aanmeldingen kregen van sommige huisartsen. Covid-19 en de nog relatieve onbekendheid met het aanbod van de POH J&G werden hiervoor als vermoedelijke redenen aangedragen. Ondanks dat het door huisartsen geschatte aantal doorverwijzingen in 2022 niet is toegenomen, geven POH J&G in deze meting niet meer zo vaak aan dat zij weinig aanmeldingen krijgen (18%). In 2022 worden een gebrek aan jonge patiënten of hulpvragen in de praktijk, en werkdruk van de huisarts genoemd als mogelijke verklaringen voor het lage aantal aanmeldingen.

Zo'n 44% van de POH J&G geeft aan dat er ook huisartsen zijn die juist veel cliënten aanmelden (73% in 2020). Een toename van hulpvragen onder jongeren, de laagdrempeligheid en expertise van de POH J&G zijn de meest genoemde redenen voor het grote aantal aanmeldingen.

Werkzaamheden

In 2020 zat tussen de aanmelding door de huisarts en het eerste gesprek met de client doorgaans niet meer dan twee weken. In 2022 laat ook een deel (17%) van de POH J&G weten dat het gewoonlijk 3-4 weken duurt voordat zij de client voor het eerst spreken. Gemiddeld bestaat de begeleiding van kind en/of ouder uit zo'n zeven tot acht consulten – 26% schat doorgaans 9 of meer consulten nodig te hebben. De onderstaande tabel laat een verdeling zien van het geschatte aandeel begeleidingstrajecten naar begeleidingsduur.

Tabel 3.4 Aandeel begeleidingstrajecten naar begeleidingsduur (n=20)

	Min	Max	Gem
Minder dan 1 week	0%	10%	4%
1 tot 4 weken	0%	50%	12%
4 tot 8 weken	0%	80%	32%
8 weken tot 6 maanden	5%	90%	37%
6 maanden tot een jaar	0%	65%	18%
een jaar of langer	0%	25%	7%

POH J&G is ook gevraagd bij welk deel van de trajecten zij verschillende werkzaamheden uitvoeren. In tabel 3.5 zijn de gemiddelden van deze percentages opgenomen. Na vraagverheldering (88%) en psycho-educatie (72%), leveren de POH het vaakst ondersteuning bij psychosociale en psychosomatische problematiek (68%). Het minst vaak wordt er nazorg geboden (24%). Dit is zeer vergelijkbaar met 2020.

Tabel 3.5 Aandeel begeleidingstrajecten POH J&G waarbij specifieke werkzaamheden worden ingezet (n=23)

	Min	Max	Gem
Vraagverheldering (screening en triage)	10%	100%	88%
Psycho-educatie	10%	100%	73%
Ondersteuning bij psychosociale of psychosomatische problematiek	10%	100%	68%
Overbruggingshulp voor cliënten op de wachtlijst	10%	100%	60%
Opvoedondersteuning	5%	100%	46%
De huisarts begeleiden bij verwijzing naar specialistische jeugd-GGZ	5%	80%	40%
Bieden van nazorg, monitoren	0%	80%	24%

Een enkeling beschrijft ook nog aanvullende vormen van ondersteuning zoals ouderbegeleiding, rouw- en verliesverwerking, hulp bij persoonlijke ontwikkelvraagstukken, en mindfulness (2020). Of het bieden van een luisterend oor en kalmeren of het uitzoeken van doorverwijsmogelijkheden bij specifieke problematiek (2022).

Naast directe werkzaamheden in het kader van de begeleiding van kinderen en/of hun ouders is ook gevraagd in welk aandeel van de trajecten wordt doorverwezen naar samenwerkingspartners (tabel 3.6). Net als in 2020 wordt de helft van de hulpverlening door POH J&G (46%) afgesloten zonder dat er doorverwijzing plaatsvindt. Als wordt doorverwezen dan wordt dat het vaakst gedaan naar de jeugd-GGZ (specialistisch: 23%, basis: 25%). Ook dit is vergelijkbaar met 2020.

Tabel 3.6 Aandeel begeleidingstrajecten waarbij naar een ketenpartner wordt doorverwezen (n=18)

	Min	Max	Gem
Vraagverheldering en/of begeleiding zonder doorverwijzing	15%	80%	46%
Doorverwijzing basis jeugd-GGZ	0%	70%	25%
Doorverwijzing specialistische jeugd-GGZ	5%	60%	23%
Doorverwijzing naar wijkteam	1%	50%	16%
Doorverwijzing naar CJG	0%	20%	7%
Doorverwijzing naar maatschappelijk werk	0%	10%	3%
Doorverwijzing naar instelling voor verstandelijk beperkten	0%	10%	3%
Doorverwijzing naar verslavingszorg	0%	5%	1%

3.1.4 Tevredenheid over samenwerking huisarts en POH J&G

Algemene tevredenheid

Net als in 200 geven huisartsen de samenwerking met de POH J&G in 2022 gemiddeld een 8. Eén huisarts geeft de samenwerking een onvoldoende, de rest geeft een 7 of hoger. De meesten merken op dat zij zich ontzorgd voelen door de POH J&G de laagdrempeligheid en expertise waarderen en dat de inzet van de POH J&G tweedelijnszorg soms voorkomt of geschikt is om de wachttijd te overbruggen. Enkele huisartsen zijn minder tevreden omdat de POH J&G regelmatig afwezig was door ziekte of scholing.

Neemt groot deel van zorg van jeugdigen met psycho(sociale) problematiek over, werkt goed samen met wijkteam, betreft hen ook waar nodig. Zeer zelfstandig werkend. –Huisarts

Ervaren POH, ziet veel verschillende problematiek. Door lange wachtlijsten voor SGGZ zijn veel kinderen en ouders toch al goed geholpen. –Huisarts

Korte lijnen (kleinschalige praktijk), we kennen elkaar al meerdere jaren. Samen zorgen voor betere kwaliteit zorg geeft energie. Het idee hebben dat we patiënten met stapelingsproblematiek wat kunnen bieden en zo vroeg mogelijk te helpen. –Huisarts

Ook de POH J&G waarderen de samenwerking met de huisarts, net als in 2020, gemiddeld met het cijfer 8. Eén POH J&G geeft de samenwerking een onvoldoende, de rest geeft een 7 of hoger. Wel noemen sommigen voldoende tijd voor overleg een aandachtspunt.

Prettige samenwerking. Het voelt als een samenwerking. Er wordt naar elkaar geluisterd en van elkaars kennis gebruik gemaakt. Er is voldoende ruimte met elkaar te overleggen en de huisarts neemt de verantwoordelijkheid zoals die hoort. Wel kan het verschillen per huisarts. De ene huisarts is meer betrokken bij de werkzaamheden van de POH Jeugd dan een andere huisarts. – POH J&G

Prettige samenwerking, waarin genoeg vertrouwen is waardoor een fijne samenwerkingsrelatie ontstaan is. Ik voel me zeer gesteund door de huisarts en het team. – POH J&G

Prettig collegiaal contact. Het materiaal om mee te werken, werkt naar behoren. Er wordt geluisterd naar wensen. Er wordt rekening gehouden met behoorlijk aantal minuten/ uren die nodig zijn om te verwijzen, verhelderen, externen in te zetten, advies in te winnen bij externen als het gaat om jeugd. – POH J&G
Ik ben erg tevreden over de samenwerking. Soms zou iets meer beschikbare tijd prettiger zijn, maar dat is er niet altijd. – POH J&G

Overleg met de huisarts en informatie-uitwisseling

In 2020 waren alle POH J&G tevreden over de hoeveelheid tijd die de huisarts vrijmaakte voor overleg. De overgrote meerderheid (78%) van de POH J&G is hier nog steeds (erg) tevreden over, 11% is neutraal en 11% is (erg) ontevreden. De werkdruk van de huisartsen wordt als boosdoener gezien voor het ontbreken van overleg. Sommige huisartsen regelen vaste overlegmomenten, op andere praktijken wordt contact met elkaar gezocht op de momenten dat overleg door één van beiden partijen gewenst is. Meestal vinden de POH de huisartsen laagdrempelig en bereikbaar.

Wij maken gebruik van vaste momenten om met elkaar te overleggen. Daarbij is de drempel laag genoeg om even bij elkaar naar binnen te lopen bij vragen of behoefte aan overleg. We bespreken tevens eens in de zoveel tijd met elkaar hoe we het vinden gaan en of er verbeterpunten zijn. – POH J&G

Helaas is er vaak heel weinig tijd. Bij crisis kan het altijd, maar het zou fijn zijn als we meer kunnen sparren als het nodig is. Nu gaat dat vaak in de koffie of lunchpauze. – POH J&G

Over de patiënt-informatie die de POH J&G van de huisarts krijgt is 89% (erg) tevreden en 11% neutraal. Net als in 2020 vinden sommige de informatie die ze krijgen bij de aanmelding wat beperkt. De

meerderheid laat weten de noodzakelijke informatie meestal te kunnen terugvinden in het dossier.

3.1.5 Samenwerking met ketenpartners

Tevredenheid samenwerking ketenpartners

Huisartsen en POH 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. Tabel 3.7 laat zien dat POH J&G zich over het algemeen positiever uitlaten over deze samenwerking met ketenpartners dan de huisartsen. Huisartsen zijn vooral (erg) ontevreden over de samenwerking met de specialistische jeugd-GGZ (56%) en het wijkteam (42%). Ook de tevredenheid van de POH J&G over de samenwerking met de specialistische jeugd-GGZ is laag (28%) en lijkt te zijn afgenomen ten opzichte van 2020 – toen was 73% tevreden over deze samenwerking.

Tabel 3.7 Tevredenheid over huidige samenwerking met ketenpartners HA en POH J&G

		HA ⁷		POH J&G ⁸	
		n	%	n	%
Wijkteam	(Erg) tevreden	6	25%	8	45%
	Neutraal	8	33%	6	33%
	(Erg) ontevreden	10	42%	4	22%
Centrum voor Jeugd en Gezin	(Erg) tevreden	8	35%	10	56%
	Neutraal	10	42%	7	39%
	(Erg) ontevreden	5	21%	1	6%
Veilig Thuis	(Erg) tevreden	3	12%	6	33%
	Neutraal	13	54%	9	50%
	(Erg) ontevreden	8	33%	3	17%

⁷ De lege cellen betreffen vragen die niet opgenomen waren in de huisartsenvragenlijst.

⁸ Telt niet op tot 100% omdat huisartsen ook konden aankruisen dat zij geen contact hadden met ketenpartners.

De basis jeugd-GGZ	(Erg) tevreden	5	21%	8	44%
	Neutraal	9	39%	8	44%
	(Erg) ontevreden	9	39%	2	12%
Specialistische jeugd-GGZ	(Erg) tevreden	3	13%	5	28%
	Neutraal	7	30%	8	44%
	(Erg) ontevreden	13	56%	5	28%
Overige partners wijknetwerk	(Erg) tevreden	-	-	9	50%
	Neutraal	-	-	9	50%
	(Erg) ontevreden	-	-	-	-

Naar de reden voor (on)tevredenheid is niet gevraagd, maar men kon de gegeven antwoorden wel weer toelichten. Enkele huisartsen merken op dat hun ontevredenheid te maken heeft met wachtlijsten en budgetplafonds die “in april” bereikt zijn. De opmerkingen van de POH J&G gaan ook over lange wachtlijsten voor wijkteams, basis- en specialistische GGZ, en Veilig Thuis, waardoor hulpvragen verergeren en cliënten soms met spoed moeten worden aangemeld. Ook is er (nog steeds) kritiek op de samenwerking met het wijkteam:

De samenwerking verschilt per wijkteam, maar bij sommige wijkteams verloopt de samenwerking moeizaam. Het komt niet op gang, ze zoeken geen contact, hebben het te druk en de praktijk krijgt geen terugkoppeling wanneer het wijkteam betrokken is. Ook zijn mijn patiënten vaak ontevreden over hulp van het wijkteam en willen ze geen heraanmelding/komen ze terug bij de huisarts voor hulp. Wijkteam A is hier een voorbeeld van. Meerdere malen hebben we ook aangegeven dat indien zij cliënten hebben die laagdrempelige hulp nodig hebben en bekend zijn bij de huisarts, zij ook kunnen de-escaleren. Zo verlagen wij hun werkdruk en wordt de wachtlijst voor het wijkteam minder, en krijgen wij meer patiënten. Ik heb wel met wijkteams samengewerkt, zoals wijkteam B en C waar ik een goede overdracht, communicatie en rolverdeling heb met de wijkteammedewerker. Ook heb ik daar een contactpersoon. Hierdoor is de patiënt beter en sneller geholpen. – POH J&G

Wachttijd voor wijkteam is lang, 5 maanden. Van tevoren is altijd overleg bij aanmelding, echter de gehele triage moet opnieuw bij wijkteam. Dit kost tijd, terwijl ik dan echt al gekeken heb of dit meervoudig en complex is en welke hulp er zou kunnen aansluiten. Geen terugkoppeling als het wijkteam gaat starten. Geen terugkoppeling of vermelding in dossier als wijkteam wel een arrangement heeft ingezet. Hierdoor weten wij vaak niet dat er al een instantie is ingeschakeld. Het zou efficiënter en beter kunnen. Dit geldt ook voor SGGZ. Er wordt geen contact opgenomen met POH, ook als dit in de verwijzing staat, terwijl wij de jeugdige en het gezin soms lange tijd zien voor overbrugging. – POH J&G

Mate en kwaliteit van samenwerking met ketenpartners

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 snel een 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.

In 2020 rapporteerden de POH J&G een kleine toename in zowel de mate (hoeveelheid) als de kwaliteit van samenwerking met de verschillende ketenpartners. De meeste vooruitgang in kwaliteit werd gerapporteerd in de samenwerking met het CJG (0,6). De minste vooruitgang werd gezien in de mate van samenwerking met de basis jeugd-GGZ (0,33), terwijl de mate van samenwerking met deze ketenpartner volgens de POH in 2020 juist het meeste toenam (0,67). Sommige POH J&G beschreven ook dat zij actief contact gezocht hadden met de samenwerkingspartners om kennis te maken of om structureel overleg te organiseren dan wel aan te sluiten bij bestaande overleggen.

In 2022 vinden de onderzochte POH J&G gemiddeld genomen dat er sinds hun aantreden wat meer wordt samengewerkt met het CJG (0,44) en het wijkteam

(0,33), terwijl de mate van samenwerking met de overige partners gelijk bleef (tabel 3.8). Verder zien zij een lichte toename in de kwaliteit van samenwerking met het CJG (0,33) en Veilig Thuis (0,22) maar bleef volgens hen de kwaliteit van de samenwerking met de overige ketenpartners gelijk (wijkteam) of nam af: basis-GGZ (-0,22) en specialistische GGZ: -0,17).

Tabel 3.8 Ontwikkeling in de samenwerking sinds start POH J&G (n=18)

	Min	Max	Gem
Mate CJG	-1	2	0,44
Mate wijkteam	-1	2	0,33
Mate basis jeugd-GGZ	-2	2	0,06
Mate Veilig Thuis	-1	1	0,06
Mate specialistische jeugd-GGZ	-2	2	0,06
Kwaliteit CJG	-1	2	0,33
Kwaliteit wijkteam	-1	1	0,00
Kwaliteit basis jeugd-GGZ	-1	1	-0,22
Kwaliteit veilig thuis	-1	2	0,22
Kwaliteit specialistische jeugd-GGZ	-2	2	-0,17

3.1.6 Verdiepende interviews: samenwerking in 2 wijken

Methode

We hebben in 2 Rotterdamse wijken de POH J&G en wijkteammedewerkers nader bevraagd op de samenwerking. In één wijk waren 2 wijkteammedewerkers bij het gesprek aanwezig. Zodoende kwam het totaal aantal geïnterviewden op 5, waarvan 3 wijkteammedewerkers en 2 POH J&G.

De wijken zijn geselecteerd op basis van meningen van POH J&G en huisartsen over de samenwerking met het wijkteam. In de ene wijk was de tevredenheid duidelijk boven en in de andere wijk ondergemiddeld

volgens de uitslagen van de tevredenheidsenquête. In de praktijk bleek echter dat in beide wijken respondenten positief waren over de samenwerking. Mogelijk is hier sprake van een bias in de respons. Dat wil zeggen dat juist de meer tevreden medewerkers uit de lager scorende wijk zijn gesproken. Daarnaast hebben we de POH J&G gevraagd naar contactgegevens van wijkteammedewerkers waar ze het vaakst contact mee hebben. Mogelijk zijn dat ook degene waar ze het prettigste mee samenwerken. De geïnterviewde wijkteammedewerkers geven aan dat er met andere huisartsen en POH minder goed wordt samengewerkt. Een van hen heeft met de andere POH en huisartsen in de wijk zelfs vrijwel helemaal geen contact. Ze stuurt wel altijd een terugkoppeling, een huisartsenbrief, maar vervolgens wordt er volgens haar nooit contact opgenomen over een casus. Voorts gaat het hier in beide gevallen om POH J&G die al langere tijd in dezelfde wijk werken en deze functie vervullen. Bovendien werken zij allebei bij gezondheidscentra die vrijwel de volledige patiëntenpopulatie in de wijk bedienen. Dit laatste zou het organiseren van samenwerking vergemakkelijken. De verschillen in tevredenheidsscores tussen de wijken zijn overigens klein.

Ondanks de beperkte omvang en mogelijke bias levert dit deel van het onderzoek een aantal bruikbare aandachtspunten op voor een goede samenwerking, die vanwege vergelijkbare omstandigheden, ook voor andere POH en wijkteammedewerkers relevant zijn.

Resultaten

We hebben gevraagd naar kenmerken, tevredenheid, knel- en aandachtspunten m.b.t. de samenwerking tussen POH J&G en wijkteammedewerkers.

Kenmerken samenwerking

In de ene wijk wordt er samengewerkt tussen het gezondheidscentrum en het wijkteam die daar aanwezig zijn. Hiernaast zijn er geen andere wijkteams en huisartsen in de wijk.

In de andere wijk zijn meerdere huisartsen en wijkteams aanwezig, maar blijkt in de praktijk vooral te worden samengewerkt door de POH van een gezondheidscentrum en een van de twee wijkteams

waarvan we een wijkteammedewerker hebben gesproken. De POH J&G maakt weinig gebruik van contactpersonen bij het andere wijkteam. Mogelijk speelt daarbij een rol dat de wijkteammedewerker daar nog niet zoveel ervaring heeft. De POH wil graag met wijkteammedewerkers inhoudelijk kunnen sparren over casussen.

De geïnterviewde POH J&G overleggen, sparren en vragen advies over individuele casussen aan wijkteammedewerkers. De frequentie van contact hangt af van de aard van de caseload (problematiek) van de POH J&G, maar meestal is er wel wekelijks contact.

Met wie de POH J&G binnen het wijkteam contact hebben hangt af van de vraag en de expertise waarover het betreffende wijkteam beschikt. Wijkteams beschikken volgens de respondenten namelijk in verschillende mate, over expertise op gebied van j-ggz, lvb, huiselijk geweld en gezins- en opvoedproblemen. Er wordt samen gekeken wat het beste is voor de patiënt en waar die zo snel mogelijk passende hulp kan krijgen. Zo raadpleegt het ontvangstteammedewerker van het wijkteam de POH J&G bij het bepalen van de urgentie (trage) en waar een cliënt het beste naar toe kan. Bij het bepalen van de urgentie wordt onderscheidt gemaakt tussen 'gewone spoed' en zogenaamde 'bloedspoed'. Ook de arrangeurs binnen het wijkteam hebben invloed op de zorg die wordt ingezet. Zij kijken onder andere of een arrangement wel echt nodig is of dat er bijvoorbeeld niet 'iets voorliggend' is te vinden en of het niet goedkoper kan, aldus een wijkteammedewerker. Het voordeel van het wijkteam is volgens een van de POH dat zij breed, integrale hulp kan bieden. Bijvoorbeeld wanneer een kind psychische problemen heeft kan een medewerker met j-ggz expertise onderzoek doen en als er ook opvoedingsproblemen spelen kan de jeugd- en gezinscoach van het wijkteam hiermee aan de slag.

"Het is heel fijn dat er een gz-psycholoog zit. Ze kunnen heel veel. Het alternatief is dan ... de basis-ggz en s-ggz. Het jammere daarvan ... over het algemeen is dat ze diagnostiek gaan doen bij het kind en ouderbegeleiding gaan geven. Het wijkteam die kijkt breed. Dus als je

ouders hebt die van alles en nog wat nodig hebben..." – POH J&G

Tevredenheid

De geïnterviewde POH J&G en wijkteammedewerkers werken naar eigen zeggen actief en vol tevredenheid met elkaar samen. Er is volgens hen sprake van korte lijnen. Dat wil zeggen dat ze elkaar goed en snel weten te vinden.

Ze zijn van mening dat de POH J&G functie een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen de huisartspraktijk en het wijkteam. Door de aanwezigheid van de POH J&G is er volgens hen meer onderling contact en wordt meer gebruik gemaakt van elkaars expertise en netwerk. Daardoor zouden de POH J&G samen met de wijkteammedewerker beter in staat zijn tijdige, passende oplossingen te vinden voor patiënten.

Knelpunten

Maar niet alles gaat goed. Zo kan de terugkoppeling vanuit het wijkteam vaak beter volgens zowel de geïnterviewde POH als wijkteammedewerkers. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat er wachttijden zijn bij het wijkteam en wijkteammedewerkers vaak een gebrek aan tijd hebben om cliënten te kunnen helpen. De POH J&G rekenen dit echter niet de medewerkers van de wijkteams aan. Het heeft wel tot gevolg dat POH J&G meer zelf moeten oppakken. Maar een van de POH J&G doet dit volgens eigen zeggen in goed overleg met specialisten van het wijkteam en inmiddels heeft ze al zoveel ervaring opgedaan dat ze dit ook aandurft.

Niet alle partijen in de wijk zijn volgens de respondenten ook helemaal op de hoogte van het aanbod en de werkwijze van het wijkteam.

"Ik vraag me ook soms af of de huisartsen en de POH weten wanneer ze bij een wijkteam terecht kunnen en met wat voor soort problematiek." -POH J&G.

Daarbij speelt volgens deze respondent ook het probleem dat je niet precies kunt zeggen wat een wijkteam wel en niet doet omdat wijkteammedewerkers verschillend te werk gaan. De

ene medewerker pakt bijvoorbeeld een casus wel op en de ander niet omdat hij of zij de casus te complex vindt.

Opvallend is dat een POH J&G aangeeft te weinig patiënten te hebben. Ze denkt niet dat er in haar werkgebied weinig jongeren zijn met problemen maar eerder dat de wijkpartners haar nog niet goed weten te vinden. Ze zou nog onvoldoende bij hen bekend zijn.

“Ik denk dat er nog te weinig mensen weten dat ik hier ben. Binnen de jeugd is er echt wel vraag naar hulp.” – POH J&G.

Factoren invloed op samenwerking

De geïnterviewden noemen een aantal factoren die volgens hen van invloed is op de samenwerking tussen de POH en het wijkteam.

- Betrokkenheid gemeente

Volgens een van de POH J&G heeft de betrokkenheid van de gemeente een positief effect op de samenwerking. De inzet van de gemeente heeft eraan bijgedragen dat de POH de partners in het wijknetwerk en de andere POH in Rotterdam beter hebben leren kennen en dat ze beter op de hoogte zijn van belangrijke beleidsontwikkelingen.

- Snellere verwijzing via huisarts

Het blijkt voor te komen dat wijkteams cliënten (terug) verwijzen naar de huisarts als er specialistische hulp nodig is. Reden hiervoor is dat de huisartsenroute sneller gaat. Het wijkteam is (conform de gemeentelijke verordening) verplicht om onderzoek te doen, een ondersteuningsplan op te stellen en een arrangement aan te vragen. Dit in tegenstelling tot de (huis-)arts die feitelijk direct en vormvrij kan verwijzen naar een jeugdhulpaanbieder. Daarnaast spelen wachttijden bij de wijkteams een rol in de afweging om via de (huis-)arts te verwijzen.

“We verwijzen ook veel mensen door naar een huisarts. Wordt erbij ons aangemeld via een ander loket en dan weten we gewoon bij de huisarts ben je veel sneller. Bij ons ga je maanden op een wachtlijst. Bij een huisarts die zet het gelijk door. Dus wij sturen nu meer door naar de huisarts dan andersom.” – wijkteammedewerker.

“Dan verwijst ik een patiënt. Van je hebt een verwijzing nodig voor specialistische ggz, ga even langs de huisarts want dat gaat veel sneller dan dat via ons gaat.” – wijkteammedewerker.

- Personele wisselingen

De vele personeelwisselingen in het wijkteam zorgen ervoor dat telkens weer nieuwe contacten moeten worden gelegd.

Ook zou het één van de belangrijke oorzaken zijn van de wachtlijsten bij het wijkteam. Het vinden en inwerken van personeel kost tijd waardoor achterstanden ontstaan. Overigens zijn volgens de geïnterviewden de wachttijden, na een eerdere piek, sterk afgenomen. Zo zou in een van de wijken eerder de wachttijd 9 maanden bedragen en stonden er 40 cliënten op de wachtlijst. Inmiddels zou dat aantal zijn teruggebracht tot 12 en is de langst wachtende cliënt in februari aangemeld (peildatum interview mei).

Volgens de geïnterviewden is voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie tijd nodig. Tijd om elkaar te leren kennen en vertrouwen op te bouwen. Een deel van de huisartsenpraktijken beschikte al over een POH die de jeugd en gezinscasussen oppakte. Zo werkte één van de geïnterviewden al voor de pilot en uitrol van de POH J&G functie al langere tijd in het gezondheidscentrum met jongeren en gezinnen. Zij zou daardoor goede samenwerkingsrelaties hebben kunnen opbouwen, gebaseerd op vertrouwen en kennis over wat men voor elkaar kan betekenen.

- Coronapandemie

Respondenten noemen de lockdown a.g.v. de coronapandemie als een belangrijk beperkende factor voor de samenwerking in de wijk. Een van de respondenten die begon als POH J&G ten tijde van de coronapandemie is daarom nog steeds actief bezig zich persoonlijk te introduceren bij allerlei partijen, zoals het schoolmaatschappelijk werk.

Aandachtspunten

Elkaar kennen

Volgens alle respondenten is de belangrijkste manier om tot een goede samenwerking te komen, zorgen dat je elkaar persoonlijk kent. De POH kunnen dat het

beste doen door zich persoonlijk voor te stellen bij de ketenpartners. Vanwege de veelvuldige personeelwisselingen in het wijkteam moet dit met zekere regelmaat. Andersom is belangrijk dat het wijkteam de POH J&G op de hoogte brengen indien contactpersonen bij het wijkteam vertrekken en er vervolgens een warme overdracht plaatsvindt waarbij de nieuwe medewerker zich persoonlijk voorstelt. Dit geldt ook wanneer een wijkteammedewerker of POH J&G tijdelijk wordt vervangen door een collega.

“Ga je voorstellen, zodat ze weten wat je kan betekenen.” – wijkteammedewerker.

“Echt contact maken. Ik denk dat door Corona dat ik weer moet gaan.” – POH J&G

“Ik ben al 2 keer eerder gegaan maar het werkt wel want je ziet weer zo af en toe nieuwe gezichten.” - POH J&G

“Ik denk dat we gewoon een gezicht bij elkaar moeten hebben... want dan ga je ook wat ondernemen.” - wijkteammedewerker.

Een POH J&G heeft van het wijkteam een zogenaamd smoelenboek gekregen. Dit boek wordt regelmatig door het wijkteam geactualiseerd en bevat namen, functies, gezichten en contactgegevens van de wijkteammedewerkers. Zo'n smoelenboek helpt haar bij het vinden van de juiste personen bij het wijkteam.

De verschillende overlegvormen in de wijk kunnen, zo blijkt uit de interviews, er ook aan bijdragen dat ketenpartners elkaar (beter) leren kennen. Daarbij is wel de afweging of een overleg voldoende relevant is ten opzichte van de tijdsinvestering die ermee gepaard gaat. Zeker waar het de bredere overleggen betreft waar casussen uit diverse doelgroepen worden besproken, wordt dat door een aantal respondenten betwijfeld. Er zijn ook respondenten die juist de meerwaarde zien van zo'n breed overleg. Volgens een van hen zijn de uitvoeringsprocessen in wezen niet anders en een andere respondent vindt dat je juist kan leren van professionals die met andere doelgroepen werken.

Bereikbaarheid

Om tijdig te kunnen overleggen over casussen is belangrijk dat de partijen goed bereikbaar zijn. In de ene wijk beschikken een aantal medewerkers bij het wijkteam over het privénummer van de POH J&G. Ze heeft hen haar mobiele telefoonnummer gegeven en vertrouwt erop dat hier geen misbruik van wordt gemaakt. Tot op heden is dat vertrouwen niet beschaamd. Andersom heeft zij ook het mobiele nummer van in ieder geval één van haar contactpersonen bij het wijkteam. Naast het voeren van gesprekken wordt er geappt via de telefoon. Beide partijen zijn tevreden over de bereikbaarheid. In de andere wijk wordt op afspraak met het wijkteam overlegd. Ook dat lijkt goed te werken.

Wederzijds vertrouwen

Volgens een van de POH J&G zijn een positief beeld van elkaar en wederzijds vertrouwen belangrijk voor een goede samenwerking. Vertrouwen bijvoorbeeld dat zaken goed zijn uitgezocht. Dat er niet allerlei 'bewijs' hoeft te worden geleverd maar vertrouwd wordt op het oordeel van de ander.

Hoewel hier moeilijk de vinger op kan worden gelegd en het ook een kwestie lijkt van individuele voorkeuren van betrokkenen, zien de respondenten een duidelijk positieve relatie met de duur dat met dezelfde organisaties en medewerkers wordt gewerkt in een wijk.

“We weten ook van elkaar zo'n beetje wat we doen. Je kent elkaar dus weten elkaar te vinden. En ik denk ook wel dat zij een positief beeld hebben over ons. Wij over hun maar andersom denk ik ook. En dat maakt dat de samenwerking natuurlijk veel makkelijker verloopt.” – wijkteammedewerker.

“Zij zit daar natuurlijk al jaren ook. We kunnen elkaar vinden. Als ze even wil overleggen dan belt ze of andersom.” – wijkteammedewerker.

- Informatie-uitwisseling

De behoefte aan informatie-uitwisseling wisselt, maar er zou in ieder geval na aanmelding en beëindiging van de behandeling of begeleiding een terugkoppeling plaats moeten vinden vanuit het wijkteam en de huisartspraktijk.

3.1.7 Tevredenheid over POH J&G

Tevredenheid over werkzaamheden

Huisartsen is gevraagd naar hun tevredenheid over de werkzaamheden van de POH J&G (vraagverheldering, kortdurende begeleiding, opvoedingsondersteuning ouders, ondersteuning bij verwijzing naar derden). Net als in 2020 is de tevredenheid over het algemeen hoog en loopt uiteen van 88% tevredenheid over de bijdrage aan de doorverwijzing naar de specialistische jeugd-GGZ tot 96% tevredenheid over de wijze waarop vraagverheldering en kortdurende begeleiding plaatsvindt. Geen enkele huisarts geeft enige ontevredenheid over de werkzaamheden aan.

Van de POH J&G zelf is 83% (erg) tevreden over de ondersteuning die ze hun cliënten kunnen bieden, 17% is neutraal. Een POH beschrijft dat er door de wachtlijsten in de GGZ wel eens een beroep op hen wordt gedaan om overbruggingshulp te bieden aan "crisisgevoelige" patiënten, maar dat dit eigenlijk niet past bij de functie.

Tevredenheid over behaalde resultaten

De huisartsen geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,4 voor de resultaten die de POH J&G met patiënten behaalt. Dit is gelijk aan het rapportcijfer dat zij hiervoor gaven in 2020. Eén huisarts geeft een onvoldoende, maar uit de toelichting lijkt naar voren te komen dat dit meer te maken heeft met het kleine aantal cliënten die de POH heeft begeleid dan met de behaalde resultaten. De overige huisartsen geven een rapportcijfer variërend van 6 tot 9. Enkele huisartsen lichten toe dat de inzet van de POH J&G helpt om escalaties in het gezin en doorstroom naar de 2e lijn te voorkomen.

Je merkt dat kinderen na contact met de POH vaak niet verwezen hoeven te worden. Kind en ouders krijgen tips en tricks en krijgen meer inzicht in effect van eigen gedrag in het probleem. Goed resultaat dus. – Huisarts

Maar ook constateren huisartsen dat de mogelijkheden van de POH J&G niet oneindig zijn en dat voor patiënten met een complexe hulpvraag, de POH J&G geen vervanging is van de specialistische jeugd-GGZ:

De mogelijkheden die de POH GGZ jeugd heeft, worden sterk beperkt door de veelheid en complexiteit aan problematieken, hulpverleners, instanties en betrokkenen bij een kind of jeugdige. Alhoewel ik zéér tevreden ben over de inhoudelijke, communicatieve en organisatorische kwaliteiten van de POH GGZ Jeugd zelf, zorgt de versnippering van kind- en jeugdzorg toch ook voor veel moeilijkheden. Uiteindelijk is het kind/ de jongere daarvan de dupe. – Huisarts

Een deel van patiënten waren te "zwaar" qua expertise, horen echt bij GGZ thuis, maar lange wachttijden. – Huisarts

POH-GGZ doet haar best, maar de problematiek is vaak hardnekkig. – Huisarts

Armoedeproblemen, gezondheidsvaardigheden etc. vragen een politiek-maatschappelijke oplossing. Wijkteams bijvoorbeeld zouden veel beter moeten functioneren. In het sociale domein is nog veel te winnen, dit is bekend bij Rijnmond Dokters en gemeente Rotterdam. – Huisarts

Negen op de tien huisartsen (88%) zou ook andere huisartsen aanraden een POH J&G in te zetten in hun praktijk. Huisartsen lichten toe dat de inzet van de POH J&G de zorg laagdrempelig maakt, de begeleiding minder belastend en stigmatiserend is, en dat ze het waardevol vinden om patiënten ondanks de lange wachttijden voor de GGZ toch iets te kunnen bieden. Een huisarts vraagt zich wel af of het wijkteam niet in plaats van de POH J&G zou kunnen voorzien in lichte psychologische begeleiding. Een klein deel van de huisartsen (12%) twijfelt of zij ook anderen zouden aanraden een POH J&G in te zetten op de praktijk. Deze huisartsen twijfelen aan de detachingsconstructie, of zij vragen zich af of de huidige scholing en taakopvatting wel passen bij de eerste lijn. Sommigen vinden dat het een forse investering van tijd en energie vanuit de praktijk vraagt of vinden dat het afhangt van de omstandigheden (beschikbare ruimte in de praktijk, hoeveel kinderen er ingeschreven staan bij de praktijk en het type problemen waar patiënten mee komen).

3.1.8 Bijdrage inzet POH J&G aan doelstellingen van de 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 zijn vergelijkbaar met die van 2020 en staan in tabel 3.9⁹¹⁰. Er zijn een aantal verschillen op te merken tussen beide groepen. Zo vinden huisartsen vaker dat de inzet van de POH J&G in belangrijke mate bijdraagt aan het verminderen

van doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg dan de POH zelf, en dat geldt ook voor de vroegtijdige signalering van opvoedproblemen bij ouders (62% huisartsen versus 39% POH J&G). Een ander verschil is dat huisartsen vaker van mening zijn dat de inzet van de POH J&G weinig bijdraagt aan het verminderen van hun werkdruk (38% versus 22%).

Aanvullend noemen huisartsen dat de POH J&G ook nog bijdraagt aan een beter inzicht in de sociale kaart en het bieden van steun.

⁹ De lege cellen betreffen vragen die niet opgenomen waren in de huisartsenvragenlijst.

¹⁰ Percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat de categorie 'weet niet' niet is weergegeven.

Tabel 3.9 Bijdrage inzet POH J&G aan doelstellingen van de functie

	Grote bijdrage				Weinig/geen bijdrage			
	HA		POH J&G		HA		POH J&G	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Passende zorg leveren aan jongeren en ouders	19	73%	16	89%	7	27%	2	11%
Beperken of overbruggen wachttijd specialistische hulp	19	73%	15	83%	6	27%	3	17%
Zorgen dat alle zorg- en hulpverlening rond het gezin goed op elkaar aansluit	18	69%	12	67%	8	31%	6	33%
Verminderen werkdruk huisarts	16	62%	13	72%	10	38%	4	22%
Verminderen doorverwijzingen tweedelijns jeugdhulp	16	62%	7	39%	10	38%	9	50%
Vroegtijdig signaleren van psychische, psychosociale en psychosomatische problematiek bij jongeren	16	62%	13	72%	9	35%	5	28%
Vroegtijdig signaleren van opvoedproblemen bij ouders	16	62%	7	39%	10	38%	11	61%
Jongeren en ouders die vaak te laat of niet in beeld komen bij de hulpverlening, motiveren voor hulp	15	58%	8	44%	11	42%	10	55%
Versterken eigen kracht jongeren en ouders	-		16	89%	-		2	11%
Tijdig zorg bieden aan jongeren en ouders	-		15	83%	-		3	17%
Normaliseren van opvoedingsproblematiek jongeren	-		14	78%	-		4	22%
Goedkopere zorg	-		10	56%	-		5	28%
Verbeteren functioneren gezinssystemen als geheel	-		10	56%	-		7	39%
Betere samenwerking tussen de praktijk en het wijkteam	-		8	44%	-		9	50%
Betere samenwerking tussen de praktijk en het CJG	-		6	33%	-		10	56%
Meer gebruik maken van voorzieningen in de wijk, zoals het maatschappelijk werk, door jongeren en ouders	-		5	28%	-		12	67%

3.1.9 Tevredenheid over randvoorwaarden inzet POH J&G

Duidelijkheid

We vroegen de POH J&G hoe duidelijk zij de kaders van hun functie vinden.

Opvallend is dat in 2022 over een aantal zaken meer duidelijkheid lijkt te bestaan dan in 2020. Zo is het voor de POH vaker duidelijk welke cliënten zij moeten doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp (was

64% is 100%), of naar het wijkteam (was 50% is 89%). Ook is het duidelijker geworden welke werkzaamheden en taken tot hun functie behoren (was 43% is 89%) en welk soort problemen zij zelf moeten behandelen (was 50% is 78%). Verder blijkt uit de antwoorden in tabel 3.10 dat zij over het algemeen goed kunnen bepalen tot welke doelgroep zij zich moeten richten (94%) en waar hun verantwoordelijkheden liggen in de begeleiding van deze groep (83%).

Tabel 3.10 Duidelijkheid kaders van de functie

	Duidelijk		Neutraal		Onduidelijk	
	N	%	n	%	n	%
Welke cliënten moeten worden doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp	18	100%				
Op welke doelgroep u zich dient te richten	17	94%	1	6%		
Welke werkzaamheden en taken tot uw functie behoren	16	89%	1	6%	1	6%
Welke cliënten moeten worden doorverwezen naar het wijkteam	16	89%	2	11%		
Waar de verantwoordelijkheden liggen bij het bieden van zorg en het begeleiden van de jongeren	15	83%	1	6%	2	11%
Welke soort problematiek u zelf dient te behandelen	14	78%	3	17%	1	6%
Wanneer een traject kan worden afgesloten	12	67%	6	33%		
Wanneer ik mijn taken als POH J&G naar behoren heb uitgevoerd	11	61%	7	39%		

Randvoorwaarden

Huisartsen is gevraagd naar hun tevredenheid over de randvoorwaarden waaronder de POH J&G haar werk doet. Waar huisartsen in 2020 vooral tevreden waren over het aantal uren dat de POH J&G beschikbaar heeft voor de praktijk zijn zij dat in 2022 vooral over de mogelijkheden tot het uitwisselen van patiëntgegevens en de praktische

ondersteuning die de praktijk de POH J&G aanbiedt, zoals ICT- en communicatiemiddelen, de werkplek, en de mogelijkheden om informatie uit te wisselen (tabel 3.11). De meeste ontevredenheid van huisartsen zit in de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor overleg; iets waar – zoals we eerder zagen – ook niet alle POH J&G tevreden over zijn.

Tabel 3.11 Tevredenheid huisartsen over randvoorwaarden voor de functie POH J&G (n=25)

	Erg tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Erg ontevreden
De mogelijkheden tot uitwisseling van (privacygevoelige) patiëntgegevens met de POH J&G	16%	68%	12%	4%	
De mate waarin de praktijk de POH J&G de ict- en communicatiemiddelen kan bieden om haar werk te doen	12%	72%	16%		
De mate waarin de praktijk de POH J&G een geschikte werkplek kan bieden	12%	60%	16%	12%	
De wijze van financiering	12%	52%	32%	4%	
De hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de POH J&G te overleggen	8%	56%	16%	20%	
De verantwoordingseisen vanuit de gemeente	8%	56%	36%		
Het aantal uren die de POH J&G voor de praktijk ter beschikking heeft	4%	44%	44%	8%	

In 2020 vond een aantal huisartsen de manier waarop de gemeente de door de POH J&G geleverde zorg vergoedt, bureaucratisch en ze vonden dat de gemeente de praktijken opzadelde met een financieel risico. Dit kwam omdat huisartsen de inzet van de POH J&G moesten vooruitbetalen en lang moesten wachten op terugbetaling. In 2022 kwamen hierover geen opmerkingen binnen. Wel lieten sommigen huisartsen weten dat de opleiding voor de POH naar hun mening een te groot aandeel van de totale ureninzet opeist of te twijfelen aan de kwaliteit ervan. Dit laatste werd verder niet uitgelegd. De overgrote meerderheid van de POH J&G is (erg) tevreden over de randvoorwaarden van hun functie (tabel 3.12). Men

is in 2022 vooral tevreden met de bestaande voorzieningen die de huisartspraktijk biedt om informatie vast te leggen, de toegankelijkheid van dossierinformatie en de werkplek. Ten opzichte van 2020 is er minder ontevredenheid over de duur van het arbeidscontract (was 21% is 0%). Er is meer tevredenheid over het scholings- en cursusaanbod (was 14% is 66%). Hoewel de POH J&G vergeleken met 2020 ook vaker tevreden zijn over de mogelijkheden voor werkbegeleiding, blijft de tevredenheid hierover aan de lage kant (was 36% is 55%). Ook de tevredenheid over de beschikbaarheid van protocollen, werkbeschrijvingen en instrumenten is vrij laag (34%).

Tabel 3.12 Tevredenheid POH J&G over randvoorwaarden van hun functie (n=18) (hier verder)

	Erg tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Erg ontevreden
Beschikbare middelen voor dossierregistratie	22%	67%	11%		
Toegankelijkheid van (dossier) informatie huisartspraktijk	33%	67%			
De werkplek	28%	56%	17%		
Duur van het arbeidscontract	22%	50%	22%		6%
Scholings- en cursusaanbod	22%	44%	28%	6%	
Wijze waarop de privacy van de cliënten is geregeld	17%	67%	11%	6%	
Mogelijkheden tot informatie-uitwisseling met derden	11%	67%	22%		
Kwaliteit verwijzingen, mate waarin de juiste cliënten worden aangemeld	11%	61%	28%	6%	
Mogelijkheden voor werkbegeleiding (zoals intervisie, supervisie)	11%	44%	28%	17%	
De regelmaat waarmee cliënten worden aangemeld	6%	67%	22%	6%	
Het aantal cliënten dat wordt aangemeld	6%	67%	17%	11%	
Het salaris	6%	56%	33%		6%
De caseload	6%	56%	22%	17%	
De beschikbare uren om het werk te kunnen uitvoeren	6%	56%	17%	22%	
Beschikbaarheid protocollen, werkbeschrijvingen (handboek), instrumenten	6%	28%	28%	33%	6%

Met een open vraag is verder geïnventariseerd waarover de POH J&G het meest tevreden zijn. Vaak wordt hier de samenwerking met de collega's van de huisartspraktijk genoemd en het scholingsaanbod, maar er is ook waardering voor de functie zelf:

Fijne samenwerking met collega POH-ers, huisartsen en assistenten. Een "wij gevoel". Mooie werkplek. – POH J&G

Ik werkt sinds de pilot mee aan dit project. Ik ben zeer tevreden over het scholingsaanbod dat we hebben gekregen. Nascholing en intervisie gaat meer vorm krijgen in vergelijking met vroeger. – POH J&G
Ik zie dat de POH echt een verschil kan maken bij de jongeren, en dat bij de meeste trajecten het positief wordt afgesloten. – POH J&G

De mate waarin ik serieus genomen word door huisarts en er gebruik wordt gemaakt van mijn expertise. De

mogelijkheden om materialen aan te schaffen als ik dit wens. – POH J&G

Aan de andere kant wordt opgemerkt dat men (nog steeds) ontevreden is over het ontbreken van ondersteunende materialen met name vragenlijsten/screeningsinstrumenten. Het vaakst is men ontevreden over de wachtlijsten en het niet kunnen bieden van de juiste zorg aan jongeren die eigenlijk specialistische hulp nodig hebben. Ook tijdgebrek wordt genoemd (studie in eigen tijd, onvoldoende tijd tussen de consulten door om op adem te komen), en gebrekkige samenwerking met het wijkteam en een gebrek aan aanmeldingen zijn redenen voor ontevredenheid:

De vele overbruggingstrajecten. Het begeleiden/ behandelen van jeugdigen die in de specialistische GGZ horen. – POH J&G

Dat we nog geen materiaal hebben om goed te screenen of overbruggen. – POH J&G

De samenwerking met de wijkteams is niet voldoende. Dit verschilt per wijkteam. Erg zonde, want we kunnen elkaar versterken. – POH J&G

Te weinig patiënten, terwijl er genoeg problematiek is. Vele Rotterdammers weten niet dat er een POH Jeugd bij de huisartsenpraktijk zit of dat zoiets überhaupt bestaat (er is wel een poster in de wachtkamer). Het is ook erg wisselend, opvallend is dat het voor en tijdens de zomervakantie erg stil is. – POH J&G

Bijscholing

Ondanks het bestaande scholingsaanbod hebben, net als in 2020, alle POH J&G behoefte aan extra scholing. Tabel 3.13 laat zien dat ze het liefst bijgeschoold zouden worden op het gebied van GGZ-problematiek (83%). In het open toelichtingenveld vullen sommigen aan dat zij ook graag zouden worden bijgeschoold op het gebied van systeemproblematiek.

Tabel 3.13 Terreinen waarop bijscholing gewenst is door POH J&G (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
GGZ-problematiek	15	83%
Samenwerking instanties en zorgverleners betrokken bij patiënten praktijk	7	39%
Opvoed- en gezinsproblematiek	7	39%
LVB-problematiek	5	28%
Cultuursensitief werken	5	28%
Huiselijk geweld en kindermishandeling	2	11%
Geen behoefte aan scholing of training	0	0%

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

Tijdens de eerste corona-uitbraak in 2020 werden POH J&G genoodzaakt om de begeleiding op andere manieren aan te bieden. Zo heeft (29%) van de POH J&G een aantal maanden thuisgewerkt, zijn alle POH J&G (ook) gebruik gaan maken van telefonische consulten en is bijna de helft (46%) gaan beeldbellen (tabel 3.14). Enkele POH J&G zijn gaan wandelen met hun cliënten of maakten gebruik van Karify. Hen is destijds gevraagd welke van de meest gebruikte vormen van zorg op afstand zij na de pandemie wilden blijven gebruiken. In 2022 is hen gevraagd welke vormen van zorg zij na de lockdowns behouden hebben. Daarin valt op dat ondanks de ogenschijnlijk lage animo om gebruik te blijven maken van telefonische consulten, het overgrote deel van de POH J&G hier in 2022 nog steeds gebruik van maakt (83%). Hetzelfde geldt voor digitale vormen van zorg zoals via e-mail en berichtendiensten als Whatsapp. Een derde maakt sinds het einde van de lockdowns geen enkel gebruik (meer) van zorg op afstand.

Tabel 3.14 Gebruikte vormen van zorg op afstand tijdens Covid-19 en erna

	1e corona-uitbraak 2020		Van plan te behouden na corona		Behouden in 2022	
	n	%	n	%	n	%
Telefonisch	13	100%	6	43%	10	83%
Beeldbellen	6	46%	7	50%	5	42%
Thuis werken	4	29%	0	0%	1	8%
Via e-mail	3	23%	1	7%	8	67%
Via Whatsapp/Telegram/Signal etc.	1	8%	1	7%	5	42%

Tijdens het hoogtepunt van de pandemie eind 2020 constateerden huisartsen en POH J&G bijna allemaal

een toename van eenzaamheid, angst, en somberheid onder jongeren en stress in gezinnen. Ook bemerkten zij dat patiënten langer wachtten met het zoeken van hulp, en de klachten dan pas bespraken op het moment dat zij voor iets anders langskwamen of als hun klachten (dreigden te) escaleren.

Waar in 2020 (tijdens de coronapandemie) nog een afname werd gezien in het aantal jongeren dat hulp zocht voor psychische problemen, ervaren de meeste huisartsen (83%) in 2022 een toename in het aantal jongeren dat hulp zoekt ten opzichte van de situatie voor de coronapandemie (tabel 15). Een huisarts ziet vooral een toename in eetproblematiek. Dit heeft ertoe bijgedragen dat een flink deel van zowel de huisartsen als de POH J&G ook een toename in het aantal aanmeldingen bij de POH J&G opmerkt. Volgens driekwart van de huisartsen en ruim de helft van de POH J&G (55%) is ook de zwaarte van de problematiek bij de jongeren die zij zien, toegenomen. Terwijl volgens een groot deel van de POH J&G (70%) tegelijkertijd de verwijzingsmogelijkheden voor hun cliënten zijn afgenomen.

Tabel 3.15 Waargenomen veranderingen als gevolg van de Coronapandemie

	HA (n=23)			POH J&G (n=10) ¹¹		
	Afname	Gelijk gebleven	Toename	Afname	Gelijk gebleven	Toename
Aantal jongeren met GGZ-problematiek		17%	83%	-	-	-
Zwaarte problematiek aangemelde cliënten		25%	75%		45%	55%
Aantal aangemelde cliënten	5%	32%	64%	10%	40%	50%
Aantal verwijzingen naar specialistische jeugd-GGZ	8%	38%	54%	-	-	-
Behandelings- en begeleidingsmogelijkheden cliënten	-	-	-	18%	55%	27%
Verwijzingsmogelijkheden cliënten	-	-	-	70%	20%	10%
Mogelijkheden voor samenwerking met ketenpartners	-	-	-		82%	18%

¹¹ Klein aantal omdat een aantal nog niet als POH J&G actief was voor de coronapandemie en de situatie niet kan vergelijken met die periode

3.1.11 Conclusies

Successen

- *Tevredenheid onder huisartsen over de inzet van de POH J&G is hoog.*

Over het algemeen waarderen huisartsen de expertise en het laagdrempelige karakter van de POH. Zij zien haar als een spil in het (zorg)web en vinden het prettig om cliënten die lang moeten wachten op specialistische hulp in de tussentijd iets te kunnen bieden. Er is hoop dat door de grote toegankelijkheid van de POH J&G er vroegtijdig kan worden ingegrepen en erger kan worden voorkomen. Al kunnen we met de uitkomsten van deze tevredenheidsmeting geen uitspraken doen over daadwerkelijke effecten, toch is het positief dat een groot deel van de huisartsen (62%) in elk geval de indruk heeft dat de POH J&G een belangrijke bijdrage levert aan het verminderen van doorverwijzingen naar de 2e-lijn.

- *POH J&G zijn positief over de samenwerking met de huisartsen.*

Bij de vraag waarover de POH het meest tevreden zijn, wordt de samenwerking met de praktijk en vooral de huisarts het vaakst genoemd. In veel gevallen lijkt er sprake van een gelijkwaardig partnerschap waarin er onderling vertrouwen en waardering is en van elkaars expertise gebruik gemaakt wordt.

- *Minder onduidelijkheden bij de POH J&G over wat er precies van ze verwacht wordt.*

In vergelijking met 2020 lijken de kaders van de functie duidelijker te zijn geworden. Voor een deel van de POH was destijds niet helder wanneer trajecten konden worden afgesloten of welke cliënten moesten worden doorverwezen naar het wijkteam. In 2022 wordt nauwelijks meer aangegeven dat er onduidelijkheden bestaan over de kenmerken van de functie.

- *Meer tevredenheid over het scholingsaanbod.*

In 2020 was tweederde van de POH (erg) ontevreden over het scholings- en cursusaanbod, (14% was tevreden). In 2022 is tweederde (erg)

tevreden over het scholingsaanbod en is nog maar 6% ontevreden.

- *Het werken met alternatieve manieren om zorg aan te bieden.*

De coronapandemie lijkt ertoe te hebben bijgedragen dat een deel van de POH zorg op afstand is blijven aanbieden, ondanks dat de noodzaak hiervoor is verdwenen. Het grootste deel van de POH biedt nog begeleiding via de telefoon of beeldbellen aan. Ook maakt een aanzienlijk deel nog gebruik van e-mail of berichtendiensten als Whatsapp of Signal in het contact met de cliënt.

Aandachtspunten

- *Nog steeds te weinig tijd voor overleg.*

Meer nog dan in 2020 is de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor overleg tussen de huisarts en de POH een kwetsbaar punt. De oorzaak wordt meestal gelegd bij de hoge werkdruk van de huisarts. Een deel van de POH en de huisartsen is hier ontevreden over.

- *Tevredenheid van huisartsen over de samenwerking met ketenpartners is laag.*

Over de hele linie is slechts een minderheid van de huisartsen tevreden over de samenwerking met ketenpartners. Net als in 2020 zijn huisartsen vooral ontevreden over de samenwerking met het wijkteam, maar ook zijn ze niet tevreden over samenwerking met de specialistische GGZ. Hoewel de POH J&G wat positiever zijn, oordeelt nog steeds een aanzienlijk aandeel van hen hierover neutraal of negatief. De belangrijkste oorzaak hiervoor zijn vermoedelijk de lange wachtlijsten bij de specialistische GGZ, waar men tegenaan loopt. Een andere reden voor ontevredenheid, is een gebrek aan overleg en terugkoppeling vanuit het wijkteam en de specialistische GGZ. Opvallend is dat slechts de minderheid van de POH J&G vindt dat hun functie bijdraagt aan het verbeteren van de samenwerking van de praktijk met het wijkteam en het CJG, terwijl dat een belangrijke doelstelling is van de functie.

- *Persoonlijk contact, vind- en bereikbaarheid en vertrouwen belangrijk voor goede samenwerking*
Uit de ervaringen van de geïnterviewde POH J&G en wijkteammedewerkers komen een aantal punten naar voren die belangrijk zijn voor een goede samenwerking. Dat wil zeggen een samenwerking die bijdraagt aan het leveren van tijdige en passende zorg aan de jongeren en hun ouders. In het kort gaat het vooral om persoonlijk contact, vind- en bereikbaarheid en vertrouwen. Belangrijke voorwaarden om dit te kunnen realiseren zijn een stabiel wijknetwerk en personeelsbestand bij de samenwerkingspartijen. Ook een (gezamenlijke) brede expertise op gebied van j-ggz, lvb, huiselijk geweld en gezins- en opvoedproblemen bij de wijkteams in een wijk, is van belang.

- *Het ontbreekt de POH J&G nog te veel aan ondersteunende materialen zoals screeningsinstrumenten.*
Ondanks alle ontwikkelingen van de afgelopen jaren blijkt de behoefte aan vakinhoudelijke ondersteuning zoals protocollen/handboeken/instrumenten nog steeds te bestaan.

- *Overbruggingshulp door POH J&G is een tweesnijdend zwaard.*
In een groot deel van de begeleidingstrajecten dient de ondersteuning van de POH als overbrugging van de periode dat de cliënt op de wachtlijst staat voor het wijkteam, basis- of specialistische GGZ. Enerzijds is dit positief omdat jongeren in elk geval hulp krijgen, al is dit wellicht niet de specialistische hulp die zij echt nodig hebben. Anderzijds wordt er nu een beroep op de POH gedaan om hulp te bieden aan cliënten met hulpvragen die haar expertise te boven gaat. In theorie zou dit ook ten koste kunnen gaan van de hulp waarvoor de functie oorspronkelijk bedoeld was, namelijk het bieden van lichte en kortdurende psychische begeleiding. In de praktijk lijkt dit mee te vallen omdat de meeste POH vooralsnog laten weten cliënten binnen twee weken na hun aanmelding te kunnen zien.

Covid-19

- *Toename in hulpvragen en zwaarte van problematiek in vergelijking met voor de coronapandemie.*

Tijdens de lockdowns zagen huisartsen en POH J&G een afname in het aantal aanmeldingen bij de POH J&G. Men had de indruk dat tijdens de pandemie pas hulp werd gezocht als problematiek escaleerde. Vervolgens constateert men nu een toename in hulpvragen en aanmeldingen bij de POH (al verschillen de schattingen van huisartsen van het aantal aanmeldingen per week niet tussen 2020 en 2022) en een verergering van problematiek vergeleken met voor de coronacrisis. Dat tegelijkertijd de verwijsmogelijkheden zijn afgenomen, waarschijnlijk als gevolg van wachtlijsten in de GGZ, baart zorgen.

3.2 Cliënten

3.2.1 Methode en respons

Vragenlijst

Van juli 2021 tot november 2022 is cliënten van de POH J&G aan het einde van hun begeleidingstraject gevraagd een papieren vragenlijst van de gemeente in te vullen over de begeleiding die zij kregen. Voor de vragenlijst werden twee versies gebruikt: één voor jongeren van 13 jaar en ouder die zelf waren begeleid door de POH en een versie voor ouders die werden begeleid voor de problemen van hun kind. Beide versies van de vragenlijsten bevatten vragen over de hulpvraag, de duur van de begeleiding, de resultaten van en tevredenheid met de ontvangen begeleiding en enkele achtergrondkenmerken van de cliënt. Cliënten ontvingen een vvv-bon van €10 als stimulans en blijk van dank voor het invullen.

POH kregen de vragenlijsten, voorgedrukte antwoord-enveloppen, een toelichting en instructie, informatiebrief voor de huisarts, en cadeaubonnen aan het begin van de onderzoeksperiode in pakketten toegestuurd.

Ouders en jongeren van 16 jaar en ouder zijn geïnformeerd over het feit dat zij met het invullen van de vragenlijst toestemming gaven voor het gebruik

van de gegevens voor het doel genoemd in de inleiding van de vragenlijst. Voor jongeren van 13 t/m 15 jaar is de ouder om schriftelijke toestemming gevraagd voor het invullen van de vragenlijst door hun kind.

Respons en achtergrondkenmerken respondenten

In de komende paragrafen worden de belangrijkste uitkomsten van beide vragenlijsten gepresenteerd. De gegevens zijn afkomstig van 52 volledig ingevulde tienervragenlijsten en 37 volledig ingevulde oudervragenlijsten. Tabel 3.16 bevat een overzicht van de achtergrondkenmerken van de kinderen/jongeren waarvoor (opvoedings)ondersteuning is ingezet.

Tabel 3.16 Achtergrondkenmerken respondenten cliënttevredenheidsonderzoek

	Tiener-vragenlijst	Ouder-vragenlijst
Geslacht kind		
Man	15% (n=8)	49% (n=18)
Vrouw	79% (n=40)	51% (n=19)
Anders	6% (n=3)	
Leeftijd kind		
3-8 jaar		27% (n=10)
9-11 jaar		38% (n=14)
12-13 jaar	27% (n=14)	11% (n=4)
14-16 jaar	38% (n=20)	22% (n=8)
17-18 jaar	35% (n=18)	3% (n=1)
Opleiding respondent		
Lager (basis, vmbo, mavo)	31% (n=17)	14% (n=5)
Middel (mbo)	11% (n=6)	33% (n=12)
Hoger (havo, vwo, hbo, wo)	53% (n=29)	53% (n=19)
Geen	5% (n=3)	
Gezinssituatie kind		
Beide (stief) ouders	71% (n=37)	62% (n=23)

Co-ouders	4% (n=2)	11% (n=4)
Alleen moeder of vader	19% (n=10)	27% (n=10)
Anders	6% (n=3)	
Moeite met rondkomen gezin		
Ja	19% (n=10)	19% (n=7)
Nee	81% (n=42)	81% (n=30)

Er zijn duidelijk meer meisjes dan jongens die de enquête hebben ingevuld. Het is niet bekend of dit komt doordat er meer meisjes door de POH worden begeleid dan jongens, of omdat meisjes eerder geneigd zijn de vragenlijst in te vullen. Ook valt op dat relatief veel respondenten hoogopgeleid zijn. Ook hiervan is niet goed te bepalen of dit komt doordat de cliënten van de POH relatief vaak hoogopgeleid zijn, of dat dit ook komt door een grotere bereidheid om deel te nemen aan onderzoek door deze groep.

Methodologische beperkingen

Een aandachtspunt bij het tevredenheidsonderzoek onder de cliënten is de externe validiteit, ofwel de generaliseerbaarheid van de uitkomsten. We hebben geen zicht op het aantal trajecten dat is afgerond en het aantal vragenlijsten dat werd uitgedeeld. Daardoor kunnen we geen uitspraken doen over de exacte respons. Het is aannemelijk dat deze laag is en dat de uitkomsten in dit rapport gebaseerd zijn op de mening van een relatief kleine (en wellicht selectieve) groep cliënten.

Er is hiervoor een aantal mogelijke oorzaken aan te wijzen. Hoewel POH J&G de instructie kregen om cliënten de vragenlijst op de praktijk te laten invullen, gaven POH hun cliënten de vragenlijst regelmatig mee naar huis. Het is denkbaar dat een deel van de cliënten er vervolgens niet meer aan toegekomen is de vragenlijst in te vullen. Navraag bij de POH gedurende het onderzoek wees verder uit dat een groot deel van de hulpverlening bestond uit langdurige overbruggingszorg en dat het aantal trajecten dat werd afgerond hierdoor laag was, maar ook dat een deel van de cliënten zonder aankondiging voortijdig was gestopt met de begeleiding en

zodoende geen vragenlijst had meegekregen. Toch zal dit het lage aantal binnengekomen vragenlijsten niet volledig verklaren. Er zijn materialen verstuurd naar 49 praktijken en 32 POH. De ingevulde vragenlijsten zijn afkomstig van cliënten van slechts de helft van de praktijken (n=26) en de helft van de POH (n=17). Bij navraag bleek dat een aantal POH de vragenlijsten niet of nauwelijks heeft uitgezet. Ofwel omdat zij het vergaten, vonden dat zij het te druk hadden, of omdat er sprake was van ziekte. Mogelijk heeft ook het feit dat cliënten op de vragenlijst moesten aangeven welke POH hen had begeleid, het meegeven van de vragenlijst (vooral in gevallen waar de begeleiding misschien niet lekker liep) hen ontmoedigd. Met name dit laatste heeft wellicht geleid tot een positieve vertekening van de resultaten. Het is dus belangrijk om rekening te houden met een beperkte generaliseerbaarheid van de uitkomsten van dit onderzoek naar de totale groep cliënten die is begeleid door de POH J&G.

3.2.2 De begeleiding

Begeleidingsduur

Jongeren rapporteren dat zij gemiddeld 8 gesprekken (min: 2 - max: 29) hebben gehad met de POH J&G. Ouders hadden gemiddeld 5 á 6 gesprekken (min: 1 - max: 18) met de POH. Het grootste deel van de trajecten duurde 8 weken of langer (tabel 3.17).

Tabel 3.17 Duur begeleidingstrajecten

	Tienervragenlijst (n=52)	Oudervragenlijst (n=37)
< 1 week	-	3% (n=1)
1-3 weken	4% (n=2)	11% (n=4)
4-7 weken	16% (n=8)	30% (n=11)
8 weken of langer	80% (n=40)	57% (n=21)

Hulpvraag

Tabel 3.18 laat zien dat jongeren vooral hulp zochten voor somberheid (52%), stress (52%) en negatieve gedachten over zichzelf (48%). Ouders kwamen vooral bij de POH voor angstproblemen van hun kind (46%), concentratie- of leerproblemen op school (27%)

of problemen in het gezin waar het kind last van had (27%).

Tabel 3.18 Klachten waarvoor hulp door de POH J&G is ingezet (meerdere klachten mogelijk)

	Tienervragenlijst (n=52)	Oudervragenlijst (n=37)
Somberheid	52% (n=27)	22% (n=8)
Stress	52% (n=27)	19% (n=7)
Negatieve gedachten over zelf	48% (n=25)	19% (n=7)
Problemen in gezin	38% (n=20)	27% (n=10)
Angst	33% (n=17)	46% (n=16)
Moeite met concentreren of leren	31% (n=16)	27% (n=10)
Moeite met slapen	21% (n=11)	16% (n=6)
Zelfbeschadiging	12% (n=6)	5% (n=2)
Lichamelijke klachten	10% (n=5)	-
Opstandig gedrag	8% (n=4)	14% (n=5)
Problemen met vrienden	8% (n=4)	5% (n=2)
Middelengebruik	4% (n=2)	3% (n=1)
Anders (trauma, dwang, eetproblemen etc.)	19% (n=10)	27% (n=10)

Wanneer we beide groepen samennemen, doen (ouders van) jeugdigen het vaakst een beroep op de POH J&G voor somberheidsklachten, angst en/of stress. Respondenten konden bij deze vraag ook nog andere problemen invullen. Het is opvallend dat eenzaamheid daarbij geen enkele keer is genoemd. Het is moeilijk voorstelbaar dat dit probleem niet heeft gespeeld bij de doelgroep omdat de dataverzameling grotendeels plaatsvond tijdens de coronapandemie, maar wellicht hebben respondenten

dit niet aangegeven omdat er niet expliciet naar werd gevraagd

Doorverwijzingen

Ongeveer de helft van de cliënten laat weten te zijn doorverwezen voor verdere hulp (jongeren: 60%; ouders: 47%). Dit aandeel komt overeen met de eigen schattingen van de POH J&G. Dit is positief want het betekent dat de andere helft voldoende kon worden geholpen door de POH J&G, waarvan een deel anders misschien direct was doorverwezen naar de 2e-lijn.

In verreweg de meeste gevallen ging het om een verwijzing naar een (specialistische) GGZ-instelling (beiden ruim 80%). Een deel van de ouders werd

doorverwezen naar het CJG (14%), een enkeling naar het wijkteam, of een medisch specialist. Ook werd een deel van de jongeren (14%) naar het wijkteam, sommigen naar veilig thuis, of een andere hulpverlener zoals een diëtist of fysiotherapeut doorverwezen.

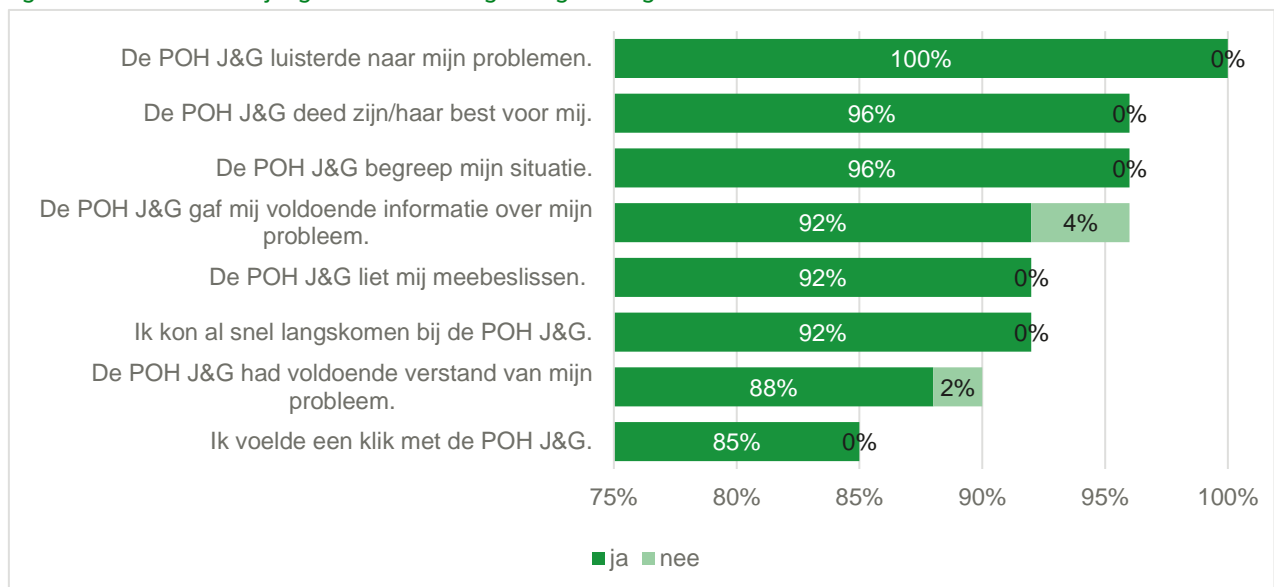
3.2.3 Tevredenheid over POH J&G

Tevredenheid begeleiding

De tevredenheid over alle bevraagde aspecten van de begeleiding is hoog (figuur 3.1).

(Vrijwel) alle jongeren vinden dat de POH J&G naar hun problemen luisterde, dat zij haar best voor hen deed en voelden zich door haar begrepen.

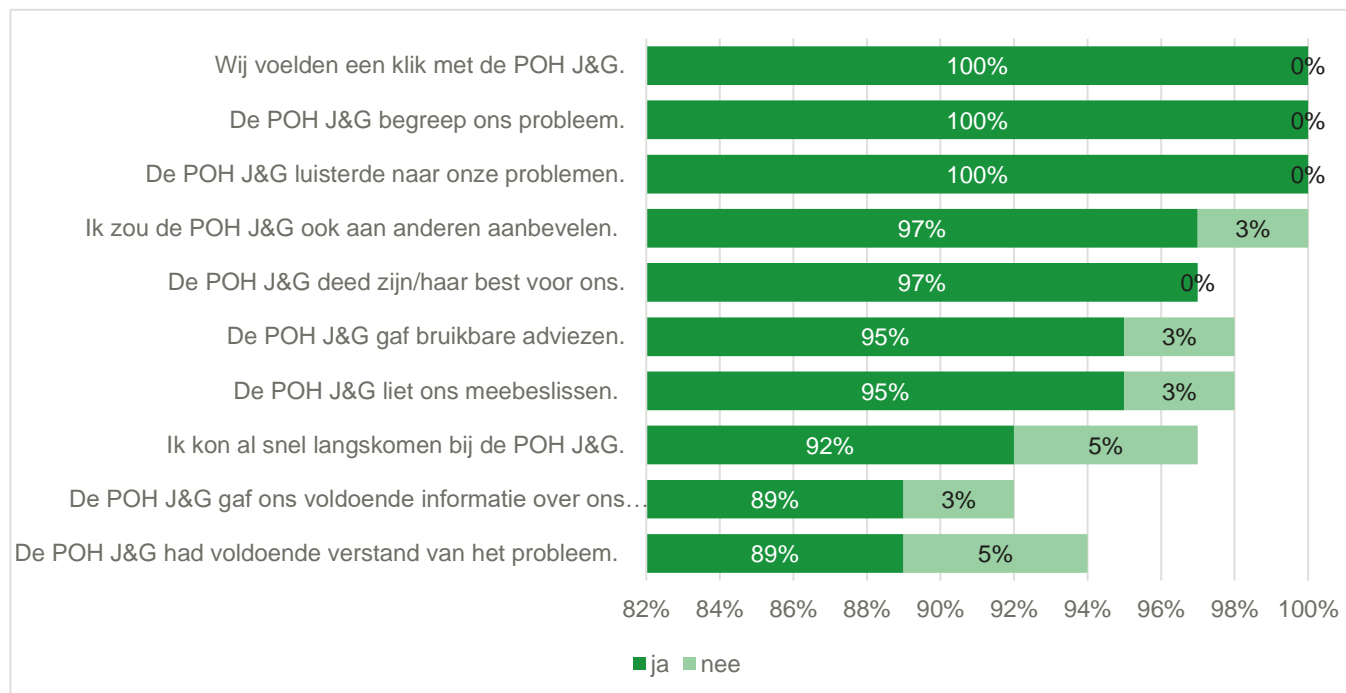
Figuur 3.1 Tevredenheid jongeren met ontvangen begeleiding



Ook bij ouders is de tevredenheid hoog. Alle bevraagde ouders voelden zich begrepen en gehoord (figuur 3.2). Enkelen geven wel aan dat zij niet zo snel

terecht konden bij de POH of dat de POH onvoldoende verstand had van het probleem waarvoor zij bij haar kwamen.

Figuur 3.2 Tevredenheid ouders met de ontvangen begeleiding



Ouders vinden dat de hulp van de POH J&G goed aansloot bij hun vraag en ervoor heeft gezorgd dat hun kind zich prettiger voelt. Jongeren laten weten beter te kunnen omgaan met hun problemen door de hulp die zij ontvingen en zich prettiger te voelen. Wel valt op dat de bijdrage van de begeleiding aan het functioneren in relatie tot anderen, zoals het functioneren op school/de opvang, assertiviteit, en contact met vrienden, lager wordt ingeschat. Dit is mogelijk ook minder relevant voor de hulpvraag die zij hadden. Het meest positief zijn cliënten over de bejegening door de POH, vrijwel zonder uitzondering voelden zij zich door de POH gehoord en begrepen.

Tevredenheid resultaat

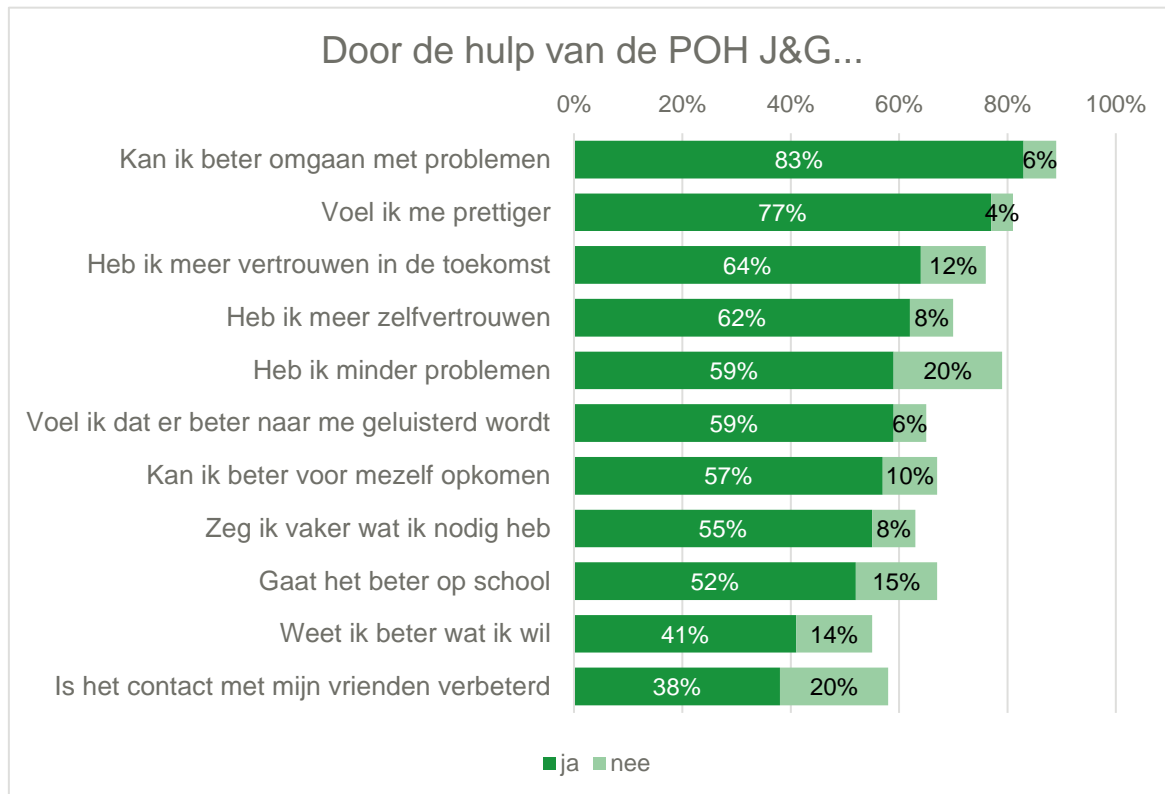
Het overgrote deel van de jongeren heeft het idee dat hun probleem met behulp van de praktijkondersteuner een beetje (76%) of helemaal (14%) is opgelost. 10% laat weten dat het probleem waarvoor zij bij de POH J&G kwamen, niet is opgelost.

Jongeren waarderen de hulp van de POH J&G gemiddeld met een rapportcijfer van 8,5. Geen enkele jongere geeft lager dan een 6.

Ondanks de lage verwachtingen van huisartsen en POH over de bijdrage van de POH aan de motivatie tot het accepteren van hulp door de doelgroep, laat een flink deel van de ouders weten dat de begeleiding door de POH J&G hun vertrouwen in de hulpverlening en de bereidheid om hulp te vragen heeft vergroot.

Jongeren vinden dat de POH J&G hen vooral heeft geholpen beter om te gaan met problemen. Ook heeft de ondersteuning een groot deel van de jongeren geholpen zich prettiger te voelen en om meer vertrouwen te hebben in de toekomst en in zichzelf. Het minst vaak heeft het bijgedragen aan een beter contact met vrienden of geholpen om te bepalen wat ze willen (figuur 3.3).

Figuur 3.3 Jongeren over de bijdrage van de begeleiding door de POH J&G

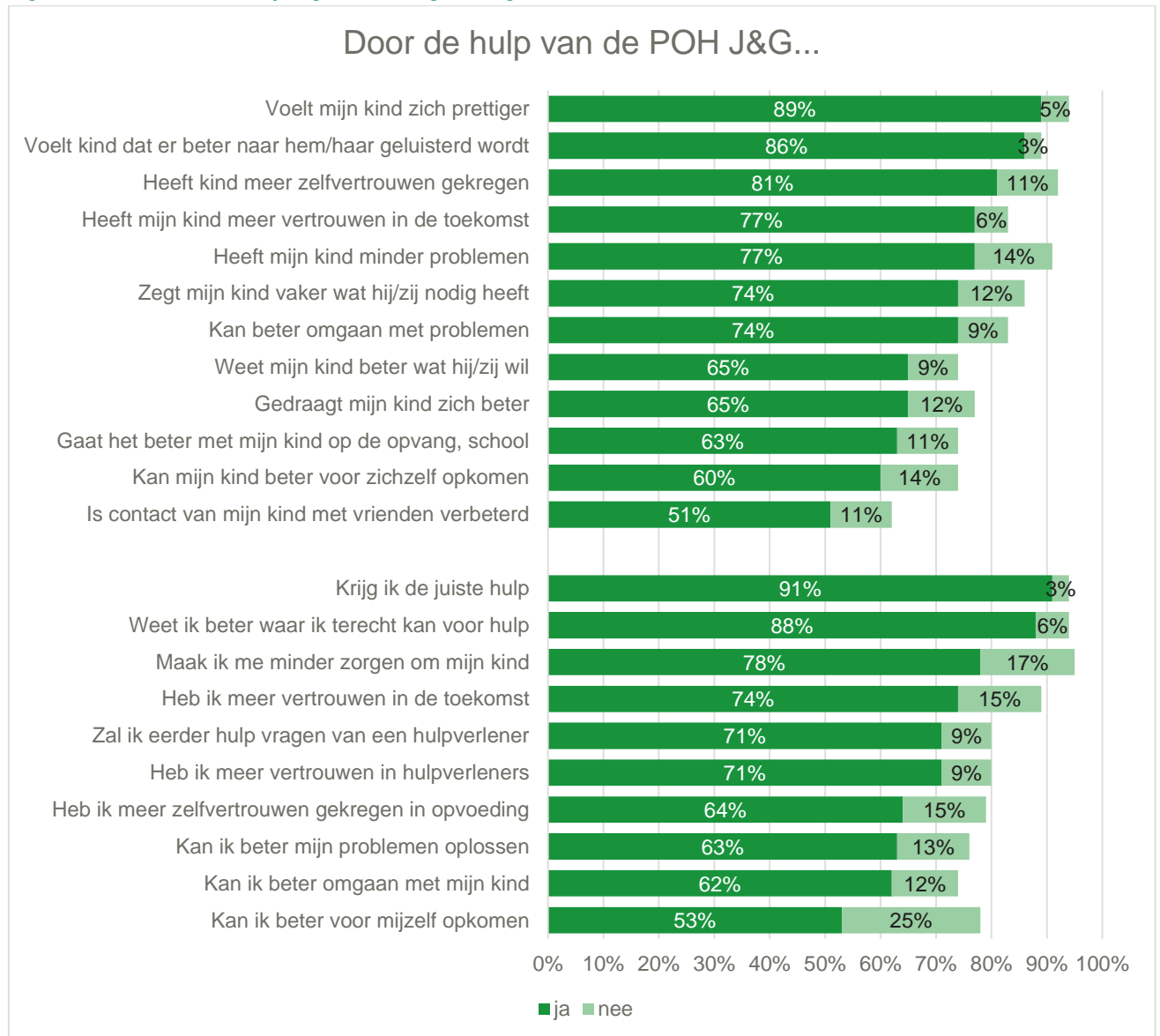


Ook een grote meerderheid van de ouders laat weten dat het probleem waarvoor zij hulp ontvingen van de POH J&G gedeeltelijk (64%) of helemaal (28%) is opgelost. Voor 8% heeft de hulp het probleem niet opgelost. Ouders waarderen de begeleiding door de POH J&G gemiddeld met een rapportcijfer van 8,5. Geen enkele ouder gaf de begeleiding een rapportcijfer lager dan een 7.

Ouders vinden vooral dat het kind door de hulp van de POH J&G zich prettiger voelt, zich beter gehoord voelt

en meer zelfvertrouwen heeft. Net als de jongeren geven ouders het minst vaak aan dat de hulp van de POH J&G het contact tussen het kind en zijn/haar vrienden heeft verbeterd (figuur 3.4). De meeste ouders zijn verder van mening dat zij op de juiste manier zijn geholpen en beter weten waar zij terecht kunnen voor hulp. Een behoorlijk aandeel (71%) laat weten door de begeleiding van de POH J&G meer vertrouwen te hebben gekregen in hulpverleners en (mede daardoor) in de toekomst eerder hulp in te zullen schakelen als dat nodig is.

Figuur 3.4 Ouders over de bijdrage van de begeleiding door de POH J&G



3.3 Verdiepende interviews

3.3.1 Werkwijze

We hebben vier deelnemers aan de enquête, 3 moeders en 1 jongere, uitgebreid geïnterviewd over hun ervaringen. De bevindingen geven vanwege de beperkte omvang en selectiviteit van deze groep geen representatief beeld van alle hulpverleningssituaties

en ervaringen die cliënten met de POH J&G hebben opgedaan. De waarde van deze ervaringen is dat ze aanwijzingen bevat over wat cliënten belangrijk vinden in de hulpverlening door de POH J&G en de elementen die bijdragen aan hun tevredenheid hierover. Daarnaast biedt het aandachtspunten voor een aanpak die aansluit bij gezinnen met kinderen die kampen met psychosociale problemen.

3.3.2 Vier verhalen¹²

Verhaal 1 Zorgen om dochter met suïcidale gedachten

Achtergrond

Mevrouw van Klaveren woont samen met haar man en 2 kinderen. Ze heeft een universitaire opleiding en werkt 1 dag per week.

Twee jaar geleden vertelde de mentor van de middelbare school dat haar oudste dochter Charissa van 13 een opstel had geschreven over suïcide gedachten, depressie en snijden. Dit kwam als een enorme schrok. Hoewel haar dochter ook vroeger wel depressieve gedachten kon hebben, had ze het in deze vorm nog nooit bij haar gezien of vermoed. De mentor stelde voor om naar het schoolmaatschappelijk werk te gaan, maar mevrouw van Klaveren zag dat niet zo zitten. Ze vond het iets dat ze zelf met haar gezin zou moeten oplossen en niet met de school. Ze zag het ook vooral als een medisch probleem en ging daarom naar haar huisarts, met wie ze een goede band heeft. Die verwees haar naar de POH J&G in de praktijk.

Inzet POH J&G

Kort daarna vond het eerste gesprek plaats. Moeder vindt het lastig aan te geven wanneer de gesprekken begonnen en hoe lang de begeleiding in totaal heeft geduurd. Ze denkt dat haar dochter ongeveer een zes- tot achttal gesprekken heeft gehad met de POH over een periode van ongeveer een jaar. De gesprekken waren vertrouwelijk tussen de POH en haar dochter, op het eind van een gesprek schoof moeder nog even aan. Charissa vond het op zich fijn om met POH te praten en mevrouw van Klaveren ook, maar ze zag niet echt effect van de gesprekken van haar dochter met de POH.

Mevrouw van Klaveren las op het internet over de relatie tussen hoogbegaafdheid en depressie. Ze denkt dat haar dochter, zeker op de lagere school, moeite had aansluiting te vinden bij andere kinderen vanwege haar hoogbegaafdheid. Haar dochter kon zich niet aan de andere kinderen spiegelen en zou ook gepest zijn. Hoewel ze zich door de POH gesteund voelde in haar overtuiging, vond ze dat de POH weinig over hoogbegaafdheid wist en onvoldoende op zoek ging naar kennis hierover. De POH wist ook niet goed waar moeder met haar dochter terecht kon voor hulp.

¹² In de verhalen zijn de namen van de mensen vervangen door pseudoniemen om hun persoonlijke identiteit te beschermen.

Mevrouw van Klaveren vertelde het voortouw te hebben genomen en veel zelf te hebben uitgezocht. Ze vond zelf een organisatie die onderzoek doet, en training en coaching geeft op het gebied van hoogbegaafdheid. Het aanbod bleek echter te duur. Ze wilde daarom een pgb aanvragen. Het CJG gaf aan eerst te willen kijken naar andere oplossingen. Voorts kwam ze op de wachtlijst voor het wijkteam. Bij de intake verweet de wijkteammedewerker mevrouw van Klaveren een tunnelvisie. Ze zou te veel focussen op hoogbegaafdheid. Moeder voelde zich daardoor niet serieus genomen.

Het wijkteam zou gesproken hebben over het inschakelen van Veilig Thuis. Dit omdat moeder volgens hen hulp afwees en te veel op haar eigen spoor bleef zitten terwijl de situatie van haar dochter zeer ernstig was (suïcidaliteit, snijden, depressie). Er werd afgesproken dat de POH iedere 2-3 weken contact had met haar dochter, zodat die goed in beeld bleef.

De POH heeft ervoor gezorgd dat Charissa op de wachtlijst kwam bij een tweedelijns GGZ-instelling. De praktijkondersteuner heeft samen met de huisarts de verwijsbrief opgesteld en het eerste gesprek geregeld. Echter, ze hebben wel een aantal keer moeten bellen om dit voor elkaar te krijgen. Opvallend is dat toen mevrouw van Klaveren belde de aanvraag werd afgewezen maar toen de POH kort daarna nog een keer belde haar dochter wel in behandeling kon.

Bij de specialistische GGZ-instelling bleek Charissa gelukkig goed op haar plek. Er is ADHD vastgesteld en binnenkort vindt een medicatieconsult plaats. De ondersteuning door de POH J&G is beëindigd toen haar dochter bij de tweedelijns GGZ-instelling kwam.

Volgens mevrouw van Klaveren gaat het thuis en op school nu beter vanwege de hulp die hun dochter nu krijgt en het feit dat zij en haar man het gedrag van Charissa nu beter begrijpen. Vanuit de instelling is wel aangegeven dat Charissa nog de nodige tijd en behandeling nodig heeft.

Tevredenheid

Mevrouw van Klaveren is tevreden over de POH J&G. Zij en haar partner vonden de gesprekken met de POH J&G prettig. Mevrouw van Klaveren kreeg het gevoel dat ze serieus werd genomen. Er werd echt de tijd voor haar genomen. Ze denkt dat een huisarts dat niet kan bieden. De POH bood hen een luisterend oor en ze voelde zich door POH gesteund in haar overtuigingen. Ze had het gevoel een medestander te hebben.

Verhaal 2 Sociale onzekerheid en faalangst

Achtergrond

Anne is 17 jaar oud en woont bij haar ouders. Ze doet de havo.

De 2e lockdown hakte er flink in bij haar. Ze heeft geen broers of zussen, en houdt van sociale contacten. Ze zat niet goed in haar vel en voelde zich somber. Ook over haar schoolwerk was ze heel onzeker en ze kon zichzelf veel stress aanpraten. Daarbij ervaarde ze langdurige druk doordat toetsen vanwege de coronapandemie telkens werden uitgesteld.

Doordat ze haar vriendinnen maar weinig zag, ging ze sterk twijfelen aan haar vriendschappen en zette zichzelf erg onder druk om op de momenten dat ze hen zag *“de leuke vriendin te zijn”*. Ze voelde ze zich op sociaal gebied erg onzeker. Ze kon wel met haar ouders en vriendinnen over haar gevoelens praten. Een aantal van haar vriendinnen liep bij een psycholoog vanwege faalangst. Ze was echter, volgens eigen zeggen, te eigenwijs om toe te geven dat het niet goed ging en ze hulp nodig had.

Begin 2021 liet haar moeder in een gesprek met de huisarts vallen dat het mentaal niet zo goed ging met haar dochter. De huisarts opperde dat haar dochter wel een keer langs kon komen. In het gesprek met de huisarts kwam de praktijkondersteuner ter sprake. Anne had daar nog niet eerder van gehoord.

Inzet POH J&G

Twee weken later had Anne haar eerste gesprek met de POH J&G. Het schoolmaatschappelijk werk was ook een optie geweest vertelt ze, maar die zat vol en ze had daar waarschijnlijk lang moeten wachten op een afspraak.

In totaal is Anne ongeveer 8 maanden, twee perioden van 4 maanden voor en na de zomer, begeleid door de POH. De frequentie en duur van gesprekken was afhankelijk van wat op dat moment nodig was. In het begin sprak ze om de twee weken met de POH, maar soms was het ook iedere week of om de 3 weken als het goed ging. *“Het was heel erg kijken van wat ik fijn vond en hoe het paste”*. De gesprekken duurden meestal 45 minuten, maar gesprekken van 75 minuten kwamen ook voor. De laatste keer stond ze na een half uur alweer buiten, vertelde ze.

Op aanraden van POH heeft ze drie maanden faalangsttraining gevolgd. Ze wist daar eerder niet vanaf en heeft dat bij school moeten navragen. De training werd op school gegeven en bleek heel succesvol. Dit had ze tevoren niet verwacht.

De POH J&G leerde haar onder andere negatieve gedachten te herkennen en te toetsen. Verder moest ze elke dag opschrijven wat ze goed had gedaan. Maar ze vond het fijn dat als dat niet lukte dit niet werd afgekeurd, ‘bestraft’. De hulp bestond vooral uit gesprekken waarbij de POH doorvroeg over waarom ze iets voelde en hoe ze het zou kunnen verbeteren. *“Ik denk dat ze heel goed was in mijzelf de vraag te laten beantwoorden”*. Ook als ze aangaf dat het goed ging, vroeg de POH door. Van wat gaat er dan goed en hoe kunnen we zorgen dat het goed blijft gaan. De POH stelde ook vragen over dingen waar Anne vroeger tegenaan liep.

Na 4 maanden werd het traject afgesloten omdat het goed ging en de POH J&G niet zoveel meer voor haar kon doen. Anne had geen last meer van faalangst, zag haar vriendinnen weer op school en had van de POH geleerd hoe ze met haar negatieve gedachten kon omgaan.

In het schooljaar daarna, na de zomer, is ze teruggegaan naar de POH. Ze had vaak hoofdpijn en wist niet waar dat vandaan kwam. Het bleek stress te zijn. Ze ging naar de huisarts en die verwees haar wederom naar de POH J&G. De stress had onder andere te maken met het feit dat ze uit de lockdown kwam en er daarom weer veel op haar afkwam. Daarbij ervaarde ze extra stress door haar bijbaan. Haar leidinggevende deed denigrerend, wat een deuk gaf in haar zelfvertrouwen.

Ze hebben toen de draad weer opgepakt. De gesprekken verliepen ditmaal sneller omdat de POH haar al kende, denkt ze. Ze merkte dat het haar weer houvast gaf. Na 4 maanden zijn ook deze gesprekken beëindigd. Ze merkt nu dat het echt klaar is. Ze heeft heel veel geleerd en het gaat mentaal goed met haar *"... ik heb echt mijn draai gevonden"*. Omdat ze bang was dat ze weer terug zou vallen, hebben ze de hulp geleidelijk afgebouwd. Bovendien weet ze dat als ze de POH nu opbelt, ze er over een week weer terecht zou kunnen. Ze is na 2 maanden nog een keer bij POH langs geweest maar toen was het voor haar wel duidelijk dat het niet meer nodig was, *"het is goed zo"*.

Ze heeft geleerd dat als ze zich slecht voelt juist contact moet zoeken en niet terug moet trekken. Daarnaast weet ze nu ook dat als ze hoofdpijnklachten heeft ze niet door moet blijven gaan maar even rust moet nemen. Ze heeft geleerd signalen van haar lichaam te herkennen. Op sociaal gebied vertelt ze dat ze heel lang kon blijven nadenken over dingen. De praktijkondersteuner leerde haar de gebeurtenissen minder met haar eigen gedachten in te vullen maar meer met een open blik te kijken. Ze heeft notities gemaakt in een boekje die ze er weer bij kan pakken. Maar het is vooral dat ze veel zelfverzekerder is geworden *"Ik ben wie ik ben en mijn vrienden zijn gewoon mijn vrienden"*. Ze is heel erg gegroeid en merkt nog steeds effect van de gesprekken.

Tevredenheid

Anne vond de gesprekken met de POH prettig. De POH was heel laagdrempelig en ze kreeg goede adviezen, vindt ze. Het klikte, het voelde heel veilig en vertrouwd. Ze vond de POH een fijn persoon. Ze heeft zeldzame momenten gehad waarbij ze dacht *"Weet je hier eigenlijk wel raad mee."* Ze denkt ook dat je met ernstige klachten zoals suïcidale klachten niet bij een praktijkondersteuner moet zitten. Ze vindt het heel fijn dat ze zo snel terecht kon bij de praktijkondersteuner.

Ze zou andere jongeren ook een POH aanraden. *"Ik denk dat er veel tieners rondlopen met problemen waarvan ze zelf niet eens denken van daar kan ik iets aan doen. Dat is er gewoon. Daar loop ik standaard tegenaan ... Ik denk dat die laagdrempeligheid veel meer bewust gemaakt kan worden bij jongeren. Er zijn zo weinig mensen die weten wat de praktijkondersteuner is. Mijn vrienden kenden het helemaal niet. Er mag op scholen veel meer aandacht komen voor dat er zo'n iemand bestaat bij huisartspraktijken. Dat dat ook niet voor alleen heel heftige dingen hoeft te zijn. Dat het ook gewoon een keer een gesprekje kan zijn van dat je denkt hier zit ik mee, misschien kan ik daar wel wat mee. En dat je dat ook gewoon alleen kan doen zonder je ouders"*. Ze denkt dat het goed is als er op school meer aandacht komt voor de POH. Dat bijvoorbeeld iemand tijdens de mentorles hierover vertelt.

Verhaal 3 Drukke en impulsieve zoon

Achtergrond

Mevrouw Slaghekke woont samen met haar partner en 2 kinderen. Ze werkt bij een zorgverleningsorganisatie.

Aanleiding voor de inzet van de POH Jeugd en Gezin waren problemen met haar zoon thuis en op school in groep 8. De jongen was druk en kon soms uit zijn stekker gaan. Door Corona werd de situatie extra zwaar en gingen de ouders naar de huisarts.

“Max was als baby al alert, wilde nooit in de kinderwagen liggen. Eigenlijk al vanaf de geboorte al een wat onrustig en uitgesproken kind. Overal de gezelligheid zien, druk, springerig.” Tot groep 5 konden ze op zijn school redelijk goed met hem omgaan, maar toen kwam er een nieuwe leerkracht en *“is het helemaal uit de hand gelopen”*. Haar zoon Max was erg onrustig. De oorzaak zocht mevrouw Slaghekke destijds met name bij Max zelf. Ondanks dat ze aangaf zich zorgen te maken over de impulsiviteit van haar zoon en haar zoon zelf aangaf dat hij soms erg druk is in zijn hoofd, werd alleen maar onderzoek gedaan naar dyslexie. In groep 7 kreeg Max een *“superjuf die gewoon heel lief, rustig, vriendelijk maar heel duidelijk was. Dat ging supergoed.”* Op dat moment liep nog de afronding van het dyslexie-onderzoek en werd een dyslexieverklaring afgegeven. Ouders gaven bij de juf aan, te denken aan ADHD-onderzoek omdat Max thuis erg onrustig was, maar de Juf van groep 7 zag dit gedrag niet.

In groep 8 kreeg hij 2 juffen en *“toen knalde hij er weer uit”*. Dat had volgens moeder ook te maken met het feit dat de leerkrachten de afspraken rondom haar zoon niet nakwamen. Zoals dat hij voorin de klas mocht zitten en dat, zoals bij de andere juf, als hij onrustig was de papierbakken mocht wegbrengen of een rondje op het plein kon lopen. Corona speelde in groep 8 ook een rol. Max had veel last van de veranderingen hierdoor. Thuis was hij ook heel storend voor zijn zusje die thuis onderwijs kreeg vanwege de lockdown.

Ook vader had moeite met het feit dat zijn zoon dingen doet zonder na te denken terwijl hij zelf juist van de structuur is. Op een gegeven moment liepen de spanning thuis dusdanig op dat toch werd besloten om een ADHD-onderzoek te laten doen: *“niet voor de stempel maar als hij wat handvatten zou krijgen en wij ook om te leren daar beter mee om te gaan, dan zou dat wel gewoon prettig zijn”*. Ze zijn naar de huisarts gegaan die hen vervolgens naar de POH J&G verwees.

Inzet POH J&G

Kort daarna vond het eerste gesprek plaats: *“We konden heel snel terecht”*. De praktijkondersteuner heeft Max vervolgens bij een GGZ-instelling aangemeld voor onderzoek. Na 7 maanden konden ze terecht en in de tussentijd zijn ze door de POH J&G geholpen. In ongeveer 6 gesprekken gaf ze de ouders inzicht en handvatten hoe met hun zoon om te gaan, hielp ze bij vinden van een geschikte school en maakte ze de inzet van medicijnen bespreekbaar.

De begeleiding was met name op de ouders gericht. Max ging de eerste keren nog wel mee, maar gaf al snel aan dat hij niet zoveel behoefte had aan gesprekken. De ouders kregen handvatten om te begrijpen hoe het er in het hoofd van Max aan toegaat. Waarom hij bijvoorbeeld zo impulsief is, zijn rommel niet

opruimt en het makkelijk vindt om contacten te maken maar moeite heeft met het onderhouden ervan. De POH J&G besprak hoe ze Max konden helpen en ondersteunen.

Ook over medicatie werd gesproken. Ouders waren hier in eerste instantie geen voorstander van. De POH kon hen overhalen door uit te leggen wat de medicatie inhield en wat het zou betekenen voor Max.

Omdat het in groep 8 niet goed ging heeft de POH contact opgenomen met één van de leerkrachten om uit te leggen wat belangrijk is voor Max en hoe ze het beste met hem om konden gaan. Maar hier werd volgens moeder niet erg naar geluisterd. POH heeft ouders ook geholpen met het kiezen van een geschikte school voor hun zoon. POH vertelde over de positieve verhalen die ze hoorde over een andere school. Een school waar ze vanuit haar werk ook zelf positieve ervaringen mee had. Voor deze school met leerwegondersteuning was een beschikking nodig. De POH heeft school geholpen bij de aanvraag hiervan.

Bij de GGZ-instelling werd de diagnose ADHD met depressieve klachten gesteld. Nadat de uitslag bekend was, zijn de gesprekken bij de POH beëindigd. Moeder was het hier mee eens. De POH J&G heeft aangegeven dat ze altijd kan bellen als ze haar weer nodig heeft.

Door de medicatie en de overstap naar het middelbaar onderwijs, kwam er veel meer rust thuis. Hun zoon heeft door de medicijnen ook weinig last meer van depressieve klachten

Tevredenheid

Mevrouw Slaghekke vond de gesprekken met de POH erg prettig. Ze is zeer tevreden over de POH omdat haar inzet een positief effect had op het gezin, ze het gevoel had dat de POH veel kennis bezat en goed bij hen als ouders aansloot: *“die ook snapte hoe we tegen dingen aankeken en waar we last van hadden. Het was ook wel dat we ons echt begrepen voelden.”*

Moeder denkt dat ze veel geluk hadden met hun POH omdat deze ervaren was op het stukje waarvoor ze kwamen. Ze denkt dat een POH geschikt is voor kortdurende vraagstukken waar eventueel nog wel een traject op kan volgen. Ze zou POH ook aan anderen aanbevelen: *“want je blijft rondjes lopen zeker als gezin met elkaar en dan is het ook fijn dat iemand anders gewoon van buitenaf eens mee kan kijken en daar adviezen in kan geven”.*

Verhaal 4 Zorgen om gebrek aan (sociaal) initiatief

Achtergrond

Mevrouw Vos woont samen met haar man en 2 kinderen. Beide ouders werken en hebben volgens mevrouw Vos een druk leven.

In de zomer van 2021 gaat ze naar de huisarts. Ze maakte zich zorgen om haar 11-jarige zoon Lucas. Hij toont weinig initiatief, zit het liefst op zijn kamer en heeft moeite met het plannen van zijn huiswerk. Hij heeft ook weinig vrienden.

Corona speelde op dat moment ook nog een rol. Op school ging het goed tot hij kwam thuis te zitten. Daar kwam hij niet aan het werk, kon hij zich niet concentreren. Mevrouw Vos ging naar de huisarts. Die verwees haar door naar het wijkteam en naar de POH J&G om te helpen met de problemen thuis. Het wijkteam heeft meegekeken of onderzoek nodig was. Ze kreeg daar echter het gevoel dat het probleem bij haar werd neer gelegd: *“Jij ziet problemen, jij maakt problemen”*.

Er volgde lichamelijk onderzoek waar niets uitkwam. Tegelijkertijd werd gekeken of er getest moest worden op autisme en ADHD. *“Maar daar zijn zoveel wachtlijsten dus dat hebben we uiteindelijk niet gedaan. Ik heb ook niet zo veel met dat stempeltje per se”*.

Inzet POH J&G

Kort daarna vond het eerste gesprek plaats bij de POH J&G. Moeder was erg blij dat ze zo snel bij de POH terecht konden. De POH J&G sprak met beide ouders, met moeder alleen, daarna nog drie keer met Lucas alleen en tenslotte nog een keer met beide ouders. De gesprekken vonden in een tijdsbestek van 2 maanden plaats.

De POH J&G sprak met haar zoon over zijn planning, zijn houding naar zijn ouders en over helpende gedachten. Lucas bleek veel angsten te hebben. De POH heeft dit met de ouders besproken zodat ook zij ervan wisten, begrepen dat het moeilijk was voor hun zoon en ze hem konden helpen.

Moeder merkte dat Lucas het fijn vond om naar de POH te gaan. Ze had het gevoel dat de POH hem ook heel leuk vond. Ze hadden volgens haar een heel leuke klik. Hoewel haar zoon het vaak lastig vindt om te praten, ging hij wel iedere keer netjes. Hij kwam er ook positief van terug.

Bij de afsluiting vertelde de POH dat als het toch nog fout mocht gaan, ze bij haar terug konden komen. Haar zoon had geen moeite met het afsluiten. Hij vond de gesprekken sowieso al niet echt nodig. Haar man ook niet: *“Zij zijn gewoon mannen en zij houden daar gewoon niet van om daarover te praten.”* Moeder vond het fijn dat hun zoon bij de POH is geweest en ze vindt dat ze er sterker zijn uitgekomen als gezin.

Tevredenheid

Moeder is heel tevreden over de POH. *“Wij waren heel blij met haar. Ze was heel positief ingesteld en heel open. Mijn zoontje durfde daar ook wel heen te gaan.”*

Nu een jaar later gaat het eigenlijk wel heel goed, vindt ze. Ze zijn als gezin heel veel aan het sporten en lol aan het maken. Ze vindt echter nog steeds dat haar zoon meer met vriendjes hoort te spelen.

Moeder merkt ook dat Lucas nu heel serieus is met plannen. Ze denkt dat het feit dat ze naar de POH is gegaan hem heeft wakker geschud, dat hij echt iets moest gaan doen. Maar ze weet niet of het huidige plannen van hem echt nog iets te maken heeft met de gesprekken die hij een jaar eerder had met de POH.

Structureel veranderd is ook dat ze de dingen met haar man kan bespreken. De POH heeft haar man verteld meer op te pakken. Vader ziet nu ook in dat Lucas zichzelf niet kan vermaken, de hele dag één op één begeleiding nodig heeft en dat hij drukker is dan andere kinderen. Lucas wordt nu ook meer geaccepteerd door zijn zusje. Zij was niet bij de gesprekken aanwezig maar hoorde thuis ook dingen over de gesprekken bij de POH. Ze heeft hierdoor mee begrip gekregen voor haar broertje. Lucas begrijpt nu ook beter dat zijn ouders last van hem kunnen hebben. Ze zou de gesprekken met de POH voor haar dochter ook niet verkeerd vinden. Haar dochter is druk, chaotisch en doet niet wat haar gevraagd wordt. Maar het hangt wel erg af van de POH. Het zou de praktijkondersteuner van haar zoon of een soortgelijk iemand moeten zijn: *“... haar wel. Dat ligt ook wel aan de persoon hè...als de klik er niet is dan, ben je ook minder open. Zij is gewoon heel erg fijn en zij is gewoon heel goed.”*

Uiteindelijk was het goed voor het hele gezin. Hun zoon is meer gaan plannen en heeft meer zelfvertrouwen gekregen. Ze hebben de helpende gedachten ook nog vaak toegepast. Moeder is meer gaan loslaten en vader is meer gaan oppakken. Ouders hebben meer geaccepteerd hoe de jongen is en dat ze maar even door moeten zetten totdat hij groter wordt, zelfstandiger is.

Moeder heeft nog steeds wel in haar achterhoofd om ADHD-onderzoek te laten doen bij haar zoon en met haar dochter naar de huisarts te gaan. Maar omdat de kinderen het goed doen op school, twijfelt ze.

Mevrouw Vos ziet duidelijk meerwaarde van de inzet van een POH J&G in de huisartspraktijk: *“Ik vind het zeker een hele erge meerwaarde, want die hulpverlening is gewoon heel brak op dit moment daar heb je niks aan. Dat wanneer die huisarts die verwijzing kan maken en dat je daar dan ook direct terecht kan en dat er naar je geluisterd wordt. Dat er naar je gezin gekeken wordt. Dat er tips en tricks gegeven worden en dat je weer vooruit kan”. Voor gezinnen die wat minder open staan voor hulp is volgens haar het voordeel van de POH J&G dat die heel laagdrempelig is en een lichte vorm van hulp biedt. Deze vorm van hulp was voor hun gezin perfect, vindt moeder. Ze zou anderen ook haar POH aanraden. Ook omdat ze de POH J&G een heel leuk mens vond, benadrukt ze.*

Nu het weer zomervakantie is, merkt ze dat ze het zwaar heeft. De kinderen zijn dan thuis en vragen veel aandacht. Ze heeft voor zichzelf een doorverwijzing naar een psycholoog. Ze merkt verschil met de POH J&G. Bij de POH-volwassenen van haar huisartspraktijk zou ze pas na een paar weken terecht kunnen. Dat heeft volgens haar niet zoveel zin aangezien ze zich nu slecht voelt: *“Je hebt op dat moment hulp nodig en niet pas een paar weken later. Daar heb je gewoon niks aan”. Als je zo lang moet wachten kun je net zo goed direct naar een psycholoog gaan, vindt ze.*

Hoewel moeder dus denkt aan ADHD, zien anderen (huisarts, wijkteam) dat niet. Lucas gedraagt zich buitenhuis dan ook heel anders dan thuis. Ze hebben wel afgesproken dat als het op het voortgezet onderwijs niet goed gaat op planning of vanwege wisseling van docenten, Lucas alsnog een verwijzing voor een ADHD test krijgt. Moeder weet uit haar werk, ze is hulpverleenster, dat het dan toch vaak nog fout gaat.

3.3.3 Samenhang tevredenheid

Laagdrempelig, oplossingsgericht en passend

Uit de verhalen komen de bekende positief gewaarde kenmerken van de POH J&G functie terug: de kortdurende, persoonlijke en oplossingsgerichte aanpak, de snelle laagdrempelige toegang via de huisarts en het bieden van passende (overbruggings)hulp en doorverwijzingen. Opvallend is dat ook wanneer de bijdrage van de POH J&G aan het oplossen van de problemen van de jongere en/of het gezin beperkt wordt geacht, patiënten toch tevreden kunnen zijn over de POH. Dit kwam ook naar voren in eerder onderzoek (van Zeele en Hekelaar, 2018).

Alliantie

Een goede klik tussen cliënt en hulpverlener lijkt van groot belang voor de tevredenheid over de POH J&G. Het is lastig te bepalen waar die klik precies door wordt bepaald. In de verhalen zijn aanwijzingen te vinden dat het voor een goede match belangrijk is dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt. Daarnaast lijkt eigen regie van belang. Dat wil zeggen dat de cliënt het gevoel heeft invloed te hebben op het hulpverleningstraject en dat er geen dingen gebeuren waar hij of zij niet achter staat. Tenslotte, dit bleek ook uit ons eerder onderzoek (Van Zeele & Hekelaar, 2018), vinden ouders en jongeren het belangrijk dat ze positief en met vertrouwen worden benaderd. Dat ze zich gesteund voelen en niet gewantrouwd.

De match of klik tussen hulpverlener en cliënt wordt ook wel alliantie genoemd. Elvins & Graan (2008 in: de Greef et al., 2017) onderscheiden twee vormen van alliantie: alliantie als een professionele samenwerkingsrelatie waarin

sprake is van een persoonlijke band of 'klik' (emotionele alliantie) én overeenstemming over samenwerkingsdoelen en de werkwijze om die doelen te bereiken (taakalliantie). Het is vooral de emotionele alliantie met de POH waarover in de verhalen waardering wordt uitgesproken.

Hoewel er nog meer onderzoek nodig is, zijn er duidelijke aanwijzingen dat er sprake is van een positieve samenhang tussen de alliantie en de resultaten van het hulpverleningsproces (o.a. cliënttevredenheid). De Greef et al. (2017) hebben een systematische literatuurstudie (De Greef et al., 2017) gedaan, waarin ze alle beschikbare kennis over het verband tussen de ouder-hulpverlener alliantie en het resultaat van hulp aan jeugdigen, ouders en gezinnen hebben samengebracht. De meeste van de door hen onderzochte studies (39 van de 46) lieten zien dat er een positief verband bestaat tussen alliantie en resultaat: hoe beter de alliantie tussen ouders en hulpverleners, hoe beter de resultaten met name met betrekking tot het hulpverleningsproces (cliënttevredenheid, uitval).

Structuur

Tenslotte zien we in de verhalen diverse andere resultaten uit de enquête en het eerste deel van het onderzoek (Hekelaar et al, 2021) terug. Zo blijken de lockdown maatregelen maar ook het weer blootstaan aan alle prikkels na het opheffen van de lockdown, de druppels kunnen zijn om hulp te zoeken. Meer in algemene zin zien we aanwijzingen in de verhalen dat in ieder geval een deel van de jongeren gebaat is bij structuur (regelmaat en voorspelbaarheid), face-to-face sociale contacten en niet te veel prikkels in hun dagelijks leven.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

1. Effect op gebruik en kosten niet aangetoond

Onze bevindingen duiden op een kleine, maar niet statistisch significante afname van gebruik en bijhorende kosten van de ambulante GGZ binnen één tot vier jaar na implementatie van de POH J&G functie in de huisartspraktijk.

Er is nader onderzoek nodig om zowel op niveau van de huisartspraktijk als op patiëntniveau de lange termijneffecten van de introductie van de POH J&G te onderzoeken. En of deze effecten variëren voor kinderen met verschillende sociaaleconomische-, culturele en migratieachtergrond.

2. Problemen (deels) opgelost, verwijzingen voorkomen

Jongeren (en hun ouders) deden het vaakst een beroep op de POH vanwege somberheidsklachten, angst en/of stress. Door de hulp van de POH J&G voelen ouders en jongeren zich prettiger en jongeren ervaren een afname van hun klachten. Jongeren en ouders ervaren vooral een effect op het kunnen omgaan met hun problemen maar geven tegelijkertijd aan dat hun problemen niet volledig zijn opgelost. Tenslotte geeft een deel van de ouders aan dat door het contact met de POH hun vertrouwen in de hulpverlening in het algemeen en de bereidheid om in de toekomst hulp te vragen, is toegenomen.

Ongeveer de helft van de cliënten gaf aan te zijn doorverwezen voor verdere hulp. Dit aandeel komt overeen met de schattingen van de POH. Dat zou betekenen dat de helft van de hulpvragen kon worden afgehandeld door de POH, waarvoor mogelijk een deel van de patiënten anders zou zijn doorverwezen.

3. Hoge tevredenheid

Deelnemende huisartsen en POH J&G zijn evenals in 2021 (zeer) positief over de functie POH J&G. Ook de patiënten, jongeren en ouders, blijken vaak (zeer) tevreden. Vooral het laagdrempelige karakter van de POH wordt gewaardeerd. Overigens is het zeer wel mogelijk dat er sprake is van een bias, waarbij vooral de meer tevreden cliënten van de POH J&G zijn oververtegenwoordigd in de responsgroep.

Het merendeel van de huisartsen is van mening dat het hulpaanbod van de POH J&G aansluit bij de hulpbehoefte van patiënten en bijdraagt aan het beperken of overbruggen van wachtlijsten voor de specialistische zorg. De ouders zijn zeer tevreden over de mate waarin de hulp van de POH J&G aansluit bij hun hulpvraag.

De huisartsen en POH J&G zijn overwegend (zeer) positief over de onderlinge samenwerking. Er is waardering voor elkaars expertise en huisartsen voelen zich ontlast door de POH. Aanhoudend knelpunt in de samenwerking is de tijd die huisartsen inruimen voor overleg met de POH.

4. Functie doorontwikkeld, nog niet uitontwikkeld

De POH J&G functie is doorontwikkeld. Ten opzichte van een jaar geleden is er meer duidelijkheid over de functie en zijn de praktijkondersteuners tevredener over de scholingsmogelijkheden.

Tegelijkertijd bestaat er onder POH J&G nog altijd behoefte aan ondersteunende materialen zoals screeningsinstrumenten en aan vakinhoudelijke ondersteuning zoals protocollen, handboeken en instrumenten.

5. Samenwerking blijft aandachtspunt

Een goede samenwerking kan een gerichte verwijzing en collegiaal overleg over jeugdigen vergemakkelijken. Door samenwerking met het wijkteam kunnen POH J&G gebruik maken van de verschillende vormen van specialistische deskundigheid die in het wijkteam aanwezig zijn, zoals over de J-ggz, opvoeding, lvb en huiselijk geweld. Wijkteams maken soms gebruik van de POH J&G om te zorgen dat cliënten via de huisartsenroute sneller specialistische hulp kunnen krijgen.

De tevredenheid over de samenwerking, met name met het wijkteam, blijft echter onverminderd laag. Een minderheid van de POH J&G vindt dat hun functie bijdraagt aan het verbeteren van de samenwerking van de praktijk met het wijkteam terwijl dat een belangrijke doelstelling is van de functie. Een belangrijke belemmering voor de samenwerking tussen de POH J&G en de wijkteams, zijn de veelvuldige personele wisselingen bij de wijkteams.

6. Wachtlijsten problematisch

Huisartsen en POH J&G worden vaak geconfronteerd met lange wachtlijsten voor de specialistische jeugd-GGZ en beschouwen dit als een (zeer) groot probleem. Tegelijkertijd ervaren zij een toename in hulpvragen en zwaarte van problematiek in vergelijking met voor de coronapandemie. Dit baart hen grote zorgen.

4.2 Aanbevelingen

1. Vervolgonderzoek o.b.v. verbeterde registraties

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

Hoewel het aannemelijk is dat de inzet van POH J&G leidt tot het voorkomen van verwijzingen vanuit de huisartspraktijk naar de J-GGZ gaat dit niet aantoonbaar gepaard met lagere kosten en gebruik van specialistische jeugdhulp. Om dit te kunnen verklaren is vervolgonderzoek nodig op basis van betrouwbare registraties. Verbeteren van de registraties is ook noodzakelijk om te kunnen sturen op de kwaliteit en kosten van de jeugdhulp in Rotterdam als geheel.

2. Verbeteren samenwerking door afspraken en persoonlijk contact

Overeenkomstig de tussenrapportage (Hekelaar et al., 2021) en het onderzoek van Spijk en de Jonge et al. (2019) constateren we dat voor een goede samenwerking het belangrijk is dat de partners uit het zorgnetwerk elkaar goed kennen.

Het gaat erom een gezicht te hebben bij de andere organisatie en weten wat de ander wel en niet voor je kan betekenen. De POH J&G kan dit bevorderen door zichzelf regelmatig actief en persoonlijk voor te stellen aan de wijkpartners. Een sociale kaart met up to date informatie over de organisaties in de wijk en de contactpersonen aldaar, kunnen hier ook aan bijdragen. Daarnaast zijn bereikbaarheid, vertrouwen en afspraken rondom het uitwisselen van informatie van belang. Er zou in ieder geval na aanmelding vanuit het wijkteam een terugkoppeling moeten komen naar de POH J&G of en wanneer een behandeling start en op het moment dat een behandeling wordt beëindigd.

Ten slotte is een belangrijke voorwaarden voor een goede samenwerking een stabiel wijknetwerk met een brede expertise en ondersteuningsaanbod op het gebied van J-ggz, opvoeding, lvb- en huiselijk geweld problematiek. Stabiel betekent niet te veel wisselingen van organisaties en medewerkers. De veelvuldige voorkomende personele wisselingen op dit moment vergroot het belang van het elkaar tijdig informeren over personele en organisatieveranderingen en van een warme overdracht.

5 Literatuurlijst

- Arrojo MJ, Bromberg J, Walter HJ, Vernacchio L. [Pediatric primary-care integrated behavioral health: a framework for reducing inequities in behavioral health care and outcomes for children.](#) *Pediatric Clinics*. 2023;70(4):775-89.
- 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 migrantenjeugd 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 achterstandsituatie.](#) Rotterdam: OBI, RISBO.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). [Jaarrapport 2017 Landelijke Jeugdmonitor.](#) Den Haag: CBS.
- Collishaw S. [Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health.](#) *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):370-93.
- 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. Kruij (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.
- Eijgermans DGM, Fang Y, Jansen DEMC, Bramer WM, Raat H, Jansen W. [Individual and contextual determinants of children's and adolescents' mental health care use: A systematic review.](#) *Child Youth Serv Rev*. 2021;131:106288.
- Gemeente Rotterdam (2018). *Nieuwe Energie voor Rotterdam. Coalitieakkoord 2018-2020.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam.
- Gezondheidsraad (2012) *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd.* Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2012/14.
- De Greef, Marieke & Van Hattum, Marion & Scholte, Ron & Pijnenburg, Huub. (2017). *Een goede samenwerkingsrelatie: Ouder-hulpverlener alliantie en resultaten van hulp aan jeugdigen, ouders en gezinnen.* *Vakblad Sociaal Werk*. 18. 25-27. 10.1007/s12459-017-0047-0.
- Grujter, 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., S. Boer en O. Erdem (augustus 2021). [Tussenrapportage evaluatie inzet Praktijkondersteuner Huisartsen Jeugd en Gezin in de Rotterdamse huisartspraktijken](#). Rotterdam: Gemeente Rotterdam-Onderzoek & Business Intelligence.

Hekelaar, A en J. Omlo (maart 2018). [Lol in cultuursensitief werken. Evaluatieonderzoek 'Live Online Leren training in cultuursensitief werken bij kwetsbare migrantenjeugd'](#). 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.

Koet LBM, Gerger H, Jansen W, Bindels PJE, de Schepper EIT. [Evaluation of practice nurses' management of paediatric psychosocial problems in general practice](#). J Public Health (Oxf). 2024.

Kringos, D., J. van den Broeke, A. van der Lee, T. Ploch 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 Jeugdinstuut (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.

Verhoog S, Eijgermans DGM, Fang Y, Bramer WM, Raat H, Jansen W. [Contextual determinants associated with children's and adolescents' mental health care utilization: a systematic review.](#) Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022.

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

Visser K, Bolt G, Finkenauer C, Jonker M, Weinberg D, Stevens GWJM. [Neighbourhood deprivation effects on young people's mental health and well-being: A systematic review of the literature.](#) Soc Sci Med. 2021;270:113542.

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

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

Woods J-B, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. [Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review.](#) BMJ Open. 2020;10(12):e042052.

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

