

College van burgemeester en wethouders

GOEDGEKEURD

Vergadering van 19 november 2024

Beleid en Uitvoering - Team
Samenleving

11 2024_B&W_00772 Informatienota over jeugdconsulenten bij huisartsenpraktijk

Samenstelling:

Aanwezig:

Rob Bats, burgemeester en voorzitter; M. Smit, wethouder; T. Jongman, wethouder; Bram Harmsma, wethouder; Marcel Scheringa, wethouder; M.W. de Graaf, gemeentesecretaris

Samenvatting

Onze gemeente heeft het lectoraat jeugd van hogeschool Windesheim gevraagd om vanuit de Regionale Kenniswerkplaats Jeugd IJsselland (RKJ IJsselland) onderzoek te doen naar de inzet van de jeugdconsulent bij de huisartsenpraktijk. Het onderzoek vond plaats bij het gezondheidscentrum De Allee in Steenwijk. De centrale vraag van het onderzoek was: "In welke mate draagt de inzet van een jeugdconsulent bij de huisarts in de gemeente Steenwijkerland bij aan het verminderen van doorverwijzingen naar de geïndiceerde jeugdhulp en het normaliseren?"

Conclusies uit het onderzoek zijn:

- Door de inzet van de jeugdconsulent wordt snelle en laagdrempelige hulp geboden waardoor doorverwijzing naar specialistische jeugdzorg minder nodig is.
- De inzet van de jeugdconsulent draagt bij aan passende zorg en houdt betrokkene ook na een doorverwijzing in beeld.
- Er wordt door de gemeente meer grip gehouden op het aantal doorverwijzingen (zowel inhoudelijk als financieel)
- De wachtlijsten worden korter en de huisartsen worden ontlast.

Aanbevelingen om de werkwijze te verbeteren zijn:

- Maak verwachtingen helder over de werkwijze van de jeugdconsulent en de Praktijkondersteuner bij de Huisarts (POH-er) GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) Jeugd bij alle betrokkenen.
- Maak bij uitbreiding van de werkwijze naar andere praktijken (werk)afspraken rond triage met jeugdconsulent en POH-er GGZ Jeugd.

Informatienota

Inleiding

We hebben onderzoek laten doen naar de resultaten en effecten van de inzet van jeugdconsulenten bij een gezondheidscentrum waar drie huisartsen gevestigd zijn. U bent als raad hierover geïnformeerd en de toezegging is gedaan om de uitkomsten van dit onderzoek met u te delen.

Het onderzoek richtte zich primair op de ervaringen met de jeugdconsulent, maar ook de ervaringen met de POH-GGZ Jeugd zijn aan bod gekomen. Vanuit verschillende perspectieven zijn deze ervaringen in beeld gebracht: huisartsen, jeugdconsulent, POH-GGZ Jeugd en ouders en jongeren zelf. Binnen het onderzoek is het gedachtengoed van het normaliseren*, het gewone leven, als uitgangspunt genomen.

*Met normaliseren wordt bedoeld: het minder 'labelen' van kinderen en jongeren (wat samenhangt met minder doorverwijzingen); opvoedvragen worden pedagogisch benaderd (kijkend naar de context) en minder vanuit zorg en gezondheid.

Kernboodschap

Sinds een aantal jaren investeert de gemeente Steenwijkerland in het enkele uren per week bij een huisarts inzetten van een professional met expertise over de jeugdhulp (POH-Jeugd GGZ en jeugdconsulent). Dat heeft over het algemeen drie doelen:

1. Het ondersteunen van de huisarts bij beslissingen rond de inzet van passende zorg.
2. Het, afhankelijk van eigen kennis en ervaring, bieden van snelle hulp bij de huisarts in korte trajecten.
3. Het voorkomen van (onterechte/onnodige) verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp.

Het lectoraat jeugd van Hogeschool Windesheim is gevraagd om onderzoek te doen naar de inzet van de jeugdconsulent bij de huisartsenpraktijk. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij het gezondheidscentrum De Allee in Steenwijk, waar drie vaste huisartsen gevestigd zijn. Vanaf medio 2023 wordt gewerkt met de inzet van de jeugdconsulent. De POH-er GGZ Jeugd is sinds 2022 werkzaam bij deze huisartsenpraktijk. De centrale vraag van het onderzoek was *"In welke mate draagt de inzet van een jeugdconsulent bij de huisarts in de gemeente Steenwijkerland bij aan het verminderen van doorverwijzingen naar de geïndiceerde jeugdhulp en het normaliseren?"*

Het onderzoek leverde de volgende inzichten op:

- De jeugdconsulent heeft net als de POH-er GGZ Jeugd ruimte om laagdrempelige ondersteuning te bieden. Als kinderen en jongeren naar de jeugdconsulent worden verwezen kan worden bijgedragen aan normaliseren en minder doorverwijzen naar geïndiceerde jeugdhulp.
- De huisartsen zien naast de inzet van POH-GGZ Jeugd het als meerwaarde dat de jeugdconsulent kan focussen op problematiek vanuit het gezinssysteem.
- Huisartsen zien mogelijkheden om nog breder in te zetten op preventie door:
 - jeugdconsulenten ook op andere plekken in te zetten, en
 - partners te laten verwijzen naar de jeugdconsulent voor laagdrempelige ondersteuning.

Vanuit het onderzoek worden ook een aantal aanbevelingen meegegeven. Dit zijn zowel aanbevelingen om de huidige werkwijze te verbeteren als aanbevelingen om deze werkwijze te laten groeien naar andere of meerdere locaties:

- Om de werkwijze zo goed mogelijk te laten slagen, is het belangrijke dat de (waarnemend) huisartsen, jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd elkaar goed kennen. Dat betekent dat ze op de hoogte zijn van elkaars expertise, rollen en taken, zodat ze goed gebruik kunnen maken

van de mogelijkheden. Hiervoor kunnen gezamenlijke overleggen en afstemmingsmomenten ingepland worden.

- Het is aan te bevelen om de toeleiding van kinderen en jongeren naar de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd eenduidig te maken. Het is belangrijk om een duidelijke keuze te maken of de jeugdconsulent wordt ingezet voor triage en wie wanneer naar welke professional wordt doorverwezen. Dit wordt makkelijker als iedereen elkaar goed kent.
- Tot slot is het belangrijk dat de (waarnemend) huisartsen zich committeren aan het werken met de inzet van een jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd. Ze moeten de tijd nemen om zich te verdiepen in de mogelijkheden, afstemming opzoeken en goede afspraken onderling maken.

Consequenties voor de gemeente

We nemen de aanbevelingen uit het rapport van het RKJ IJsselland mee om de huidige werkwijze te verbeteren en deze te laten groeien naar andere of meerdere locaties.

Communicatie

De uitkomsten van het onderzoeksrapport is met de betrokken huisartsen en POH-er GGZ jeugd besproken. Ze herkennen de onderzoeksresultaten en werken graag mee om de aanbevelingen toe te passen.

Vervolg

We willen toewerken naar de situatie waarin in huisartsenpraktijken zowel de POH-er Jeugd GGZ werkzaam als ook een jeugdconsulent aanwezig/beschikbaar is. Hierin zal verbinding worden gemaakt met afspraken vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Besluit

In te stemmen met de informatienota over de uitkomsten van het onderzoek naar de inzet van jeugdconsulenten bij de huisartsenpraktijk.

Bijlagen

1. RKJ Eindrapportage Steenwijkerland.pdf

RKJ IJsselland

Inzet jeugdconsulent bij de huisarts in Steenwijk

Een verkennend onderzoek



Inhoud

Inleiding	3
Aanleiding van het huidige onderzoek	4
Aanpak van het huidige onderzoek	6
Methodologie	7
Literatuuronderzoek en contextverkenning	7
Praktijkverkenning	8
Literatuurverkenning	10
Praktijkverkenning	16
Context	16
Aanleiding inzet POH-GGZ Jeugd en jeugdconsulent	18
Praktijk inzet jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd	20
Onderscheid jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd	22
Samenwerking	24
Bevorderende en belemmerende factoren	25
Verbeterpunten en wensen	27
Conclusie en discussie	28
Bevorderende en belemmerende factoren	29
Normaliseren	30
Betrokkenheid bij het onderzoek	30
Aanbevelingen	31
Referenties	32



klikbaar

Inleiding

De gemeente Steenwijkerland heeft het lectoraat jeugd van hogeschool Windesheim gevraagd om vanuit de Regionale Kenniswerkplaats Jeugd IJsselland onderzoek te doen naar de inzet van de jeugdconsulent bij de huisarts. Het thema van de RKJ IJsselland is: Samen normaliseren. De RKJ IJsselland zoekt samen met jongeren, ouders en professionals uit wat de betekenis is van doelstellingen in de jeugdwet als: normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. Het doel is om kennis op te halen over deze onderwerpen en deze te vertalen naar concrete producten die gebruikt kunnen worden bij het maken van nieuw jeugdbeleid. Er wordt gekeken hoe dit kan worden ingezet in de directe leefomgeving van jongeren en hun gezinnen. En hoe professionals dit kunnen integreren in hun dagelijkse handelingspraktijk.

Binnen het onderzoek voor de gemeente Steenwijkerland nemen we het gedachtegoed van het normaliseren, het gewone leven, als uitgangspunt. Wat we zien is dat de druk op de jeugdhulp de afgelopen jaren alleen maar is toegenomen, ook in de gemeente Steenwijkerland. Het aantal jongeren dat (intensieve) hulp nodig heeft is gestegen, de wachttijd voor hulp is langer geworden en twee op de drie gemeenten komen geldtekort voor jeugdzorg. Om de transformatiedoelen toch te realiseren krijgen gemeenten onder meer de aanbeveling meer te investeren in meer preventieve voorzieningen. De verwachting is dat daarmee het beroep op gespecialiseerde zorg vermindert en kosten kunnen worden bespaard. We sluiten vanuit dit onderzoek ook aan bij belangrijke uitgangspunten van de Hervormingsagenda Jeugd.

Eén van de preventieve voorzieningen in Steenwijkerland is de inzet van een jeugdconsulent bij de huisarts. De inzet van een jeugdprofessional bij de huisarts wordt in de literatuur gezien als een sterke eerstelijnsvoorziening waar kinderen, jongeren en hun ouders terecht kunnen met hun vragen, laagdrempelige ondersteuning wordt geboden en waar nodig intensievere hulp wordt ingeschakeld. Door een goede samenwerking tussen het wijkteam en de huisarts kunnen kinderen en jongeren dicht bij huis de hulp krijgen die ze nodig hebben en kan specialistische jeugdhulp tijdig ingezet worden (NJI,2020).

De jeugdprofessional die aanwezig is in de huisartsenpraktijk en samenwerkt met huisartsen kent verschillende benamingen. Zoals POH-GGZ Jeugd, ondersteuner jeugd en gezin, jeugd- en gezinswerker, praktijkondersteuner jeugd of specialistische ondersteuner jeugd. In Steenwijkerland wordt gewerkt met een POH-GGZ Jeugd

en een jeugdconsulent. Ook de achtergrond en positionering van deze professionals verschillen in de praktijk. Zo kan deze professional expertise hebben op het gebied van jeugd-ggz, of juist veel werkervaring hebben in het lokale veld. De jeugdprofessional kan in dienst zijn bij een huisartsenpraktijk, wijkteam, gemeente of jeugdhulp-aanbieder (NJI, 2020).

Aanleiding van het huidige onderzoek

De huisarts wordt vaak gezien als eerste aanspreekpunt voor vragen, ook voor ouders en jongeren. De huisarts komt veel vragen tegen rondom opvoeden en opgroeien en heeft de mogelijkheid om door te verwijzen naar verschillende vormen van jeugdhulp. Binnen huisartsenpraktijk de Allee in Steenwijkerland was er een wens voor kortere lijnen met de GGZ vanwege de lange wachtlijsten en ook de beperkte tijd van de huisarts om te kunnen voldoen aan de behoeften van ouders en kinderen. Binnen de praktijk wordt ook gewerkt met een praktijkondersteuner GGZ voor volwassenen en vanuit die positieve ervaring is in 2018 bij de gemeente de vraag neergelegd voor een praktijkondersteuner GGZ Jeugd (POH-GGZ Jeugd). Deze is gekomen en daarop aanvullend werd later door de gemeente ook de optie van de jeugdconsulent geboden. Zij werken beiden 1 dag per week in de huisartsenpraktijk. De gedachte is dat zij naast kortere lijnen met jeugdhulporganisaties ook zelf kortdurende hulp kunnen bieden waardoor doorverwijzing kan worden voorkomen.

Dit onderzoek richt zich primair op de ervaringen met de jeugdconsulent, maar ook de ervaringen met de POH-GGZ Jeugd komen daarbij aan bod. Vanuit verschillende perspectieven worden deze ervaringen in beeld gebracht; huisartsen, jeugdconsulent, POH-GGZ Jeugd en ouders en jongeren zelf. Naast ervaringen wordt gekeken in hoeverre de inzet van de jeugdconsulent en de POH-jeugd GGZ leidt tot minder doorverwijzen naar geïndiceerde jeugdhulp en in hoeverre hun inzet leidt tot meer normaliseren.

Met normaliseren bedoelen we in dit onderzoek het minder 'labelen' van kinderen en jongeren (wat samenhangt met minder doorverwijzen) en daarmee ook dat opvoedvragen pedagogisch worden benaderd (dus kijken naar de context) en minder vanuit zorg en gezondheid.

De centrale vraag van het onderzoek

“In welke mate draagt de inzet van een jeugdconsulent bij de huisarts in de gemeente Steenwijkerland bij aan het verminderen van doorverwijzingen naar de geïndiceerde jeugdhulp en het normaliseren?”

Deelvragen

- Wat is er in de literatuur bekend over de inzet van jeugdhulp in de huisartsenpraktijk?
- Hoe ervaren huisartsen, de jeugdconsulent, POH-GGZ Jeugd, ouders en jongeren de inzet van jeugdhulp in de huisartsenpraktijk? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren?
- In hoeverre leidt de inzet van jeugdhulp bij de huisarts tot minder doorverwijzingen naar de geïndiceerde jeugdhulp?
- In hoeverre draagt de inzet van jeugdhulp bij de huisarts bij aan normaliseren?
- Welke aanbevelingen voor de praktijk zijn er om de inzet van jeugdhulp bij de huisarts te verbeteren?

Aanpak van het huidige onderzoek

Dit onderzoek is begonnen in september 2023 en heeft gelopen tot de zomer van 2024. In dit onderzoek is ervoor gekozen om te starten met een literatuurverkenning en vervolgens is de praktijk verkend door middel van interviews, een vragenlijst onder jongeren en ouders en een aantal groepsbijeenkomsten met de betrokkenen. Ook wordt de context van de huisartsenpraktijk meegenomen in de praktijkverkenning. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden verder toegelicht. De resultaten van deze aanpak zijn beschreven in de hoofdstukken daarna. De rapportage eindigt met conclusies, discussie en aanbevelingen voor de praktijk. ●



Methodologie

Dit onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen:

- Literatuuronderzoek en contextverkenning
 - Betrokkenen bij het onderzoek
- Praktijkverkenning
 - Start- en eindbijeenkomst
 - Interviews
 - Vragenlijst voor ouders en jongeren
 - Analyse

Literatuuronderzoek en contextverkenning

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd om te kijken wat er al bekend is over de inzet van jeugdprofessionals in verschillende settingen en hoe dit samenhangt met normaliseren. Er is ook gezocht naar contextuele informatie die relevant is voor de werkwijze van de jeugdconsulent in de huisartsenpraktijk. Hierbij is er gekeken naar beschikbare gezondheidsdata, informatie op websites van de gemeente en partners en in beleidsstukken.

Betrokkenen bij het onderzoek

Als direct betrokkenen bij het onderzoek rekenen we de huisartsen van De Allee, de praktijkmanager van de huisartsenpraktijk, de jeugdconsulent, de POH-GGZ Jeugd, de ambtenaar/opdrachtgever van de gemeente Steenwijkerland en de ouders en jeugdigen zelf.

Praktijkverkenning

Start- en eindbijeenkomst

Als aftrap van dit onderzoek hebben we een bijeenkomst georganiseerd voor alle betrokkenen. Hiervoor waren huisartsen, praktijkmanager, jeugdconsulent, POH-GGZ Jeugd en betrokken gemeenteambtenaren uitgenodigd. Tijdens deze bijeenkomst wilden we uitleg geven over hoe het proces van het onderzoek eruit gaat zien en de eerste input ophalen. De planning was om voor de contextverkenning een netwerkanalyse met de deelnemers van het onderzoek te doen. Het is niet gelukt om deze bijeenkomst uit te voeren zoals gepland. Er waren geen huisartsen aanwezig en ook de POH-GGZ Jeugd was er niet bij. Met de aanwezigen hebben we het onderzoeksproces besproken en zijn we kort ingegaan op relevante ontwikkelingen in Steenwijk. Door de beperkte groep is het niet gelukt om de netwerkanalyse uit te voeren. Aan het einde van het onderzoek was het opnieuw de bedoeling om een gezamenlijke bijeenkomst te organiseren. Dit keer om de tussentijdse resultaten te delen en met elkaar te bespreken. Op deze manier hoopten we onduidelijkheden te verhelderen en ook de deelnemers van het onderzoek zelf nieuwe inzichten te geven waar ze direct mee aan de slag konden. Het is toen opnieuw niet gelukt om genoeg mensen bij elkaar te brengen voor het organiseren van een zinvolle bijeenkomst. Zinvol hebben we gedefinieerd als aanwezigheid van verschillende betrokkenen en perspectieven.

Interviews

De volgende fase van het onderzoek was het uitvoeren van interviews met verschillende betrokkenen. Alle interviews zijn door twee onderzoekers uitgevoerd. We zijn begonnen met individuele interviews met de beleidsmedewerker jeugd van gemeente Steenwijkerland en de praktijkmanager van de huisartsenpraktijk. Beide interviews waren vooral om de context en aanleiding van de werkwijze duidelijk in kaart te brengen. Dit werd gevolgd met een duo-interview met de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd. De focus van dit gesprek was om van hen samen te horen over hun dagelijkse werk, hun ervaringen binnen de huisartsenpraktijk en het onderscheid tussen de twee verschillende professionals. Later zijn de verschillende huisartsen uitgenodigd voor een interview. Het was moeizaam om met hen een afspraak in te plannen vanwege hun dagelijkse praktijk maar uiteindelijk zijn drie van de vaste artsen geïnterviewd. Na een eerste analyse zijn we daarna opnieuw teruggekomen bij de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd om met hen nog individuele interviews in te plannen. Met de jeugdconsulent is dit gelukt. Met de POH-GGZ Jeugd niet. De insteek van het opnieuw interviewen van deze professionals was om te horen over de ervaringen tijdens de tussenliggende maanden en om onduidelijkheden/discrepanties in de antwoorden van verschillende betrokkenen op te helderen. Daarnaast had de gemeente Steenwijkerland in de tussentijd data gedeeld over de inzet van de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd en wilden

we hier graag op doorvragen. Dit hebben we dus uiteindelijk alleen bij de jeugdconsulent kunnen doen. Alle interviews waren semi gestructureerd waarbij er gebruik werd gemaakt van vooraf opgestelde vragenlijsten gebaseerd op literatuur en afhankelijk van de functie van de geïnterviewde. Er is op basis van de antwoorden van de respondenten verder doorgevraagd op relevante onderdelen. Het grootste deel van de interviews is online via Microsoft Teams uitgevoerd.

Vragenlijst voor ouders en jongeren

Om een goed beeld te krijgen van de ervaringen met de inzet van een jeugdconsulent en de POH-GGZ Jeugd bij de huisartsenpraktijk willen we in dit onderzoek ook het perspectief van jongeren en ouders meenemen. Tijdens een inventarisatie van de jeugdconsulent bleek dat jongeren en ouders terughoudend waren om een interview met ons te doen over hun ervaringen. Daarom is samen bedacht om twee korte vragenlijsten op te stellen. De eerste vragenlijst was voor jongeren boven de 16 jaar die ervaring hadden met de hulp van de jeugdconsulent of POH-GGZ Jeugd. De tweede vragenlijst is voor de ouders van jongeren onder de 16 jaar die hulp hebben ontvangen. De vragenlijsten zijn zo kort mogelijk gehouden zodat de kans op invullen het grootst was. Met de jeugdconsulent is afgestemd dat jongeren of ouders nog in de praktijk tijd zouden krijgen om de vragenlijst in te vullen. De vragen waren beschikbaar via een link en een QR-code. Ook de POH-GGZ Jeugd is gevraagd om jongeren en ouders de vragenlijst voor te leggen.

Uiteindelijk hebben twee jongeren en één ouder de vragenlijst deels ingevuld. Dit is niet voldoende data om uitspraken over te doen en mee te nemen in de rapportage.

Analyse

Alle geïnterviewden hebben een toestemmingsverklaring getekend en ingestemd met het opnemen van de interviews met een recorder of via Teams. Deze opnames zijn later teruggeluisterd en uitgewerkt in samenvattingen. De samenvattingen zijn in het analyseprogramma Atlas.ti gezet om hierin te coderen. We hebben gebruik gemaakt van een grotendeels inductieve codeermethode. De samenvattingen waren opgebouwd aan de hand van een aantal thema's die we veelal weer terugzagen in de coderingen. Naast deze codes die horen bij de thema's zijn er ook andere nieuwe codes toegevoegd vanuit de data. Vanuit de coderingen in Atlas.ti is daarna een eerste analyse gemaakt. Deze eerste analyse bood inzicht in de missende elementen die nog uitgevraagd dienden te worden aan de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd. Nadat een extra interview is afgenomen met de jeugdconsulent is deze opnieuw uitgewerkt en gecodeerd in Atlas.ti. De bevindingen hiervan zijn toegevoegd in de analyse. Deze analyse is meegenomen in de uiteindelijke rapportage.



Literatuur- verkenning

De eerste deelvraag van dit onderzoek richt zich op wat er in de literatuur bekend is over de inzet van jeugdhulp in de huisartsenpraktijk. Hiervoor is gekeken naar onderzoek binnen Nederlandse huisartsenpraktijken zowel als het gaat om de POH-GGZ jeugd als om de jeugdconsulent (jeugdprofessionals). We hebben ons gericht op literatuur die aansluit bij de praktijksituatie in Steenwijkerland. Het gaat om zeven onderzoeken uit verschillende gemeenten/regio's en één overkoepelende studie van het NJI. De resultaten van het literatuuronderzoek worden aan de hand van de volgende thema's beschreven:

- Positionering binnen de praktijk en gemeente
- Taken en competenties van de jeugdprofessional
- Laagdrempeligheid van de ondersteuning
- Rol jeugdprofessional in normaliseren
- Effect op doorverwijzingen
- Kostenbesparing
- Aandachtspunten

Positionering binnen de praktijk en gemeente

Wijkteams en huisartsen zijn partners in het bieden van passende hulp aan kinderen, jongeren en hun ouders. Binnen steeds meer huisartsenpraktijken heeft een jeugdprofessional een plek ingenomen. In de huisartsenpraktijken Noord- en Midden-Limburg worden vier functies onderscheiden, die de rol van jeugdprofessional vervullen; een Specialist Ondersteuner Jeugd, een praktijkondersteuner GGZ-Jeugd, Praktijkondersteuner GGZ met affiniteit en kennis op het gebied van jeugd en een medewerker van de gemeente en/of voorliggend veld¹. In sommige gemeenten ligt de nadruk meer op het brengen van GGZ-expertise naar de voorkant terwijl in andere gemeenten de jeugdprofessional zich meer richt op vragen van ouders in het alledaagse opvoeden en opgroeien.

¹ <https://venray.raadsinformatie.nl/document/10590045/1/Bijlage+6+Verschil+en+overeenkomsten+SOJ+en+POH+Jeugd+GGZ29-6-2020>

De jeugdprofessional ondersteunt de huisartsen in de zorg en biedt begeleiding aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar. In Maastricht-Heuvelland verwijzen huisartsen naar de POH-jeugd (in ons onderzoek POH-GGZ Jeugd) omdat er meer tijd is voor vraagverheldering (uitgebreide triage) waardoor er meer passende begeleiding kan worden geboden (ZIO en blauwe zorg in de wijk, 2020). De POH-jeugd inventariseert samen met ouders/jeugdigen (en eventueel betrokkenen) de klachten en problemen. Vervolgens volgt er een advies voor de ouders/jeugdige en de huisarts. Dit kan gaan om behandeling door de POH-jeugd zelf of om doorverwijzing. Bij behandeling door de POH-jeugd, is de huisarts de hoofdbehandelaar en de POH-Jeugd het eerste aanspreekpunt voor de ouder/jeugdige. Indien nodig is er sprake van samenwerking met andere partijen en er is een korte lijn met het team Jeugd van de gemeente. De POH-jeugd besteedt extra aandacht aan het verstevigen van het netwerk.

Het succes van de jeugdprofessional in de huisartsenpraktijk zit ook in de verbinding met én de huisarts én het wijkteam (NJI, 2020). De jeugdprofessional heeft zicht op het aanbod en de expertise van het wijkteam.

Uit scriptieonderzoek van Tammes (2022), waarin tien praktijkondersteuners (POH-GGZ Jeugd) zijn geïnterviewd, blijkt dat de werkrelatie tussen de jeugdprofessional en de huisarts verschillend wordt ingevuld. Bij ongeveer de helft is er laagdrempelig contact met de huisarts en zijn er vaste overlegmomenten. Dan is er mogelijkheid om casuïstiek te bespreken en af te stemmen over eventuele doorverwijzingen. Bij de andere helft zijn deze vaste momenten er niet en zijn de jeugdprofessionals minder betrokken bij het besluitvormingsproces rondom doorverwijzingen.



Taken en competenties van de jeugdprofessional

De benaming van de jeugdprofessional en de precieze invulling van de functie verschilt dan wel per gemeente, maar de taken en de vragen waarmee de professional te maken krijgt komen grotendeels overeen. Soms ligt de focus meer op de GGZ-expertise en in andere praktijken is gekozen voor een professional die zich ook richt op vragen van kinderen en ouders die horen bij het alledaagse opgroeien en opvoeden. Vragen waar zij mee te maken krijgen hebben veelal betrekking op psychosociale problematiek. In de rapportage van het NJI (2020), waarin literatuuronderzoek is gedaan naar de inzet van de jeugdprofessional bij de huisarts, zijn de volgende taken beschreven:

- Vraagverheldering (triage en screening)
- Opvoedingsondersteuning
- Laagdrempelige advisering
- Kortdurend begeleiden of behandelen
- De huisarts ondersteunen met informatie en advies
- Samenwerking met partners, zoals het wijkteam
- Doorverwijzen naar voorliggende voorzieningen of specialistische jeugdhulp
- Overbruggingszorg bieden
- Medicatiebegeleiding; dit komt relatief weinig voor

Om de verschillende taken goed uit te kunnen voeren is het van belang dat de jeugdprofessional beschikt over de juiste competenties, zoals het kunnen inschatten of een doorverwijzing nodig is of dat kortdurende hulp voldoende is. Daarnaast komt in de literatuur het belang van 'breed kijken' naar opvoedhulp naar voren (Bos-de Groot & Baart, 2018). Voor jeugdprofessionals bij de huisarts met een jeugd-GGZ achtergrond is het belangrijk om niet te denken vanuit classificaties en behandelprotocollen (Duijvestijn, Bogaart, Fransen, & Özgül, 2017). Wel heeft de jeugdprofessional kennis nodig over de ernst en complexiteit van problemen, belemmeringen en eventuele risico's (Spijk-de Jonge et. al., 2019) om een goede inschatting te kunnen maken of doorverwijzen wel of niet nodig is. Dit vraagt specifieke expertise op het gebied van jeugd GGZ-problemen en evidence based interventies.

Ook is kennis van de sociale kaart belangrijk. Goed op de hoogte zijn van de sociale kaart draagt bij aan het goed kunnen beoordelen waar kinderen en jongeren het beste tijdige en passende hulp kunnen krijgen (Bos-de Groot & Baart, 2018).

Laagdrempeligheid van de ondersteuning

Doordat de jeugdprofessional is gepositioneerd binnen de huisartsenpraktijk, kan op een laagdrempelige manier ondersteuning worden geboden. Ouders en jeugdigen zien de huisartsenpraktijk als een relatief veilige omgeving; er is vertrouwen in het beroepsgeheim en de deskundigheid van de huisarts. Ze bespreken daardoor met

de huisarts (mogelijk) makkelijker de sociaal psychische problemen van hun kind (van Zeele & Hekelaar, 2018; Stevenson, 2019). Onderzoek vanuit Accare, Molendrift, Karakter en KJP (Spijk-de Jonge et. al., 2019) laat zien dat jeugdigen/gezinnen die niet openstonden voor hulp door deze laagdrempelige voorziening nu wel langzaam hulp toelaten.

Rol jeugdprofessional in normaliseren

Tammes (2022) heeft onderzoek verricht naar de rol van de POH-jeugd als het gaat om normaliseren bij kinderen met psychosociale problematiek. Hiervoor zijn tien jeugdprofessionals geïnterviewd en zij vinden allen normaliseren passend bij hun rol. Zij associëren normaliseren met: “moeilijkheden behoren bij het leven”, “het accepteren van verschillen” en “gedrag plaatsen in de context”. Om te kunnen normaliseren is een goede relatie tussen de jeugdprofessional en de zorgvrager essentieel. De geïnterviewden hanteren overwegend een contextuele visie waarbij de aandacht uitgaat naar het zoeken van oorzaken en oplossingen van problemen in de omgeving van het kind in plaats van denken vanuit een biomedische visie gericht op diagnostiek en het voorschrijven van medicatie. Het bieden van passende ondersteuning is het uitgangspunt.

Effect op doorverwijzingen

In hoeverre deze normaliserende houding leidt tot minder doorverwijzingen is volgens Tammes (2022) moeilijk te herleiden uit de registraties. Ook uit het onderzoek van Accare, Molendrift, Karakter en KJP (Spijk-de Jonge et. al., 2019) kan niet de conclusie worden getrokken dat er sprake is van minder doorverwijzingen omdat de juiste data niet beschikbaar is. Echter in de kwalitatieve evaluaties onder betrokken professionals wordt wel het beeld geschetst dat de inzet van de jeugdprofessional leidt tot het bieden van laagdrempelige hulp en het daarmee voorkomen van onnodige verwijzingen. Ook onderzoek in Maastricht-Heuvelland (ZIO en blauwe zorg in de wijk, 2020) laat zien dat de inzet van de POH Jeugd heeft geleid tot minder verwijzingen naar de gespecialiseerde Jeugd GGZ/Jeugdhulp. Het merendeel van de cliënten die voorheen verwezen zouden zijn naar de gespecialiseerde Jeugd GGZ/Jeugdhulp, zijn nu begeleid (ondersteund) door de POH Jeugd in een kortdurend traject.

Een voorbeeld uit de Arrangementenmonitor² laat zien hoe in een gemeente de hulpvragen via de POH Jeugd opgepakt worden. Meer dan de helft van de hulpvragen/cases zijn door de POH Jeugd zelf succesvol afgesloten met gemiddeld ca. 6 sessies. Slechts 28% is naar Jeugd-GGZ en 8% naar geïndiceerde Jeugdhulp doorverwezen. Dit geldt voor alle soorten hulpvragen.

² *De Arrangementenmonitor is een integrale monitor waarin de gegevens met betrekking tot zorg en ondersteuning van gemeenten, Zvw, Wlz en UWV op wijkniveau geanalyseerd en gepresenteerd worden.*

De doelstelling van de POH Jeugd zijn dus ruimschoots gehaald: een aanzienlijk deel van de jeugdigen, die voorheen “automatisch” werden doorverwezen door de huisarts naar geïndiceerde jeugdzorg, wordt nu met een relatieve lichte interventie (begeleiding door POH Jeugd) geholpen³.

Concluderend: er zijn indicaties dat de inzet van de jeugdprofessional effect heeft op het aantal doorverwijzingen naar de gespecialiseerde jeugdzorg. Om dit goed te kunnen onderzoeken is het van belang goed te registreren en kinderen/jeugdigen langere tijd te volgen.

Kostenbesparing

Uit de rapportage van Maastricht-Heuvelland (ZIO en blauwe zorg in de wijk, 2020) blijkt dat de inzet van de POH Jeugd leidt tot een kostenbesparing. Dit komt doordat er minder is doorverwezen. Er wordt dan wel vanuit gegaan dat alle kinderen en jongeren die door de POH Jeugd zijn begeleid, zouden zijn verwezen naar specialistische GGZ of Jeugdhulp. Het is niet altijd mogelijk om een business-case te maken. In de Groninger gemeenten wordt wel een inschatting gemaakt van een kostenbesparing maar er is geen precieze berekening mogelijk van de kosten en baten. Er wordt verondersteld dat de inzet van de ondersteuner Jeugd en Gezin bij de huisarts leidt tot minder doorverwijzingen en daarmee lagere kosten van de jeugdhulp daarbij zijn de kosten van de inzet van de ondersteuner Jeugd en Gezin meegenomen (Stevenson, 2019). In de rapportage van NJI (2020) wordt dan ook benoemd dat bij de inzet van de jeugdprofessional één van de meerwaarde voor de gemeenten is dat deze bijdraagt aan het verminderen van de instroom naar de gespecialiseerde jeugd-GGZ. Dit vermindert mogelijk de kosten van de jeugdhulp. Hierover kunnen nog geen harde conclusies worden getrokken. Daarnaast is er weinig bekend over de lange termijneffecten van de inzet van de jeugdprofessional bij de huisarts.

³ Arrangementenmonitor: <https://bebright.eu/analytics-effectmeting/>

Aandachtspunten

Uit de verschillende onderzoeken komt een aantal aandachtspunten naar voren (o.a. NJI, 2020):

- Het is van belang om de laagdrempelige hulp te borgen. Dus ervoor te zorgen dat ouders, kinderen en jongeren snel terecht kunnen. Het uitvoeren van overbruggingshulp kan ervoor zorgen dat er wachtlijsten ontstaan bij de jeugdprofessional.
- Schenk aandacht aan de juiste randvoorwaarden; een beschikbare geschikte ruimte, vergoedingen en afspraken over aanwezigheid bij overleggen.
- Goede afspraken over registratie in systemen is belangrijk. De kracht van samenwerking zit ook in het delen van gegevens, het is voor het vertrouwen van belang om vooraf goed na te denken en afspraken te maken over het zorgvuldig omgaan met privacyregels. Onder andere het onderzoek van Stevenson (2019) laat zien dat geen duidelijke werkwijze voor dossiervoering en privacy wordt ervaren als een belangrijk knelpunt.
- Ook afspraken over verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid zijn van belang en of de professional valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts of het wijkteam van de gemeente.
- Het onderzoek van Spijk-de Jonge et. al. (2019) laat zien dat het van belang is om te investeren in de netwerktaak van de jeugdprofessional. Dit sluit aan op het knelpunt dat werd genoemd in het onderzoek van Stevenson (2019) dat de linking-pin functie tussen de huisartsenpraktijk en de gemeente nog niet optimaal werkt.
- Ook hebben jeugdprofessionals behoefte aan kaders wat wel en niet onder deze vorm van zorg valt. Huisartsen en gemeenten kunnen vooraf gezamenlijk aandacht besteden aan deze kaders.
- Rekening houden met elkaars belangen, het formuleren van een gezamenlijke ambitie en het besef dat elke samenwerking maatwerk is, zijn belangrijke uitgangspunten voor de samenwerking tussen gemeente en huisartsenpraktijken.



Praktijkverkenning

De startbijeenkomst, het duo-interview en de individuele interviews geven weer hoe de praktijk van de inzet van de jeugdconsulent in de huisartsenpraktijk eruit ziet. Zoals eerder beschreven wordt de inzet van de POH-GGZ Jeugd en de inzet van de jeugdconsulent veelal samen bekeken waardoor beide disciplines meegenomen worden in deze praktijkverkenning. Dit hoofdstuk is opgedeeld op basis van de overkoepelende thema's en subcodes die uit de coderingen van de interviewdata zijn gekomen. In dit hoofdstuk bespreken we de context, de aanleiding voor de werkwijze, de praktijk, het onderscheid tussen de functies, de samenwerking, bevorderende en belemmerende factoren en als laatste de verbeterpunten en wensen.

Context

Context vanuit cijfers

In de regio IJsselland wordt minder gebruik gemaakt van ondersteuning uit de jeugdwet dan landelijk het geval is. Binnen de regio zijn de kosten voor jeugdzorg het hoogst voor gemeente Zwolle gevolgd door gemeente Steenwijkerland. In februari 2023 zijn er in Steenwijkerland 712 jeugdigen (0-23 jaar) met zorg en 976 jeugdigen met voorzieningen (Gemeente Steenwijkerland, 2023).

Uit de kindermonitor (GGD IJsselland, 2021) en Gezondheidsmonitor Jeugd (GGD IJsselland, 2024) blijkt dat de meerderheid van de kinderen en jongeren in Steenwijkerland bij beide ouders woont. Driekwart van de ouders ervaren geen problemen met de opvoeding. Met name faalangst en angst en onzekerheid zijn onderwerpen waar ouders zich weleens zorgen over maken bij hun kinderen van 4 tot 12 jaar.

Over het algemeen voelen kinderen (volgens hun ouders) en jongeren zich gelukkig maar dit percentage is wel lager onder jongeren (78%) dan onder kinderen (96%). Ongeveer een kwart van de jongeren in Steenwijkerland heeft (lichte) psychische klachten en heeft zich in de afgelopen vier weken eenzaam gevoeld.

Middelengebruik in Steenwijkerland

Middelengebruik wordt in verschillende gesprekken als probleem genoemd. Huisartsen krijgen hier niet vaak vragen over maar de POH-GGZ Jeugd krijgt wel eens een

vraag over drugs. Vanuit de gemeente bestaat het beeld dat er veel alcohol wordt gebruikt. Daarbij wordt wel benoemd dat het middelengebruik in heel Steenwijkerland een probleem is, niet specifiek in deze wijk. Uit de Gezondheidsmonitor Jeugd blijkt dat Steenwijkerland niet afwijkt van de regio als het gaat om alcohol en drugsgebruik.

Context van de huisartsenpraktijk

In de gemeente Steenwijkerland zijn zes huisartsenpraktijken. Eén in Oldemarkt, één in Giethoorn, één in Tuk en drie in Steenwijk. In totaal zijn er in de zes praktijken 19 vaste huisartsen werkzaam. In gezondheidscentrum de Allee zijn drie vaste huisartsen gevestigd.

Binnen de huisartsenpraktijk in het gezondheidscentrum de Allee wordt sinds een paar jaar gewerkt met de inzet van de jeugdconsulent. De huisartsenpraktijk staat in een wijk met een heel diverse populatie. Een huisarts geeft aan de meeste patiënten uit een laag sociaal milieu te hebben vergeleken met collega's in de praktijk. Deze patiënten komen vaker met dezelfde vragen terug omdat ze de informatie niet in één keer kunnen opnemen. Er zijn ook laaggeletterden en anderstaligen in de patiëntenpopulatie. Huisartsen zien zowel jongere als oudere patiënten. Patiënten komen veelal met fysieke klachten, sommige klachten zijn sociaal psychisch te herleiden zoals buikpijn en hoofdpijn bij jeugd. In het kader van de inzet van de jeugdconsulent is de inschatting van één van de huisartsen dat veel sociale problemen niet via de huisarts gaan maar direct naar sociaal werk. Daarnaast wordt er gesproken over een meer gesloten cultuur in Steenwijk, er speelt vaak van alles maar daar wordt weinig over gepraat.

In de huisartsenpraktijk is in 2005 een POH somatiek gekomen, later een POH-GGZ voor volwassenen. De POH-GGZ Jeugd is pas ongeveer twee jaar geleden gekomen. De POH-GGZ werkt drie dagen in de praktijk. De POH-GGZ Jeugd werkt, net als de jeugdconsulent, één dag in de praktijk. Gedurende het onderzoek is de jeugdconsulent gewisseld van één volle dag in de praktijk naar vijf uur per week vanwege beperkte doorverwijzingen. Als de doorverwijzingen weer toenemen, heeft ze de mogelijkheid weer hele dagen aanwezig zijn. De jeugdconsulent zit nu in minder klinische kamer dan ze aan het begin zat. Dat zorgt voor meer rust bij kinderen. In het gezondheidscentrum zit naast de huisarts ook een fysiotherapeut, diëtist en podotherapeut.

De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd hebben verschillende werkdagen. De huisartsen hebben niet allemaal hetzelfde beeld van wanneer beiden zijn gestart. De POH-GGZ Jeugd geeft aan dat hij een jaar eerder begon dan de jeugdconsulent. De jeugdconsulent werkt niet op dezelfde dagen als de meeste huisartsen. Huisartsen werken vaker als de POH-GGZ Jeugd er is dus spreken hem ook meer. De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd worden beide gefinancierd door de gemeente.

Wanneer de jeugdconsulent aan het werk is binnen de huisartsenpraktijk registreert zij alles in hun systeem. Als er geen doorverwijzing komt zet de jeugdconsulent het dossier niet in het systeem van de gemeente. In het systeem van de huisartsenpraktijk registreert de jeugdconsulent dat het consult niet geboekt moet worden richting de zorgverzekering. Of de POH-GGZ Jeugd ook zo werkt is nagevraagd.

Aanleiding inzet POH-GGZ Jeugd en jeugdconsulent

Aanleiding inzet POH-GGZ Jeugd

De wens voor de inzet van POH-GGZ Jeugd was er al langer. Dit wilden de huisartsen voor problematiek zoals ADHD waar ze zelf weinig tijd voor hadden en om een oplossing te vinden voor de moeilijke toegankelijkheid van de jeugd GGZ. Het heeft een aantal jaar geduurd voordat er ook daadwerkelijk een POH-GGZ Jeugd in de praktijk kwam. Toen de POH-GGZ Jeugd er eenmaal was kreeg hij veel vragen, onder andere over diagnostiek. Hij diagnosticeert niet zelf maar kan wel uitgebreider uitvragen dan een huisarts dat kan en op basis daarvan de afweging maken om iemand wel of niet door te verwijzen voor verder onderzoek. De hoop is dat dit zorgt voor minder verwijzingen naar tweedelijnszorg omdat de POH-GGZ Jeugd het zelf oppakt of eventueel doorverwijst naar voorliggende voorzieningen.

Eigenlijk wilden de huisartsen extra inzet van de POH-GGZ Jeugd maar die was niet beschikbaar. De initiële behoefte van de huisartsen om de POH-GGZ Jeugd vaker in te zetten kwam omdat de POH-GGZ Jeugd aangaf dat jongeren/kinderen door huisartsen naar verschillende organisaties werden verwezen met lange wachttijden. Door deze wachttijden werden problemen soms groter. Het kostte huisartsen daarnaast veel tijd om een doorverwijzing voor elkaar te krijgen bij de jeugd GGZ.

Doordat de POH-GGZ Jeugd niet meer uren kon inzetten is het idee van de inzet van een jeugdconsulent ontstaan. De gemeente kwam met dit voorstel omdat er wel een jeugdconsulent beschikbaar was en het bij jeugd ook vaak gaat om systeemproblematiek.

Aanleiding inzet jeugdconsulent

Volgens één van de huisartsen is de inzet van een jeugdconsulent nodig om alle zorgvragen rondom jeugd voldoende aandacht te kunnen geven. De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd schetsen dat de aanleiding voor de inzet van een jeugdconsulent is dat er veel verwijzingen worden gedaan vanuit de huisarts en dat er (vanuit de gemeente) behoefte was aan meer regie hierop. Zowel financieel als inhoudelijk. Beide jeugdprofessionals hebben meer tijd voor een casus dan de huisarts heeft. De inzet van de jeugdconsulent heeft als doel om de best passende zorg of onder-

steuning te bieden voor kinderen en jongeren en kan hen na een doorverwijzing ook in beeld houden. Als kinderen of jongeren via de huisarts worden doorverwezen komt er geen vervolg. Daardoor kan er niet bijgestuurd worden. Huisartsen merken dat ouders en kinderen daarom soms terugkomen. Een jeugdconsulent kan een casus meer volgen en op verschillende momenten ondersteunen. Daarnaast kan de huisarts volgens de jeugdconsulent maar tot een maximumbedrag doorverwijzen dus kunnen zij bijna niet om een samenwerking met een jeugdconsulent heen. De gemeente gaf aan dat de keuze voor de jeugdconsulent ook is gemaakt omdat de POH-GGZ Jeugd veel problematiek opmerkte die niet bij de GGZ hoort maar meer bij het psychosociaal functioneren van jeugdigen en gezinnen. De jeugdconsulent kan voor deze vragen goed de analyse doen. Ze kent de sociale kaart en werkt veel met partners samen dus kan afhankelijk van wat nodig schakelen naar gespecialiseerde zorg of juist afschalen naar het voorliggende veld.

Doel inzet jeugdconsulent

Het doel vanuit de gemeente is zicht houden op inwoners en (laagdrempelige) passende zorg en ondersteuning voor jeugd en gezin. De praktijkmanager ziet hier ook meerwaarde van: "Dan heb je wel iets bereikt. Want ik vind, elk kind wat een ander traject in gaat zonder meteen een etiket te krijgen, dan denk ik we zitten op de goede weg.". Zoals hierboven uit de aanleiding al bleek heeft het idee achter en doel van de inzet van de jeugdconsulent bij de huisartsenpraktijk meerdere kanten. Er wordt door de gemeente meer grip gehouden op het aantal doorverwijzingen, er wordt laagdrempelige hulp geboden waardoor doorverwijzing onnodig is, de wachtlijsten worden korter en de huisartsen worden ontlast. Daarnaast is de gedachte vanuit huisartsen dat als minder ernstige problematiek bij de huisartsenpraktijk blijft, er ruimte ontstaat voor de mensen die de specialistische zorg echt nodig hebben.

Praktijk inzet jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd

Toeleiding

Over de toeleiding van patiënten richting de jeugdconsulent zijn tegenstrijdige reacties. Eén huisarts noemt dat alle kinderen/ouders eerst bij de huisarts zelf komen. Alleen als ze zelf specifiek vragen om de jeugdconsulent gaan ze rechtstreeks daarheen. De assistent maakt de schifting niet. Volgens deze huisarts is het bij ouders nog te onbekend en willen ze niet direct naar de jeugdconsulent. Een andere huisarts noemt dat assistentes direct bij de jeugdconsulent kunnen inplannen maar dat iedereen langs de huisarts moet voordat ze naar de specialistische zorg mogen. Een derde huisarts zegt dat de meeste patiënten eerst langs hem/haar gaan omdat het fijn is om zelf ook te weten wat er speelt. Deze huisarts denkt niet dat er veel winst is als de assistent direct doorverwijst naar de jeugdconsulent of POH-GGZ Jeugd.

De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd geven aan dat de toeleiding naar hen zowel via de assistent als de huisarts kan verlopen. Bij de POH-GGZ Jeugd is het vaker via de huisarts, bij de jeugdconsulent vaker via de assistentes. Het gebeurt ook vaker dat patiënten in worden gepland bij de POH-GGZ Jeugd en later alsnog naar de jeugdconsulent worden gestuurd. Hoeveel de jeugdconsulent wordt ingezet wisselt heel sterk. De ene week heeft ze bijna geen afspraken en de andere week is het volgepland. Ze denkt dat veel naar de POH-GGZ Jeugd wordt gestuurd. De jeugdconsulent denkt zelf dat ze bij de huisartsenpraktijk haar expertise en inzet niet volledig benutten.

Voorwaarden voor slagen

Eén van de voorwaarde voor het laten slagen van deze werkwijze is dat de verwachtingen duidelijk zijn bij alle betrokkenen. Ook de beschikbaarheid, bereikbaarheid en commitment van huisartsen ziet de gemeente als voorwaarde. In de gesprekken met de jeugdconsulent blijkt ook dat de bekendheid en zichtbaarheid van haar rol een belangrijke voorwaarde is. Ze denkt dat huisartsen haar inmiddels wel weten te vinden maar toch voelt het vaak als trekken aan een dood paard en komen er geen verwijzingen. Er zijn ook regelmatig waarnemend artsen, daarvan is het niet zeker of ze bewust zijn van de taken van de jeugdconsulent.



Doorverwijzingen naar jeugdconsulent

De huisartsen beschrijven verschillende vragen die ze tegenkomen in hun praktijk. Soms worden kinderen vanuit school gestuurd naar de huisarts omdat ze druk zijn in de klas. Ze worden gestuurd met het idee dat de dokter dan een pilletje moet geven terwijl ouders zelf geen problemen ervaren. Ook zijn er ouders die merken dat de resultaten niet goed zijn op school en die zelf met vragen komen. Andere voorbeelden zijn echtscheidingssituaties, gedragsproblemen, niet lekker in hun vel zitten en classificaties als ADHD en PDD NOS.

Huisartsen geven verschillende voorbeelden van vragen waarmee ze ouders, kinderen en jongeren doorsturen naar de jeugdconsulent. Dit zijn onverklaarbare buikpijn en hoofdpijnklaften en kinderen die niet lekker in hun vel zitten. Eén van de huisartsen denkt ongeveer 1 keer per week of twee weken een kind door te sturen naar de jeugdconsulent. Andere huisartsen weten de aantallen niet maar denken nog maar enkele keren door te hebben verwezen naar de jeugdconsulent. Een huisarts geeft een voorbeeld van een gezin waar van alles speelt en de rol van de jeugdconsulent heel mooi een soort casusregisseur kan zijn. Het is dan fijn als de jeugdconsulent bekend is met gezinnen omdat je dan signalen makkelijker doorgeeft en samen kan optrekken. De gemeente onderschrijft deze rol voor de jeugdconsulent in casusregie.

Praktijkvoorbeeld jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd

Voorbeelden van problemen die de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd noemen zijn bij meisjes problemen met onzekerheid, laag zelfbeeld en angstklachten. Bij jongens zijn er vaker vragen over gameverslaving. Over het algemeen zien beiden dat veel problemen die kinderen en jongeren ervaren vanuit de ouders ontstaan. Zoals gescheiden ouders die negatief over elkaar praten waardoor loyaliteitsconflicten ontstaan. Of voorbeelden van ouders die weinig tijd hebben voor hun kinderen, snel boos worden of niet meer het gesprek aangaan over moeilijke onderwerpen. Een onderdeel van het probleem bij jongeren is ook de invloed van sociale media benoemt de POH-GGZ Jeugd. De jeugdconsulent noemt dat ze vragen krijgt rondom rouwverwerking, complexe scheidingen, moeilijkheden met ouders, last van pesten, vragen rondom seksuele gezondheid of gezond pubergedrag. Het gaat soms om moeilijke situaties maar als kinderen/jongeren verder normaal functioneren willen ze de situatie/vraag niet problematiseren. Vaak gaat het al een stuk beter als ze een luisterend oor hebben en de jeugdconsulent de tijd voor ze neemt. Zo kan een verwijzing naar de GGZ voorkomen worden. Het valt de jeugdconsulent op dat de meeste jongeren/kinderen gescheiden ouders hebben. Dit wordt vanuit beleid nu breder bekeken.

Onderscheid jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd

De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd zijn allebei jeugdprofessionals die extra worden ingezet binnen de huisartsenpraktijk. Beide hebben zij gesprekken met kinderen en jongeren over sociale en psychische vragen. Het verschil zit volgens de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd er vooral in dat het bij de POH-GGZ Jeugd gaat om psychische problemen die vooral binnenin een kind zit. Terwijl de jeugdconsulent zich meer richt op sociale problemen die in het systeem of de context plaatsvinden. Voordat de jeugdconsulent bij de huisartsenpraktijk betrokken was, verwezen huisartsen veel door naar een aantal specifieke organisaties voor diagnostiek of specialistische GGZ. Huisartsen denken niet dat ze verkeerd doorverwezen maar de POH-GGZ Jeugd denkt dat het doorverwijzen bijna automatisch ging en dat hij (als het gaat om het kind) of de jeugdconsulent (als het meer gaat om omgeving) veel af kan vangen met een paar gesprekken.

Drukkere agenda van de POH-GGZ Jeugd

De POH-GGZ Jeugd heeft een hele drukke agenda volgens een huisarts. Dit wordt bevestigd door de POH-GGZ Jeugd en jeugdconsulent. Als we kijken naar de gegevens (data) die we hebben ontvangen vanuit de gemeente heeft de POH-GGZ Jeugd minder patiënten gezien dan de jeugdconsulent. De POH-GGZ Jeugd ziet jongeren/kinderen echter vaker waardoor zijn agenda wel altijd overvol zit en die van de jeugdconsulent niet. De jeugdconsulent zet vaak maximaal vijf gesprekken in. De POH-GGZ Jeugd heeft 8 tot 10 gesprekken met een jongere of kind.

Huisartsen proberen vanwege de drukke agenda zorgvragen eerst naar de jeugdconsulent te sturen. Bijvoorbeeld wanneer er volgens hen geen diagnostiek nodig is en er wellicht oplossingen zijn in het voorliggend veld. Eén van de huisartsen geeft aan dat ze de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd onder één vlag vindt vallen en het redelijk vergelijkbaar is.

Taken jeugdconsulent

De huisartsen hebben geen eenduidig beeld van de taken van de jeugdconsulent. Eén van de huisartsen noemt dat de jeugdconsulent geen ondersteuning biedt aan jongeren/kinderen. Meerdere huisartsen denken dat ze meer gesprekken op andere dagen, wanneer ze vanuit de gemeente werkt, heeft. Eén huisarts vraagt zich ook af of het nodig is dat jeugdconsulent meer gesprekken voert. Zij ziet vooral nut in vraagverheldering en doorverwijzen. Een ander noemt wel duidelijk het voordeel van gesprekken aan gaan. Volgens de gemeente is het bieden van kortdurende begeleiding wel onderdeel van het werk van de jeugdconsulent. De jeugdconsulent legt uit dat dit inderdaad haar taak is. Bij de huisartsenpraktijk heeft ze de tijd en mogelijkheid om jongeren vaker te zien en te begeleiden. Dit is op haar andere werkdagen niet het geval. In het reguliere takenpakket vanuit de

gemeente gaat ze op huisbezoek, verheldert ze de hulpvraag en verwijst ze door. De jeugdconsulent geeft aan dat ze vanuit de huisartsenpraktijk ook wat kan betekenen als verbinder tussen de school en ouders. Hier heeft ze ook ervaring mee.

De POH-GGZ Jeugd ziet de jeugdconsulent als waardevolle toevoeging omdat zij zich meer bezig kan houden met scheidingsproblematiek en opvoedkundige problematiek wat hij zelf niet behandelt.

Afweging verwijzing jeugdconsulent of POH-GGZ Jeugd

Huisartsen hebben onderling overleg over hoe ze de inzet van de jeugdconsulent ervaren en wie ze wanneer waar naartoe verwijzen. De basisafpraak is; als het probleem in het systeem ligt gaan ze naar de jeugdconsulent, als het in het kind zit naar de POH-GGZ Jeugd. Eén huisarts noemt ook een onderscheid in sociale problemen voor de jeugdconsulent en psychiatrische problemen voor de POH-Jeugd GGZ. Diverse betrokkenen geven aan dat soms de afweging wordt gemaakt met wie een patiënt de beste klik heeft. Nu wordt soms ook doorverwezen naar de jeugdconsulent vanwege de drukke agenda van de POH-GGZ Jeugd. De jeugdconsulent is een tijd afwezig geweest waardoor zij wat minder zichtbaar was. Sinds de jeugdconsulent terug is, is de afspraak dat alles eerst naar haar gaat volgens twee huisartsen. Dan doet de jeugdconsulent de triage. Dit beaamt de praktijkmanager. Een andere huisarts noemt dat dit een optie zou zijn maar nu nog niet zo wordt gedaan. De jeugdconsulent laat weten dat het in de praktijk niet zo gaat. Zij ervaart eerder dat casussen eerst naar de POH-GGZ Jeugd gaan en daarna bij haar komen. Ze vindt het vervelend voor ouders als ze twee keer moeten komen omdat ze niet naar de juiste plek zijn doorverwezen.

Eén huisarts geeft aan dat als het duidelijk is dat een kind een bepaald label heeft dat hij/zij dan doorverwijst naar de POH-GGZ Jeugd. Als ouders vragen hebben over gedrag dan stuurt de huisarts door naar de jeugdconsulent om te kijken of er iets in het systeem zit.



Samenwerking

Samenwerking huisarts – jeugdconsulent

Volgens zowel de huisartsen als de jeugdconsulent is er geen standaard structuur voor een terugkoppeling tussen de huisarts en jeugdconsulent. Af en toe wordt er iets gedeeld. Een vast afstemmoment wordt door de jeugdconsulent wel gemist. Ze merkt dat er met de huisartsen weinig verbinding is omdat ze niet bij bijeenkomsten komen en hun deur vaak dicht hebben. Er zou meer verbinding en afstemming moeten komen om deze werkwijze te laten slagen volgens haar. Eén van de huisartsen stelt voor om een soort afsluitende brief te maken als een casus is afgerond, zodat de huisarts goed op de hoogte is.

Eén huisarts spreekt met patiënten af dat als het niet loopt na een doorverwijzing richting de jeugdconsulent, ze terug moeten komen. Een andere huisarts heeft nog niet heel veel doorverwezen maar wat naar de jeugdconsulent is gegaan is goed opgepakt. Soms is er ook een twee sporen beleid waarbij de huisarts fysieke klachten behandelt en gelijktijdig de jeugdconsulent aan de slag gaat met meer sociale en psychische klachten. Alle vaste huisartsen werken niet op dezelfde dag als de jeugdconsulent en hebben beperkte ervaring met het doorsturen van casussen. De eindverantwoordelijkheid ligt bij alle casussen die de POH-GGZ Jeugd en de jeugdconsulent behandelen bij de huisarts.

Qua interne samenwerking binnen de huisartsenpraktijk is het voor de jeugdconsulent lastig dat er vaak nieuwe assistentes zijn. Aangezien de assistentes in zouden moeten plannen bij de jeugdconsulent moeten zij goed weten wat de taken en mogelijkheden van een jeugdconsulent zijn. Als er telkens nieuwe medewerkers zijn is dit moeilijker te realiseren volgens de jeugdconsulent.

Samenwerking externen

De huisartsen hebben weinig contact met andere zorgpartijen of professionals vanwege drukte. Af en toe als het nodig is voor een casus hebben ze afstemming maar er is geen standaard samenwerking. Ook niet met de partijen in het gezondheidscentrum. Eén van de huisartsen geeft aan dat ze tekortschiet in een beeld van preventieve zorg. Twee anderen zeggen dat de kennis rondom aanbieders van jeugdzorg beter kan.

De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd werken wel veel samen met externe partijen. Ze werken onder andere veel samen met sociaal werk de Kop als het gaat om voorliggende voorzieningen of met partijen die gekoppeld zijn via het RSJ voor geïndiceerde jeugdzorg. Soms komen andere voorliggende voorzieningen in beeld zoals voor schulden of de rechtswinkel voor juridische zaken.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bekendheid onder huisartsen

Er is meerdere keren genoemd dat zeker aan het begin de functie van de jeugdconsulent nog minder duidelijk was. Nog steeds is niet iedereen er even bekend mee wat de jeugdconsulent in bepaalde gevallen wel of niet kan. Er zijn ook geen duidelijke werkafspraken over. Huisartsen willen nog beter weten waarvoor de jeugdconsulent ingezet kan worden. De jeugdconsulent zegt al bij verschillende overleggen aangesloten te zijn om over haar inzet te vertellen. Tijdens het onderzoek is dit niet weer opnieuw gebeurd. Aan de andere kant ervaart de jeugdconsulent geen grote betrokkenheid vanuit de huisartsen met betrekking tot haar inzet. De gemeente merkt dat het moeilijk is om huisartsen te spreken en bereiken.

De POH-GGZ Jeugd is goed in beeld, wordt veel ingezet en heeft vaak een volle agenda. Af en toe zet hij iets door naar de jeugdconsulent als het daar beter past. Het lijkt alsof de POH-GGZ Jeugd bekender is dan een jeugdconsulent en hier vaker specifiek naar wordt gevraagd. De inschatting van de POH-GGZ Jeugd en jeugdconsulent is dat ouders en jongeren bij een POH-GGZ Jeugd minder door hebben dat ze van een gemeente zijn dan bij een jeugdconsulent. De twee hulpverleners merken andere reacties op als mensen door hebben dat ze van de gemeente zijn.

Zichtbaarheid en continuïteit

De jeugdconsulent is een tijd uitgevallen waardoor de continuïteit en bekendheid van de jeugdconsulent minder zijn. Vanuit de jeugdconsulent gezien zijn er juist veel afwezige en tijdelijke artsen geweest die haar minder hebben gevonden. Er wordt door verschillende betrokkenen genoemd dat de zichtbaarheid en bekendheid verbeterd moet worden. Als de jeugdconsulent fysiek aanwezig is, zorgt dat al voor een herinnering om haar in te zetten.

Meer tijd

De POH-GGZ Jeugd heeft meer tijd dan een huisarts waardoor er volgens de POH-GGZ Jeugd meer gemak bij een kind wordt gecreëerd. Er zijn ook meer mogelijkheden om nog een afspraak te plannen als het probleem de eerste keer niet duidelijk is of ondersteuning gewenst is. De huisarts verwijst al snel naar door naar de gespecialiseerde GGZ terwijl de POH-GGZ Jeugd meer voorliggende opties ziet. Hetzelfde geldt voor de jeugdconsulent. Zij heeft meer kennis van de sociale kaart dan de huisarts en heeft meer tijd met patiënten.

Voordelen jeugdconsulent – laagdrempelige voorziening

Eén van de huisartsen is positief over de samenwerking met en inzet van de jeugdconsulent. Elkaar kennen is daarbij heel belangrijk. Een andere huisarts

beaamt dit en vindt het fijn dat ze nu niet meer naar Wmo of sociaal werk moeten verwijzen maar dit intern kan.

Het is volgens meerdere betrokkenen minder beladen als je bij de huisarts komt voor een gesprek met een jeugdconsulent dan op een andere (gemeentelijke) locatie. Dat maakt het laagdrempelig voor patiënten. Eén van de huisartsen noemt ook een groei in de inzet van de jeugdconsulent. Hoe bekender het wordt, hoe beter het werkt.

Ontlasten van de huisarts en werken in hetzelfde systeem

Het ontlasten van huisartsen wordt door zowel de gemeente als praktijkmanager, jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd genoemd als voordeel van de inzet van een jeugdconsulent. Zo hoeven huisartsen niet alles te weten over doorverwijzen binnen de sociale kaart. De huisartsen benoemen het doel van het ontlasten, of ze dit zo ervaren in de praktijk op dit moment is niet duidelijk geworden. De jeugdconsulent heeft een andere rol dan de huisarts en kan ook ouders aanspreken op hun verantwoordelijkheid en goede afstemming zoeken met externe partners. Om te weten wat er speelt kunnen huisartsen via de dossiers in het systeem wel informatie inzien van de patiënten die bij de jeugdconsulent zijn geweest. Het is volgens meerdere huisartsen daarom een groot voordeel dat de jeugdconsulent in hun systeem werkt.

Normaliseren

Een aantal huisartsen noemt in de interviews veel classificaties en de meest stereotyperende gedragingen daarbij. Als ze een patiënt zien met gedragingen waarvan huisartsen denken dat het bij een bepaalde diagnose hoort verwijzen ze door naar de POH-GGZ Jeugd of soms direct naar tweedelijnszorg voor diagnostiek. Het is minder bekend bij huisartsen wat een jeugdconsulent kan betekenen voor kinderen met (vermoedens van) classificaties.

De jeugdconsulent denkt dat haar werk meehelpt aan normaliseren. Zij vermoedt dat als kinderen, ouders of jongeren bepaalde woorden laten vallen bij een huisarts ze al snel doorverwezen worden naar de GGZ. Dat is bij haar niet zo. Ze vertraagt en is er voor de jeugdige. Het doel is dat dit doorverwijzingen voorkomt. De jeugdconsulent gelooft dat dit behaald wordt. Het voorkomen van doorverwijzingen blijkt ook uit de cijfers die door de gemeente bijgehouden worden. Een ander doel van deze werkwijze is het overbruggen van wachttijden zodat problemen niet verergeren als er wel doorverwezen wordt. De inzet van zowel een jeugdconsulent als de POH-GGZ Jeugd is daarbij van toegevoegde waarde volgens de jeugdconsulent. Ze vullen elkaar aan, hebben net andere aandachtspunten en werken waar passend veel samen.

Verbeterpunten en wensen

Ken elkaar

Zoals eerder gezegd is het vooral belangrijk om elkaar te kennen volgens de verschillende betrokkenen. Zo kan je beter met elkaar samenwerken. Het is daarom belangrijk om te werken aan de zichtbaarheid van de jeugdconsulent en afspraken te maken over rollen en taken.

Jeugdconsulent op meer plekken

De vindplek voor problemen bij kinderen en jongeren is nu bij deze huisartsenpraktijk en op sommige scholen. De jeugdconsulent zou idealiter op elke school en huisartsenpraktijk een jeugdconsulent willen hebben. De POH-GGZ Jeugd ziet dit ook zitten en denkt dat je zo ergere problematiek kan voorkomen. Eén van de huisartsen denkt dat je het nog breder moet trekken. Om meer preventief te werken moeten andere plekken ook doorverwijzen naar een jeugdconsulent. De huisarts denkt dat mensen niet direct naar de huisarts gaan en andere partijen eerder kunnen signaleren en doorverwijzen. Zoals op scholen, consultatiebureaus en in wijken.

De jeugdconsulent voor triage

Als deze werkwijze met een jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd op meer plekken komt moet je volgens één huisarts een soort sluis maken. De POH-GGZ Jeugd ziet jongeren/kinderen vaker dus heeft minder plek, dan zou de jeugdconsulent een soort sturende functie/triage moeten hebben. Een andere huisarts benoemt ook dat deze rol in screening nog besproken zou moeten worden zodat het een werkafpraak kan worden.

Profiel jeugdconsulent

Met het oog op de toekomst en eventuele groei van deze werkwijze hebben we betrokkenen gevraagd wat een goed profiel is voor een jeugdconsulent die aan het werk gaat in een huisartsenpraktijk. Hier zijn verschillende punten uitgekomen zoals affiniteit hebben met de doelgroep. Het leuk vinden om gesprekken te voeren, wat soms meer neigt naar (school)maatschappelijk werk. Een jeugdconsulent moet gemotiveerd zijn en brede analyses kunnen doen. Het is belangrijk om flexibel te zijn en te schakelen met taken en onverwachte zaken. De sociale kaart moet goed bekend zijn. Het aangaan en onderhouden van relaties is een groot onderdeel van het werk. Een jeugdconsulent moet goed om kunnen gaan met jongeren, ouders, huisartsen en de POH-GGZ Jeugd en laagdrempelig kunnen zijn. De jeugdconsulent gaf daarbij aan dat het fijn is om extra scholing te krijgen in het voeren van gesprekken met kinderen. ●

Conclusie en discussie

De centrale vraag van het onderzoek was

"In welke mate draagt de inzet van een jeugdconsulent bij de huisarts in de gemeente Steenwijkerland bij aan het verminderen van doorverwijzingen naar de geïndiceerde jeugdhulp en het normaliseren?"

De jeugdconsulent draait nu enige tijd mee in de huisartsenpraktijk. De huisartsen zijn op de hoogte van de aanwezigheid van de jeugdconsulent en maken gebruik van haar inzet. De huisartsen zien naast de inzet van POH-GGZ Jeugd het als meerwaarde dat de jeugdconsulent kan focussen op problematiek vanuit het systeem. Er is nog geen eenduidig en duidelijk beeld van de expertise en taken van de jeugdconsulent. De agenda van de jeugdconsulent is nog niet volledig gevuld, zij zou nog meer ingezet kunnen worden. Het uitblijven van verwijzingen kan komen doordat er geen duidelijk beeld is, maar ook omdat er veel waarnemend artsen en wisselende assistentes zijn.

De jeugdconsulent heeft net als de POH-GGZ Jeugd ruimte om laagdrempelige ondersteuning te bieden. Als kinderen en jongeren naar haar worden verwezen kan zij bijdragen aan normaliseren en minder doorverwijzen naar geïndiceerde jeugdhulp.

Bevorderende en belemmerende factoren

Kennis preventieve zorg

De huisartsen hebben weinig contact met andere zorgverleners. Ze hebben niet genoeg tijd voor afstemming met partners en zijn niet in het hele jeugdveld bekend met de opties voor doorverwijzingen. Ze hebben geen kennis van de mogelijkheden in het voorliggend veld. Ze zien het als toegevoegde waarde dat de jeugdconsulent deze kennis wel heeft en goed in kan zetten bij de huisartsenpraktijk. Deze netwerktaak die van belang is bij de inzet van een jeugdprofessional zien we ook terugkomen in de literatuur (Spijk-de Jonge et. al., 2019).

Het voorkomen van doorverwijzingen

Het voorkomen van doorverwijzingen is één van de doelen van deze werkwijze. Uit de cijfers van de gemeente blijkt dat zowel de POH-GGZ Jeugd als de jeugdconsulent verwijzingen naar geïndiceerde jeugdhulp voorkomen. In de interviews met de betrokkenen lijkt iedereen dit zo te ervaren en als positieve uitkomst van de werkwijze te zien. Het NJI (2020) ziet het verminderen van de instroom bij gespecialiseerde jeugd-GGZ ook als een meerwaarde van deze manier van werken.

Onduidelijke afspraken

Het is opvallend dat de huisartsen niet een eenduidig idee hebben bij de taken en inzet van de jeugdconsulent. Een onderdeel hiervan is de afweging wanneer ze een kind/jongere naar de jeugdconsulent sturen en wanneer naar de POH-GGZ Jeugd en de eventuele rol van de jeugdconsulent in de triage. Hierop aansluitend vraagt één van de huisartsen zich af of het een meerwaarde heeft als de jeugdconsulent zelf gesprekken voert. Als de huisartsen zulke wisselende beelden hebben van de mogelijkheden en wat wel of niet waardevol is, is het de vraag of ze de jeugdconsulent wel op vergelijkbare manier inzetten. Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is om kaders te stellen wat wel en niet onder deze zorg valt, een gezamenlijke ambitie op te stellen en duidelijke afspraken te maken over verantwoordelijkheden (NJI, 2020). Onder deze duidelijke afspraken hoort ook de afstemming over de toeleiding. Er zijn nu verschillende ideeën over of dit via de huisarts of de assistentes loopt. Er zit daarin ook een verschil tussen de jeugdconsulent en de POH-GGZ Jeugd. Wisselingen in personeel maken dit nog complexer.

Normaliseren

Eén van de doelen van de inzet van een jeugdconsulent bij de huisartsenpraktijk is meer normaliseren. Met normaliseren bedoelen we in dit onderzoek het minder 'labelen' van kinderen en jongeren (wat samenhangt met minder doorverwijzen) en daarmee ook dat opvoedvragen pedagogisch worden benaderd (dus kijken naar de context) en minder vanuit zorg en gezondheid. Als we kijken naar normaliseren valt het op dat een aantal huisartsen veel labels benoemen als ze het hebben over gedrag van kinderen en jongeren. De POH-GGZ Jeugd en de jeugdconsulent kaarten echter aan dat ze gedrag zeker niet willen problematiseren en proberen minder door te verwijzen naar gespecialiseerde jeugdhulp. Ze normaliseren problematiek door tijd te nemen voor kinderen/jongeren en naar ze te luisteren. Dit sluit aan bij de associaties bij normaliseren uit het onderzoek van Tammes (2022) dat moeilijkheden bij het leven horen en je gedrag in de context moet bekijken.

Het gedrag bekijken vanuit de context zien de huisartsen als een taak voor de jeugdconsulent. Terwijl ze problemen die meer in het kind zelf zitten naar de POH-GGZ Jeugd verwijzen. Dit lijkt een duidelijk onderscheid. Deze afweging kan echter heel lastig zijn omdat de meeste problemen nooit helemaal binnenin zitten of alleen aan de context te wijden zijn. De jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd lijken hier zelf erg bewust van te zijn en noemen beiden vaak contextuele factoren die zorgen voor bepaald gedrag. Dit zoeken naar oorzaken en oplossingen in de omgeving past bij een normaliserende houding (Tammes, 2022).

Betrokkenheid bij het onderzoek

Tijdens het proces van dit onderzoek was het moeilijk om alle deelnemers te spreken, aangehaakt en betrokken te houden. Zowel aan het begin als aan het einde van het onderzoek is het niet gelukt om genoeg betrokkenen bij elkaar te krijgen voor gezamenlijke bijeenkomsten. Daarnaast was het voor het inplannen van de interviews lastig om reacties te krijgen en is het met de POH-GGZ Jeugd na vele pogingen niet gelukt om een tweede interview in te plannen. Aan de zeer beperkte deelname van de vragenlijst kunnen we zien dat er niet actief ingezet is op het motiveren van jongeren en ouders om deze in te vullen. Ondanks dat we dit wel vooraf en tussentijds hebben afgestemd. Het is opvallend dat deze betrokkenen niet allemaal de moeite nemen om actief in te zetten op dit onderzoek. ●

Aanbevelingen

Als laatste onderdeel van deze rapportage willen we graag een aantal aanbevelingen meegeven vanuit dit onderzoek. Dit zijn zowel aanbevelingen om de huidige werkwijze te verbeteren als aanbevelingen om deze werkwijze te laten groeien naar andere of meerdere locaties. We bespreken de aanbevelingen puntsgewijs.

- ✓ Om de werkwijze zo goed mogelijk te laten slagen is het een belangrijke voorwaarde dat de (waarnemend) huisartsen, jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd elkaar allemaal goed kennen. Dat betekent dat ze op de hoogte zijn van elkaars expertise, rollen en taken, zodat ze goed gebruik kunnen maken van de mogelijkheden. Dit zou kunnen door gezamenlijke overleggen en afstemmingsmomenten in te plannen.
- ✓ Het is aan te bevelen om de toeleiding van kinderen en jongeren naar de jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd eenduidig te maken. Het is belangrijk om een duidelijke keuze te maken of de jeugdconsulent wordt ingezet voor triage en wie wanneer naar welke professional wordt doorverwezen. Dit wordt makkelijker als iedereen elkaar goed kent (zie punt 1).
- ✓ Het is een voorwaarde dat de (waarnemend) huisartsen zich committeren aan het werken met de inzet van een jeugdconsulent en POH-GGZ Jeugd. Het is van belang dat ze de tijd nemen om zich te verdiepen in de mogelijkheden, afstemming opzoeken en goede afspraken onderling maken.
- ✓ Om nog breder in te zetten op preventie is het ook een idee om jeugdconsulenten op andere plekken in te zetten zoals op scholen. Of partners te laten verwijzen naar de jeugdconsulent voor laagdrempelige ondersteuning.

Referenties

Bos-de Groot, E., & Baart, A (2018). De jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in de Zwolse wijken: **Onderzoek naar de ervaringen met de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts**. Zwolle: VIAA.

Duijvestijn, P., Bogaart, A., Fransen, N., & Özgül, P. (2017). **Naar meer effectiviteit en efficiency in de JGGZ: Tussenevaluatie van de pilot SOH-KJP in de regio FoodValley**. Amsterdam: DSP.

Gemeente Steenwijkerland (2023). **Gezond leven makkelijker maken voor de inwoners van Steenwijkerland**. Gezondheidsbeleid 2023-2026.

GGD IJsselland (2021). **Hoe gaat het met de kinderen in de gemeente Steenwijkerland?** Kindermonitor 2021. Geraadpleegd via: <https://ijssellandscan.nl/rapporten/Factsheet>

GGD IJsselland (2024). **Gezondheidsmonitor Jeugd 2023: Gemeente Steenwijkerland**. Geraadpleegd via: <https://ijssellandscan.nl/rapporten/Jongerenmonitor>

Nederlands Jeugdinstituut (2020). **Samenwerking tussen huisarts en wijkteam Jeugdprofessionals bij de huisarts: Praktijkkennis in beeld**. Utrecht: NJI

Spijk-de Jonge, M.J., Boelhouwer, M., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Serra, M. (2019). Jeugdhulp bij de huisarts. **Onderzoek naar inzet en effect van de Praktijkondersteuner Jeugd**. Assen: Accare Child Study Center.

Stevenson, H. (2019). **Eindrapportage Pilots Ondersteuning Jeugd en Gezin**. Groningen: RIGG.

Tammes, G. (2022). **Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuners (GGZ) jeugd**. Afstudeerscriptie Rijksuniversiteit Groningen.

Zeele, van, S., Hekelaar, A. (2018) **Evaluatie pilot Jeugdconsulent: In twee varianten**. Rotterdam: Gemeente Rotterdam/OBI.

ZIO en blauwe zorg in de wijk (2020). **POH Jeugd in Maastricht Heuvelland**.

Colofon

© 2024 RKJ IJsselland

Alle rechten voorbehouden

Tekst

Annelot van Rooij en Tessa Overmars (GGD IJsselland)
en Dorien Graas (Hogeschool Windesheim)

Ontwerp

hollandse meesters



