



rijksuniversiteit
groningen

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuners (GGZ) jeugd

Abstract

Een kwalitatief onderzoek naar de rol en visie van de praktijkondersteuner GGZ jeugd binnen de huisartsenzorg bij het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland.

A qualitative study concerning the role and vision of the nurse practitioner mental health in general healthcare about normalizing psychological symptoms or social problems for children from 0 till 18 years in the North of the Netherlands.

Gonda Tammes

S4593766

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en maatschappijwetenschappen

Sociologie van Gezondheid, Welzijn & Zorg

Oktober, 2022

Begeleiders: Dr. D.G. van Tol (RUG)

Promovendus E. van Dijk (Windesheim)

Referent: Prof. dr. G.G. Anthonio (RUG).

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie die ik ter afsluiting van mijn master Sociologie, route Gezondheid, Welzijn & Zorg, heb geschreven. Deze scriptie is het resultaat van een kwalitatief onderzoek naar de rol van de praktijkondersteuner huisarts (POH) bij het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen van 0 tot 18 jaar. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Lectoraat Jeugd van Hogeschool Windesheim Zwolle en ter ondersteuning van de Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON)-commissie van het Universitair Medisch Centrum (UMCG).

De aanleiding voor het schrijven van deze scriptie is mijn achtergrond in de gezondheidszorg. Na het afronden van mijn mbo opleiding doktersassistente en hbo opleiding verpleegkunde, heb ik bij verschillende zorginstellingen gewerkt. Hierdoor heb ik veel ervaring opgedaan binnen de zorgsector. Tijdens mijn studieperiode aan de Hanzehogeschool heb ik mijn afstudeerstage in Indonesië afgerond. Gedurende mijn stage heb ik mogen ervaren hoe de mensen in Indonesië leven. Ik heb ondervonden hoe de samenleving in een ander land omgaat met maatschappelijke ontwikkelingen en gezondheidsvraagstukken. Hierdoor ben ik geïnteresseerd geraakt in de interactie tussen het individu en de samenleving. Hieruit volgde mijn keuze om te beginnen met de studie Sociologie. In de cursus medicalisering heb ik geleerd om met een andere blik naar gezondheid, zorg en welzijn te kijken. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik graag mijn scriptie over het onderwerp medicalisering wilde schrijven.

In de cursus medicalisering gaven Bert Wienen en Eva van Dijk een college. Ter voorbereiding op het college lazen we het artikel Sick or Sad van Eva van Dijk en collega's (2022). Het artikel gaat over hoe huisartsen omgaan met somberheidsklachten onder jongeren. Bij het lezen van het artikel viel het mij op dat huisartsen jongeren met somberheidsklachten vaak doorverwijzen naar de praktijkondersteuner (POH) jeugd. Toen ik dit las werd ik meteen nieuwsgierig naar wie deze praktijkondersteuners zijn en wat hun rol is bij psychosociale problematiek onder kinderen.

Het schrijven van mijn scriptie heb ik als ontzettend leuk, leerzaam maar ook als intensief ervaren. Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Donald van Tol bedanken. Donald, ik wil jou bedanken voor jouw enthousiasme, ideeën, positieve feedback en kritische blik. Dit heeft mij erg geholpen. Ten tweede wil ik mijn stage- en scriptiebegeleider Eva van Dijk bedanken. Ik heb ons contact altijd als zeer prettig ervaren. Ik kon altijd even met jouw sparren over het onderwerp, waardoor ik even van gedachten kon wisselen en met een kritische blik weer verder kon. Ook wil ik Gabriël Anthonio bedanken als referent van deze masterscriptie. Bedankt voor jouw betrokkenheid en feedback.

Tevens wil ik graag de AHON-commissie bedanken voor al jullie hulp en toegang tot het AHON-netwerk en AHON-data. In het bijzonder wil ik Feikje Groenhof en Karina Sulim bedanken. Jullie enthousiasme en onze samenwerking heb ik als zeer prettig ervaren.

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

Tot slot wil ik alle POH-jeugd bedanken die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Bedankt dat jullie tijd wilden investeren in het onderzoek en ik kennis heb mogen nemen van jullie werkwijze en jullie kijk op het onderwerp van dit onderzoek. Ik kijk terug op leuke en interessante gesprekken met eenieder van jullie.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Gonda Tammes,

Oktober 2022

Samenvatting

In dit onderzoek is getracht antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: *‘Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?’*

Met de invoering van de Jeugdwet in 2014 en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) stelselwijzing in 2015 wordt een verschuiving van zorg aan kinderen van de gespecialiseerde zorg naar de eerstelijns zorg beoogd. Sindsdien kunnen huisartsen een praktijkondersteuner huisartsen POH (GGZ) gericht op jeugdproblematiek aanstellen. Een belangrijke doelstelling in de Jeugdwet is het normaliseren van psychosociale klachten onder kinderen. De overheid heeft het concept normaliseren niet expliciet gedefinieerd, wat betekent dat zorgprofessionals zelf invulling moeten geven aan de betekenis van het concept normaliseren. De POH (GGZ) jeugd zullen dit begrip tot uiting moeten laten komen in de praktijk. Dit onderzoek heeft als doel om na te gaan wat de rol en de visie is van POH (GGZ) jeugd is ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek verricht. Bij tien POH (GGZ) jeugd zijn diepte-interviews afgenomen. De POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn werkzaam binnen de huisartsenzorg in Noord-Nederland. De POH (GGZ) jeugd zijn benaderd via de informele en formele netwerkmethod. De interviews zijn getranscribeerd, waarna een thematische analyse is toegepast om de transcripten te analyseren. Dit is gedaan met behulp van het computerprogramma Atlas.ti.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de deelnemers overtuigd zijn van levensfaseproblematiek en de mogelijke invloed van maatschappelijke factoren op gedragingen en/ of problemen onder kinderen. Ook vinden alle deelnemers normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen passend bij hun rol als POH (GGZ) jeugd. Daarnaast lijkt er consensus onder de geïnterviewden over de betekenis van normaliseren, de geïnterviewde leggen normaliseren uit aan de hand van de volgende drie betekenselementen: “moeilijkheden behoren bij het leven”, “het accepteren van verschillen” en “gedrag plaatsen in de context”. Voor een normaliserende benadering is een goede relatie tussen de POH (GGZ) jeugd en zorgvrager essentieel. Ook kan worden geconcludeerd dat de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd overwegend een contextuele visie hanteren, maar in sommige gevallen uitspraken deden die gekenmerkt worden door een biomedische visie.

Uit de conclusies van dit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat het inzetten van POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg een waardevol toevoeging is met betrekking tot het normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen. Dat de geïnterviewde POH (GGZ) kennis hebben van jeugdproblematiek, werkervaring hebben in de hulpverlening aan kinderen en de mogelijkheid hebben om de tijd te nemen voor een zorgvrager lijken positief bij te dragen aan een normaliserende houding van de POH (GGZ) jeugd.

Met de focus op het normaliseren in dit onderzoek ligt de insteek op de problematiek van de overbelaste GGZ op het terugdringen van overdiagnostiek. Dit betekent niet dat alle diagnostiek vermeden zou moeten worden. Het gaat om het tegengaan van overdiagnostiek, zonder onder diagnostiek te riskeren.

Deze conclusies hebben tot onder andere de volgende aanbevelingen geleid. Ten eerste een kwantitatief onderzoek naar de inzet van de POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg aangaande het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder kinderen. Ten tweede een aanbeveling voor de praktijk, de werkwijze *Stepped diagnosis*. Ten derde het voeren van het maatschappelijk debat. Individuele oplossingen zorgen ervoor dat problemen op maatschappelijk niveau niet worden aangepakt. Het is daarom van cruciaal belang dat in alle lagen van de samenleving hierover het gesprek wordt gevoerd en beleid zich richt op de maatschappelijke oorzaken van psychosociale problematiek onder kinderen.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	8
1.1 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	11
1.2 SOCIOLOGISCHE RELEVANTIE	13
1.3 PROBLEEMSTELLING	15
1.3.1 <i>Deelvragen</i>	15
1.4 LEESWIJZER	16
2. THEORETISCH KADER	17
2.1 MEDICALISERING	17
2.1.1 <i>Medicalisering in deze scriptie</i>	17
2.1.2 <i>Introductie begrip medicalisering</i>	17
2.1.3 <i>Is medicalisering wenselijk of onwenselijk?</i>	18
2.1.4 <i>Reïficeren</i>	18
2.2 NORMALISERING	19
2.2.1 <i>Normaal of afwijkend</i>	19
2.2.2 <i>Normalisering in deze scriptie</i>	20
2.2.3 <i>Normalisering in de Jeugdwet</i>	20
2.2.4 <i>Visie op psychische problemen</i>	20
2.2.5 <i>Functie van normalisering</i>	21
2.3 FACTOREN DIE BIJDAGEN AAN NORMALISERING	23
2.3.1 <i>Normaliseren door het vermijden van labels</i>	23
2.3.2 <i>Normaliseren door wijkgerichte zorg</i>	24
2.3.3 <i>Normaliseren en de therapeutische relatie</i>	24
2.4 POH (GGZ) JEUGD ALS NORMALISERINGSINSTRUMENT	25
2.4.1 <i>Handelen POH GGZ jeugd normaliserend?</i>	26
2.5 ONDERZOEKSVRAAG EN VERWACHTINGEN	27
2.6 CONCEPTUEEL MODEL	27
3. METHODOLOGIE	30
3.1 KWALITATIEF ONDERZOEKSMETHODE	30
3.1.1 <i>Deelnemerswerving</i>	31
3.1.2 <i>Diepte-interviews</i>	33
3.1.3 <i>Analyse van de interviews</i>	34
3.1.4 <i>Trustworthiness</i>	36
3.1.5 <i>Ethische aspecten</i>	38
3.2 OVERZICHT VAN CENTRALE BEGRIPPEN	39
4. RESULTATEN	42
4.1 DEELNEMERS KENMERKEN	43
4.2 MAATSCHAPPELIJKE FACTOREN	45
4.3 VISIE TEN AANZIEN VAN NORMALISEREN	49
4.3.1 <i>Taakopvatting van de POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren</i>	49
4.3.2 <i>Wat wordt verstaan onder normaliseren?</i>	51
4.4 VISIE OP PSYCHISCHE PROBLEMATIEK	52
4.4.1 <i>Contextuele visie</i>	52
4.4.2 <i>Biomedische visie</i>	57
4.5 ROL VAN DE POH (GGZ) JEUGD BIJ NORMALISEREN	61
4.5.1 <i>Belemmerende factoren bij normaliseren</i>	61
4.5.2 <i>Helpende factoren bij normaliseren</i>	64
4.5.3 <i>Werkwijze normaliseren</i>	68
4.6 FACTOREN DIE VISIE EN WERKWIJZE VAN POH (GGZ) JEUGD BEÏNVLOEDEN	70
4.6.1 <i>Werkervaring</i>	70
4.6.2 <i>Opleidingen en cursussen</i>	72
4.6.3 <i>Werkrelatie POH (GGZ) jeugd en huisarts</i>	74

5. DISCUSSIE, AANBEVELINGEN EN CONCLUSIE	76
5.1 INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN	76
5.2 STERKE-ZWAKTE ANALYSE VAN HET ONDERZOEK	89
5.3 AANBEVELINGEN	93
5.3.1 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	93
5.3.2 <i>Aanbevelingen voor de praktijk</i>	94
5.4 CONCLUSIE	96
BIBLIOGRAFIE	98
BIJLAGE 1. AHON-DATASET	105
1.1 PATIËNTENPOPULATIE AHON GEREgistREERDE HUISARTSENPRAKTIJEN	108
BIJLAGE 2. ONDERZOEKSAANVRAAG AHON-DATABASE	116
BIJLAGE 3. ONDERZOEKSAANVRAAG AHON-NETWERK INTERVIEWS	123
BIJLAGE.4 WERVINGSMAIL INTERVIEWS	131
BIJLAGE.5 INTERVIEWSCHEMA	132
BIJLAGE 6. CODEBOEK THEMATISCHE ANALYSE	135
BIJLAGE 7. TOESTEMMINGSFORMULIER	151
BIJLAGE 8. DATAMANAGEMENTPLAN	152
BIJLAGE 9. REACTIE VAN DE DEELNEMERS TEN AANZIEN VAN HET VIGNET	155

1. Inleiding

Per 1 januari 2015 is de Jeugdwet in werking getreden. Hierdoor zijn de organisatie en financiering van de jeugdhulp verlegd van het Rijk naar de gemeenten. In de Jeugdwet is het grootste deel van de zorg en ondersteuning geregeld voor kinderen van 0 tot en met 18 jaar. De Jeugdwet beoogt het jeugdstelsel te vereenvoudigen en de jeugdhulp doelmatiger en effectiever te maken (Bucx et al., 2018). Het achterliggende idee is dat gemeenten de zorg dichterbij hun burgers kunnen organiseren. Sindsdien zijn gemeenten verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle vormen van jeugdhulp. Enkele voorbeelden zijn het ondersteunen van kinderen met een aandoening, opgroeioproblemen of het bieden van hulp bij psychische en gedragsproblemen van kinderen (Rijksoverheid, z.d.).

Volgens de overheid is er een omslag (transformatie) nodig in het verlenen van hulp aan jeugdigen en gezinnen. Daarvoor zijn in de Jeugdwet verschillende transformatiedoelen opgesteld (ZonMw, 2018). Het eerste transformatiedoel is preventie. Hiervoor zet de overheid in op het versterken van het opvoedkundig klimaat van gezinnen. Daarnaast gaat de overheid uit van de eigen kracht van kinderen, jongeren en hun sociale omgeving. Het tweede transformatiedoel is het eerder aanbieden van hulp op maat aan kinderen. Het doel is om hen minder gespecialiseerde en intensieve hulp te verlenen. Het derde transformatiedoel is het bieden van integrale ondersteuning. Dit houdt in dat de verschillende hulpvormen bij gezinnen met complexe problematiek op elkaar worden afgestemd. Het vierde transformatiedoel richt zich op professionele ruimte. Dit betekent dat professionals de ruimte krijgen om samen met een gezin een plan op te stellen. Het vijfde transformatiedoel bestaat uit demedicaliseren, normaliseren en ontzorgen (Gilsing, 2019).

In een Memorie van Toelichting van de Tweede Kamer (2013) worden de concepten normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen uit de Jeugdwet omschreven. Normaliseren is beschreven als het voorkomen van zorgverlening aan kinderen bij kleine knelpunten. Verder is alleen een algemene beschrijving gegeven van deze concepten: de zorg en hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen moeten zodanig worden georganiseerd en ingericht dat een 'normale' manier van opgroeien en opvoeden wordt bevorderd. Verder dienen hulp en ondersteuning complementair te zijn aan de mogelijkheden van jeugdigen en ouders (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2013).

Voorafgaand aan de invoering van de Jeugdwet werd binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in 2014 een stelselwijziging doorgevoerd. In het ggz-stelsel tot 2014 werd een onderscheid gemaakt tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg. De eerstelijnszorg bestond uit huisartsenzorg en eerstelijns psychologische zorg. Binnen de eerstelijnszorg werden mensen met milde psychische klachten behandeld. Daarnaast was het ingericht om terugvalpreventie en nazorg te bieden aan mensen met ernstige psychische klachten na behandeling in de tweedelijnszorg. De tweedelijnszorg was gericht op

gespecialiseerde zorg. De tweedelijnszorg was voor patiënten alleen beschikbaar via een verwijzing (Trimbos-Instituut, 2012).

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel per 1 januari 2014 is er sprake van echelonering in de GGZ. Echelonering verwijst naar de opbouw van de GGZ in een getrappt systeem van gezondheidsvoorzieningen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de nulde lijn en drie echelons: huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De indeling van de echelons is gebaseerd op de volgende criteria: (vermoeden van) een stoornis die is opgenomen in de *Diagnosics and Statistics Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)* stoornis, de ernst van de problematiek, de mate van risico, de complexiteit en het beloop van klachten (MET ggz, z.d.). De DSM-5 is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over de criteria die van toepassing zijn op bepaalde psychiatrische stoornissen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

De nulde lijn is de niet-professionele zorg. Hiermee wordt versterking van de zelfredzaamheid beoogd door het inzetten van zelfhulp. In de eerste echelon, de huisartsenzorg, hebben huisartsen een poortwachtersfunctie. Dit betekent dat zij indien nodig jeugdigen door kunnen doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ (Trimbos-Instituut, 2014). Jeugdigen komen alleen in aanmerking voor een verwijzing als zij voldoen aan de DSM-5 criteria voor een psychiatrische stoornis (Verhaak et al., 2015). Als de psychische klachten van een jeugdige hierbuiten vallen, kunnen huisartsen zelf behandelen. Tot de tweede echelon, de generalistische basis GGZ, krijgen jeugdigen alleen toegang via een verwijzing van een huisarts of andere hulpverlener. Het is ingericht voor jeugdigen met een (vermoeden van een) DMS-5-stoornis en met een gemiddeld tot lage beperking in het functioneren (Trimbos-Instituut, 2014). De derde echelon, de gespecialiseerde GGZ, is ingericht voor behandeling van complexe en ernstige psychische problematiek (Rijksoverheid, z.d.).

Samengevat heeft de stelselwijziging van de GGZ als meest voorname doel om een verschuiving van patiënten van de gespecialiseerde GGZ (voorheen tweedelijnszorg) naar de huisartsenzorg en de generalistische basis GGZ te bewerkstelligen. Dit moet bijdragen aan een betaalbare en kwalitatieve GGZ die toegankelijk is voor iedereen. Het verplaatsen van zorg naar de huisartsenzorg en basis GGZ zou tot een kostenbesparing leiden. Daarbij is deze verplaatsing ook in het belang van de patiënt, doordat de zorg dichterbij huis wordt aangeboden en daardoor laagdrempelig is. Het uitgangspunt is dan ook een passende behandeling op de juiste plaats (Nivel, 2016).

Sinds de Jeugdwet en stelselwijziging hebben huisartsen een prominente rol in de GGZ. De wijzigingen beogen een verschuiving van hulpverlening aan kinderen naar de huisartsenzorg te bewerkstelligen. De veranderingen moeten ertoe leiden dat uitsluitend patiënten met ernstige en complexe psychische stoornissen hulp krijgen in de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarbij vindt behandeling van milde klachten plaats in de huisartsenzorg, waarbij de huisarts indien nodig kan doorverwijzen naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ (Trimbos-Instituut, 2014; Bucx et al.,

2018). Vanwege hun poortwachtersfunctie en centrale rol in het signaleren, behandelen en doorverwijzen hebben huisartsen een nog belangrijkere rol dan voorheen bij psychische problematiek van kinderen (Bucx et al., 2018).

Ter ondersteuning bij de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar met psychosociale, psychische of psychiatrische problematiek kunnen huisartsen een Praktijkondersteuner Huisartsen (POH) (GGZ) jeugd aanstellen (Jonker et al., 2020). Het is voor zorgprofessionals mogelijk om een module te volgen die is gericht op psychosociale problemen bij kinderen. De module POH-jeugd kan worden gevolgd via de opleiding POH-GGZ gericht op ggz-problematiek bij volwassenen. Deze opleiding is toegankelijk voor verschillende zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners, psychologen en orthopedagogen (Jonker et al., 2020). De functie POH (GGZ) jeugd is in 2015 ontstaan door de toenemende vraag naar hulp bij psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk (Trimbos-Instituut, 2014). Toen is de eerste pilot gestart in de gemeente Leeuwarden, waar drie POH (GGZ) jeugd werden ingezet binnen de huisartsenzorg (Boendermaker et al., 2016).

Er zijn drie varianten mogelijk waarbinnen een POH (GGZ) jeugd kan worden aangesteld bij een huisartsenpraktijk. De eerste variant is in loondienst bij een huisarts. De tweede variant een detachering vanuit een ggz-instelling. De derde variant is als zelfstandige zonder personeel (zzp'er) bij een huisarts. Tot slot kan een huisarts een samenwerking aangaan met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) of een wijkteam. De functie POH (GGZ) jeugd kan in samenspraak tussen de huisarts, POH (GGZ) jeugd en eventueel de gemeente worden ingevuld. De huisarts is bij alle varianten verantwoordelijk voor de aansturing en doorverwijzing naar basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De functie wordt gefinancierd door de gemeente, een zorgverzekeraar of een combinatie van beide. De wijze van financiering is afhankelijk van de wijze waarop de POH (GGZ) jeugd is aangesteld en de taken daarvan (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2016).

In dit onderzoek wordt vanuit een sociologisch oogpunt gekeken naar de functie POH (GGZ) jeugd. De verwachting is dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd leidt tot het normaliseren en demedicaliseren van psychosociale problemen en moeilijk of afwijkend gedrag onder kinderen binnen de huisartsenzorg. Dit wordt gedaan door te kijken naar de visie en werkwijze van POH's (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg onder kinderen met psychosociale problemen.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waarschuwt in haar rapport *Recept voor maatschappelijke problemen: Medicalisering van levensfasen* uitgebracht in maart 2017 dat bepaalde psychische problemen van kinderen verband kunnen houden met specifieke levensfasen of sociale factoren, maar het risico lopen te worden geïnterpreteerd als individuele medische problemen. De RVS geeft het advies om problemen van kinderen niet alleen vanuit een medische invalshoek te

benaderen (RVS, 2017). De waarschuwing van de RVS sluit aan bij de doelen van de Jeugdwet om te demedicaliseren, normaliseren en ontzorgen (Gilsing, 2019).

1.1 Wetenschappelijke relevantie

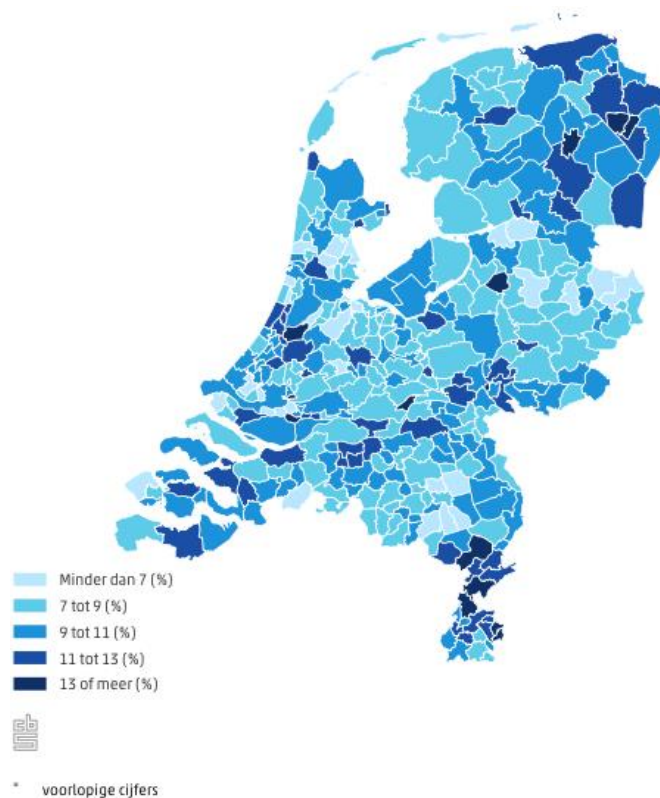
Uit onderzoek van Piovani en collega's (2019) blijkt dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie onder jeugdigen is toegenomen. Dit onderzoek betreft een systematische review en een meta-analyse van wereldwijde studies die na 2007 zijn gepubliceerd. Hieruit kwam naar voren dat er een toenemende trend is in het voorschrijven van ADHD-medicatie, kalmerende medicatie en medicatie tegen depressies, angsten en psychoses (Piovani et al., 2019). Daarnaast is uit onderzoek van Bröcking & Vlaardingebroek (2019) gebleken dat gespecialiseerde jeugdhulp niet is afgenomen. Zo maakten in 2015, toen de Jeugdwet werd ingevoerd, 363.310 jongeren gebruik van jeugdhulp (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2020d); in 2020 waren dit bijna 411.000 jongeren (CBS, 2021a). Het gaat hierbij alleen over jeugdhulp en niet over andere vormen zoals jeugdbescherming en de jeugdreclassering (CBS, 2020d).

Terwijl met het decentraliseren van de jeugdzorg werd beoogd de kosten te reduceren, blijken de kosten juist te zijn toegenomen (Hilderink et al, 2020). Ook zijn er steeds meer kinderen die om hulp vragen (CBS, 2021a). De toenemende zorgvraag onder kinderen maakt het steeds moeilijker om aan hun zorgbehoeften te voldoen (Gezondheidsraad, 2014; Nederlands Jeugdinstituut, 2019). De instroom groeit, terwijl ggz-instellingen kampen met lange wachtlijsten en aanmerkelijke personeelstekorten (Nederlandse GGZ, 2018).

Bovenstaande bevindingen zijn strijdig met het doel van de Jeugdwet om te normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen (Friele et al., 2018). Eerder onderzoek naar de functie POH (GGZ) jeugd heeft zich met name gericht op de ervaringen van huisartsen en patiënten hiermee en hoe POH's (GGZ) jeugd hun functie ervaren. Hieruit kwam naar voren dat iedereen over het algemeen tevreden is over het functioneren van de POH (GGZ) jeugd (Jonker et al., 2020).

Ook is onderzoek gedaan naar de vraag of de kenmerken van kinderen of het aantal hulpvragen gerelateerd zijn aan de verwijspatronen van een POH (GGZ) jeugd (Zwaanswijk et al., 2020). De onderzochte groep bestond uit ongeveer 2.000 kinderen die tussen 2016 en 2019 bij de POH (GGZ) jeugd op consult kwamen. Uit dit onderzoek is bekend dat 28% van deze kinderen een verwijzing kreeg naar de specialistische GGZ. Verder werd 10% doorverwezen naar de basis GGZ, 17% naar bijvoorbeeld een wijkteam en kreeg 45% geen verwijzing. Ook is gebleken dat jongens en meisjes in verschillende mate werden doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ. Zo kregen jongens vaker een dergelijke doorverwijzing dan meisjes. Ook is het aantal hulpvragen gerelateerd aan het aantal doorverwijzingen; kinderen met meerdere hulpvragen kregen namelijk vaker een doorverwijzing naar de specialistische GGZ (Zwaanswijk et al., 2020).

Daarnaast blijken regio's te verschillen in het aantal kinderen dat gebruikmaakt van jeugdhulp. In figuur 1 is te zien dat het aantal kinderen dat gebruikmaakt van jeugdhulp per gemeente verschilt. Kijkend naar de verschillen per provincie, maken kinderen in de provincie Groningen en Midden-Limburg naar verhouding het meest gebruik van jeugdhulp (CBS, 2020b). Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in 2020 is gebleken dat er ook tussen wijken binnen gemeenten aanmerkelijke verschillen bestaan in het gebruik van jeugdhulp zonder verblijf. Het SCP noemt in hun rapport *Jeugdhulp in de wijk* uitgegeven in maart 2020 een aantal factoren die mogelijk bijdragen aan deze verschillen. Een daarvan is de samenstelling van huishoudens in een wijk, zoals een groot aantal huishoudens met een bijstandsuitkering. Ook andere gezinskenmerken kunnen een rol spelen, zoals de grootte van het gezin of gezinnen met een alleenstaande ouder. Daarnaast spelen omgevingskenmerken een rol, zoals de sociale status van een wijk of de (leeftijds)samenstelling van een wijk. Het SCP beschrijft in haar onderzoek dat niet is onderzocht of de aanwezigheid van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg bijdraagt aan deze lokale verschillen (SCP, 2020).



Figuur 1: Jeugdhulp bij 0 tot en met 22-jarigen, 2019*

De functie POH (GGZ) jeugd is ontstaan om bij te dragen aan de in de Jeugdwet opgenomen doelen van demedicaliseren, normaliseren en ontzorgen. De overheid heeft het concept normaliseren niet expliciet gedefinieerd, waardoor zorgprofessionals zelf invulling moeten geven aan de betekenis van dit concept (Gilsing, 2019). Medewerkers in de functie van POH (GGZ) jeugd moeten dit begrip tot uiting laten komen in de praktijk. Zij vervullen namelijk samen met de huisarts de rol van poortwachter voor de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Binnen de huisartsenzorg heeft de POH

(GGZ) jeugd daarom een voorname rol in het normaliseren van psychosociale klachten van kinderen (Gilsing, 2019). Ook blijkt dit uit de kernwaarde die staat beschreven in het functieprofiel van POH-GGZ: 'Zie de mens, niet het etiket' (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Hierdoor is het denkbaar dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd in de huisartsenzorg het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder jongeren remt.

Kwantitatief onderzoek van Molendrift wijst erop dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg kan voorkomen dat kinderen worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Hieruit bleek dat 41% van de kinderen die op het spreekuur komt zonder doorverwijzing hulp krijgt van een POH (GGZ) jeugd hulp (Molendrift, 2019). Uit onderzoek van Piovani en collega's in 2019 blijkt echter dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie onder kinderen is toegenomen. Ook blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen gemeenten qua gebruik van jeugdhulp. In eerste instantie was dit onderzoek om deze reden opgedeeld in een kwantitatief en kwalitatief onderzoeksdeel. Het doel van het kwantitatieve onderzoeksdeel was, om met behulp van de Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON) AHON-database, inzichtelijk te maken of in huisartsenpraktijken met een POH (GGZ) jeugd minder doorverwijzingen zijn naar de tweedelijnszorg ten opzichte van huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) jeugd. In bijlage 1 wordt alle informatie gegeven over het kwantitatieve onderzoeksdeel. Hiervoor was een onderzoeksaanvraag ingediend bij de AHON-commissie. Deze is opgenomen in bijlage 2.

Vanuit maatschappelijk oogpunt is dit onderzoek relevant om de rol en visie van de POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenpraktijk te bestuderen vanuit een sociologische invalshoek. De bevindingen kunnen helpen om een abstract concept als normaliseren in de beroepspraktijk te operationaliseren. Verder kan inzichtelijk worden gemaakt welke factoren een belangrijke rol spelen bij een normaliserende benadering binnen de huisartsenzorg.

1.2 Sociologische relevantie

Sinds de jaren '70 is medicalisering een thema binnen de sociologie. Toentertijd werd de term medicalisering door sociologen geïntroduceerd (Furedi, 2008). De RVS stelt in 2017 in haar rapport *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen* dat een medisch perspectief ongepast en ongewenst kan zijn. De RVS beschrijft enkele voorbeelden, waaronder druk gedrag bij kinderen en somberheidsklachten onder jongvolwassenen, en waarschuwt dat deze problemen onder kinderen kunnen samenhangen met hun levensfase of sociale factoren (RVS, 2017).

Medicalisering kan op zowel individueel als op maatschappelijk niveau plaatsvinden. In een consult gaat het over de wijze waarop een arts of POH (GGZ) jeugd omgaat met de individuele zorgvraag van een patiënt en wie hierbij betrokken zijn. In de samenleving gaat het over de wijze waarop over bepaalde verschijnselen wordt gedacht, geschreven en gesproken. Deze niveaus kunnen niet los van elkaar worden gezien. Als in de samenleving bepaalde verschijnselen als medische problemen worden

gezien, is het waarschijnlijker dat iemand zich tot een arts wendt voor een oplossing. Het omgekeerde geldt ook: als steeds meer mensen naar een medische oplossing zoeken, wordt het automatisch ‘normaal’ dat de samenleving deze problemen als medische problemen beschouwt (RVS, 2017).

De Gezondheidsraad (2014) erkent het belang om medicalisering te onderscheiden in positieve en negatieve vormen. De Gezondheidsraad benadrukt net als de RVS dat problemen van kinderen niet alleen vanuit een medische invalshoek benaderd moeten worden (Gezondheidsraad, 2014). De RVS benoemt het risico dat problemen onder kinderen worden geïnterpreteerd als individuele medische problemen. De medische benadering heeft niet alleen voordelen, maar leidt soms ook tot schadelijke gevolgen of kan stigmatiserend zijn (RVS, 2017). Een voortdurende focus op medisch handelen in het menselijke leven zorgt ervoor dat de hedendaagse samenleving gekenmerkt wordt door een groeiende medicalisering (Gezondheidsraad, 2014). Daardoor kan de mens afhankelijk worden van de medische sector. De nadruk dient te liggen op de vraag welke maatschappelijke onderdelen nodig zijn om kinderen te ondersteunen bij hun problemen (Gezondheidsraad, 2014).

Volgens schattingen van United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) (2021) heeft ongeveer één op de vijf kinderen in Nederland een psychische aandoening. Dit is hoger dan gemiddeld in Europa. Hoe vaak psychische stoornissen in Nederland exact voorkomen is onbekend, omdat deze cijfers niet worden geregistreerd (UNICEF, 2021). Het percentage kinderen van 12 tot 18 jaar die in 2020 naar eigen zeggen minstens 6 maanden last hadden van een depressie bedroeg bijna 4%. Vergeleken met 2014 zijn dat ruim twee keer zoveel kinderen (Nederlands Jeugdinstituut, 2021d). De prevalentie van ADHD en angststoornissen onder kinderen is niet bekend (Nederlands Jeugdinstituut 2021a; Nederlands Jeugdinstituut, 2021c). Voor het aantal diagnoses autismespectrumstoornis onder kinderen wordt uitgegaan van een stijging (Nederlands Jeugdinstituut, 2021b).

Volgens de Gezondheidsraad hebben verschillende maatschappelijke ontwikkelingen mogelijk bijgedragen aan de groei van het aantal psychische diagnoses onder kinderen. Om te beginnen is dit de toegenomen druk om te presteren die Nederlandse kinderen ervaren. Deze toenemende prestatiedruk vindt plaats in een samenleving die kan worden omschreven als een prestatie maatschappij (Gezondheidsraad, 2014). Psycholoog en onderwijskundige Bert Wienen (2021) stelt dat prestatie en succes in deze maatschappij overheersen en dat kinderen die dit niet lukt afhaken. Van de Nederlandse kinderen van 12 tot 25 jaar ervaart gemiddeld ongeveer de helft met regelmaat druk om te voldoen aan de eigen verwachtingen. Daarentegen wordt de druk om aan andermans verwachtingen te voldoen minder vaak gevoeld onder de kinderen (CBS, 2021c). Verwachtingen waar kinderen onder andere mee te maken krijgen zijn: het behalen van goede cijfers op school, het opbouwen van een curriculum vitae, het hebben van een bijbaan en een rijk sociaal leven, reizen en sporten (RVS, 2018). De tendens in een prestatie maatschappij is dat kinderen zelf verantwoordelijk worden gehouden voor hun succes.

De kinderen van tegenwoordig zijn opgegroeid met het idee dat zij alles wat zij willen kunnen en dat de wereld aan hun voeten ligt. Echter, dit betekent ook dat kinderen zelf de verantwoordelijkheid dragen bij tegenslagen (Wienen, 2021). Vervolgens wordt in veel gevallen de oplossing gezocht bij de kinderen zelf, bijvoorbeeld in de vorm van begeleiding en ondersteuning door een hulpverlener of het voorschrijven van medicatie (RVS, 2018). Consistent met de toenemende prestatiedruk is een trend zichtbaar waarin risico's en afwijkend gedrag steeds minder worden geaccepteerd. Volgens de Gezondheidsraad is het idee van 'normaal' steeds verder versmald. Er is namelijk steeds minder tolerantie voor kwetsbaarheden; de focus ligt op het opsporen van risico's en het genezen hiervan. Hierdoor hebben mogelijk meer kinderen te maken met psychische problemen (Gezondheidsraad, 2014; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO], 2012).

De afgelopen jaren is het een beleidsdoel geworden om psychische problemen onder kinderen te normaliseren. Dit betekent dat de overheid ernaar streeft om bepaalde problemen van kinderen niet meer in het medisch domein te trekken (RVS, 2017). Sinds de term medicalisering in de jaren '70 werd geïntroduceerd zijn er weinig tot geen voorbeelden beschreven van demedicaliseren. Daaruit blijkt dat als iets eenmaal tot het medisch domein behoort, het dit domein zelden verlaat. Er is echter één klassiek voorbeeld van het tegendeel. Zo werd homoseksualiteit in het begin van de jaren '70 niet langer als een stoornis gezien. Homoseksualiteit als stoornis is toen ook verwijderd uit de DSM (Conrad, 2007). De huidige trend is dat kinderen bij bepaalde verschijnselen en/of gedrag steeds vaker zorg ontvangen en medicatie gebruiken (RVS, 2017). De overheid zet wel in om verschijnselen en gedragingen vanuit een ander perspectief te benaderen, terwijl uit de geschiedenis blijkt dat dit moeilijk is terug te draaien. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe het inzetten van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg een bijdrage kan leveren om deze verschijnselen en gedrag die in het medisch domein worden geplaatst vanuit een andere invalshoek te benaderen.

1.3 Probleemstelling

Bovenstaande ontwikkelingen leiden tot de volgende probleemstelling:

'Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?'

1.3.1 Deelvragen

De probleemstelling wordt gespecificeerd via kwalitatieve deelvragen. Deze luiden als volgt:

- Wat is de visie van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Wat is de werkwijze van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?

- Welke factoren werken helpend en belemmerend voor POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?

1.4 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk wordt het theoretisch kader geschetst. Hierin worden de kernbegrippen van deze scriptie, medicaliseren en normaliseren, toegelicht. Verder wordt besproken welke factoren volgens de theorie bijdragen aan demedicalisering en normalisering. Daarnaast wordt een theoretische basis gegeven voor de verwachting dat de aanwezigheid van een POH (GGZ) jeugd bijdraagt aan demedicalisering en normalisering. In het derde hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek beschreven. Er wordt een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd om antwoord te geven op de probleemstelling. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd. Het vijfde hoofdstuk bevat een discussie, een sterkte-zwakteanalyse, aanbevelingen en een conclusie.

2. Theoretisch kader

In dit onderzoek wordt gekeken welke rol de functie POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg heeft in het normaliseren van psychosociale problemen bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen medicalisering en normalisering toegelicht. Allereerst wordt de definitie van het begrip medicalisering die in deze thesis wordt gehanteerd beschreven. Vervolgens wordt de introductie van het begrip medicalisering uiteengezet. Tot slot worden de wenselijkheid en onwenselijkheid van het medicaliseringsproces toegelicht. In dit onderzoek wordt de visie van POH's (GGZ) jeugd op psychosociale problemen van kinderen vanuit de theorie van normalisering benaderd. Allereerst wordt via het werk van de Franse filosoof Michel Foucault uiteengezet wat normaal en wat afwijkend is. Daarna wordt beschreven welke definitie van het begrip normalisering in deze thesis wordt gehanteerd. Vervolgens wordt weergegeven hoe normaliseren in de Jeugdwet is gedefinieerd. Er wordt vervolgens toegelicht welke visies er worden gehanteerd in de hulpverlening bij psychische problemen onder kinderen. Daarna wordt gekeken welke redenen er zijn om psychische problemen te normaliseren. Daarna wordt beschreven welke factoren een rol kunnen spelen bij het normaliseringsproces. Tot slot wordt een beschrijving gegeven van de rol van POH's (GGZ) jeugd bij het normaliseren.

2.1 Medicalisering

2.1.1 Medicalisering in deze scriptie

De term medicalisering kent een lange geschiedenis. Sinds de jaren '70 wordt vanuit verschillende perspectieven over medicalisering geschreven. Recenter, in de jaren '90, definieert socioloog Conrad (2017) medicalisering als het beschrijven van problemen in medische termen door het te begrijpen via een medisch framework of te behandelen via medische interventies. In deze scriptie wordt de definitie van Conrad gehanteerd.

2.1.2 Introductie begrip medicalisering

De Amerikaanse socioloog Irving Zola introduceerde de term medicalisering in de jaren '70 (Zola, 1972). Hij beschreef medicalisering als een maatschappelijk proces, waarbij voor steeds meer zaken binnen het dagelijks leven de termen ziek en gezond werden toegepast. Waar voorheen de kerk en justitie de meest relevante instituties waren dankzij hun macht om afwijkend gedrag van mensen als zondig en misdadig te labelen, nam volgens Zola het instituut geneeskunde deze positie over door iets ziek te noemen. De geneeskunde ontwikkelde zich volgens Zola tot het belangrijkste instituut van sociale controle. Zola gebruikte de term sociale controle als blijk van verontrusting en wees erop dat oordelen als ziek en gezond objectief lijken, maar moreel van aard zijn. Zo noemden artsen roken eerder onfatsoenlijk, terwijl medici tegenwoordig beweren dat het ongezond is (Mol & Van Lieshout, 2008). Zola waarschuwde dat steeds meer medische termen gebruikt werden voor bepaalde gedragingen die voorheen als normaal werden beschouwd (Zola, 1972).

2.1.3 Is medicalisering wenselijk of onwenselijk?

De sociologen die sinds de jaren '70 over de term medicalisering schreven, beschouwden het proces vaak als negatief (Parens, 2013). In de jaren '90 beschreef socioloog Conrad (2017) het proces van medicalisering als neutraal. Dit betekent dat het vanuit zijn definitie bespreekbaar is of het medicaliseren van een bepaald probleem wenselijk of onwenselijk is. Parens (2013) problematiseert wederom de definitie die Conrad geeft van medicalisering. Hij doet een oproep om na te denken over manieren waarop wenselijke en onwenselijke vormen van medicalisering kunnen worden onderscheiden. Dat het medicaliseren van verschijnselen niet per definitie onwenselijk is, blijkt uit een tal van voorbeelden van wenselijke medicalisering. Een voorbeeld dat veel mensen als wenselijk beschouwen is het medicaliseren van de zwangerschap. Een medisch middel, de anticonceptiepil, heeft vrouwen in staat gesteld om zelf regie te voeren over zwangerschap (Parens, 2013). Filosoof Kaczmarek (2019) heeft vier vragen geformuleerd die als hulpmiddel kunnen dienen bij het beoordelen van de wenselijkheid van het medicaliseren van een verschijnsel. De vragen zijn als volgt: 1) Is X terecht geïdentificeerd als een probleem? 2) Komt het erkennen van X als probleem niet voort uit ongegronde, overdreven maatschappelijke verwachtingen? 3) Biedt de geneeskunde de beste manier om X en zijn oorzaken te begrijpen? 4) Zorgt het medicaliseren van X voor de meest effectieve en veiligste methoden om het op te lossen? (Kaczmarek, 2019).

2.1.4 Reïficeren

In lijn met de kritiek op (over)medicalisering zoals door Zola omschreven, schrijft wetenschapssocioloog Trudy Dehue over de effecten van een reïficerende denk- en werkwijze. Trudy Dehue (2014) bespreekt in haar boek *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar* het biomedische discours. Ze omschrijft dat binnen het biomedische model het proces van reïficatie plaatsvindt. Dit betekent letterlijk het tot een ding maken van psychische stoornissen. Het houdt in dat emoties en gedrag die afwijken van de norm als stoornis worden bestempeld. Vervolgens wordt het omgedraaid en gezegd dat het gedrag dat afwijkt wordt veroorzaakt door de stoornis.

Het reïficeren is met regelmaat terug te zien in het alledaagse taalgebruik van zowel leken als deskundigen. Tegenwoordig heerst de gewoonte om over psychische stoornissen te spreken alsof dit op zichzelf staande ziekten zijn die zich uiten in bepaald gedrag (Dehue, 2011). Er zijn een tal van voorbeelden. Dehue geeft onder andere het volgende voorbeeld ter illustratie: *“ADHD uit zich bij meisjes in dromerigheid”* (Dehue, 2011). Voor een episode van ADHD is onoplettendheid een van de in de DSM opgenomen criteria (Federatie Medisch Specialisten, 2018). Bovenstaande formulering suggereert dat ADHD een entiteit is die bij individuen bepaalde symptomen veroorzaakt. Dergelijke formuleringen verhullen echter dat ADHD een naam is voor een verzameling van symptomen. Een stoornis als ADHD veroorzaakt niet de symptomen, maar de symptomen zijn vervat onder de noemer ADHD. De DSM, waarin stoornissen staan beschreven, bevat namen voor de symptomen. Alle stoornissen die zijn opgenomen in de DSM hebben criteria waaraan zij moeten voldoen. Deze criteria

duiden aan onder welke voorwaarden een bepaalde stoornis gebruikt mag worden. Formuleringen als “*Kinderen met ADHD*” suggereren dat een stoornis iets is dat een kind heeft. De formulering zou echter als volgt moeten luiden: “*Kinderen die voldoen aan de criteria voor ADHD*”. Op deze wijze is het expliciet dat een stoornis gaat over afspraken (Ten Broeke, 2016).

Door reïficieren worden stoornissen aangedragen als op zichzelf staande entiteiten zijn, terwijl zij eigenlijk afspraken en definities betreffen (Dehue, 2014). De DSM wordt opgesteld door een team van Amerikaanse psychiaters. Zij overleggen en besluiten welke emoties en gedragingen afwijkend zijn en wat de benamingen daarvoor zijn. De DSM speelt in het proces van reïficatie een aanzienlijke rol (Dehue, 2011). Door reïficieren worden psychische stoornissen aangeduid als oorzaak, waardoor het probleem als het ware in het individu wordt gezocht. Hierdoor is er minder aandacht voor mogelijke contextuele en politieke factoren (Dehue, 2014).

2.2 Normalisering

2.2.1 Normaal of afwijkend

De stijging van jeugdhulpverlening aan kinderen voor gedrag dat afwijkt, roept de vraag op wat normaal gedrag is. Hiertoe kan het werk van de Franse filosoof Michel Foucault worden geraadpleegd. Hij schreef over normalisering, krankzinnigheid en de psychiatrie. Het werk van Foucault was met name gericht op het begrijpen van de therapeutische praktijk vanuit hun gevolgen en effecten. Hij richtte zich op het ontstaan van nieuwe concepten en de voorwaarden waaronder dit gebeurde. Zo constateerde hij dat er in de 19^e eeuw sprake was van een verschuiving in de medische blik. Een zieke toestand werd vanaf toen namelijk ‘afwijkend’ genoemd en een gezonde toestand ‘normaal’. Vervolgens richtte Foucault zich op de sociale effecten van deze verschuiving. Een ordening van de samenleving was een gevolg van het denken in de termen ‘normaal’ en ‘afwijkend’. Deze ordening beschreef Foucault als ‘normaliseren’: het door disciplineren aanbrengen van niet-juridische normen waarop mensen hun handelen op afstemmen (Mol & Van Lieshout, 2008). Het gedrag van mensen wordt gemeten aan de hand van vastgestelde maatstaven. Dit resulteert in een gestandaardiseerd (normaliserend) kader van categorieën. Mensen zijn hieraan onderhevig en leven volgens de vastgestelde criteria. Het is volgens Foucault niet nodig om mensen te dwingen om zich ‘normaal’ te gedragen. Mensen internaliseren het ‘normale’ en de zichtbaarheid daarvan zorgt ervoor dat mensen zich gedragen binnen de gestelde grenzen. Op deze manier is het normaliseren geen onderdrukkende macht maar een producerende macht. Het produceert namelijk normaliteit. Normaal is tot standaard verheven en zoveel mogelijk wordt hieraan gelijk gemaakt. Alles wat niet aan de standaard voldoet, wordt gekenmerkt als ‘afwijkend’ en vormt het uitgangspunt voor genezing ofwel een behandeling (Mol & Van Lieshout, 2008).

Onderzoeker en hoogleraar in de orthopedagogiek Laura Batstra en haar collega’s pleiten in hun artikel *Childhood ADHD: a stepped diagnosis approach* voor het idee van *stepped diagnosis* om het

medicaliseringsproces tegen te gaan (Batstra et al., 2014). De eerste stap hierin is normaliseren. In stepped diagnosis heeft normaliseren een tegenovergestelde betekenis ten opzichte van het normaliseringsproces zoals Foucault dat beschreef. De betekenis van normaliseren is volgens Foucault een poging tot het corrigeren van het afwijkende gedrag van mensen door dit binnen de heersende normen te brengen. Daarentegen betekent normaliseren volgens Batstra en collega's (2014) het tolereren van afwijkend gedrag en het laten bestaan hiervan. Ook binnen het domein van de jeugdzorg refereert normaliseren naar het weer als normaal zien van gedragingen die als afwijkend worden beschouwd (Gezondheidsraad, 2014).

2.2.2 Normalisering in deze scriptie

In deze scriptie worden de ondersteuning van en hulp aan kinderen met psychische problemen door een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg zonder doorverwijzing naar de basis GGZ en/of gespecialiseerde GGZ en/of het voorschrijven van medicatie als normaliseren beschouwd.

In de Jeugdwet zijn naast het concept normaliseren ook de concepten demedicaliseren en ontzorgen opgenomen. In deze scriptie ligt de focus op het concept normaliseren, net als verschillende onderzoekers dat in hun onderzoek doen. Zo pleit ook psycholoog en onderwijskundige Bert Wienen voor een bredere kijk op wat als normaal moet worden beschouwd. Dit doet hij door wetenschappelijk onderzoek en de praktijk met elkaar te verbinden (Wienen, z.d.).

2.2.3 Normalisering in de Jeugdwet

De overheid heeft normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen als doelstellingen opgenomen in de Jeugdwet. In een Memorie van Toelichting van de Tweede Kamer (2013) worden de concepten normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen uit de Jeugdwet omschreven. Normaliseren is beschreven als het voorkomen van zorgverlening aan kinderen bij kleine knelpunten. Verder is alleen een algemene beschrijving gegeven van de concepten normaliseren, ontzorgen en demedicaliseren: de zorg en hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen moet zodanig worden georganiseerd en ingericht dat een 'normale' manier van opgroeien en opvoeden wordt bevorderd. Verder dient hulp en ondersteuning complementair te zijn aan de eigen mogelijkheden van jeugdigen en ouders (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2013).

2.2.4 Visie op psychische problemen

Met de toenemende vraag naar jeugdhulp blijkt dat veel kinderen een behandeling krijgen in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarbij krijgen kinderen een label. Daarom is het van belang om te kijken welke visies op psychische problemen onder kinderen er in de hulpverlening worden gehanteerd.

2.2.4.1 Biomedische visie

In de psychiatrie is het biomedische model lange tijd leidend geweest. Hoogleraar klinische psychologie Paul Verhaeghe (2019) geeft twee voorbeelden die illustreren hoe psychische problemen vanuit dit model worden benaderd. Allereerst worden gedragsproblemen geplaatst binnen een medisch framework. Ten tweede geldt als uitgangspunt dat psychische stoornissen waarneembaar zijn in de hersenen. Binnen het biomedische model worden zowel oorzaken als oplossingen gezocht in het individu. Hierdoor krijgen factoren uit de omgeving van het individu minder aandacht (Verhaeghe, 2019). Vanuit een biomedische benadering wordt op basis van verschijnselen een diagnose gesteld. Psychische klachten van mensen worden geconstrueerd tot een diagnose. De diagnose is het uitgangspunt voor behandeling, waarbij medicatie meestal een voornaam onderdeel is. De stoornis en de problemen van mensen vormen het uitgangspunt. Het risico is dat de blik van zorgprofessionals wordt bepaald door de diagnose (Hordijk & Genugten, 2021).

2.1.4.2 Kritiek op de biomedische visie

In de afgelopen jaren is de kritiek op het gebruik van het biomedische model toegenomen. Onder andere hoogleraar psychiatrie Jim van Os richt zich op de vraag waarom in de samenleving bepaalde gedragingen en gevoelens als psychische stoornis bestempelt en waarom dat onwenselijk is. Van Os benadrukt dat niet gesproken kan worden over al dan niet psychische zieke mensen. Hij beschrijft het als een continuüm, waarin iedereen een beetje ziek is en de een wel problemen en de ander geen problemen ervaart. Van Os beschouwt psychisch lijden als een disbalans in het mentaal welzijn van mensen. Daarbij kan volgens hem een onderscheid worden gemaakt in verschillende vormen van disbalans, wat altijd plaatsvindt in een context. Deze visie op psychische problemen veronderstelt dat het ervaren van psychische klachten niet samengaat met de aanwezigheid van een stoornis (Van Os et al., 2009).

De vraag hoe wordt gewerkt in de psychiatrie komt volgens Jim van Os te weinig aan bod. Hierbij gaat het erover hoe zorgprofessionals problemen kunnen verduidelijken, positieve verwachtingen kunnen oproepen en mensen kunnen motiveren. Van Os pleit ervoor dat mensen in de psychiatrie niet worden voorzien van een label. Zorgprofessionals zouden persoonsgericht moeten werken en uitgaan van wat zij zien. Als zorgprofessionals zich niet kwetsbaar opstellen, neemt de kans toe dat zorgvragers zich niet gehoord voelen en herstel uitblijft. Het gaat om wat zorgprofessionals uitstralen alsmede hun manier van praten en kijken (Veenstra & Dopper, 2016).

2.2.5 Functie van normalisering

In deze scriptie worden ondersteuning van en hulp aan kinderen met psychische problemen door een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg zonder doorverwijzing naar de basis GGZ en/of gespecialiseerde GGZ en/of het voorschrijven van medicatie als normaliseren beschouwd. Normaliseren van psychische problemen onder kinderen wordt nodig ofwel wenselijk geacht om twee

redenen. Ten eerste kan het normaliseren van psychosociale problemen helpend zijn bij het aanbieden van beter passende zorg aan kinderen. Ten tweede worden kinderen hierdoor niet geconfronteerd met de negatieve gevolgen van een label. Normaliseren kan daarom destigmatiserend werken.

2.2.5.1 Passende zorg

Voor het aanbieden van passende zorg aan kinderen kan pedagoog dr. Ter Horst geraadpleegd worden. Ter Horst schrijft in zijn boek *Het herstel van het gewone leven* wat er in het dagelijks leven gedaan kan worden om een stagnerende opvoeding te herstellen zonder afgezien van allerlei specialistische therapieën. Hij beschrijft het gewone leven als het leven waarin kinderen en hun opvoeders met zichzelf en met elkaar kunnen omgaan en ondanks allerlei moeilijkheden verder komen. Ter Horst is met vele anderen van mening dat het leven ingewikkeld is. Zo wordt vaak gesuggereerd dat bij kinderen die stagneren de oplossingen verder weg liggen, bijvoorbeeld bij de politiek. Ter Horst is het ermee eens dat allerlei factoren van buitenaf een rol spelen. Echter, hij betoogt dat bij het herstel van het leven het gewone dagelijkse leven voorop staat (Ter Horst, 2009).

In het gewone dagelijks leven onderscheidt ter Horst verschillende domeinen: het kind, de opvoeders, de omgeving en de werkelijkheid achter de omgeving. De werkelijkheid achter de omgeving omvat de indirecte factoren uit de omgeving, zoals de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Volgens Ter Horst is het uitgangspunt bij het verlenen van passende zorg niet dat een zorgprofessional zich inzet als een specialist. Hiermee bedoelt Ter Horst dat een zorgprofessional zich niet inzet door aan de zorgvrager te vertellen wat er niet goed gaat om vervolgens een diagnose te kunnen stellen. In plaats daarvan dient een zorgprofessional de zorgvrager ook als deskundige te zien. Dit kan door samen op zoek te gaan naar de krachten en mogelijkheden van de zorgvrager binnen de verschillende domeinen (Ter Horst, 2009).

Voordat therapieën worden ingezet, is het volgens Ter Horst van belang dat er op de verschillende domeinen vragen worden gesteld. Zorgprofessionals dienen bij kinderen met problemen na te gaan of er veranderingen nodig zijn op deze domeinen. Een zorgprofessional kan bijvoorbeeld op het domein van het kind de vraag stellen of het kind voldoende slaap krijgt. Een voorbeeldvraag op het domein van de omgeving is of de omgeving geordend is voor het kind (Ter Horst, 2009).

De vragen in de domeinen maken inzichtelijk hoe opvoeders een bijdrage kunnen leveren aan het herstel van het gewone leven (Ter Horst, 2009). Hiermee kan worden voorkomen dat verschijnselen en problemen (zoals onzekerheid) waarmee kinderen mee te maken krijgen alleen vanuit een medisch framework worden benaderd, waarvoor de Gezondheidsraad en RVS pleiten (Gezondheidsraad 2014; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Zo kunnen kinderen passende zorg ontvangen en wordt voorkomen dat zij onnodig een label krijgen en specialistische therapieën ondergaan.

2.2.5.2 *De-stigmatiserend*

Normaliseren kan voorkomen dat kinderen onterecht een label krijgen. Een label kan negatieve gevolgen hebben voor kinderen, omdat dit stigmatiserend kan werken (DeLuca, 2020).

Een stigma verwijst naar een kenmerk van een individu die als anders wordt gekenmerkt (Goffman, 1963). Socioloog Howard Becker was geïnteresseerd in de gevolgen daarvan voor een individu. Hij stelt in de labeling-theorie dat het gedrag van individuen met een label bepaald worden door het beeld dat andere mensen van hen hebben. Het label dat mensen krijgen beïnvloedt derhalve hoe anderen zich ten opzichte van de mensen met het label gaan gedragen (Becker, 1963). Een label kan negatieve gevolgen hebben. Zo kan een label bij individuen met een psychiatrische stoornis negatief gedrag bij anderen veroorzaken. Het individu met een label kan hierdoor gediscrimineerd en sociaal afgewezen worden (Scheff, 1966). Volgens Becker komt dit doordat gedrag van individuen met een label als ‘afwijkend’ wordt beschouwd en het gedrag van anderen zonder dit label als normaal (Becker, 1963).

Uit onderzoek blijkt dat kinderen waarbij gedrag of verschijnselen gediagnosticeerd worden, in bijvoorbeeld de vorm van ADHD of depressie, vaker een lagere status toegekend krijgen door leeftijdsgenoten. Dit kan voor kinderen met een diagnose voelen als een afwijzing, waardoor het gedrag of verschijnselen verergeren (DeLuca, 2020).

2.3 Factoren die bijdragen aan normalisering

Het is tot dusver onduidelijk welke factoren bijdragen aan het normaliseringsproces. Uit onderzoek is gebleken dat het concept normaliseren nog afdoende is geoperationaliseerd. Hierdoor is het in de praktijk nog minder duidelijk hoe zorgprofessionals normaliseren concreet kunnen toepassen (Gilsing, 2019). Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen. Deze factoren worden in de volgende subparagrafen uiteengezet.

2.3.1 Normaliseren door het vermijden van labels

Voor het normaliseren van psychische problemen bij kinderen is het van belang om labels te vermijden. Bij iedere levensfase horen bepaalde verschijnselen of problemen. Echter, in sommige gevallen wordt dit onterecht als psychisch probleem beschouwd. Het risico is dat gevoelens of gedrag die passen bij een levensfase te weinig worden aanvaard (RVS, 2017).

Bij kinderen met minder ernstige gedragsproblemen kan het diagnostisch proces het besef oproepen dat zij ‘anders’ zijn dan leeftijdsgenoten (Owens, 2020). Binnen de GGZ kan overdiagnose eenvoudig plaatsvinden, omdat beslissingen grotendeels zijn gebaseerd op waargenomen of zelf gerapporteerd gedrag (Thomas et al., 2013). Bovendien is de interpretatie van de ernst van gedrag en/of het als abnormaal moet worden beschouwen daarvan subjectief (Thomas et al., 2013). Een diagnose kan bij kinderen het gevoel oproepen dat zij beperkingen hebben in vergelijking met hun leeftijdsgenoten (Owens, 2020). Kinderen zijn zich vanaf een leeftijd van ongeveer 5 jaar bewust van mensen ‘zoals

zij'. Vanaf dat moment hebben zij een voorkeur voor mensen die hetzelfde zijn en ontwikkelen zij een afkeer van mensen 'die anders zijn' (Aboud, 2003). Leeftijdsgenoten en onderwijzers kunnen kinderen met een diagnose anders gaan benaderen. Een onderwijzer kan bijvoorbeeld schoolprestaties negatief beoordelen, waardoor kinderen mogelijk een lager gevoel van eigenwaarde ervaren (Owens, 2020).

2.3.2 Normaliseren door wijkgerichte zorg

Volgens de RMO (2012) is zorg dichtbij huis een factor die kan bijdragen aan het normaliseren van psychosociale klachten onder kinderen. Bij kinderen die psychosociale klachten ervaren en behoefte hebben aan ondersteuning, hoeft de nadruk niet te liggen op zware zorg. Daarentegen kunnen hulp en ondersteuning dichterbij huis worden geboden, zodat het nabij het dagelijks leven van mensen wordt gebracht. De zorg kan daardoor eenvoudiger aansluiten bij de leefwereld van kinderen (RMO, 2012).

Hoogleraar psychiatrie Jim van Os startte samen met collega's, waaronder hoogleraar innovatie in de GGZ Philippe Delespaul, de beweging Nieuwe GGZ. Zij onderzoeken hoe de GGZ op een andere manier vorm kan krijgen. Het initiatief hiervoor de Nieuwe GGZ is ontstaan doordat de GGZ in Nederland overbelast is. De vraag naar zorg is veel groter dan dat het huidige zorgaanbod. Volgens van Os, Delespaul en collega's is de huidige GGZ te veel gericht op het reduceren van symptomen van een psychische aandoening (MET ggz, z.d.). Wanneer in de behandeling alleen aandacht is voor het individu en niet voor de omgeving en mensen alleen herstellen van hun symptomen, zal niet iedereen volledig herstellen (Beckers et al., 2020).

Aandacht voor het sociale netwerk van mensen in de behandeling heeft een beschermende functie voor kinderen en ouders. Het contact met andere kinderen of ouders zorgt over het algemeen voor meer zelfvertrouwen. Kinderen en ouders die kunnen terugvallen op mensen uit hun sociale netwerk ervaren meer praktische en emotionele steun. Het sociale netwerk kan de hulp van zorgprofessionals gedeeltelijk overnemen, waardoor het als een hulpbron fungeert voor kinderen en ouders (Bartelink & Verheijden, 2015).

2.3.3 Normaliseren en de therapeutische relatie

Een ander mogelijk belangrijk aspect van normaliseren is de rol van de therapeutische relatie. Recent is uit onderzoek wederom gebleken dat een goede therapeutische relatie essentieel is in de psychiatrie (Flückiger et al., 2020). Normaliseren gaat over het inleven in de mens en niet in de stoornis. Daarbij kan de therapeutische relatie een belangrijke rol spelen (Van Os, 2020). In de presentiebenadering van Andries Baart wordt gezocht naar antwoorden op de vragen wat goede zorg is en wat een goede zorgverlener doet (Baart & Van der Vrede, 2020). De presentiebenadering gaat over de relatie tussen de zorgprofessional en de zorgvrager. Het begrip presentie betekent letterlijk aanwezigheid (Baart & Van der Vrede, 2020). Iemand die present is, is de ander nabij. Een zorgprofessional leert allerlei vaardigheden, vergaart allerlei kennis en werkt volgens protocollen. Echter, hoe de zorgprofessional haar kennis en vaardigheden inzet is afhankelijk van de relatie met de zorgvrager (Baart & Van der

Vrede, 2020). Baart betoogt dat zorgprofessionals zich moeten kunnen verplaatsen in het leven van de zorgvrager door naar hun verhaal te luisteren zonder dit om te zetten naar een diagnose of allerlei handelingen (Sitvast, 2006).

De RVS schrijft in hun rapport *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg* uitgebracht in 2017 over de aanname dat bewezen zorg altijd goede zorg is. De RVS benadrukt het belang van de therapeutische relatie in de psychiatrie om veranderingen te bewerkstelligen (RVS, 2017).

2.4 POH (GGZ) jeugd als normaliseringsinstrument

Zorgprofessionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp spelen een belangrijke rol in het proces van medicaliseren en normaliseren. De overheid heeft normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen als doelstellingen opgenomen in de Jeugdwet. De overheid heeft het concept normaliseren niet expliciet gedefinieerd, waardoor zorgprofessionals zelf invulling moeten geven aan de betekenis van dit concept (Gilsing, 2019). Medewerkers in de functie van POH (GGZ) jeugd moeten dit begrip tot uiting laten komen in de praktijk. Zij vervullen namelijk samen met de huisarts de rol van poortwachter voor de basis en gespecialiseerde GGZ. Binnen de huisartsenzorg heeft de POH (GGZ) jeugd daarom een voorname rol in het normaliseren van psychosociale klachten van kinderen en jongeren (Gilsing, 2019). De factoren kunnen bijdragen aan het normaliseren van psychosociale klachten onder kinderen, zoals in paragraaf 2.3 beschreven, zijn terug te vinden in de functie POH (GGZ) jeugd.

POH (GGZ) module Kind en Jeugd

POH-GGZ gericht op psychische en psychosociale problemen bij volwassenen kunnen zich verder bekwamen op het gebied van kinderen en jeugd. De opleiding tot de functie POH-GGZ gericht op ggz-problematiek bij volwassenen is toegankelijk via verschillende zorgopleidingen. Voorbeelden daarvan zijn opleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, bachelor verpleegkunde, bachelor Social Work, opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ, master psychologie of bachelor toegepaste psychologie (Forta opleidingen, 2022). Via de opleiding POH-GGZ Volwassene is de module Kind en Jeugd toegankelijk. Deze module bestaat uit 4 lesdagen van in totaal 24 uur. De lesdagen zijn opgebouwd in verschillende thema's: ontwikkelingsfasen en systeemproblematiek, behandeling van kinderen, angst en depressie en (neurobiologische) ontwikkelingsstoornissen (Forta opleidingen, 2022).

In de module Kind en Jeugd zijn de competenties zoals beschreven in het functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2020 leidend. Hierin staan uitgangspunten en kernwaarden beschreven. Een van de uitgangspunten is dat van de POH (GGZ) jeugd een protocoloverstijgend denken en handelen vereist wordt. Aansluitend geldt het uitgangspunt dat het verhaal en de context van de zorgvrager de basis van de hulpverlening vormen. Een kernwaarde die hierbij wordt benoemd is: 'Zie

de mens, niet het etiket' (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Door de zorgvrager als mens te zien, sluiten deze uitgangspunten en kernwaarde aan bij wat in de presentiebenadering geldt als goede zorg. Daarnaast laten de uitgangspunten zien dat POH's (GGZ) jeugd worden opgeleid voorbij bestaande protocollen te kijken en dat de zorgvrager bij hun handelen centraal staat.

Tijd en vaardigheden

Uit onderzoek is gebleken dat huisartsen veelal niet beschikken over de benodigde vaardigheden en in beperkte mate de tijd hebben, waardoor kinderen niet altijd de juiste hulp bij psychische klachten ontvangen (Zwaanswijk et al., 2005). Huisartsen kunnen hierdoor niet altijd dieper ingaan op hun problemen (Boendermaker et al., 2016). Een POH (GGZ) jeugd wordt ingezet binnen de huisartsenzorg om problemen bij kinderen te signaleren en te behandelen dan wel door te verwijzen. POH's (GGZ) jeugd beschikken over de tijd om een betere inschatting te maken van hun problematiek. De tijd waarover POH's (GGZ) jeugd beschikken maakt het mogelijk om labels te vermijden. Verder is uit onderzoek gebleken dat sommige huisartsen geen affiniteit hebben met jeugdproblematiek en hierdoor sneller geneigd zijn om kinderen door te verwijzen naar de basis GGZ en/of gespecialiseerde GGZ (Van Dijk et al., 2022). Een POH (GGZ) jeugd heeft daarentegen specifieke expertise op het gebied van jeugdproblematiek en kiest er bewust voor om te werken met kinderen.

Wijkgerichte zorg

De verschuiving van zorg van de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ naar de huisartsenzorg was in het kader van wijkgerichte zorg aanleiding voor het aanstellen van een POH (GGZ) jeugd (Jonker et al., 2020). De POH (GGZ) jeugd is werkzaam binnen de huisartsenzorg, waardoor hulpverlening dichtbij huis en in een vertrouwde omgeving wordt aangeboden. Het hulpaanbod kan hierdoor passend en laagdrempelig worden gerealiseerd, waardoor de hulp minder ingrijpend is voor kinderen (Boendermaker et al., 2016).

2.4.1 Handelen POH GGZ jeugd normaliserend?

Uit onderzoek van Boendermaker en collega's (2016) blijkt dat POH's (GGZ) jeugd aangeven dat zij de afweging tussen zelf behandelen of verwijzen soms moeilijk vinden. Hiervoor gaven zij als reden dat de problemen waarmee kinderen bij de POH (GGZ) jeugd op het consult komen uiteenlopen. POH's (GGZ) jeugd vinden het in deze gevallen moeilijker om de ernst en complexiteit van de problemen in te schatten, wat de keuze om kinderen zelf te behandelen of door te verwijzen bemoeilijkt (Boendermaker et al., 2016).

Van Dijk en collega's (2022) hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop huisartsen omgaan met somberheidsklachten onder jongvolwassenen. In de eerste plaats door na te gaan wat hun zienswijze is en in de tweede plaats door na te gaan hoe deze wordt beïnvloed door maatschappelijke, persoonlijke en professionele factoren en patiëntkenmerken. Hieruit bleek een mogelijke tegenstrijdigheid in de

manier waarop huisartsen op macroniveau denken over demedicalisering en hoe zij op microniveau handelen. Op macroniveau erkennen huisartsen het belang van demedicaliseren en benoemen zij maatschappelijke factoren die mogelijk resulteren in somberheidsklachten onder jongvolwassenen. Huisartsen geven aan dat het belangrijk is om niet te snel medische labels te hanteren. Daarnaast erkennen zij dat het belangrijk is om somberheidsklachten niet alleen vanuit een medisch perspectief te benaderen. Huisartsen zijn daarentegen op microniveau, als een patiënt op het consult komt, geneigd iets te doen. De meeste huisartsen vinden het moeilijk om een demedicaliserende blik toe te passen in het patiëntcontact (Van Dijk et al., 2022). De POH (GGZ) jeugd hebben in tegenstelling tot huisartsen de tijd voor kinderen op hun spreekuur. Het kan echter zijn dat de POH (GGZ) jeugd soms tijdsdruk ervaren, waardoor zij niet of minder goed in staat zijn om normaliserend te handelen.

2.5 Onderzoeksvraag en verwachtingen

In deze scriptie staat de volgende probleemstelling centraal:

‘Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?’

Op basis van de besproken literatuur kunnen enkele verwachtingen worden uitgesproken. De eerste verwachting is dat POH's (GGZ) jeugd met hun expertise de mogelijkheden hebben om de factoren die een rol spelen bij het normaliseringsproces ten uitvoer te brengen. De functie POH (GGZ) jeugd versterkt namelijk de tijd voor en deskundigheid op het vlak van jeugdproblematiek binnen de huisartsenzorg. Daarmee is er de mogelijkheid om zorg dichtbij huis te leveren, tijd te investeren in de therapeutische relatie en diagnostische labels te vermijden. De tweede verwachting, gebaseerd op onderzoek van Boendermaker en collega's (2020) en Van Dijk en collega's (2022), is dat POH's (GGZ) jeugd binnen de spreekkamer soms nog worden bemoeilijkt in het normaliserend handelen.

2.6 Conceptueel model

Op basis van bovenstaande theorie is een conceptueel model samengesteld (figuur 2). In dit onderzoek is de onderzoeksvraag welke rol de POH (GGZ) jeugd heeft bij het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen binnen de huisartsenzorg. Hierbij ligt de nadruk op de visie op en werkwijze van de POH (GGZ) jeugd bij het normaliseren.

Zoals in het theoretisch kader is genoemd, is in de Jeugdwet het concept normaliseren opgenomen als doelstelling. Zorgprofessionals in de jeugdhulpverlening spelen een belangrijke rol in het normaliseringsproces. Het concept normaliseren wordt in de Jeugdwet niet geoperationaliseerd. Daarom dienen zorgprofessionals zelf invulling te geven aan het concept. In figuur 2 staat de grijze cirkel voor de doelstelling normaliseren in de Jeugdwet.

Vanwege de doelstelling normaliseren in de Jeugdwet is de functie POH GGZ jeugd ontstaan. De POH (GGZ) jeugd vervult samen met de huisarts de rol van poortwachter voor de basis GGZ en

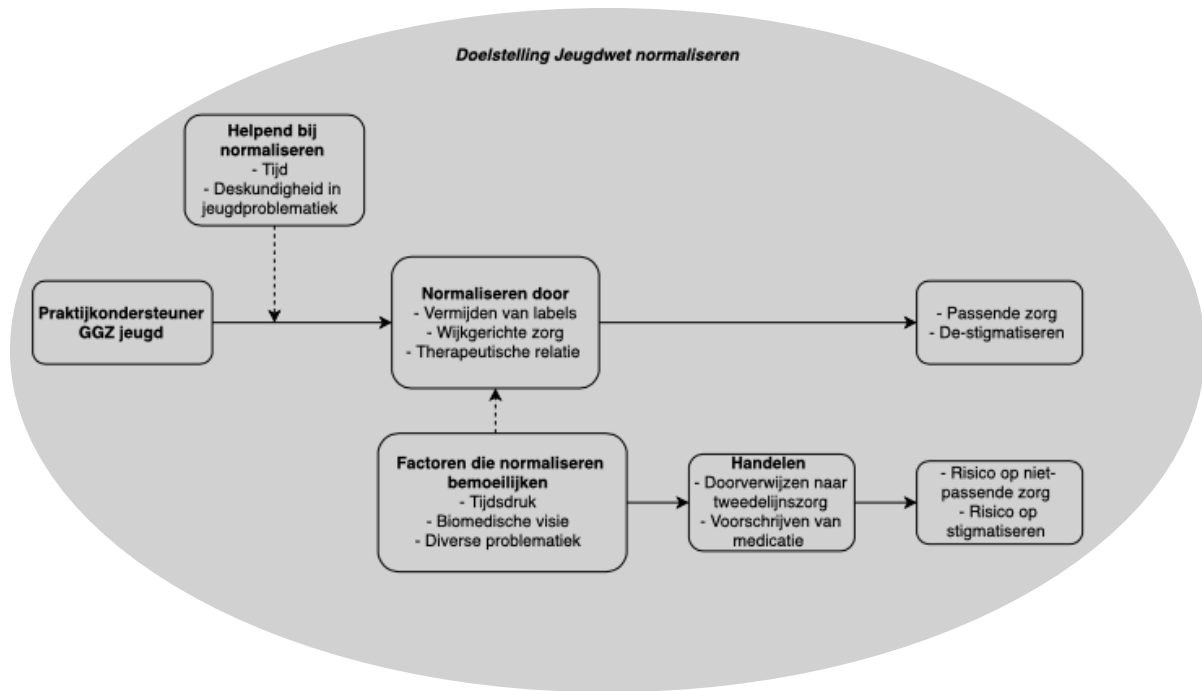
gespecialiseerde GGZ. De theoretische basis leidt tot de verwachting dat de aanwezigheid van een POH (GGZ) jeugd bijdraagt aan het normaliseren van psychosociale problemen onder jongeren. In de huisartsenzorg versterken POH's (GGZ) jeugd de deskundigheid in jeugdproblematiek. Bovendien kunnen zij de tijd nemen voor de zorgvrager. Hierdoor zijn zij in staat om zorg dichtbij huis te leveren, de tijd te investeren in een 'presente' therapeutische relatie en diagnostische labels te vermijden.

De aspecten waarvan wordt verwacht dat zij normaliseren mogelijk maken, worden hierna kort toegelicht.

- Vermijden van labels: een diagnose kan bij kinderen het gevoel geven dat zij anders zijn in vergelijking met hun leeftijdsgenoten. Daarbij kan de omgeving kinderen met een diagnose anders benaderen;
- Wijkgerichte zorg: hulp en ondersteuning dichtbij huis betekent dat zorg nabij het dagelijks leven van kinderen wordt gebracht. Hierdoor kan eenvoudiger worden aangesloten bij hun leefwereld;
- De therapeutische relatie: deze is van invloed op de inzet van kennis en vaardigheden door een zorgprofessional. Het is belangrijk dat een zorgprofessional luistert en zich inleeft in het verhaal van de zorgvrager, zonder dat dit per definitie uitmondt in een medische handeling of diagnose.

In figuur 2 is te zien wat de functie is van normaliseren op basis van de theorie, namelijk het aanbieden van passende zorg en destigmatiseren. Het gaat hierbij met andere woorden over waarom normaliseren van bepaalde verschijnselen en gedragingen onder kinderen als wenselijk geacht wordt. In de eerste plaats is normaliseren wenselijk, omdat het kan bijdragen aan het aanbieden van passende zorg voor kinderen. Als zorgprofessionals verschillende domeinen uitvragen, kan worden voorkomen dat verschijnselen en gedragingen vanuit een medische framework benaderd worden. In de tweede plaats is normaliseren wenselijk, omdat zo voorkomen kan worden dat kinderen worden geconfronteerd met de negatieve gevolgen van een label. Het draagt hierdoor bij aan het destigmatiseren van bepaalde verschijnselen en gedrag onder kinderen/jongeren.

De tweede verwachting is dat bepaalde factoren het normaliseren in de spreekkamer kunnen bemoeilijken. Deze factoren zijn biomedisch denken, diversiteit van problematiek en tijdsdruk. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat de POH (GGZ) jeugd medicaliserend handelt door kinderen door te verwijzen naar de tweedelijnszorg of het voorschrijven van medicatie. Het risico is dat deze kinderen niet de meest passende zorg ontvangen. Ook kan een diagnose stigmatiserend werken.



Figuur 2: Conceptueel model

Probleemstelling

‘Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?’

Deelvragen:

- Wat is de visie van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Wat is de werkwijze van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Welke factoren werken helpend en belemmerend voor POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?

3. Methodologie

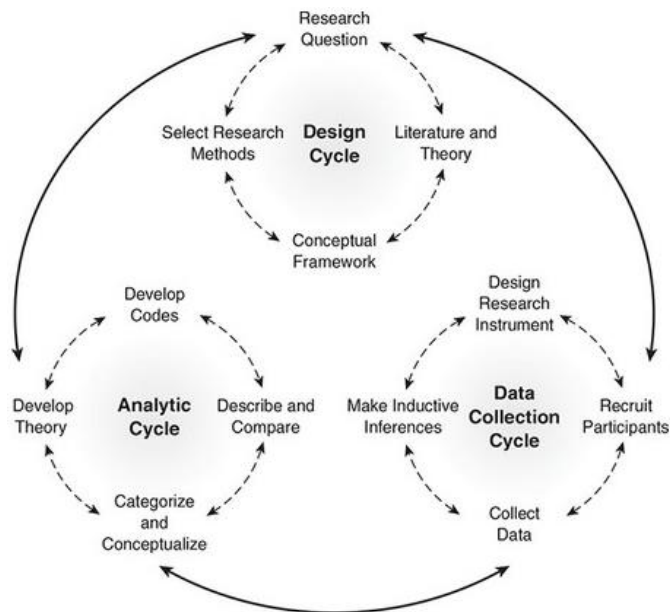
In dit hoofdstuk wordt de gehanteerde methodologie uiteengezet. Er wordt beschreven hoe er antwoord gegeven kan worden op de probleemstelling. In het licht van de probleemstelling is voor een kwalitatieve benadering gekozen, waarvoor semigestructureerde interviews zijn afgenomen met tien POH's (GGZ) jeugd in Noord-Nederland.

3.1 Kwalitatief onderzoeksmethode

Een kwalitatief onderzoek is uitgevoerd om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling. Kwalitatief onderzoek is geschikt om de ervaringen, visies en meningen van mensen in detail te onderzoeken (Hennink et al., 2020). De onderzoeker kan gebruik maken van een specifieke set aan onderzoeksmethoden, die veelal open van structuur zijn. Kwalitatieve onderzoeksmethoden bieden de onderzoeker de mogelijkheid om aandacht te besteden aan hoe mensen betekenis geven aan hun omgeving. Hierbij kan de onderzoeker ingaan op het gedrag en de context waarbinnen mensen functioneren (Hennink et al., 2020). In kwalitatief onderzoek streeft de onderzoeker ernaar om aandacht te besteden aan de context, zodat een bepaald thema dieper kan worden onderzocht en menselijk gedrag beter kan worden begrepen. Kwalitatieve onderzoekers verzamelen deze gegevens om wetmatigheden te zoeken en theorieën te ontwikkelen. De verhalen van de deelnemers staan hierin centraal (Hennink et al., 2020).

Het doel van het kwalitatieve onderzoeksdeel was om te verkennen wat POH's (GGZ) jeugd verstaan onder het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen van 0 tot 18 jaar. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn hiervoor het meest geschikt, omdat ernaar wordt gestreefd de deelnemers te begrijpen vanuit hun eigen perspectief, in hun eigen context en dit vervolgens te beschrijven met hun eigen woorden en concepten (Hennink et al., 2020).

Kwalitatief onderzoek kent drie doorlopende fasen, die samen de kwalitatieve onderzoekscyclus van Hennink en collega's (2020) vormen. De kwalitatieve cyclus is afgebeeld in figuur 3. Deze scriptie kent ook een doorlopend proces waarbinnen dezelfde fasen zijn doorlopen. Gedurende het onderzoek heeft de onderzoeker constant in- en uitgezoomd, waarbij nieuwe informatie werd toegepast om andere hoofdstukken vorm te geven (Hennink et al., 2020). De onderzoeksmethoden staan met elkaar in verbinding, waardoor het een constant proces is.



Figuur 3: Kwalitatief onderzoekscyclus (Hennink et al., 2020).

De drie fasen van de kwalitatieve onderzoekscyclus zijn de ontwerpcyclus, de datacollectie cyclus en de analyse cyclus. De drie fasen van de kwalitatieve ontwerpcyclus komen in deze scriptie naar voren in de volgende vier taken. Het begon met het formuleren van de probleemstelling en deelvragen in hoofdstuk 1. De probleemstelling werd opgesteld en verfijnd door het bestuderen van wetenschappelijke literatuur. Op grond van de probleemstelling werden de meest passende onderzoeksmethoden voor deze studie uitgekozen. De onderzoeksmethoden staan beschreven in hoofdstuk 3. De analytische cyclus komt naar voren in de hoofdstukken resultaten, discussie en conclusie, waarin de uitkomsten van de interviews staan beschreven.

3.1.1 Deelnemerswerving

In dit onderzoek was de onderzoekspopulatie POH (GGZ) jeugd die werkzaam zijn binnen de huisartsenzorg in Noord-Nederland. De onderzoeker had uit de onderzoekspopulatie een steekproef getrokken, wat betekent dat er een groep mensen geselecteerd werden uit de onderzoekspopulatie voor het verzamelen van de gegevens. De steekproeftrekking kan volgens verschillende principes. In dit onderzoek is het principe ‘purposive sampling’ gehanteerd, dit houdt in dat de mensen op een doelgerichte manier werden uitgekozen. Een doelgerichte manier maakt het mogelijk om mensen te selecteren die beschikken over bepaalde kenmerken die belangrijk zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Bij het samenstellen van de groep deelnemers werd rekening gehouden met mensen die over informatie beschikken die relevant waren voor het onderzochte thema. Een diverse groep deelnemers zorgde ervoor dat er een verscheidenheid aan ervaringen en perspectieven op het onderzoeksthema ontstaat wat het onderzoek versterkt. Dit is een ander principe dan wordt gehanteerd bij een gerandomiseerde steekproef, waarbij iedereen binnen de onderzoeksgroep evenveel kans heeft om deel te nemen aan het onderzoek (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek was het belangrijk om het thema in verschillende dimensies en contexten te begrijpen, waarvoor een gevarieerde groep aan

mensen van belang was. Zo was in dit onderzoek belangrijk om mensen te benaderen met verschillende achtergronden in vooropleiding en werkervaring. Daarnaast werd ook waarde gehecht aan POH's (GGZ) jeugd die werkzaam zijn binnen verschillende huisartsenpraktijken in de provincies: Groningen, Friesland en Drenthe.

Op basis van bepaalde kenmerken zijn mensen geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Vervolgens konden er verschillende methodes toegepast worden om mensen te werven. De mensen in dit onderzoek zijn geworven door middel van de netwerkmethod. De netwerkmethod houdt in dat mensen via een formeel of informeel netwerk worden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van beide netwerk vormen. Het formeel netwerk betrof de AHON-commissie. Via deze methode werden acht van de in totaal tien deelnemers geworven. De AHON-commissie vertegenwoordigde de onderzoekspopulatie en was het centraal punt om contact op te nemen met mensen die geschikt waren voor het onderzoek. De netwerkmethod heeft als voordeel dat op een effectieve manier mogelijk is om mensen te benaderen die beschikken over specifieke kenmerken (Hennink et al., 2020). De AHON-commissie fungeerde als poortwachter om toegang te krijgen tot de onderzoekspopulatie. De AHON-commissie heeft naar aanleiding van een onderzoeksaanvraag toestemming verleend om gebruik te maken van hun diensten. De onderzoeksaanvraag voor het kwalitatieve onderzoeksdeel is te vinden in bijlage 3.

Van de AHON-commissie ontving de onderzoeker een lijst met AHON geregistreerde huisartsenpraktijken waarvan bekend was dat er een POH (GGZ) jeugd is aangesteld. Dit waren in totaal negentien huisartsenpraktijken. Uit deze lijst heeft de onderzoeker elf huisartsenpraktijken geselecteerd op basis van de criteria zoals bovenstaand beschreven. Een lid van de AHON-commissie heeft naar deze elf huisartsenpraktijken een e-mail verzonden om het onderzoek aan te kondigen. De wervingsmail is terug te vinden in bijlage 4. De huisartsenpraktijken konden naar aanleiding van deze e-mail deelname aan het onderzoek weigeren. Een week nadat de e-mails verstuurd waren heeft de onderzoeker de huisartsenpraktijken telefonisch ofwel via de e-mail benaderd om een afspraak in te plannen met de POH (GGZ) jeugd. Bij drie van deze elf benaderde huisartsenpraktijken was het niet mogelijk om een afspraak in te plannen met de POH (GGZ) jeugd.

Daarnaast zijn nog twee deelnemers geworven via een informeel netwerk, namelijk met behulp van het netwerk van de stage-/scriptiebegeleidster. Een POH (GGZ) jeugd is geworven via een huisarts uit het netwerk van de stage-/scriptiebegeleidster. De POH (GGZ) jeugd werd eerst door de stage-/scriptiebegeleidster benaderd. Nadat deze POH (GGZ) jeugd toestemming had verleend, heeft de student per e-mail een afspraak ingepland. Deze POH (GGZ) jeugd heeft vervolgens een collega POH (GGZ) jeugd aangedragen. Het benaderen van deze POH (GGZ) jeugd en het inplannen van de afspraak verliepen ook per e-mail.

Voor het selecteren van een adequate steekproefomvang, schrijven Hennink et al., (2020) in hun boek *'Qualitative research methods'* over het belang van saturatie. In kwalitatief onderzoek ligt de nadruk op de rijkdom van gegevens in plaats van het aantal deelnemers. Een leidraad voor het beoordelen van de geschikte steekproefomvang is het principe van saturatie. Saturatie verwijst naar het punt dat in de gegevensverzameling geen nieuwe kwesties aan de orde komen en informatie zich begint te herhalen. In dit onderzoek is ervoor gekozen om tien personen te interviewen. Gedurende het afnemen van de interviews werd er door de student actief gereflecteerd op de gegevens om te bewaken of het saturatiepunt werd bereikt.

3.1.2 Diepte-interviews

Binnen kwalitatief onderzoek kunnen verschillende methoden worden toegepast voor de dataverzameling (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek werd data verzameld door middel van face-face-to-face diepte-interviews. Een diepte-interview is een dataverzamelingsmethode waarin thema's diepgaand worden besproken. Diepgaand houdt in dat de onderzoeker gedetailleerd inzicht verkrijgt in het onderzoeksthema vanuit het perspectief van de deelnemers. De onderzoeker wordt in staat gesteld om door te vragen op de achterliggende motivaties van de deelnemers. Het afnemen van de diepte-interviews heeft als doel meer inzicht te verkrijgen in bepaalde kwesties. Het betreft een zoektocht naar verborgen kennis en inzichten. De interviewer doet dit in de eerste plaats door vragen te stellen aan de geïnterviewden. In de tweede plaats door de geïnterviewden te motiveren om hun eigen zienswijze en hoe zij hun eigen omgeving en handelen daarin begrijpen te vertellen (Hennink et al., 2020). Deze dataverzamelingsmethode was passend in dit onderzoek, omdat inzicht in de zienswijze en manier van handelen van de deelnemers noodzakelijk is om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

In de interviews is gebruik gemaakt van een vignet. Vignetten zijn korte beschrijvingen van een situatie die relevante informatie bevat en die worden voorgelegd aan de deelnemers om hun zienswijze te krijgen over de beschreven situatie. Dankzij een vignet kan beoordeeld worden hoe deelnemers reageren op dezelfde casuïstiek. Vervolgens kunnen de reacties vergeleken worden en worden beoordeeld of deze met elkaar overeenkomen. Daarnaast is casuïstiek een goed startpunt om thema's te bespreken en op door te vragen (Veenma et al., 2004).

3.1.2.1 Structuur van de interviews

Interviews verschillen in de mate waarin de structuur en de thema's vooraf vastliggen (Roose & Meuleman, 2017). In dit onderzoek waren de diepte-interviews semigestructureerd, waardoor er ruimte was voor de eigen interpretatie en gedachten van de deelnemers (Hennink et al., 2020). In een semigestructureerd interview stelt de onderzoeker voorafgaand aan het interview een gedeelte van de vragen vast aan de hand van een topic-lijst. Deze topic-lijst is gebaseerd op de thema's die de onderzoeker wil bespreken. De volgorde van de vraagstelling is open, waardoor de deelnemers de

mogelijkheid hebben om vrij te antwoorden. De geïnterviewden hadden de vrijheid om hun verhaal te delen, waardoor het mogelijk was om nieuwe kennis te verzamelen (Roose & Meuleman, 2017).

Voorafgaand aan het interview is een topiclijst opgesteld die is verwerkt tot een interviewschema, deze wordt weergegeven in bijlage 5. Het interviewschema werd opgesteld aan de hand van de onderzoeksvraag en het theoretisch kader. In de topiclijst werden de belangrijkste begrippen uit het theoretisch kader opgenomen, welke werden uitgeschreven tot vragen in het interviewschema.

Er werd eerst een pilot interview afgenomen met één POH (GGZ) jeugd. De pilot interview diende om het interviewschema te testen. De pilot interview vond online plaats. Vervolgens heeft de student samen met de begeleider gereflecteerd op het pilot interview. Uit het pilot interview kwam naar voren dat het interviewschema duidelijk was, er was namelijk geen verduidelijking nodig voor de geïnterviewde. Daarnaast kwam uit het transcript naar voren dat de interviewer een goede houding had, de interviewer luisterde namelijk meer dan dat zij aan het woord was. Verder kreeg de student als feedback van de scriptiebegeleider dat zij meer had kunnen doorvragen. De student had dan het verhaal van de deelnemer scherper kunnen kaderen binnen het thema ‘normaliseren’. Hoe maakt een POH (GGZ) jeugd onderscheid tussen normaal en afwijkend? Door meer door te vragen tijdens het interview had de student een diepere laag kunnen bereiken. Hieronder wordt een citaat als voorbeeld gegeven waarop de student meer had kunnen doorvragen. De deelnemer van het pilot interview vertelde als volgt:

“Ehh, elementen van de cognitieve gedragstherapie gebruikt en haar daar handvaten ingegeven, dat ze niet in de vermijding moest en vooral moet doen. Ook nog wat uitleg gegeven hoe het gaat met sociale contacten tussen haar en leeftijdsgenoten. Ze sliep weer beter, toen dachten wij allemaal het ging weer beter, het ging ook ander half jaar goed, maar daarna kwam het weer terug zeg maar.”

De student had hierop kunnen doorvragen, bijvoorbeeld wat voor uitleg de deelnemer over sociale contacten geeft en met welk doel zij dit doet. Uit de antwoorden die de deelnemer hierop had gegeven was wellicht naar voren gekomen waarom zij sociale contacten belangrijk vindt. De student nam uit de pilot interview mee als leerpunt het doorvragen en diepte opzoeken tijdens de interviews.

3.1.3 Analyse van de interviews

Van de interviews werden geluidopnames gemaakt, deze zijn beluisterd en tot transcripten gemaakt. De transcripten werden volledig geanonimiseerd. Het anonimiseren werd gedaan door de namen te vervangen door een deelnemerscode. Daarnaast werd alle informatie waar een deelnemer aan te herleiden was vervangen door algemene termen. Een voorbeeld is dat de naam van de huisartsenpraktijk waar de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd werkzaam is niet werd genoemd in het transcript. Het werd vervangen door de term [Huisartsenpraktijk]. Alle deelnemers ontvingen per e-mail het transcript van hun interview ter controle. Er werd gevraagd of zij akkoord gingen met de

manier waarop het interview was uitgeschreven. Een deelnemer had op het transcript van haar interview nog aanvullingen. De aanvullingen betroffen inhoud over kortdurende behandelingen en theoretische kaders die zij hierbij hanteert.

Als volgt is de methode van thematische analyse toegepast om de transcripten te analyseren. Dit is gedaan met behulp van het computerprogramma Atlas.ti. Atlas.ti is een programma waarmee je systematisch kwalitatieve data kan analyseren. Nadat de transcripten in het programma werden gezet, is de tekst verdeeld in tekstfragmenten. Vervolgens zijn de teksten gestructureerd met behulp van codes die aan de tekstfragmenten. Daarnaast is het mogelijk om de gegeven codes te groeperen in thema's (Verhoeven, 2018).

De onderzoeker kan met behulp van een thematische analyse de data nauwkeurig analyseren door gemeenschappelijke thema's te identificeren. De thematische analyse in deze scriptie hanteert het stappenplan van Verhoeven (2018) die is gebaseerd op Braun en Clarke (2008). Het stappenplan kent zes stappen: verkennen, coderen, thematiseren, verfijnen, structureren en presenteren (Verhoeven, 2018). Onderstaand worden de stappen uiteengezet hoe ze in deze scriptie zijn genomen.

1. De eerste stap is het verkennen van de data (Verhoeven, 2018). De onderzoeker heeft dit gedaan door de interviews te transcriberen, waardoor zij bekend werd met de verzamelde data.
2. De tweede stap is het coderen van de data. Een code is een label die gebruikt wordt voor een kwestie of onderwerp die door een deelnemer naar voren is gebracht (Hennink et al., 2020). In deze stap zijn met behulp van de deductieve en inductieve benadering de interviewtranscripten gecodeerd in het programma Atlas.ti. In de deductieve benadering worden de codes opgesteld voordat de data (de interviewtranscripten) zijn doorgenomen, dit zijn de deductieve codes. Deductieve codes zijn gebaseerd op andere bronnen dan de analyse van de interviews met de onderzoeksobjecten (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek zijn de deductieve codes gebaseerd op het theoretisch kader. Tijdens het analyseren van de interviewtranscripten zijn de deductieve codes nog verfijnd. Ook de inductieve benadering werd toegepast. In de inductieve benadering worden codes op basis van de beschikbare data opgesteld, dit zijn de inductieve codes (Hennink et al., 2020). De beschikbare data zijn in dit onderzoek de transcripten van de interviews. De inductieve codes worden dus bepaald door de onderzoeker aan de hand van het doornemen van de interviewtranscripten.
3. De derde stap is het thematiseren van de data. Het thematiseren is het aanbrengen van structuur in de lijst met codes (Verhoeven, 2018). Dit is gedaan door de codes onder te verdelen in groepen, de codes werden gerangschikt onder overkoepelende thema's. De thema's werden beoordeeld aan de hand van verschillende criteria. Het eerste criteria is beoordelen of het werkelijk als thema kan worden beschouwd. Het tweede criteria is het beoordelen of het thema relevant is in het licht van de probleemstelling. Het derde criteria is beoordelen of het thema 'thick' of 'thin' is. Een thema is

‘thick’ als er mogelijkheden zijn om de context van het thema te bespreken en ‘thin’ als dit niet mogelijk is (Hennink et al., 2020). De thema’s die als geschikt werden beoordeeld zijn toegevoegd in het codeboek. Het codeboek is weergegeven in bijlage 6.

4. De vierde stap is het verfijnen van de data. In deze stap zijn alle thema’s uit stap drie nogmaals beoordeeld. Hierbij werd ook gekeken of de benamingen van de thema’s relevant zijn in het licht van de probleemstelling. Daarnaast dienen de thema’s voldoende samenhang te hebben, maar dienen de thema’s niet met elkaar te overlappen. Wat resulteert in een definitieve lijst met thema’s. Als volgt zijn de definitieve thema’s geordend door de thema’s te sorteren in hoe belangrijk de thema’s zijn (Verhoeven, 2018).
5. De vijfde stap is het structureren van de data. In deze stap werden de thema’s gestructureerd door verbanden binnen en tussen thema’s te herkennen (Verhoeven, 2018).
6. De zesde en laatste stap is het presenteren van de data. In het vierde hoofdstuk van deze scriptie worden de resultaten gepresenteerd (Verhoeven, 2018).

3.1.4 Trustworthiness

Binnen onderzoek is het van belang om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. In kwantitatief onderzoek zijn validiteit en betrouwbaarheid gangbare termen. Binnen kwalitatief onderzoek verwijst de term - trustworthiness - naar de vorm en methoden van betrouwbaarheid die in een kwalitatief onderzoek wordt nagestreefd. Aan trustworthiness zijn de volgende vier criteria gerelateerd: *geloofwaardigheid (credibility)*, *overdraagbaarheid (transferability)*, *betrouwbaarheid (dependability)* en *objectiviteit (confirmability)* (Shenton, 2004). Onderstaand worden de criteria uiteengezet, en volgt welke bepalingen de onderzoeker toe heeft gepast om aan deze criteria te voldoen.

Geloofwaardigheid (credibility) verwijst naar in welke mate de uitkomsten van het onderzoek overeenkomen met de werkelijkheid. De werkelijkheid is dat de beschrijving van het perspectief van een deelnemer overeenkomt met het perspectief zoals de deelnemer dat ook ervaart. Dit kan worden bereikt als een deelnemer zich vrij voelt om haar eigen verhaal te vertellen. Om een deelnemer op haar gemak te stellen is het van belang dat de interviewer een goede verstandhouding met de deelnemer tot stand brengt. Bij alle deelnemers was het interview de eerste ontmoeting tussen de deelnemer en de interviewer. Alle interviews vonden online plaats, in verband met de reistijd. De deelnemers namen online deel aan het interview vanuit hun eigen vertrouwde omgeving. Voordat het interview van start ging werd de tijd genomen om kennis te maken. Gedurende het interview werd de verstandhouding verder opgebouwd. In het begin van het interview werden eerst wat algemene vragen gesteld (Hennink et al., 2020).

De criteria geloofwaardigheid sluit het meest aan bij de interne validiteit die onderzoekers in kwantitatief onderzoek beogen. De geloofwaardigheid in dit onderzoek is op drie manieren

gewaarborgd. In de eerste plaats door twee verschillende vormen van triangulatie. De eerste vorm van triangulatie is het toepassen van verschillende methoden. Naast de methode van interviewen is informatie verkregen uit literatuur. Verschillende documenten werden geraadpleegd voor het verzamelen van ondersteunende gegevens, zodat een achtergrond van de onderzochte groep werd verkregen. De tweede vorm van triangulatie was dat interviews zijn afgenomen bij een brede groep van informanten. De deelnemers hadden namelijk een verschillende achtergrond in opleiding en werkervaring. Ook waren zij werkzaam in huisartsenpraktijken in verschillende regio's. Hierdoor konden de individuele gedachten en ervaringen vergeleken worden met die van de andere deelnemers. Er kon hierdoor een rijk beeld verkregen worden van de visie van POH (GGZ) jeugd. De soortgelijke bevindingen die in de interviews naar voren kwamen, zorgt ervoor dat deze als geloofwaardiger beschouwd kunnen worden. In de tweede plaats werd de geloofwaardigheid in dit onderzoek vergroot door de eerlijkheid en openheid van de deelnemers bij de informatie verstrekking te waarborgen. Ten eerste doordat aan de personen die zijn benaderd de kans werd geboden om deelname aan het onderzoek te weigeren. Verder werd de openheid van de deelnemers aangemoedigd door voorafgaand aan het interview een aantal aspecten te benadrukken. Het eerste aspect was de onafhankelijke positie van de interviewer. Het tweede aspect was dat er geen sprake is van juist of onjuist antwoorden op de vragen die werden gesteld. In de derde plaats doordat alle stappen van het onderzoek zijn afgestemd met de begeleiders die betrokken waren bij het de scriptie (Shenton, 2014).

Overdraagbaarheid (transferability) hangt samen met externe validiteit binnen kwantitatief onderzoek. Dit houdt in dat de onderzoeker nagaat in welke mate de uitkomsten van een onderzoek in andere situaties toepasbaar zijn. Overdraagbaarheid binnen kwalitatief onderzoek heeft betrekking op de mate waarin de uitkomsten van een onderzoek betekenisvol en bruikbaar kunnen zijn in andere maar toch vergelijkbare situaties (Shenton, 2004). Dit werd bereikt door de processen die zijn doorlopen zorgvuldig te beschrijven en door een duidelijke omschrijving van de context te geven. Hiermee werd getracht inzichtelijk te maken hoe gehandeld werd en in wat voor context dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Zo kunnen andere onderzoekers bepalen of de informatie te gebruiken is in eventuele vervolgonderzoeken of kan worden overgedragen naar andere situaties en/of populaties.

Betrouwbaarheid (dependability) verwijst naar de mogelijkheid tot repliceren van de bevindingen van het onderzoek. Dit houdt in dat onafhankelijke onderzoekers bij herhaling van het onderzoek in dezelfde context, met dezelfde methoden en dezelfde deelnemers soortgelijke bevindingen zouden verkrijgen. Echter, is het niet mogelijk dat een kwalitatief onderzoek volledig te repliceren is. Dit komt in de eerste plaats doordat kwalitatief onderzoek altijd onderhevig is aan de context waarin het zich afspeelt. In de tweede plaats wordt binnen kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van een laag aantal deelnemers (Shenton, 2014). Betrouwbaarheid wordt zoveel mogelijk nagestreefd door transparantie van het onderzoeksproces en de keuzes van de onderzoeker te verantwoorden. In het methodologie hoofdstuk is het onderzoeksontwerp duidelijk beschreven, waarin alle stappen zijn te herleiden.

Daarnaast is beschreven hoe de data is verkregen. Ook zijn de beslissingen die zijn gemaakt bij het coderen bijgehouden, wat inzichtelijk maakt waarom de onderzoeker bepaalde beslissingen heeft genomen.

Objectiviteit (confirmability) is een criteria die als doel omvat dat de bevindingen zoveel mogelijk het resultaat zijn van de percepties van de deelnemers in plaats van de ideeën en voorkeuren van de onderzoeker. Het is echter moeilijk om objectiviteit in kwalitatief onderzoek te garanderen, omdat de onderzoeker het onderzoek zelf uitvoert en analyseert en onderzoekers kunnen verschillen in hun achtergrond en opvattingen. Om ervoor te zorgen dat de bevindingen zoveel mogelijk het resultaat zijn van de ervaringen van deelnemers en niet van de kenmerken van de onderzoeker kunnen verschillende stappen worden ondernomen. Om objectiviteit te bereiken, dient de onderzoeker zich bewust te zijn van zijn eigen invloeden, zoals de eigen sociale achtergrond, veronderstellingen en positie (Shenton, 2014). Kwalitatief onderzoek wordt gekenmerkt door subjectiviteit, zowel de onderzoeker als de deelnemers hebben hun eigen opvattingen. De eigen opvattingen van de onderzoeker kunnen het verzamelen en analyseren van de gegevens beïnvloeden, het is belangrijk dat de onderzoeker zich hier continu van bewust is. De subjectiviteit in kwalitatief onderzoek noodzaakt reflexiviteit. Reflexiviteit is zelfreflectie door de onderzoeker om de mogelijke invloeden op het onderzoeksproces expliciet te maken (Hennink et al., 2020). Dit is gedaan in het discussie hoofdstuk.

3.1.5 Ethische aspecten

In onderzoek en met name bij kwalitatief onderzoek is het van belang dat de onderzoeker nadenkt over ethische aspecten, omdat de onderzoeker vraagt naar meningen, percepties en overtuigingen van mensen (Hennink et al., 2020). In het Belmont Report (National Commission for the Protection of Human Subjects of Behavioral Research, 1978) worden drie kernprincipes beschreven voor het ethisch uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Dit zijn respect voor de deelnemers aan het onderzoek, rechtvaardigheid van het onderzoek en dat de onderzoekers ernaar streven dat het onderzoek nut heeft voor de maatschappij als geheel en de risico's voor de deelnemers aan het onderzoek geminimaliseerd zijn (Hennink et al., 2020).

In de uitvoering van het kwalitatief onderzoek heeft het toepassen van de drie kernprincipes geresulteerd tot de volgende vijf ethische aspecten: *informed consent*, *zelfbeschikking*, *minimaliseren van de schade*, *anonimiteit* en *vertrouwelijkheid*. Onderstaand worden de criteria uiteengezet en volgt welke bepalingen de onderzoeker heeft toegepast om aan deze principes te voldoen.

Informed consent houdt in dat de deelnemers aan het onderzoek voldoende informatie krijgen over het onderzoek, in een vorm die voor hen begrijpelijk is. Daarnaast dienden de deelnemers vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek. In dit onderzoek werden de deelnemers geworven via een e-mail. Tijdens het interview ontvingen alle deelnemers een brief met informatie over het onderzoek. Aan de hand van deze informatie werd aan de deelnemers toestemming voor het onderzoek gevraagd. Het

toestemmingsformulier is bijvoegt in bijlage 7 toestemmingsformulier. Voorafgaand aan het interview is de informatie herhaald en werd om toestemming gevraagd aan de deelnemers om het interview op te nemen.

Zelfbeschikking. Het gaat hierbij over het recht dat de deelnemers aan het onderzoek hadden om hun eigen deelname aan het onderzoek te bepalen. De benaderde personen hadden de mogelijkheid om deelname aan het onderzoek te weigeren. Verder is voorafgaand aan het interview aangegeven dat de deelnemer te allen tijde de mogelijkheid had om vragen te stellen of te stoppen met het onderzoek zonder negatieve gevolgen.

Het minimaliseren van schade. De deelnemers aan het onderzoek mochten geen risico's oplopen gedurende het onderzoek. Aan de deelnemers werd de mogelijkheid geboden om de transcripten in te zien en hierop te reageren en kregen hierdoor controle over wat in het onderzoek kwam te staan.

Anonimiteit. De onderzoeker beschermt te allen tijde de identiteit van de deelnemers. De gegevens van de deelnemers waren dan ook volledig geanonimiseerd, door de namen weg te laten in de transcripten.

Vertrouwelijkheid. Er werd op een verantwoorde manier omgegaan met de informatie en gegevens van de deelnemers. In de interviews werden alleen inhoudelijke gegevens besproken, namelijk in relatie tot het thema van de scriptie. De opnames en transcripten werden veilig bewaard aan de hand van de normen van Rijksuniversiteit Groningen. De onderzoeker was de enige persoon die de opnames te horen heeft gekregen. Daarbij werd de data ten einde van de scriptieperiode verwijderd.

Dit onderzoek is ethisch getoetst door een Ethische toetsingscommissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (EC-GMW). Er is hiervoor een datamanagementplan geschreven, deze is opgenomen in bijlage 8 datamanagementplan. Hierin werd beschreven wie toegang er toegang had tot de (ruwe) data, wat voor data het betrof en waar en hoe lang de data werd bewaard.

3.2 Overzicht van centrale begrippen

Demedicaliseren

De term demedicaliseren is afgeleid van de term medicaliseren en beschrijft een proces waarin bepaald gedrag niet langer vanuit een medisch framework wordt begrepen en medische interventies niet langer als passende behandelingen worden beschouwd (Conrad, 2007). Het concept demedicaliseren is door de wetgever opgenomen in de Jeugdwet als doelstelling. In de Jeugdwet wordt de betekenis van de term demedicaliseren niet expliciet beschreven (Gilsing, 2019). In deze scriptie wordt de term demedicaliseren beschreven als het afremmen van het aantal doorverwijzingen naar de basis/gespecialiseerde GGZ en het gebruiken van medicatie onder jongeren met psychische problemen binnen de huisartsenzorg.

ICPC codering

De afkorting ICPC staat voor ‘International Classification of Primary Care’, die is ontwikkeld in 1987 door de World Organization of Family Doctors (WONCA). Het classificatiesysteem is ontworpen om een eenduidige manier van classificeren en gebruik van diagnoses te hanteren binnen de eerstelijnszorg. De meest voorkomende aandoeningen, symptomen en klachten van patiënten kunnen met behulp van de ICPC codes worden gelabeld. De ICPC classificatie is opgebouwd vanuit de ICD-10 classificatie, wat staat voor ‘International Classification of Diseases versie 10’. De ICPC is opgedeeld in twee assen, de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken elk met een lettercode geconstrueerd op basis van de verschillende orgaansystemen, zoals: L: bewegingsapparaat, N: zenuwstelsel of P: psychische problemen. De andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code: symptomen en klachten (01-29), diagnostische/preventieve verrichtingen (30-49), medicatie/therapeutische verrichtingen (50-59), uitslagen van onderzoek (60/61), administratieve verrichtingen (62), verwijzingen/andere verrichtingen (63-69), omschreven ziekte (70-79) (Domus Medica, z.d.).

Kinderen

In deze scriptie wordt de groep jongeren/kinderen gezien als populatie 0 tot 18-jarigen.

Jeugdhulp

Het begrip jeugdzorg is een aanduiding voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. De term jeugdhulp omvat hulp en ondersteuning bij psychische hulpvragen, een verstandelijke beperking en/of opvoedproblemen. De hulp kan variëren van licht ambulante hulp tot en met intensieve hulp in een gesloten setting. Het is bedoeld voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar. Sinds 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor deze hulp, die is geregeld in de Jeugdwet (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.).

Medicalisering

De term medicalisering houdt in het beschrijven van iets in medische termen, het te begrijpen met behulp van een medische framework, met medische taal omschrijven of behandelen middels medische interventies (Conrad, 2007).

Normaliseren

In de Jeugdwet is het concept normaliseren opgenomen als doelstelling. De wetgever heeft het concept normaliseren niet expliciet gedefinieerd, dit betekent dat er in de praktijk zelf invulling gegeven moet worden aan de betekenis van het begrip (Gilsing, 2019). In deze scriptie wordt onder normaliseren verstaan, de ondersteuning en hulp aan jongeren met psychische problemen door een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg, zonder een doorverwijzing naar de basis/gespecialiseerde GGZ of het voorschrijven van medicatie.

Psychische stoornis

In de DSM-5 wordt een psychische stoornis gedefinieerd als een syndroom waarbij er sprake is van klinisch significante verstoringen in de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een individu, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die de basis vormen aan het psychisch functioneren. Psychische stoornissen gaan veelal samen met een beperkt functioneren op sociaal gebied (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014).

SOEP-systeem

Wanneer jeugdigen bij een huisarts of POH (GGZ) jeugd op consult komen, worden de klachten geregistreerd en geordend met behulp van het zogenoemde SOEP-systeem. SOEP is een afkorting en staat voor: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. In de gehele huisartsenzorg wordt het systeem gebruikt als hulpmiddel voor het maken van een duidelijk verslag van het patiëntencontact (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021). SOEP is een afkorting en staat voor: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. Op de S-regel kunnen de klachten en hulpvraag van de patiënt en kort de anamnese worden geregistreerd. Op de O-regel komen de bevindingen van vragenlijsten en lichamelijk onderzoek of eerder gestelde diagnoses. Op de E-regel wordt een diagnose ingevuld, waarin een onderscheid kan worden gemaakt in DSM-diagnosen en (werk)diagnosen, indien deze ontbreken kan een korte omschrijving worden gegeven (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021). De diagnoses worden met behulp van het International Classification of Primary Care (ICPC) coderingssysteem altijd aan een ICPC code gekoppeld (Zorgorganisatie Eerste Lijn, 2016). Tot slot worden op de P-regel de gemaakte afspraken met de patiënt en het behandelplan/vervolgstappen beschreven (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uiteengezet die zijn verzameld aan de hand van interviews met POH (GGZ) jeugd werkzaam in de huisartsenzorg in Noord-Nederland. De transcripten van de interviews zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse. De focus in dit onderzoek ligt op de visie en de rol van POH's (GGZ) jeugd aangaande het normaliseren van psychosociale problemen onder kinderen binnen de huisartsenzorg. De resultaten worden geïllustreerd met behulp van citaten uit de interviews. Op basis van de resultaten wordt in het vijfde hoofdstuk, de conclusie, zo goed als mogelijk antwoord gegeven op de probleemstelling:

'Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?'

Deelvragen

- Wat is de visie van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Wat is de werkwijze van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Welke factoren werken helpend en belemmerend voor POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit wordt gedaan aan de hand van een overzicht met relevante deelnemerskenmerken. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf beschreven welke maatschappelijke factoren, volgens de deelnemers, van invloed zijn op de toenemende trend van jeugdhulp onder kinderen. In de derde paragraaf wordt besproken wat de visie van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd is aangaande het normaliseren van psychosociale problematiek. Als volgt wordt in de vierde paragraaf de visie van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aangaande psychische problematiek beschreven. Vervolgens wordt in de vijfde paragraaf besproken welke werkwijze de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd hanteren betreft het normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen. Ook worden de factoren weergegeven die volgens de deelnemers belemmerend en helpend zijn om een normaliserende benadering te hanteren. Tot slot wordt in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschreven welke factoren van invloed zijn op de visie en werkwijze van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd.

4.1 Deelnemers kenmerken

In tabel 1 is aan de hand van een aantal kenmerken van de deelnemers inzichtelijk gemaakt welke POH's (GGZ) jeugd hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de namen van de deelnemers vervangen door een code. Ook worden de achtergronden betreffend vooropleiding en werkervaring globaal gepresenteerd om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen. Een voorbeeld van een specifieke opleiding die niet wordt vermeld in tabel 1 is de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Er is hiervoor gekozen, om te kunnen waarborgen dat de deelnemers niet zijn te herleiden. Deze opleidingen zullen wel in dit hoofdstuk worden vermeld als ze van betekenis zijn voor de resultaten. Hetzelfde geldt voor de werkervaring van de deelnemers.

Tabel 1: Beschrijving kenmerken van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd

Code	Geslacht	Leeftijd	Aantal jaren werkzaam als POH (GGZ) jeugd	Vooropleiding	Module POH Jeugd
D01	Vrouw	- 47 jaar	- 3 jaar	- Hbo Sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	Ja
D02	Vrouw	- 38 jaar	- 2 jaar	- Hbo sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH) - Pre-master psychologie	Ja
D03	Vrouw	- 30 jaar	- 1 jaar	- Hbo toegepaste psychologie - WO ontwikkelingspsychologie	Nee
D04	Vrouw	- 45 jaar	- 1 jaar	- Hbo sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	Nee
D05	Vrouw	- 43 jaar	- 6 jaar	- Hbo sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	Nee
D06	Vrouw	- 40 jaar	- 4 jaar	- Hbo pedagogiek	Nee
D07	Vrouw	- 50 jaar	- 3 jaar	- Hbo sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	Nee
D08	Vrouw	- 44 jaar	- 2 jaar	- WO Orthopedagogiek	Nee
D09	Vrouw	- 58 jaar	- 5 jaar	- WO Orthopedagogiek	Nee
D10	Vrouw	- 47 jaar	- 6 jaar	- Hbo Maatschappelijk werk en dienstverlening	Nee

In tabel 1 zijn van de POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan het onderzoek enkele kenmerken schematisch weergegeven. In totaal zijn er tien interviews afgenomen. Uit tabel 1 wordt duidelijk dat alle deelnemers vrouw zijn. Deelnemer D03 is het jongst, namelijk 30 jaar. De oudste deelnemer is 58 jaar, dit is deelnemer D09. Van de deelnemers is deelnemer D02, met één jaar het minst lang werkzaam als POH (GGZ) jeugd. Deelnemer D05 is met zes jaar het langst werkzaam als POH (GGZ) jeugd. De functie POH (GGZ) jeugd is in 2015 ontstaan, toen is de eerste pilot gestart in de gemeente Leeuwarden met drie POH (GGZ) jeugd (Boendermaker et al., 2016). Opvallend is dat maar twee, namelijk D01 en D02, van de tien deelnemers de module POH jeugd hebben gevolgd. De module POH jeugd is een module gericht op psychosociale problemen bij kinderen. Deze module kan worden gevolgd via de opleiding POH (GGZ) gericht op GGZ problematiek bij volwassenen. De opleiding POH (GGZ) volwassenen is toegankelijk voor verschillende zorgprofessionals, namelijk voor verpleegkundigen, sociaalpedagogisch hulpverleners, psychologen en orthopedagogen (Jonker et al., 2020).

Kijkend naar de vooropleidingen van de deelnemers, hebben vier POH (GGZ) jeugd de opleiding hbo sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH) afgerond. Dit zijn deelnemers D01, D02, D05 en D07. Verder heeft één van de tien deelnemers, deelnemer D06, hbo pedagogiek afgerond. Deelnemer D10 is de enige deelnemer die hbo maatschappelijk werk heeft gestudeerd. Eén van de deelnemers, deelnemer D03, is afgestudeerd als hbo toegepast psycholoog, waarna ze haar master ontwikkelingspsychologie heeft afgerond. Tot slot studeerden twee deelnemers af aan de universiteit als orthopedagoog. Betreft de werkervaring van de deelnemers, hebben alle deelnemers gewerkt in de hulpverlening aan kinderen, jongeren en gezinnen. Het betreffen verschillende functies, deze worden niet vermeld in tabel 1, i.v.m. de anonimiteit van de deelnemers.

Kijkend naar de huisartsenpraktijken waar de POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen werkzaam zijn, is één POH (GGZ) jeugd werkzaam binnen één huisartsenpraktijk, een gezondheidscentrum met zes huisartsen. De andere negen POH (GGZ) jeugd zijn werkzaam binnen meerdere huisartsenpraktijken, het gaat hierbij over twee tot en met 7 verschillende huisartsenpraktijken. Dit zijn solo-praktijken, waar één huisarts werkzaam is en gezondheidscentrums met meerdere huisartsen. Ook waren sommige POH (GGZ) jeugd zowel werkzaam in huisartsenpraktijk die gevestigd is in een stad als in een dorp.

Kortom, er is een mooie spreiding bij de POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen wat betreft opleidingsachtergrond en huisartsenpraktijken waar de POH (GGZ) jeugd werkzaam zijn. De POH (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn allemaal vrouwelijk.

4.2 Maatschappelijke factoren

Tijdens het interview is de trend van het aantal kinderen dat een vorm van jeugdhulp ontvangt voorgelegd aan de deelnemers. De trend duidt op een groep: ongeveer één op de tien kinderen in

sommige gemeenten zelfs nog meer (CBS, 2021a). In het rapport *Recept voor maatschappelijke probleem: Medicalisering van levensfasen* waarschuwt RVS dat bepaalde psychische problemen van kinderen mogelijk verband houden met specifieke levensfasen of sociale factoren. Het risico bestaat dat deze problemen worden geïnterpreteerd als individuele medische problemen. Het RVS adviseert om de problemen van kinderen niet alleen vanuit een medische invalshoek te benaderen (RVS, 2017). Binnen de huisartsenzorg kunnen de POH (GGZ) jeugd door hun poortwachtersfunctie een belangrijke rol spelen het opvolgen van dit advies. De POH (GGZ) jeugd kunnen voorkomen dat de problemen van kinderen alleen worden benaderd vanuit een medisch framework en in plaats daarvan een normaliserende benadering hanteren. Over de stijgende trend in het gebruik van jeugdhulp heeft de interviewer een aantal vragen gesteld aan de deelnemers. De bevindingen worden in deze paragraaf besproken.

Tijdens het interview is aan de deelnemers gevraagd welke factoren volgens hen kunnen bijdragen aan het stijgende gebruik van jeugdhulp onder kinderen. Hierop gaven negen van de tien geïnterviewde POH (GGZ) jeugd als antwoord dat bepaalde maatschappelijke factoren van invloed kunnen zijn. Er werden verschillende maatschappelijke factoren genoemd. Deze factoren staan in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2: Genoemde maatschappelijke factoren door deelnemende POH (GGZ) jeugd

Factor	Beschrijving	Frequentie
Maatschappelijke druk	De druk die kinderen ervaren om te presteren	12 keer
Maakbaarheid	De mogelijkheden en het idee dat kinderen en/of ouders hebben om alles te kunnen realiseren	10 keer
Sociale media	De invloed van sociale media op het gedrag, gevoel en denken van kinderen	8 keer
Afname sociaal contact	Afname van diepgaande en/of algehele sociale contacten	4 keer

Maatschappelijke druk

Maatschappelijke druk was de meest genoemde maatschappelijke factor. In totaal werd hier door acht deelnemers twaalf keer over gesproken. Met maatschappelijke druk wordt volgens de deelnemers bedoeld dat er veel van kinderen wordt gevraagd. Er worden door zowel school als ouders hoge eisen gesteld aan kinderen aan het presteren op school. Deze deelnemers hebben de indruk dat bij kinderen het gevoel wordt gecreëerd dat zij moeten voldoen aan deze verwachtingen. Daarnaast zijn deze deelnemers ervan overtuigd dat er naast het presteren op school veel van kinderen wordt verwacht. Zo moeten kinderen ook een bijbaan hebben, een sport beoefenen en allerlei vriendschappen onderhouden. De deelnemers benoemden dat onder kinderen het idee heerst dat het anderen wel lukt

om aan al deze verwachtingen, ofwel een bepaald ideaalbeeld, te voldoen. De kinderen hebben volgens de deelnemers hierdoor de indruk dat zij dit zelf ook moeten kunnen. Als het hun niet lukt om aan de verhoogde ‘norm’ te voldoen, vragen zij hulp bij de POH (GGZ) jeugd. Een deelnemer verwoordde maatschappelijke druk als volgt:

“De hoge eisen die ze aan zichzelf stellen is echt niet normaal hoor. Het is echt, ik had een meisje, vijftien, en ‘ehh’ vrij rationeel meisje, maar die had opeens stressklachten en die werd ineens beetje angstig. Dit gevoel herkende ze helemaal niet van zichzelf, wilde ze graag vanaf, direct. Moest gelijk opgelost worden. Toen ging ik met haar, zo van, nou ziet je dag eruit? Hoe zag je afgelopen maanden eruit? Had haar examen gedaan, dus keihard knallen voor examen. Heeft een bijbaan waar ze vier avonden in de week werkt in een restaurant. Sport op hoog niveau volleybal, zit ze in een team waar ze drie keer in de week moet trainen en dan op zaterdag wedstrijden. Deed daarnaast nog bootcamp. Ze deed nog iets en ze had een hele grote vriendengroep. En als ze dan tot rust kwam, kreeg ze last van een soort van gespannen angstig gevoel.”
(Deelnemer D06).

Maakbaarheid

Een tweede maatschappelijke factor is de veronderstelde maakbaarheid van het individu, aldus de deelnemers. In tabel 2 is terug te lezen dat zeven deelnemers hier in totaal 10 keer over spraken. Kinderen en/of ouders hebben volgens de geïnterviewden het idee dat zij alles zouden moeten kunnen realiseren. Ook vertelden de deelnemers dat moeilijkheden en/of kwetsbaarheden niet meer beschouwd worden als horend bij het leven. Het wordt daarentegen gezien als ongewenst of afwijkend. De bandbreedte van wat als ‘normaal’ wordt gezien versmalt, waardoor alles wat mensen als enigszins afwijkend of ongewenst beschouwen direct moet worden opgelost, aldus de deelnemers. Zij zien dit ook bij hun op het spreekuur terug dat kinderen en/of ouders ideaalbeelden hebben over geluk en gezondheid. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“Maar wel wat ik vanuit mijn praktijk wel zie is dat het een soort van lijkt dat het niet meer moeilijk mag gaan in het leven, hè? Mensen komen ook bijvoorbeeld een hele ja basale vragen zo van goh ja, hè? Zijn oma is overleden 3 weken geleden en hij is nog steeds verdrietig denk ik ja hè, Dat is heel normaal, dus daar zie ik een hele grote categorie van.”
(Deelnemer D05)

Sociale media

Sociale media waren de derde door deelnemers genoemde mogelijke oorzaak. Sociale media werden acht keer genoemd door in totaal zes deelnemers. Volgens hen ontwikkelen kinderen door sociale media een ideaalbeeld. Kinderen krijgen door de berichten en beelden op sociale media het idee dat bij anderen iedere dag leuk is. Dit geeft een vertekend beeld van de werkelijkheid, waaraan kinderen niet kunnen voldoen. Ook zien de deelnemers dat sociale media invloed hebben op ouders en het opvoeden van hun kinderen. Via sociale media krijgen met name jonge ouders de indruk dat het opvoeden bij andere ouders vlekkeloos verloopt. Ouders krijgen vaak niet meer te zien en te horen dat ook andere ouders te maken hebben met bijvoorbeeld driftbuien bij hun kinderen. Sommige ouders vragen zich hierdoor af of dergelijk gedrag bij hun eigen kind normaal is. Een deelnemer verwoordde dit als volgt:

“Nou dan heb je ook weer het sociale media verhaal hè, die? Dan kijken naar hun vriendinnen die allemaal leuke dingen posten van hè dat ze met hun kindje bij hun speelparadijs zijn. En komen ze bij mij en dan zeggen ze van: Ja, maar ja, als ik dat ga doen, heb ik eerst een drama om een kind in de

auto te krijgen en dan vervolgens ligt hij daar op de grond en weet je wel zo.”
(Deelnemer D05)

Afname sociale contact

De veronderstelling dat er sprake zou zijn van een afname in sociale contacten werd in totaal vier keer genoemd door de deelnemers. Sociale media en de onlinewereld zouden er volgens enkele deelnemers voor kunnen zorgen dat kinderen steeds minder sociale contacten hebben in de fysieke wereld. Een gevolg hiervan is dat kinderen in mindere mate met elkaar over problemen praten, aldus een deelnemer. Ook vertelde een deelnemer dat kinderen hierdoor minder goed weten hoe ze zich bij face-to-face-contacten moeten gedragen. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“Ik heb de laatste jaren meerdere pubers gehad, die eigenlijk zeggen: ‘ja, maar dan ben ik in een groep met andere jongeren, hoe moet ik mij dan gedragen?’ Dat is dan denk ik een stukje corona? Ohja, of mobiele telefoon ook. Dan zit ik face to face met mensen.”
(Participant D08)

Een andere deelnemer gaf aan dat mensen tegenwoordig individualistischer leven en kleinere gezinnen hebben dan vroeger. Hierdoor komen mensen volgens haar in mindere mate in aanraking met kinderen van anderen. Het gevolg is dat mensen minder kennis hebben over de ontwikkeling van kinderen en daardoor niet goed meer weten wat normaal is en wat afwijkend is. Dit verwoordde deze deelnemer als volgt:

“Het veel voorkomen van vragen naar jeugdhulp, maatschappelijk. Allereerst hebben door de kleine gezinnen en de minder belangrijke familiebanden in bredere zin, daardoor hebben mensen eigenlijk niet zo heel veel kennis meer van de normale en de afwijkende ontwikkeling van kinderen.”
(Deelnemer D09).

Het was opvallend dat één deelnemer geen maatschappelijke factoren benoemde. De deelnemer vond het enerzijds zorgwekkend dat er zoveel kinderen worden aangemeld. Hierbij gaf deze deelnemer aan dat het voor de POH (GGZ) jeugd belangrijk is om kinderen niet te snel door te verwijzen naar de tweedelijnszorg. Voor een doorverwijzing moeten het gedrag of de klachten belemmerend zijn; met name voor het kind zelf maar ook voor de ouders en/of de school, aldus deze deelnemer. Anderzijds sprak de deelnemer positief over de toenemende gebruik van jeugdhulp. De deelnemer formuleerde dit als volgt:

“‘Ehh’ nou ja, eigenlijk nu de of nou ja, de wachtlijsten toenemen, maar onder meer gediagnosticeerd wordt, denk ik. En ‘ehh’, ja, wat vind ik daarvan? Ik vind het ergens heel mooi hè? Dat er bijvoorbeeld meer geld beschikbaar is om ook meer onderzoek er naar te doen en dat sommige kinderen nu wel echt duidelijk wordt, hè, wat? Nou ja, wat er bij u speelt dat ze het zelf ook een naam kunnen geven? Dat vind ik ergens heel mooi.”
(Deelnemer D03).

Uit bovenstaande bevindingen kan worden geconcludeerd dat de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd een toename in het gebruik van jeugdhulp onder kinderen verklaren door maatschappelijke factoren, zoals ook de RVS (2017) deed. De POH (GGZ) jeugd noemden maatschappelijke druk, maakbaarheid, sociale media en een afname van sociale contacten als maatschappelijke factoren. Hieruit kan worden afgeleid dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd veronderstellen dat klachten en/of gedrag van

kinderen op het spreekuur mogelijk het gevolg zijn van maatschappelijke factoren. De veronderstelling van de POH (GGZ) jeugd over deze mogelijke invloed kan bijdragen aan een normaliserende houding. Hierop wordt verder ingegaan in de discussie.

4.3 Visie ten aanzien van normaliseren

In deze paragraaf wordt besproken wat de visie van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd op normaliseren is. Zorgprofessionals werkzaam in de Jeugdzorg spelen namelijk een belangrijke rol bij het normaliseren van gedragingen en verschijnselen onder kinderen. POH (GGZ) jeugd werkzaam in de huisartsenzorg vervullen een poortwachtersfunctie naar de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Zij hebben daarmee een centrale rol en moeten het begrip normaliseren in de praktijk brengen. Met visie wordt bedoeld op de taakopvatting volgens de POH (GGZ) jeugd bij normaliseren en wat zij onder normaliseren verstaan.

4.3.1 Taakopvatting van de POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren

Aansluitend op het bespreken van bovenstaande maatschappelijke factoren is aan de deelnemers gevraagd hoe zij de rol van de POH (GGZ) jeugd hierbij zien. In deze subparagraaf worden de antwoorden van de deelnemers samengevat weergegeven.

De POH (GGZ) jeugd beschouwen het terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg, laagdrempelig beschikbaar zijn voor vragen van kinderen en ouders en problemen dichtbij huis oplossen als overkoepelende doelen van hun functie. De deelnemers beschouwen de hulp van de POH (GGZ) jeugd als laagdrempelig, omdat zij behoren tot de huisartsenzorg. De huisarts voelt volgens hen veelal als vertrouwd en is veelal dicht bij de mensen thuis. Daarnaast wordt hulp door de deelnemers als laagdrempelig gezien vanwege hun beschikbaarheid; zij kunnen hulp bieden zonder lange wachttijden, aldus de deelnemers. Tot slot is de hulp volgens de deelnemers kortdurend. Het omvat namelijk een aantal gesprekken.

Een belangrijke bevinding uit de analyses van de interviews is dat de deelnemers normaliseren een belangrijke taak van hun functie vinden. Toen de deelnemers ervaringen rondom normaliseren deelden, is aan een aantal van hen gevraagd of zij normaliseren vinden passen bij hun rol als POH (GGZ) jeugd. Een voorbeeld betrof de observatie van een deelnemer dat kinderen bij haar op het spreekuur komen met het idee dat alles altijd perfect en leuk moet zijn. Deze deelnemer gaf aan dat zij dan de denkgewoonten van deze kinderen uitvraagt. Vervolgens gaat zij met deze kinderen in gesprek om uit te leggen dat deze gedachten niet altijd realistisch zijn. Daaropvolgend heeft de interviewer gevraagd of zij deze genoemde praktijkervaringen ook vindt passen bij haar rol als POH (GGZ) jeugd. De deelnemer vertelde als volgt:

I: Ja ja ja, en vind je dat [normaliseren, GT] het ook echt wel bij een rol als praktijkondersteuner past?

P: Ja dat denk ik wel. Ja, want dan ja ja nee, dat vind ik wel, want het is wel het hele laagdrempelige dat ze toch bij jou kunnen komen en als ze misschien bij de huisarts waren gekomen, die had

misschien meteen verwezen, omdat, ja nu en nu kun je misschien met een paar gesprekken iemand weer, nou ja, even vooruit helpen.”
(Deelnemer D04).

Opvallend was dat één deelnemer aangaf dat zij de problemen die kinderen en/of ouders ervaren als gevolg van maatschappelijke factoren eerder een maatschappelijk probleem vindt:

“Dus, dat is voor mijn gevoel niet per se een zorg probleem, maar een maatschappelijk probleem, zeg maar.”
(Deelnemer D02).

Bij de analyses van de interviews is opgevallen dat de deelnemers de situatie eerst goed in kaart proberen te brengen. Hieruit kwam naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd alert zijn op het signaleren van problemen die het gevolg kunnen zijn van maatschappelijke factoren of levensfaseproblematiek. De deelnemers spraken over klachten die passen bij een levensfase of problemen die worden veroorzaakt door omgevingsfactoren. Ouders die op het spreekuur komen met opvoedingsvragen of kinderen die onzeker, noemden de deelnemers als voorbeeld. De deelnemers benoemden over het algemeen dat zij de POH (GGZ) jeugd een plek vinden waar kinderen en/of ouders met dit soort vragen terecht kunnen. Zij vinden het bij hun rol als POH (GGZ) jeugd passen om deze kinderen en ouders laagdrempelig hulp te bieden. Er werden verschillende manieren genoemd waarop wordt omgegaan met klachten en/of gedrag die het gevolg zijn van maatschappelijke factoren. Voorbeelden daarvan waren geruststellen, het uitleggen van klachten als een normale reactie en het leggen van contact met het formele netwerk. Ook adviezen geven of een luisterend oor bieden werden door de POH (GGZ) jeugd vaak genoemd. Deze manieren van normaliseren worden verder toegelicht in paragraaf 4.5.

Verder kwam naar voren dat een doelstelling als normaliseren als risicovol wordt ervaren, omdat problemen van kinderen dan mogelijk gebagatelliseerd worden, aldus vier deelnemers. Deze deelnemers gaven hierbij aan dat het belangrijk is om de klachten van kinderen serieus te nemen door alert te zijn op ernstige problemen en ervoor te zorgen dat kinderen indien nodig worden doorverwezen, aldus de deelnemers. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“Ja daar waar kan het ook te normaliseren, wil ik wel een beetje mee uitkijken met zo'n doel, want het klinkt ook een beetje aanmatigend alsof hè? Nou ja, met alle vragen waar ouders mee komen: he dat is normaal, maak je niet druk.”
(Deelnemer D07).

Uit bovenstaande blijkt dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd het als hun taak beschouwen om problemen van kinderen te normaliseren. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd vinden normaliseren passend binnen hun functie en de huisartsenzorg hiervoor een aangewezen plek. Daarnaast blijkt dat ongeveer de helft van de deelnemers vindt dat een POH (GGZ) jeugd voorzichtig moet zijn met de doelstelling normaliseren, omdat dit het risico met zich meebrengt dat problemen van kinderen niet serieus worden genomen.

4.3.2 Wat wordt verstaan onder normaliseren?

In de interviews is de deelnemers gevraagd wat zij verstaan onder normaliseren. Hierop gaven de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd geen eenduidig antwoord. In de betekenissen die zij aan normaliseren toekenden, zijn de volgende drie elementen te herkennen: moeilijkheden horen bij het leven, het accepteren van verschillen en gedrag plaatsen in de context.

Moeilijkheden behoren bij het leven

Normaliseren houdt volgens zes van de tien geïnterviewde POH (GGZ) jeugd in dat moeilijkheden bij het leven horen. De deelnemers vertellen dat mensen tegenslagen, onzekerheden en kwetsbaarheden meer zouden moeten accepteren. Volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd zijn de verwachtingen die kinderen en ouders van zichzelf hebben vaak niet realistisch. Het idee is dat alles altijd goed moet gaan. Dit komt mede doordat zij denken dat dit bij anderen ook het geval is. Hierdoor mogen emoties als boosheid of verdriet niet meer bestaan, is de indruk van de geïnterviewden. Met het oog op normaliseren zouden mensen hun verwachtingen moeten bijstellen en accepteren dat het ook minder goed mag gaan. Eén van de zes deelnemers vertelde hierover het volgende:

“Maar het gaat, het komt en het gaat hè. We zijn niet allemaal de hele dag door super vrolijk. Hè, dat is, dat is normaal en dat is het leven, zeg maar, en dat je ze echt. Dat vind ik wel van deze tijd, je moet heel erg veel. Het is belangrijk, denk ik, om heel veel te normaliseren.”
(Deelnemer D06).

Het accepteren van verschillen

Het begrip normaliseren werd door drie geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd, uitgelegd als gedrag en klachten plaatsen in de context waarbinnen kinderen zich bevinden. Volgens hen dient goed bekeken te worden wat er daadwerkelijk speelt. In het kader van normaliseren betekent dit voor de geïnterviewden dat er aandacht moet zijn voor de context waarin de klachten zich voordoen en te bepalen of deze passen bij de omstandigheden of ontwikkelingsfase van een kind. Een van de deelnemers legde normaliseren uit door beide betekenis-elementen zoals hierboven beschreven te formuleren:

“Enerzijds het plaatsen van bepaald gedrag in de ontwikkelingsfase, kinderen vertonen natuurlijk in verschillende ontwikkelingsfasen heel verschillend gedrag. Het is vaak helpend om dat uit te leggen dat dat ook bij de ontwikkeling hoort en dat dat meestal ook vanzelf overgaat. Dat versta ik eronder. Maar ik versta onder normaliseren ook dat je bepaalde moeilijkheden ook moet accepteren. Het leven gaat niet altijd over rozen en je komt dingen tegen en soms is dat een uitdaging, en ook daar is niet altijd meteen tweedelijns hulp of een diagnose voor nodig, dat is normaliseren.”
(Deelnemer D09).

Gedrag plaatsen in de context

Tot slot beschreven twee geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd normaliseren als de noodzaak tot meer ruimte in het accepteren van verschillen. Dit houdt volgens hen in dat gedrag wat enigszins afwijkt van de norm niet meteen geproblematiseerd moet worden. Daarentegen moet een breder beeld worden verkregen van onze opvattingen over normaal. Iedereen is anders en dat, zo zeggen deze geïnterviewden, zou meer geaccepteerd moeten worden. Hierbij benoemen beide deelnemers dat

voorkomen dat alle problematiek wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Zo vertelde één van deze deelnemers:

“Iedereen heeft denk ik wel iets. Dus ik denk ja, iedereen heeft wel kenmerken van autisme of van ADHD, dus ik denk dat het voor iedereen wel herkenbaar is. Dus ik denk niet dat we daarin moeten overdrijven als je ook maar iets ziet of een kind een beetje drukker is dat je dan gelijk moet doorverwijzen, dat vind ik wel.”
(Deelnemer D03).

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd verschillende elementen benoemden die volgens hen van belang zijn om normaliseren uit te leggen. De verschillende elementen die de geïnterviewden benoemden komen echter wel overeen. Wat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd verstaan onder normaliseren lijkt daarmee in dezelfde richting op te wijzen.

4.4 Visie op psychische problematiek

In de interviews met de POH's (GGZ) jeugd zijn verschillende vragen gesteld om inzichtelijk te maken hoe de deelnemers handelen en wat hun visie is op normaliseren. Onder meer is een vignet voorgelegd met een casus uit de praktijk. Bij de analyse van de interviews zijn twee verschillende visies te onderscheiden op (het ontstaan van) psychische problemen: een contextuele en biomedische visie. De deelnemers spraken niet uitsluitend vanuit één visie. De uitspraken van de deelnemers worden gekenmerkt door een contextuele en biomedische visie. De elementen die passen bij een contextuele visie zijn: breed uitvragen, aandacht hebben voor (aanpassingen in) de omgeving en een terughoudende en kritische houding op het vlak van diagnostiek. De elementen die passen bij een biomedische visie zijn: reïficerend taalgebruik, de rol van de DSM, het motief voor diagnostiek als verklaring voor gedrag en erfelijkheidsfactoren. Deze elementen worden in deze paragraaf besproken.

4.4.1 Contextuele visie

Vanuit een contextuele visie op (het ontstaan van) psychische problemen is er aandacht voor oorzaken en oplossingen in de omgeving van een kind. Niet een diagnose of het voorschrijven van medicatie, maar het bieden van passende zorg is het uitgangspunt (Kiers, 2022).

Beschouwing van het vignet

Tijdens het interview is er een vignet voorgelegd aan de deelnemers. Het gehanteerde vignet betreft casuïstiek waar de POH's (GGZ) jeugd in hun spreekuren ook mee in aanraking kunnen komen. Aan de hand van het vignet zijn verschillende vragen gesteld aan de deelnemers. Zo is onder andere gevraagd hoe zij tot een beoordeling zouden komen en hoe zij zouden handelen als zij deze casuïstiek in de praktijk zouden tegenkomen. Uit de antwoorden blijkt dat de deelnemers een contextuele visie hanteren. Dit wordt verder in deze paragraaf besproken. De reacties van de deelnemers op het vignet zijn schematisch weergegeven in bijlage 8. Het gehanteerde vignet is hierna weergegeven.

Vignet

De huisarts verwijst Daan de Graaf samen met zijn ouders door naar u als praktijkondersteuner. De ouders van Daan vertellen u dat ze denken dat Daan ADHD heeft. Daan is zeven jaar en zit in groep 3 van de basisschool. Hij is een vrolijke jongen, maar is volgens de juf erg druk. Hij kan namelijk moeilijk stil blijven zitten en is snel afgeleid. Daan vindt het mede hierdoor moeilijk om zich te concentreren op de taken die hij krijgt op school. Ook luistert hij slecht naar de juf op school. Op basis van dit gedrag heeft de juf aangegeven aan Daan zijn ouders dat zij denkt dat Daan ADHD heeft. De ouders van Daan herkennen wat de juf vertelt over Daan zijn gedrag ook wel thuis. Er is daarom besloten om Daan groep 3 nogmaals te laten doen. Daan zijn ouders vinden het belangrijk dat het dit schooljaar wel goed gaat in groep 3, en vragen zich af of u als praktijkondersteuner iets voor Daan kan betekenen. Ze vragen zich af of Daan medicatie kan krijgen. U ziet een vrolijk en druk overkomend jongetje.

Aan alle deelnemers is gevraagd wat zij vonden van het vignet en wat zij zouden uitvragen als zij deze casuïstiek op het spreekuur zouden krijgen. Daaruit blijkt dat de deelnemers over het algemeen breed uitvragen. Ongeveer de helft van de deelnemers benadrukten in het interview dit te doen. De deelnemers benoemden het op drie verschillende manieren, zo noemde D02 het: *“systemisch kijken”*, D04 sprak over: *“het totaalplaatje goed in kaart brengen”* en D09 zei: *“breed uitvragen”*. De deelnemers bedoelen hiermee dat zij niet alleen kijken naar het individuele kind, maar ook aandacht hebben voor de aard van het probleem. De deelnemers vertelden dat zij uitvragen welke factoren in de omgeving van het kind van invloed kunnen zijn op de problemen.

Uit de analyses komt naar voren dat de deelnemers de situatie in kaart brengen voordat zij handelen. De deelnemers willen weten wanneer het gedrag van de jongen voorkomt en hoe het gedrag tot stand komt. Acht van de tien deelnemers vertelden direct dat zij in kaart zouden brengen welke omgevingsfactoren van invloed zijn op het gedrag van de jongen van het vignet. Zo gaven ze bijvoorbeeld aan te willen weten of de ouders van de jongen zijn gescheiden en hoe het op de school van de jongen gaat. Vragen zijn bijvoorbeeld of de jongen in een grote klas zit of dat er in korte tijd sprake is geweest van veel wisselingen van docenten.

Op de vraag over wat de deelnemers zouden uitvragen bij het vignet, benoemden twee deelnemers in eerste instantie geen omgevingsfactoren. Deze deelnemers richtten zich bij het uitvragen voornamelijk op *“welke kenmerken van ADHD”* van toepassing waren. Echter, gedurende het interview is uit de ervaringen die deze deelnemers verder deelden gebleken dat zij ook aandacht hebben voor omgevingsfactoren.

Qua de manier waarop de deelnemers uitvragen, vertelden vijf deelnemers dat zij gebruik zouden maken van de drie levensgebieden thuis, school en vrije tijd. Daarmee proberen zij inzichtelijk te maken welke factoren mogelijk een rol spelen bij het gedrag of de klachten van een kind. Een van deze deelnemers vertelde over een meisje van vijf jaar dat, volgens haar moeder, erg dwars deed. De deelnemer onderzocht op de drie levensgebieden wanneer het gedrag zich voordeed en hoe de omgeving hierop reageerde. Hierdoor kwam de POH (GGZ) jeugd te weten dat dit meisje

voornamelijk dwars gedrag vertoonde als reactie op de spanningen van haar moeder. Aan de hand van de drie levensgebieden ging deze deelnemer na welke veranderingen er nodig zijn in de omgeving van het meisje. De deelnemer vertelde hierover:

“En dat stimuleert moeder ook weer: ‘Wat fijn dat ik het heb ontdekt en wat fijn dat ik er wat aan kan doen’. Is ook weer goed voor het zelfvertrouwen van moeder en dat meisje wordt rustiger en heeft dat veiligheidsgedrag niet meer.”
(Deelnemer D10).

Verder waren er zeven deelnemers die naar aanleiding van het vignet benadrukten dat zij het belangrijk vinden om te achterhalen van wie de hulpvraag daadwerkelijk is. Deze deelnemers gaven aan dat zij met de ouders zouden bespreken of het de ouder of het kind is die een hulpvraag heeft of dat het de leerkracht is die om hulp vraagt. Volgens deze deelnemers is het namelijk belangrijk om te achterhalen wie er daadwerkelijk last heeft van het gedrag van de jongen in het vignet.

Handelen aangaande het vignet

Het hanteren van een contextuele benadering kwam ook naar voren toen aan de deelnemers werd gevraagd hoe zij zouden handelen aangaande het vignet. Als de hulpvraag van een leerkracht komt, dan zijn de deelnemers kritisch en willen zij voorkomen een heel traject wordt gestart. In dat geval zouden acht deelnemers de school wijzen op haar verantwoordelijkheid. Scholen hebben namelijk hun eigen zorgstructuur, aldus de deelnemers. De deelnemers geven er dan ook de voorkeur aan dat de route via school loopt, bijvoorbeeld via de jeugdarts of interne begeleider, omdat alle informatie centraal bekend is, aldus de deelnemers.

Als er volgens de deelnemers aanpassingen nodig zijn in de schoolcontext, nemen acht deelnemers contact op met de school indien de ouders hiervoor toestemming geven. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vertelden dat zij met een leerkracht kunnen kijken welke aanpassingen er nodig zijn. Deze deelnemers gaven wel aan dat zij hier niet te lang betrokken bij willen blijven. Er zijn ook deelnemers die vertellen dat het mogelijk is dat zij met de ouders in gesprek gaan en dat ouders vervolgens communiceren met de leerkracht:

“P: Dat zou je desnoods zelfs in de klas kunnen bespreken, van kinderen die wiebel drang hebben, daar gaan we het zus voor oplossen. Dus dat je eigenlijk hele concrete afspraken maakt bijvoorbeeld.
I = Oké, mooi.
P = Ik stap er dan op een gegeven moment ook wel heel snel weer uit hoor, ik ga dat niet heel lang monitoren.”
(Deelnemer D10).

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de deelnemers breed uitvragen door na te gaan welke factoren in de omgeving van invloed zijn op het gedrag of de klachten van het kind. Dit doen een aantal geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd via de drie levensgebieden thuis, school en vrije tijd. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kijken vervolgens welke aanpassingen in de omgeving van het kind kunnen bijdragen aan het verminderen van de klachten en/of het gedrag. Hierdoor wordt voorkomen dat de problemen worden gezocht in het individuele kind en onnodig wordt overgegaan tot

specialistische therapieën.

Kernwaarde: ‘Zie de mens, niet het etiket’

Tijdens het interview is aan de deelnemers de kernwaarde: ‘Zie de mens, niet het etiket’ voorgelegd.

Deze staat beschreven in het functieprofiel van de POH GGZ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Een verder toelichting op de kernwaarde is opgenomen in paragraaf 2.4.

De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd waren geen van allen bekend met deze kernwaarde.

Desondanks was hun reactie over het algemeen dat de kernwaarde voor hen als vanzelfsprekend klinkt.

Zo lijkt uit de antwoorden van de deelnemers dat de kernwaarde is ingebed in hun handelen in de

praktijk. De deelnemers interpreteerden de kernwaarde op een vergelijkbare manier. Op de vraag wat

hun gedachten bij de kernwaarde zijn, was de reactie van ongeveer de helft van de deelnemers dat zij

het belangrijk vinden om aandacht te hebben voor wie het kind en diens ouders zijn en oog te hebben

voor de context waarin zij zich bevinden. Ook reageerden de deelnemers dat het van belang is om niet

te denken in diagnoses. Daarentegen moet een POH (GGZ) jeugd volgens deze deelnemers aandacht

hebben voor het totale plaatje. Dit betekent ook dat hulp er bij iedereen anders uitziet, omdat ieder

kind uniek is, aldus de deelnemers. Een deelnemer verwoordde dit als volgt:

“Door echt goed te luisteren en echt te kijken hè waar zij tegenaan lopen en daar op in te haken en niet zo inderdaad vanuit labels of etiketten te denken. Nee, meer in kaart brengen. Wie is dit kind en wat heeft het kind nodig? In plaats van heeft het ADHD of heeft het autisme en welk protocol kunnen we dan volgen, zeg maar?”

(Deelnemer D03).

Naar aanleiding van de vragen over de kernwaarde (‘Zie de mens, niet het etiket’) benoemden de

geïnterviewden vaak dat een diagnose niets vertelt over hoe of wie een kind is. Een diagnose betekent

niet dat alle kinderen met die diagnose hetzelfde zijn, aldus de deelnemers. Ieder kind heeft zijn of

haar eigen verhaal en gebruiksaanwijzing; een diagnose brengt daar volgens de deelnemers geen

verandering in. Een deelnemer vertelde hierover:

“Ja ik dat, ja, daar sta ik denk ik helemaal voor. Ik praat ook niet over de ADHD'er of de autist of nee. Dat is gewoon Pietje en ja Pietje die doet de dingen zoals hij doet. En ook iedereen heeft een verhaal hè. Je kan natuurlijk iets lezen bij een aanmelding of zo en dan denken van oh, dat is heftig of maar als je de mensen bevraagd en interesse toont. Als je ook bijvoorbeeld bij ouders, je kunt natuurlijk ook ouders treffen waarbij het contact best ingewikkeld mee kan verlopen, maar je toont belangstelling voor hun levensverhaal bijvoorbeeld. Dan denk ik van ja, deze mevrouw heeft misschien wel 3 labels gekregen, maar volgens mij heeft zij gewoon heel veel uitdagingen op haar pad gekregen en gaat daardoor niet alles zoals iedereen graag wil dat het gaat. En ja, dat er dan een label aan hangt, ja, dus blijkbaar nodig, maar ja ik, ik zie dan wel de mens daarachter ja.”

(Deelnemer D05).

Uit de bevindingen over de kernwaarde: ‘Zie de mens, niet het etiket’ blijkt opnieuw dat de

deelnemers een brede blik hanteren. Dit houdt in dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd niet zijn

gefocust op het individuele kind, maar op het systeem rondom een kind. Hierbij denken de deelnemers

niet in diagnoses, maar kijken zij welke hulp passend is bij een kind. Ook stellen de geïnterviewde

POH (GGZ) jeugd over de kernwaarde dat een diagnose niets zegt over wie het kind is. Het is van belang om aandacht te hebben voor het verhaal van een kind, want iedereen heeft een eigen verhaal.

Vermijden van labels

Ook is tijdens het interview met de POH's (GGZ) jeugd gesproken over diagnostiek en de betekenis van een diagnose. Hieruit blijkt dat hun denkwijze ten aanzien van diagnostiek aansluit bij een contextuele benadering. Dit wordt hierna toegelicht.

Wanneer wordt gevraagd wat volgens de deelnemers de betekenis van een stoornis is, vertellen twee POH's (GGZ) jeugd dat een stoornis slechts een beschrijving van gedrag is. Een stoornis is een naam mensen hebben afgesproken om gedragingen te omschrijven. Volgens deze deelnemers geeft het geen inzicht in de oorzaak van het gedrag. Zo vertellen ze dat de oorzaak niet waarneembaar is in de hersenen. Integendeel, de oorzaak moet volgens hen gezocht worden in de omgeving van mensen. Ook geven ze aan dat een diagnose voornamelijk waardevol kan zijn voor het starten en afstemmen van een behandeling. Echter, de psychische klachten die bij een bepaalde diagnose passen kunnen wel per persoon verschillen. Het is volgens deze twee geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd derhalve niet dat een bepaalde diagnose voor iedereen hetzelfde betekent.

Op de vraag wat volgens de deelnemers de betekenis van een stoornis is, beantwoorden de overige acht geïnterviewde POH (GGZ) jeugd dat niet de diagnose maar een bepaalde benadering helpend is voor kinderen. Zo vertelden zij dat een diagnose geen antwoord geeft op de vraag hoe mensen kunnen omgaan met hun klachten. Er moet daarentegen gekeken worden naar welke ondersteuning iemand nodig heeft. Ook benoemden deze deelnemers dat een diagnose het hele leven met een persoon meereist en het stigmatiserend kan werken.

Ook waren drie deelnemers kritisch over een medicamenteuze behandeling bij kinderen. Met name bij jonge kinderen waren zij geen voorstander van medicatie. In de eerste plaats omdat medicatie niet de oplossing is voor de problemen waarmee kinderen kampen, aldus deze deelnemers. Daarentegen moet volgens hen gekeken worden welke aanpassingen in de omgeving nodig zijn om een kind te kunnen helpen. Ook zijn mogelijke bijwerkingen op de lange termijn een reden voor sommige deelnemers om terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vragen aan ouders waarom zij willen dat er medicatie wordt voorgeschreven. Vervolgens zouden de deelnemers aan ouders vertellen waarom het volgens hen belangrijk is om terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie. Een deelnemer verwoordde het als volgt:

“Ik vraag ook vaak wel aan ouders hoe ze daar dan tegenover staan en dan en dan vraag ik ook van goh, weten jullie ook wat dat inhoudt, hè? Die medicatie ja, weten jullie bijvoorbeeld ook dat het onder de Opiumwet valt? Nou, dat weten ze dan helemaal niet, hè? En ook niet dat het ook nog niet onderzocht is wat dat op de langere termijn voor effecten heeft op de hersenen.”

(Deelnemer D05).

Uit bovenstaande bevindingen kan worden geconcludeerd dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kritisch zijn over diagnostiek en het voorschrijven van medicatie. Twee deelnemers benoemen expliciet dat een diagnose niet de oorzaak is van gedrag, maar slechts een beschrijving. Hun visie op diagnostiek is tegengesteld aan de biomedische visie. Het bewustzijn van deze twee deelnemers hierover kan bijdragen aan een normaliserende houding. Daarnaast blijkt uit de opvattingen van de andere acht POH's (GGZ) jeugd dat zij terughoudend in het doorverwijzen van kinderen naar de basis GGZ en/of gespecialiseerde GGZ. Dit in het geval vanwege het traject dat kinderen dan moeten doorlopen en de diagnose die kinderen krijgen. Zij zijn zich bewust van de gevolgen die een diagnose kan hebben voor een kind. Ook zien zij een diagnose niet als oplossing voor het gedrag en de klachten van kinderen.

4.4.2 Biomedische visie

In tegenstelling tot een contextuele visie worden vanuit een biomedische visie zowel de oorzaken als oplossingen gezocht in het individuele kind. Hierdoor is er veel minder aandacht voor factoren uit de omgeving van het individu (Verhaeghe, 2019). Vanuit een biomedische visie wordt op basis van verschijnselen een diagnose gesteld. De diagnose is het uitgangspunt van een behandeling, waarvan medicatie meestal een belangrijk onderdeel is. De stoornis en de problemen van mensen vormen het uitgangspunt (Hordijk & Genugten, 2021).

Rol van de DSM

Opvallend was dat twee deelnemers bij hun beoordeling van het vignet wilden weten of er wel of geen sprake zou zijn van de diagnose ADHD. Dit deden deze deelnemers door te beoordelen of de kenmerken die in het vignet stonden, zouden passen bij deze diagnose. Deze deelnemers gaven aan dat zij gebruikmaken van de DSM om tot een beoordeling te komen. Deelnemer D01 vertelde:

“Ja, waardoor je nou bijvoorbeeld nou dat sprake is van ADHD. En dus die kenmerken echt de symptomen, zeg maar van de DSM 5, die zou ik nu er wel bij pakken.”
(Deelnemer D01).

Deelnemer D08 sprak ook over de DSM: *“Ehh’, maar daar kan je best wat kenmerken van de DSM in zien, misschien wat autistische kenmerken, hoe zij praat en hoe zij doet.”* Deze deelnemer sprak bij de beoordeling van het vignet niet over de DSM.

Opvallend is dat de overige deelnemers de DSM niet hebben genoemd tijdens het interview. Ook werd de DSM niet genoemd toen is gevraagd of de deelnemers gebruik maken van protocollen of richtlijnen. Dit wijst erop dat deze deelnemers geen gebruikmaken van de DSM en is wellicht een signaal van een normaliserende houding. Hierop wordt verder ingegaan in de discussie.

Motieven diagnostiek

De interviewer heeft gevraagd welke motieven deelnemers hebben voor diagnostiek of een doorverwijzing naar de tweedelijnszorg. Hieruit bleken drie motieven, namelijk verklaring voor gedrag, erfelijkheidsfactoren en intensieve hulp.

Verklaring voor gedrag en communicatie

Vier deelnemers benoemden dat diagnostiek van het gedrag of klachten verklarend kan zijn voor kinderen en ouders. Een diagnose kan volgens deze deelnemers soms helpen om te begrijpen waar bijvoorbeeld druk of boos gedrag vandaan komt. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“Dat wilde ze wel heel graag, dat hebben we gedaan en het kwam er wel uit. Het helpt, ik heb erna niet gesproken, maar het kan wel helpen dat je jezelf beter begrijpt. Het hoeft dan niet eens te betekenen dat ze medicatie krijgt. Wel dat ze weet van, he oké, daardoor, het ligt niet aan mij, of naja het ligt niet aan mij, het is niet dat ik mijn best niet doe. Het komt daar en daardoor. In die zin heeft het wel een meerwaarde soms, in sommige gevallen om een diagnose te hebben.”
(Deelnemer D01).

Ook gaven twee van deze vier deelnemers aan dat een diagnose kan bijdragen aan de communicatie naar mensen uit de omgeving. Kinderen en ouders zouden dankzij een diagnose beter aan de omgeving kunnen uitleggen waarom een kind bepaald gedrag vertoont, aldus deze deelnemers. Ook benoemden zij dat het school en ouders handvatten kan bieden bij het omgaan met bepaald gedrag en bepaalde klachten. Een deelnemer verwoordde het als volgt:

*“I: Dus dan zou het in die zin kunnen helpen, dat je dan, hoe zie jij dat zelf precies?
P: Ja, ik denk voor de communicatie is het dus heel fijn, omdat je dan wel als school zijnde bijvoorbeeld gelijk weet, okay, dus er is ADHD, dus dan kan hij hier wel tegenaan lopen, dus het is qua communicatie makkelijker maar ook hè om bijvoorbeeld een extra steunpakket op school te krijgen vanuit een hè? Een zorgarrangement. Dus dat kan helpen om dat soort dingen aan te vragen plus de medicatie, dat kan een voordeel zijn, dus het heeft ook wel voordelen om het soms wel te noemen. Wel uit te zoeken.”*
(Deelnemer D01).

Het motief dat een diagnose als een verklaring voor gedrag dient, past binnen een biomedische visie. De oorzaken worden hierdoor namelijk bij het individuele kind gezocht. Deze visie kan belemmerend zijn in het kader van normaliseren. Het risico is namelijk dat klachten van kinderen en hun gedrag onnodig gemedicaliseerd worden. Het idee dat een diagnose verklarend kan zijn voor gedrag duidt ook op reïficatie.

Trudy Dehue (2014) stelt dat binnen het biomedische model dikwijls een proces van reïficatie plaatsvindt. Dit betekent letterlijk het tot ding maken van psychische stoornissen. Er is sprake van reïficatie als er wordt gezegd of gedacht dat bepaalde criteria de oorzaak zijn van een stoornis. Emoties en gedrag die afwijken van de norm worden als stoornis bestempeld. Vervolgens wordt het omgedraaid en gezegd dat het gedrag dat afwijkt wordt veroorzaakt door de stoornis (zie paragraaf 2.1.4).

Verder kwam uit de analyse naar voren dat zes van de tien deelnemers tijdens het interview uitspraken deden die neigden naar reïficerend taalgebruik. In totaal ging dit om elf passages. Een voorbeeld van een passage waarbij er duidelijk sprake was van reïficatie:

“Maar ik zie wel dat bijvoorbeeld ADHD of autisme iemand wel een zwaardere belasting kan geven om je te ontwikkelen, hè? En dat je daarin heel erg moet kijken van hé, hoe kan je zeg maar de omgeving zo aanpassen dat dit kind zeg wel kan ontwikkelen. Ja ja, ja, ik zie het meer als een. Ja, ik zie het dan niet als een ik. Ik hoop nooit dat het voor een kind voelt als een ja, hè? Als een stempel

meer, maar meer een uitleg van zo. Maar ja, daardoor komt het dat ik tegen bepaalde dingen aanloopt of dat ik dingen moeilijk vind. Meer dan een verklaring voor jezelf zo van, dan kan ik snap ik het. Ik heb wel ADHD'ers gehad die kunnen bijvoorbeeld totaal niet stilzitten, ook niet überhaupt, niet op de stoel blijven zitten.”
(Deelnemer D04).

Uit bovenstaande passage lijkt het alsof deze geïnterviewde POH (GGZ) jeugd een stoornis als oorzaak ziet voor de gedragingen van een kind. Er waren ook passages die niet reïficatie betroffen, maar waarbij de deelnemers wel direct in diagnoses dachten. Een voorbeeld hiervan is:

“Dit had heel erg met angst te maken. Dat het dan nu de vraag is waar komt die angst vandaan, zit er niet onder ASS problematiek, dan is het toch wel vaak met ontwikkelingsproblematiek te maken.”
(Deelnemer D01).

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd nauwelijks reïficerend taalgebruik toepasten tijdens de interviews. Het is belangrijk om reïficerend taalgebruik op te merken. Voor een normaliserende benadering is het namelijk belangrijk dat reïficatie wordt voorkomen. De redenen hiervoor worden in de discussie besproken.

Erfelijkheidsfactoren

Vijf deelnemers vertelden naar aanleiding van het vignet te kijken of de diagnose ADHD is gesteld bij familieleden van de jongen. Deze deelnemers benoemden daarbij dat het hen gaat om eerstegraads familieleden, zoals een vader. Als dit het geval zou zijn, zouden deze deelnemers de jongen doorverwijzen naar de tweedelijnszorg. Zij staan dan positief tegenover een doorverwijzing, omdat het volgens beter is om zo snel mogelijk te starten met een behandeling. Ook toonden deze deelnemers begrip als ouders in zo'n geval vragen om diagnostiek. Zo vertelde één van deze deelnemers:

“Ik vraag ook vaak of ouders zichzelf in het gedrag herkennen, want ADHD is erfelijk ... En als dit dan zo is. Hij is nog heel jong. Dan denk ik wel, dat verwijzen voor diagnostiek het beste is, want hoe eerder dit gediagnostiseerd wordt als het zo is of iets anders, hoe beter je ook handvatten kan geven voor de ouders, maar ook voor school om te voorkomen dat hij nog meer achterstand op gaat lopen.”
(Deelnemer D06).

De erfelijkheidfactor als motief voor diagnostiek, wat de helft van de deelnemers benoemde, is geplaatst onder de biomedische visie. Hieruit komt naar voren dat de geïnterviewde POH's GGZ jeugd veronderstelt dat ADHD erfelijk is bepaald en van ouders op kind wordt doorgegeven. Hierop wordt verder ingegaan in de discussie.

Intensieve hulp

Zeven deelnemers gaven als motief voor een doorverwijzing dat kinderen problemen ervaren op de alle drie levensgebieden (thuis, school en vrije tijd). Een ander motief die werd genoemd was de situatie waarin klachten van kinderen niet verminderen na hulp van de POH (GGZ) jeugd en/of aanpassingen in de context. Een deelnemer formuleerde dit motief als volgt:

“Dan denk ik dan kan daar veel beter therapeutisch ingezet worden, wel/niet, met ouders. Met de jongeren zelf, al dan niet met medicijnen. Dat doe ik niet. Dat is voor mij ook een grens. Dus ja. Dus het hoeft voor mij niet per se die diagnose te zijn, het is meer die hebben specialistische behandeling

*nodig. Bijvoorbeeld als ze vastlopen op verschillende gebieden.”
(Deelnemer D08).*

Uit deze twee motieven blijkt dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd een doorverwijzing passend vinden als de problemen ondanks laagdrempelige hulp blijven bestaan. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd verwijzen kinderen pas door naar de tweedelijnszorg als de ondersteuning van de POH (GGZ) jeugd onvoldoende effect heeft en er intensieve hulp nodig is. Hieruit kan worden afgeleid dat deze geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd voorzichtig zijn in het diagnosticeren van gedrag en klachten.

Uit de bevindingen in bovenstaande subparagrafen kan worden geconcludeerd dat er in de interviews twee visies op het ontstaan van psychische problemen zijn te onderscheiden, namelijk een biomedische en een contextuele visie. Echter, de opvattingen van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd zijn niet eenduidig te plaatsen binnen één van deze visies. Bij een aantal deelnemers valt op dat hun visie meerdere malen wordt gekenmerkt door het biomedisch perspectief. De deelnemers die vaker reïficerend taalgebruik toepasten, waren positiever over een diagnose en zouden de jongen in het vignet sneller doorverwijzen naar de tweedelijnszorg. Hieruit komt naar voren dat deze deelnemers geneigd zijn om de oorzaken en oplossingen van psychische klachten in het individuele kind te zoeken. De volgende uitspraak van een deelnemer is een voorbeeld waaruit naar voren komt dat haar visie wordt gekenmerkt door het biomedisch perspectief:

*“Maar bijvoorbeeld als je ADHD hebt en je lijdt daar echt onder als kind en ouders. Dan word je wel in je ontwikkeling bedreigd, hè? Want dat? Het zorgt er dus voor dat je heel vaak een op een negatieve manier wordt aangesproken, dus het kan echt wat doen met je zelfbeeld en je identiteit en dan kan medicatie heel veel doen in het gedrag, hè? Om een voorbeeldje te geven. Ik weet van verschillende kinderen die echt heel slecht gaan op school, hè? Die hebben echt onderpresteren en die misschien als eindadvies, ik noem maar wat hoor, VMBO KB krijgen. En dan krijgt ze een diagnose, komt de medicatie en dan ineens op de middelbare school, door die medicatie komen ze toch op een havo terecht.”
(Deelnemer D06).*

Tegelijkertijd blijkt dat de visie van veel deelnemers visie wordt gekenmerkt door een contextuele visie. In het interview van deelnemer D05 kwam haar contextuele perspectief op psychische problematiek in al haar antwoorden naar voren. Zij zette zich af tegen het biomedisch perspectief (zie de quote hierna). Dit komt doordat zij voor haar functie als POH (GGZ) jeugd werkzaam was in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In het werkveld was het biomedische model het heersende paradigma. Zij merkte op dat er voornamelijk werd gewerkt vanuit het standpunt dat stoornissen biologisch van aard zijn. Haar ervaring was dat psychiaters diagnoses stelden bij kinderen en de volledige behandeling bepaalden. Hierbij hadden de psychiaters weinig tot geen aandacht voor andere dan biologische factoren die van invloed konden zijn op de klachten van kinderen. De deelnemer noemt de thuissituatie van een kind als voorbeeld van zo'n andere factor. Daarnaast vond ze dat er in de psychiatrie in beperkte mate tijd was voor persoonlijk contact met kinderen.

Een persoonlijke ervaring in combinatie met de problemen van kinderen die zij op haar werk van dichtbij meemaakte, hebben tot de kritische blik geleid dat de praktijk anders is dan zij heeft geleerd.

De persoonlijke ervaring betrof het wonen in een wijk met mensen met verschillende achtergronden. Hierdoor zag ze van dichtbij dat omstandigheden de manier waarop mensen klachten ervaren, kunnen beïnvloeden. Hierdoor is de biomedische manier van werken haar gaan tegenstaan. De deelnemer vertelde:

“Ja, toen op den duur, begon hij dat een beetje tegen te staan en dat was, omdat het destijds nog heel erg ook vanuit het medisch model werd gewerkt, hè? Dat ze ook best wel directieve vanuit multidisciplinair team werd aangestuurd van goh dit kind en dit gezin. Nou dat moet zo hè en dan is het opgelost en dat mochten wij dan gaan uitvoeren. Nou, toen kwam ik natuurlijk steeds meer bij mensen thuis en kwam ik ook in aanraking met nou ja, andere milieus hè? Ik woon daar zelf tijdens mijn studententijd, ook in een wijk. Nou ja, wat wel een beetje achterstandswijk was. En ja, daar zag ik gewoon heel veel dingen dat ik denk van. Ja, dat is toch anders hè? Maar ook prima hè? Op een andere manier. En het ging mij steeds meer tegenstaan. Ik dacht ja, dit werkt zo niet.”
(Deelnemer D05).

In haar huidige manier van werken en visie heeft zij twee aspecten geïntegreerd. Allereerst geeft de deelnemer aan dat het van belang is om contact te maken met mensen door interesse te tonen. Hierdoor kan samen tot oplossingen worden gekomen. Verder benoemt deze deelnemer dat het belangrijk is om breed te kijken naar de problematiek van kinderen. Breed kijken is volgens haar onder andere aandacht hebben voor de achtergrond van een persoon. Zo ontstaat een beter beeld van de reden(en) van bepaalde klachten, aldus deze deelnemer.

4.5 Rol van de POH (GGZ) jeugd bij normaliseren

In de interviews is gevraagd naar de rol van de POH (GGZ) jeugd in de beroepspraktijk bij het normaliseren van psychosociale problemen. Er is met de deelnemers besproken welke factoren hierbij helpend en belemmerend werken. Volgens de deelnemers is medicalisering van onderaf een belemmerende factor. Dit houdt in dat kinderen, ouders en/of het onderwijssysteem een verklaring zoeken voor het gedrag van kinderen. Verder worden de helpende factoren beschreven. Dit zijn kennis, collegiaal overleg en de therapeutische relatie. Tot slot worden de aspecten beschreven die de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd van belang achten om normaliserend te handelen. Het gaat om de volgende aspecten: geruststellen en het activeren van steun vanuit het formele netwerk.

4.5.1 Belemmerende factoren bij normaliseren

Met de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd is gesproken over belemmeringen die zij bij het normaliseren ervaren. Medicalisering van onderaf is een belangrijke factor die normaliseren bemoeilijkt. Socioloog Frank Furedi schreef over medicalisering van onderaf, waarbij patiënten actief op zoek zijn naar medische interventies of diagnoses. Dit is een verschuiving ten opzichte van de jaren '60 en '70, waar medicalisering werd voorgesteld als medicalisering van bovenaf en als sociale controle (Furedi, 2008). Uit de interviews is naar voren gekomen dat kinderen en/of ouders een verklaring zoeken voor gedrag. Dit wordt als eerste beschreven. Ook is uit de interviews gebleken dat het onderwijssysteem kinderen en/of ouders aanstuurt om gedrag van kinderen (leerlingen) te onderzoeken. Dit wordt hierna toegelicht.

Medicalisering van onderaf

Ouders en kinderen zoeken verklaring voor gedrag

Naar aanleiding van het vignet kwam naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kinderen eerder doorverwijzen als kinderen en/of ouders gericht en dwingend zijn in hun vraag om diagnostiek of doorverwijzing. Zes deelnemers vertelden dat kinderen en/of ouders zich afvragen of bepaald gedrag wel normaal is. Ook komt naar voren dat kinderen en/of ouders vaak op zoek zijn naar een verklaring voor het gedrag en de klachten. Er werd als voorbeeld genoemd dat ouders de driftbuien van hun kind als afwijkend beschouwen. Vervolgens willen ze weten wat dit gedrag veroorzaakt, aldus de deelnemers. Het komt volgens de deelnemers ook regelmatig voor dat kinderen en/of ouders zelf al een diagnose hebben bedacht voor het gedrag dat zij als afwijkend beschouwen. Zij komen vervolgens op het spreekuur bij de POH (GGZ) jeugd en willen dan laten onderzoeken of er sprake is van de veronderstelde diagnose. Een aantal geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd benoemden dat dit mogelijk komt doordat kinderen en/of ouders een diagnose als helpend ervaren om aan hun omgeving te kunnen uitleggen wat de oorzaak is van bepaald gedrag.

Er is met deze deelnemers besproken hoe zij hiermee zouden omgaan. Vier deelnemers vertelden dat ze de jongen uit het vignet zouden doorverwijzen wanneer ouders gericht en dwingend zijn in hun vraag om diagnostiek. Het is volgens zeven geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd hun taak om de betekenis en de gevolgen van diagnostiek met kinderen en ouders te bespreken. De deelnemers doen dit door hen te vragen wat de voor- en nadelen zijn van diagnostiek. Daarnaast bespreken de deelnemers met ouders en kinderen over de opbrengt van een diagnose. De POH (GGZ) jeugd heeft hierin volgens de deelnemers een adviserende rol. Dit houdt in dat zij uitleggen aan ouders wat het traject van diagnostiek betekent en dat wordt uitgelegd welke alternatieven er zijn. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“P: Zo van: Wij willen die verwijzing, er moet gewoon onderzoek komen.

I: Ja, ja, en hoe pak je dat dan aan? In zo'n geval.

P: Ja, wat ik vaak, heel erg, wat ik wel, wat ik vraag is aan ouders, wat denk je wat het je oplevert? Stel dat we een onderzoek doen en stel dat er ADHD uitkomt? Ja wat, wat levert jullie dat op? Hoe gaat het jullie helpen? Of hoe gaat het hem helpen? Hè, dus ja, als je het hebt over normaliseren. Ik probeer wel vaak wel ook wel daarin een beetje zo van ja hè? Dus mooi zo 'n diagnose, maar mijn ervaring is wel een stukje psycho educatie kan ik wel geven en je hebt daarnaast natuurlijk wel als het echt is. Dan heb je medicatie hè. Dus dat is ook al de vraag van, wil je al dat je je kind aan medicatie dan gaat?”

(Deelnemer D04).

Drie deelnemers gaven aan dat de zorgvrager uiteindelijk verantwoordelijk is voor de keuze van een behandeling:

“Oh nee, ik geef advies, maar zij mogen het beslissen, zij zijn ouders, ja.” (Deelnemer D02).

Uit bovenstaande bevindingen lijkt dat er sprake is van reïficatie vanuit de zorgvrager. Denken dat een psychische stoornis een ziekte is die gedrag verklaart, is een vorm van reïficerend taalgebruik. Soms komt een zorgvrager bij de POH (GGZ) jeugd op het spreekuur met de verwachting dat een diagnose

de oorzaak is van het gedrag en de klachten. Het gevolg is dat de POH (GGZ) jeugd moet uitleggen aan de zorgvrager dat een diagnose geen verklaring biedt. Er komt naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd het over het algemeen moeilijk vinden om weerstand te bieden aan een eisende houding van de zorgvrager. Het lijkt erop dat de geïnterviewden geneigd zijn om de zorgvrager eerder door te verwijzen als deze dwingend overkomt en gericht vraagt naar diagnostiek. Hieruit blijkt dat reïficatie vanuit de zorgvrager belemmerend kan zijn voor het normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen.

Onderwijssysteem

In de interviews spraken deelnemers mede naar aanleiding van het vignet meermaals over de inrichting van het huidige onderwijssysteem en de uitdagingen waarmee leerkrachten geconfronteerd worden.

Bij het voorleggen van het vignet werd duidelijk dat de tien deelnemers herkenden dat een leerling door een leerkracht naar de huisarts wordt gestuurd. De deelnemers benoemden dat leerkrachten mogelijk te weinig de ruimte hebben om individuele aandacht en ondersteuning te bieden aan hun leerlingen. Mogelijke redenen die deelnemers noemden waren te grote klassen en een tekort aan leraren. Leerlingen moeten zich hierdoor aanpassen aan de klassikale aanpak. Als dit een leerling niet lukt, hebben leerkrachten geen mogelijkheden en de ruimte om individuele ondersteuning te bieden. Een aantal deelnemers beweerde dat het stellen van een diagnose bij een leerling, leerkrachten in staat stelt dit wel te bieden.

In het kader van passend onderwijs dient een school leerlingen te ondersteunen zodat deze leerlingen mee kunnen komen in de klas, aldus zeven deelnemers. Een school zou ondersteuning inzetten zonder dat daarvoor een diagnose nodig is. Desondanks de regeling van passend onderwijs is het voor de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd herkenbaar dat leerkrachten vragen om diagnostiek bij een leerling. Een deelnemer vertelde het volgende:

“Nou dit, dit is eigenlijk puur alleen maar op wat hier dan staat, hè? Want mijn ervaring is wel dat scholen nog te vaak ouders naar huis sturen, maar van ga maar verwijzing vragen voor diagnostiek terwijl. Wat ik net ook al zei, er ligt gewoon een hele grote verantwoordelijkheid van school zelf om passend in het kader van passend onderwijs weet ik wat om te zorgen dat hij mee kan komen.”
(Deelnemer D07).

In overeenstemming met de Wet passend onderwijs moeten scholen leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften sinds 2014 passend onderwijs bieden. Scholen zijn verplicht om ondersteuning te bieden aan leerlingen die dit nodig hebben. Om in aanmerking te komen voor extra ondersteuning op school is geen diagnose vereist. Dit moet voorkomen dat diagnosticeren wordt benut voor extra ondersteuning (Van der Linden et al., 2019).

Ook is het voor de deelnemers herkenbaar dat leerkrachten vaak zelf een diagnose hebben bedacht. Eén van de deelnemers benoemt expliciet dat het niet aan leerkrachten is om te suggereren dat er mogelijk sprake is van een diagnose. Dit formuleerde deze deelnemer als volgt:

“P: Ik vind dat de juf nooit mag insinueren dat er sprake is van ADHD, dat is niet haar taak en dat kan ze ook niet vaststellen.

I = Nee.

P: School heeft verschillende mogelijkheden, om bij dit soort gedrag, om die in te zetten om hem te helpen om wel gewoon mee te komen.”

(Deelnemer D10).

Ondanks de Wet passend onderwijs lijkt het alsof leerkrachten geneigd zijn leerlingen naar de huisartsenzorg te sturen voor diagnostiek. Volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd denken leerkrachten dat een diagnose noodzakelijk is voor een school om kinderen passende ondersteuning te bieden. Dat leerkrachten ouders en/of kinderen naar een hulpverlener verwijzen in plaats van ondersteuning op school bieden, kan belemmerend zijn voor het normaliseren door de POH (GGZ) jeugd.

4.5.2 Helpende factoren bij normaliseren

In de interviews is aan de deelnemers gevraagd welke factoren zij als ondersteunend ervaren bij het normaliseren. Uit hun antwoorden kwam naar voren dat kennis en collegiaal overleg factoren zijn die bijdragen aan een normaliserende benadering. Ook is uit de analyses van de interviews gebleken dat een goede therapeutische relatie essentieel is voor normaliseren.

Kennis

De meerderheid van de deelnemers, namelijk negen geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd, vinden kennis een helpende factor. Volgens hen is kennis van de ontwikkeling en van kinderen en kennis van diagnostische beelden van belang. Dankzij kennis kan een onderscheid worden gemaakt tussen gedrag dat al dan niet passend is bij de normale ontwikkeling. Het helpt namelijk om gedrag te kunnen verhelderen en begrijpen. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vertelden dat ze eerst uitvragen om een volledig beeld te krijgen. Als de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd concludeert dat het gedrag past bij de ontwikkeling, delen zij dit met de zorgvrager. Vervolgens geven de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd advies de manier waarop de zorgvrager hiermee kan omgaan. Kennis laat kinderen en ouders inzien dat bepaald gedrag past bij een levensfase en laat bijvoorbeeld ouders begrijpen waarom hun kind bepaald gedrag vertoont. De adviezen van de POH's (GGZ) jeugd kunnen kinderen en ouders naderhand inzetten. Een deelnemer vertelde:

“Ik had laatst een moeder, die was bij de huisarts: “Ja mijn kinderen, zo moeilijk en ze luisteren niet en dit en dat”. Ik heb die moeder, heel toevallig, die heb ik een dik uur gesproken. Een kindje van vijf die op een kleuterschool zat, dat die over piemels en plassers thuis kwam. Ik heb wel heel erg uitgevraagd, wat vertellen ze dan en wat doen ze dan? Ja, ze had allemaal voorbeelden. Dat ik dacht dat is allemaal levens adequaat wat hij zegt: “Als ik later groot ben dan krijg ik ook kinderen”. Die moeder vond dat gek. Nou die heb ik heel erg genormaliseerd, want een kind van vijf is heel erg daarmee bezig, die ontdekt he ik word ook groot. “Ohja, en hoe zit dat dan? Dan heb je vaders en moeders, dan heb je kinderen, hoe zou dat zijn?” Daar was dat jongetje heel erg mee bezig, ik heb die

moeder vooral tips gegeven over hoe kan jij hierover met je kind op reageren. Dat past bij een kind van vijf jaar die in die ontwikkelingsfase zit. Ik ben ik, jij bent jij. Goh, hoe zal dat zijn.”
(Deelnemer D08).

Collegiaal overleg

Overleggen met andere POH's (GGZ) jeugd en andere disciplines werd door negen geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd als helpend beschouwd bij normaliseren. Als de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd twijfelt bij casuïstiek, vindt zij het prettig om met collega's te overleggen. Zij kunnen namelijk beschikken over expertise op een ander gebied en hierdoor mogelijk een andere visie hebben op een casus. Door casuïstiek met elkaar te bespreken, kunnen de POH (GGZ) jeugd elkaars expertise benutten. Zo kunnen andere inzichten ontstaan en kan tot een zorgvuldigere worden gekomen, aldus de deelnemers. Deelnemer D10 vertelde:

“Heel veel met elkaar ook overleggen steeds, expertise bij elkaar weghalen. Van is dit nou normaal gedrag of moet je hier zorgen over maken, dus ook dingen niet in je eentje willen bedenken. Ik weet het niet of ik vraag het me af? Dan als POH jeugd zoeken we elkaar op en iedereen heeft zijn eigen expertise, je hebt altijd wel feedback waar je weer mee verder kan.”
(Deelnemer D10).

Sociale kaart

Uit de analyses van de interviews komt naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd met veel verschillende partijen samenwerken. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd brengen de situatie van een kind in kaart en beoordelen vervolgens welke hulp het meest passend is. Vervolgens kan worden besloten dat een kind moet worden doorverwezen naar een andere hulpverlener. Dit kan een hulpverlener in de tweedelijnszorg zijn, maar ook een maatschappelijk werker of diëtist.

Vier geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd benoemden dat zij gericht kunnen doorverwijzen dan de huisarts. Als een kind wordt doorverwezen, hebben zij al in kaart gebracht van welke problemen er rondom een kind sprake is. Kinderen kunnen daardoor met een uitgebreidere verwijsbrief worden doorverwezen. Dit zorgt er volgens de deelnemers voor dat de kwaliteit van de doorverwijzing toeneemt. Deze deelnemers hebben de indruk dat de hulpverleners waar deze kinderen naar doorverwezen worden zo gericht hulp kunnen verlenen. Bij het doorverwijzen van een kind naar de tweedelijnszorg zijn de deelnemers ervan overtuigd dat de POH (GGZ) jeugd een betere inschatting kan maken dan de huisarts over de best passende zorgaanbieder. Hierdoor kan volgens meerdere geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd worden voorkomen dat kinderen verschillende hulpverleners zien voordat een definitieve behandelplek is vastgesteld. Een deelnemer vertelde als volgt:

“Ja het eigenlijk om het lokale speelveld zo goed mogelijk te leren kennen en ook, hè? Ook de kleine partijen goed leren kennen of? Nou ja, je hebt natuurlijk ook de maatschappelijk werk enzo. Als je die daar kan je zelfs op persoonlijk niveau mensen wel leren kennen, dan kan je daardoor gericht. Al weten van oké, maar deze moeder zou wel eens heel goed kunnen passen bij die zorgaanbieder. Dan is het, vaak ook wel een goede match Als je het nou dus daar investeren we ook wel in de partijen leren kennen.”
(Deelnemer D07).

Hieruit kan worden afgeleid dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kennis van de sociale kaart als helpend bij het aanbieden van passende zorg aan kinderen.

Therapeutische relatie

Uit de interviews is naar voren gekomen dat volgens de geïnterviewden de therapeutische relatie essentieel is om te kunnen normaliseren. Uit de uitspraken over de therapeutische relatie lijkt dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd dit belangrijk vinden, omdat zorgvragers zich hierdoor op hun gemak voelen en het gevoel krijgen dat hun problemen serieus worden genomen. Ook kunnen de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd beter achter halen wat er daadwerkelijk speelt bij een zorgvrager. Alle tien de deelnemers spraken één of meerdere keren over de relatie tussen zorgvrager en POH (GGZ) jeugd. Zo werd verteld welke vaardigheden en houding bijdragen aan het opbouwen van deze relatie. Deze staan hierna toegelicht.

Negen van de tien deelnemers gaven aan dat aansluiting zoeken met de zorgvrager van belang is, in eerste instantie door beschikbaar te zijn voor het opbouwen van een relatie. De gehele afspraak (ongeveer 45 minuten) wordt hiervoor de tijd genomen. Het is volgens zeven geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kenmerkend aan hun functie dat zij de tijd kunnen nemen voor kinderen. Hierbij gaven drie geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd aan dat de huisarts bij kinderen met psychosociale problemen te weinig tijd had voor goede uitvraag. Ook vertelden POH's (GGZ) jeugd dat zij in tegenstelling tot de POH Volwassenen zelf een inschatting mogen maken van de tijd die zij nodig achten. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd gaven aan dat bij de POH-GGZ Volwassenen het aantal gesprekken vaststaat. De POH (GGZ) jeugd hebben hierdoor de ruimte om met verschillende partijen, zoals een school, in gesprek te gaan. Ook gaven de deelnemers aan dat kinderen de tijd nodig hebben om hun verhaal te vertellen. De beschikking over deze tijd biedt de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de mogelijkheid om een relatie op te bouwen met de zorgvrager. Ook zorgt dit ervoor dat de deelnemers een beter beeld krijgen over de problemen waarvan bij een kind sprake is. Hierdoor kunnen onnodige verwijzingen naar de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ worden voorkomen.

Vier deelnemers benoemden dat het aangaan van de relatie met een open blik van belang is, door hun eigen normen, waarden en voordelen opzij te zetten. De meerderheid van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd geeft invulling aan het krijgen van aansluiting door in de eerste afspraak te spreken over het alledaagse leven van de zorgvrager. Zo tonen zij interesse in broers en/of zussen of wat een kind leuk vindt. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd gaven aan dat zij een belangstellende en uitnodigende houding hebben. Lastige onderwerpen of problemen die kinderen ervaren worden niet direct besproken. Ook worden nog geen adviezen gegeven noch wordt besproken welke hulp kan worden geboden, aldus de deelnemers. Een relatie wordt opgebouwd door in het begin enkel aandacht te hebben voor de persoon en diens leefwereld. Door goed te luisteren naar de verhalen van kinderen en ouders maakt de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd kennis met hun leefwereld, aldus de deelnemers.

Verder is het volgens de deelnemers belangrijk om open te staan voor de vragen van een persoon en het serieus nemen daarvan. Om de zorgvrager op zijn of haar gemak te stellen, vertellen de POH's (GGZ) jeugd aan kinderen en ouders dat anderen met soortgelijke vragen op het spreekuur komen. Tot slot werd benoemd dat het per persoon verschilt welke vorm van hulp passend is. Daarom is het van belang om de hulpverlening af te stemmen op de zorgvrager. Een deelnemer vertelde het volgende over het aangaan van een therapeutische relatie:

“Hoe ga ik, ja? Ja, ik probeer heel erg aan te sluiten. En daarin open te zijn? Zonder mijn eigen oordelen normen en waarden hè, zo van, want er komt natuurlijk ook gezinnen tegen die ja misschien een hele andere levensstijl hebben dan dat ik dat ken of hoe ik ben, hè? Of andere omstandigheden. Er komen natuurlijk ook nou ja, heel veel gezinnen tegen die ja veel meer met systeem problemen ervaren, hè? Of hè, moeite hebben om rond te komen. Geen werk of hè? Dus ik probeer nou, ja, Dat is denk ik, zo ga ik de relatie aan open en zonder oordeel en luisteren. En het niet op opdringen van wat ik vind, maar meer van wat willen jullie en hoe? Ja.”
(Deelnemer D04).

Wat verder opviel bij het analyseren van de interviews is dat zeven deelnemers vertelden dat zij niet tot nauwelijks volgens een protocol werken, hoewel zij hierover wel beschikken en deze daarmee kunnen toepassen in de praktijk. Echter, de deelnemers geven aan dat zij daar niet tot weinig gebruik van maken. Verder vertelden zij de vrijheid te hebben om zelf te bepalen of zij protocollen willen benutten. Zo vertelde één van deze deelnemers:

*“I: Heb je ook echt bepaalde protocollen of richtlijnen die jij gebruikt?
P: Nee, nee, nou, juist niet. Daar worden wij nou zo blij van, dat we dan niet hoeven.”*
(Deelnemer D07).

Vier deelnemers vertelden dat zij een aantal vragenlijsten of protocollen zijdelings gebruiken, bijvoorbeeld door tijdens een intake een bepaald lijstje af te vinken. De protocollen en richtlijnen die worden genoemd zijn met name methodieken vanuit een opleiding. Daarnaast is opvallend dat geen van de deelnemers de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) benoemen. Toen het vignet tijdens het interview werd behandeld, kwam bijvoorbeeld de NHG-richtlijn voor ADHD niet ter sprake. De NHG-standaarden zijn richtlijnen waarmee zorgverleners binnen de huisartsenzorg kunnen werken. Het zijn protocollen waarnaar zorgverleners kunnen handelen bij bepaalde klachten en problemen van een patiënt (NHG, z.d.).

Concluderend vinden de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd dat een goede relatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de zorgvrager van belang is om te kunnen normaliseren. Om een goede therapeutische relatie te kunnen bouwen, benoemden de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de volgende elementen: tijd, aansluiting, een open blik, problemen serieus nemen en het afstemmen van hulp.

Ook blijkt dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vrij zijn in het benutten van protocollen en richtlijnen. Verder lijkt het dat een aantal POH's (GGZ) jeugd protocollen actief vermijden. Tevens kan worden gesteld dat adequate communicatieve vaardigheden essentieel zijn voor een POH (GGZ) jeugd. De therapeutische relatie is gebaseerd op de samenwerking tussen POH (GGZ) jeugd en

zorgvrager. De POH (GGZ) jeugd moet juiste vragen kunnen stellen en doorvragen. In subparagraaf 4.4.3 wordt de werkwijze bij het normaliseren beschreven.

4.5.3 Werkwijze normaliseren

In de interviews kwamen verschillende aspecten naar voren die de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd van belang achten om normaliserend te handelen. Hieruit kwamen twee aspecten naar voren die de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd belangrijk zijn: geruststellen en ondersteuning van het formele en sociale netwerk. Deze aspecten worden hierna toegelicht.

Geruststellen

Kinderen en ouders geruststellen werd door zeven van de tien geïnterviewde POH (GGZ) jeugd al een belangrijk aspect van normaliseren genoemd. Geruststellen beschrijven zij als benadrukken dat hoe iemand zich voelt en problemen ervaart normaal zijn. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vertelden dat zij gedrag en problemen van kinderen en ouders erkennen door te vertellen dat anderen soortgelijke problemen ervaren of gedachten hebben. Een aantal deelnemers gebruiken hierbij hun eigen levenservaring. Doordat meerdere POH's (GGZ) jeugd ervaring hebben met de rol als ouder, kunnen zij andere ouders vertellen dat bepaald gedrag van kinderen niet afwijkend is. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd gaven aan dat kinderen en ouders het fijn vinden om te ontdekken dat anderen ook worstelen met soortgelijke problemen. Deze herkenning kan ervoor zorgen dat de ongerustheid bij kinderen en ouders afneemt of verdwijnt.

Ook is het volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd helpend uit te leggen waarom zij de ongerustheid van kinderen en ouders niet delen. De deelnemers doen dit door een andere plausible verklaring te geven voor het gedrag en/of de problemen. De meerderheid doet dit door te vertellen dat bepaald gedrag bij een levensfase of de ontwikkeling van een kind past. Meerdere POH's (GGZ) jeugd gaven driftbuien onder kinderen of somberheidsklachten onder jongvolwassenen als voorbeeld. Ook gaven een aantal geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd aan dat ze bepaalde gevoelens uitleggen als een te verwachten reactie op een bepaalde gebeurtenis. Een deelnemer formuleerde het als volgt:

“P: Deze jongen was een jaar of 7 denk ik, hij was op een vakantie een jaar eerder voor zijn gevoel bijna verdrongen in de rivier, hij was van een luchtbed afgevallen en had moeite om boven te komen maar het was uiteindelijk wel gelukt en was ook zelf uit het water gekomen maar was gewoon heel erg geschrokken daarvan. En ze gingen dat jaar weer op vakantie naar een plek met een rivier, en die jongen sliep slecht en dacht: ‘Ooh die rivier’. Hij was bang daarvoor. En moeder had zoiets hij moet daar EMDR voor, en ik heb dat eigenlijk genormaliseerd. In de zin van dat ik de klacht eigenlijk heel passend vond bij wat hem was overkomen.”

(Deelnemer D10).

Deze POH (GGZ) jeugd vertelde verder dat zij aan ouders uitlegt om een bezoek aan de rivier langzaam op te bouwen. Hieruit komt ook naar voren dat deze deelnemer niet geneigd is om ‘iets te doen’, maar een afwachende houding aanneemt. Dit is volgens deze deelnemer een manier om zo'n reactie te normaliseren.

Naast deelnemer D10 vertelde ook D02 dat zij ouders een afwachtende houding aanneemt nadat zij ouders gerust heeft gesteld. De deelnemer vertelt aan de zorgvrager dat deze weer terug kan komen als er na verloop van tijd nog zorgen leven. D02 formuleerde het als volgt:

*“I: Oké, ja je je doet eigenlijk altijd wel iets of kom je soms ook tot de conclusie dat je?
P: Ja. Nou nee, dat klopt ook, want soms heb je ook wel ouders bijvoorbeeld die gerustgesteld moeten worden. Dan kan je uitleggen dat iets heel normaal is. Of dat het erbij hoort of nou, als er dan nog zorgen hebben dat ze dan later terug kunnen komen. Dat kan natuurlijk ook ja.”
(Deelnemer D02)*

In de interviews lijkt het erop dat de overige geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd geen afwachtende houding aannemen. Dit bleek uit het vignet, het bespreken van de maatschappelijke factoren of ervaringen die deelnemers deelden. Bij acht deelnemers lijkt het erop dat zij de zorgvrager veelal niet weg laten gaan zonder iets aan te bieden. Zo vertelden twee deelnemers naar aanleiding van het vignet dat zij emotieregulatie en prikkelverwerking zouden inzetten. De andere deelnemers benoemden dat zij een kind “op weg helpen”, een kind “tools aanbieden” of met een kind een “aantal gesprekken zouden voeren”. Ook is aan een deelnemer gevraagd of zij soms ‘niets doet’. Deze deelnemer vertelde als volgt:

*“I: Ja, ja mooi, ja! Gebeurt het ook wel eens dat je bijvoorbeeld niets doet als praktijkondersteuner? Dat je dan denkt van dit past niet bij mij op het spreekuur?
P: ‘Ehh’ nou, het is wel eens dat dat dat je misschien een gesprek hebt en dat het daarna eigenlijk ook klaar is, zeg maar of geen vervolg krijgt. Dat gebeurt wel eens. Ja, maar niet heel vaak. Nee.”
(Deelnemer D05).*

Uit de bevindingen komt naar voren dat normaliserend handelen volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd uit geruststellen bestaat. Dit wordt omschreven als het uitleggen van een bepaalde reactie of gedrag als normaal. Uit de analyses blijkt dat een goede relatie tussen zorgprofessional en zorgvrager hierbij essentieel is. Daarnaast lijkt het erop dat de meerderheid van de deelnemers niet afgewacht. In de discussie wordt besproken waarom het in het kader van een normaliserende houding van belang is om de tijd haar werk te laten doen.

Ondersteuning sociale netwerk

Uit de analyses van de interviews is gebleken dat de deelnemers normaliseren door te zoeken naar hulpbronnen uit de eigen omgeving van een kind of ouders. Zeven deelnemers vertelden dat zij met de zorgvrager kijken of een hulpverlener uit het voorliggend veld of het sociale netwerk degene kan ondersteunen. Volgens een aantal deelnemers bestaat de rol van de POH (GGZ) jeugd uit het inventariseren van welke personen waarmee de zorgvrager contact heeft of de sport die een kind leuk vindt. Deze zeven geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd proberen sociale contacten te activeren, bijvoorbeeld door gesprekken met mensen uit de eigen omgeving van de zorgvrager te stimuleren. Het uitgangspunt is dat kinderen hulp en ondersteuning dichtbij huis krijgen, aldus de deelnemers. Ook benoemde een geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd dat zij kinderen willen “*versterken in hun eigen kracht*”. Een deelnemer ziet zichzelf als een voorbijganger:

“Dat ze gewoon ja zo kort mogelijk met mij te maken hebben of met andere hulpverleners, hè? Ik zie mezelf ja als een voorbijganger zeg, maar die eventjes betrokken raakt en hopelijk zo snel mogelijk weer uit beeld kan zijn, zodat ze gewoon in hun eigen leefomgeving daar verder mee kunnen. Ja.”
(Deelnemer D05).

Vier deelnemers benoemden nadrukkelijk dat bepaalde problemen in de omgeving van kinderen opgelost moeten worden. Zij zijn van mening dat voorkomen moet worden dat bij bepaalde gedragingen en problemen specialistische hulp wordt ingezet. Steun binnen het sociale netwerk kan er volgens meerdere deelnemers voor zorgen dat kinderen op de lange termijn beter functioneren. Dit komt volgens hen doordat kinderen bij problemen terugvallen op hun eigen netwerk. Een van de vier deelnemers vertelde hierover het volgende:

I = Dus echt in het voorliggend veld kijken wat kunnen we daar doen? Of in de eigen omgeving.

P = Ja, als je hebt over normaliseren, dan is wel vaak wat ik daarin probeer.

I = Waarom vind je dat belangrijk?

P = Omdat ik denk dat je niet alles moet therapeutiseren in de wereld en niet alles moet problematiseren. Dus daar waar eigen kracht en ‘ehh’, ja een gemeenschap daar waar kan opvangen is meestal veel krachtiger en veel meer blijvend.”

(Deelnemer D10).

Uit bovenstaande bevindingen komt naar voren dat het inventariseren van mogelijkheden tot ondersteuning in het voorliggend veld of vanuit het sociale netwerk van kinderen een belangrijk aspect is bij normaliseren. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd vinden het belangrijk dat bepaalde gedragingen en klachten worden opgelost in de omgeving van kinderen zelf.

4.6 Factoren die visie en werkwijze van POH (GGZ) jeugd beïnvloeden

Tijdens het interview vertelden de deelnemers over hun visie en rol als POH (GGZ) jeugd. Als de deelnemers vertelden over hun rol of visie, is gevraagd hoe hun werkwijze en visie op die manier is ontwikkeld. Ook waren er deelnemers die een aantal keer uit hun zelf vertelden over hoe hun visie en werkwijze is gevormd. De factoren die hierbij een rol hebben gespeeld zijn werkervaring en opleidingen en cursussen. Daarnaast bleek dat de werkrelatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de huisarts verschilt per huisartsenpraktijk en invloed heeft op de manier hoe hun functie binnen de huisartsenzorg is ingevuld. Deze factoren worden hieronder in de sub-paragrafen toegelicht.

4.6.1 Werkervaring

Alle tien de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd gaven aan dat hun ervaring in het werken met kinderen, jongeren en gezinnen op een bepaalde manier invloed heeft op hun huidige manier van werken als POH (GGZ) jeugd. De deelnemers benoemden verschillende aspecten die zij uit hun eerdere werkervaring meenemen in hun functie als POH (GGZ) jeugd. De verschillende aspecten betreffen geleerd om te vertragen, breed uitvragen, kennis over de ontwikkeling van kinderen en kennis over diagnoses.

Twee deelnemers vertelden dat zij door hun ervaring met kinderen, jongeren en ouders beter kunnen vertragen. Als kinderen en/of ouders bij de POH (GGZ) jeugd op het spreekuur komt met een

bepaalde vraag of klacht, wordt er de tijd genomen om te onderzoeken wat er daadwerkelijk speelt. Er wordt niet direct gezocht naar een oplossing, aldus de deelnemers. Volgens deze deelnemers hebben zij door hun ervaring in de hulpverlening aan kinderen en gezinnen, gezien dat niet altijd alles direct opgelost dient te worden. Daarbij kan tijd, volgens deze deelnemers, ervoor zorgen dat bepaalde zaken tot rust komen. Ook vertelden de POH (GGZ) jeugd dat zij geleerd hebben van eerdere ervaringen waarbij zij een casus niet goed hadden ingeschat. Een van de deelnemers zei hierover:

“Ik denk dat de ervaring wel helpt om wel beter te normaliseren, als je net begint dan zijn al die klachten daar wil je wat mee. Alhoewel ik toen ook al wel die kennis had, maar die is nu wel uitgebreid en je leert ook wel de casuïstiek te draaien, leer je ook wel dat je dingen soms niet goed inschat, dan normaliseer je iets maar komt er toch van alles achter weg.”
(Deelnemer D10).

Een ander aspect, die door drie geïnterviewde POH (GGZ) jeugd werd genoemd, was dat zij door hun werkervaring in de hulpverlening aan kinderen en gezinnen hebben geleerd om casussen breed uit te vragen. De deelnemers vertelden dat zij systemisch kijken, wat betekent dat zij aandacht hebben voor het gehele systeem rondom een kind. Er worden door de deelnemers drie domeinen uitgevraagd: vrije tijd, school en thuis. De deelnemers vertelden dat zij daardoor een betere inschatting kunnen maken. Dit helpt om inzichtelijk te maken welke problemen er spelen, waar de problemen spelen en waardoor de klachten zijn ontstaan. Ook vertelde één van deze deelnemers dat zij hierdoor beter kan inschatten welke vragen voor haar zijn bestemd. Hierdoor kan zij een inschatting maken welke ondersteuning zij als POH (GGZ) jeugd kan bieden of dat er eventueel op andere domeinen iets ingezet kan worden. Een deelnemer vertelde hierover:

“Dan heb ik denk ik wel heel erg in mijn hoofd, wat ook altijd bij de jeugdbescherming en altijd bij de vrijwillige hulp speelde. Je kijkt naar het kind, je kijkt naar thuis, je kijkt naar de omgeving in de vrije tijd en je kijkt naar school. Welke factoren spelen hier in deze situatie een rol? Dus die loop ik vaak in het intake gesprek wel langs. Wat breder vragen: wat speelt hier nog meer? Hoe is het dan? Wie wonen daar samen? Scheiding of weet ik wat. Die pel ik wel altijd af.”
(Deelnemer D08).

Drie geïnterviewde POH (GGZ) jeugd vertelden dat zij hun werkervaring heeft bijgedragen aan hun kennis over de ontwikkeling van kinderen. Hun werkervaring in de hulpverlening aan kinderen en ouders heeft ervoor gezorgd dat zij veel kinderen hebben gezien. Hierdoor hebben zij veel kennis over de ontwikkeling van kinderen, vertelden deze deelnemers. Door deze kennis kunnen zij beter beoordelen wat normaal is en afwijkend.

Tot slot gaf één geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aan dat haar werkervaring in de hulpverlening aan kinderen en gezinnen ervoor heeft gezorgd dat zij kennis heeft van de verschillende diagnoses. Zo vertelde zij dat ze heeft geleerd hoe een kind zich met een bepaalde diagnose gedraagt. Ze kan hierdoor diagnoses beter herkennen, deelnemer verwoorde het als volgt:

“Ik denk dat ervaring inderdaad ook wel In het begin, hè? Als je net begint, dan is het natuurlijk een beetje zoeken van oh, maar wat is ADHD? Ja, dat weet je natuurlijk wel vanuit de boeken, maar je herkent het denk ik als je een aantal jaar werkt ook meer hoe een kind met ADHD nou ja beweegt of

*doet of een kind met autisme bijvoorbeeld dus ervaring speelt wel een rol.”
(Deelnemer D03).*

Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat een POH (GGZ) jeugd met veel werkervaring in de hulpverlening aan kinderen en gezinnen het makkelijker vindt om te vertragen en niet direct naar oplossingen te zoeken en breed uit te vragen. Daarbij draagt werkervaring bij aan de kennis van de ontwikkeling van kinderen, waardoor instaat zijn om te beoordelen of gedrag en klachten passend zijn bij een levensfase. Deze aspecten kunnen bijdragen aan een normaliserende benadering van de POH (GGZ) jeugd. Tot slot draagt werkervaring bij aan de kennis van de verschillende diagnoses, waardoor een deelnemer een diagnose beter kan herkennen.

4.6.2 Opleidingen en cursussen

Uit de interviews blijkt dat opleiding en cursussen die de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd gevolgd hebben een rol spelen bij de vorming van hun visie en manier van werken als POH (GGZ) jeugd. Het gaat hierbij om verschillende methodes en theorieën die zij in een opleiding of cursus hebben geleerd. Dit passen de deelnemers toe in hun rol als POH (GGZ) jeugd, en zijn van invloed in hun werkwijze en visie ten aanzien van normaliseren. Uit de analyses van de interviews is gebleken dat de deelnemers naast een hbo of wo studie uiteenlopende opleidingen en cursussen hebben gevolgd. Er werden drie verschillende opleidingen/cursussen genoemd die op een bepaalde manier van invloed zijn op de visie en werkwijze van de deelnemers. Dit zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en het oplossingsgericht model (OM).

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Bij vier deelnemers kwam in hun interview naar voren dat de opleiding cognitieve gedragstherapie invloed heeft op hun visie en manier van werken als POH (GGZ) jeugd. Voor het bieden van hulp is het voor deze POH (GGZ) jeugd van belang om de gedachten van kinderen te ordenen. De cognitieve gedragstherapie biedt volgens de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd die dit noemden, handvatten om een betere inschatting te kunnen maken van de denkgewoonten van kinderen/jongeren. Deze deelnemers vertelden dat zij de coping stijl van een kind proberen inzichtelijk te maken. Bijvoorbeeld hoe een kind omgaat met bepaalde gedachten en problemen. De deelnemers vertelden dat zij dit in beeld brengen en vervolgens proberen om deze kinderen te helpen door hun inzicht te geven in hun denkgewoonten.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Twee deelnemers hebben de opleiding Acceptance and Commitment Therapy (ACT) gevolgd. Beide deelnemers vertelden dat zij de therapievormen van ACT hanteren in hun functie als POH (GGZ) jeugd. Uit deze opleiding halen deze deelnemers dat ieder mens een bepaalde manier van psychologische flexibiliteit heeft. Met behulp van de therapievormen proberen zij deze psychologische flexibiliteit te vergroten, aldus deze deelnemers. De deelnemers legden uit dat volgens ACT alle emoties en gedachten mogen bestaan. Een persoon hoeft volgens ACT ‘negatieve’ emoties en

gedachten niet om te buigen naar ‘positieve’ emoties en gedachten, vertelden de deelnemers. Mensen krijgen daarentegen handvaten aangeleerd om de ‘negatieve’ emoties en gedachten te accepteren. Zo benoemd een deelnemer dat vanuit ACT heeft geleerd om een onderscheid te maken tussen pijn en lijden. Pijn wordt gezien als een daadwerkelijke gebeurtenis, zoals een mishandeling. Lijden definieert de deelnemer als:

“Lijden is het denken aan die ijsbeer, die misschien even voor je neus zou kunnen staan. Dat is wat de ACT bedoeld met het menselijk lijden dat je dus veel terugdenkt aan gebeurtenis, maar ook heel veel vooruit denkt, hè? Want je brein kan van alles bedenken aan filmpjes en gevoelens, en wat en dat voelt allemaal heel erg, echt.”
(Deelnemer D07).

De deelnemer geeft hierbij aan dat lijden volgens haar bij het menselijk leven hoort en iedereen hiermee te maken krijgt. De deelnemer verteld dat zij dat zij bij lijden samen met het kind oefeningen doet rondom het accepteren van dingen. Dat bijvoorbeeld een kind dingen doet die hij/zij spannend vindt en om leert gaan met de gevoelens die hierbij spelen. Dus het accepteren dat bepaalde gedachten/gevoelens bij het leven horen, en iedereen daar wel eens mee te maken krijgt. Er is hierbij niet alleen aandacht voor de klachten van een persoon, maar er wordt gekeken naar het gehele proces. Ook benoemt deze deelnemer dat zij vanuit ACT uitgaat van gelijkwaardigheid tussen de zorgvrager en zorgprofessional. Dit doet de deelnemer door contact te maken met de zorgvrager en interesse te tonen in zijn/haar leefwereld.

Oplossingsgericht model

Tot slot benoemden twee deelnemers dat zij het oplossingsgericht model hanteren in hun functie POH (GGZ) jeugd. Het oplossingsgericht werken is een methodiek waarbij er aan oplossingen wordt gewerkt. De deelnemers beschreven dat zij met behulp van deze methodiek niet zijn gefocust op wat er niet goed gaat rondom een persoon. Daarentegen is er aandacht voor wat er wel goed gaat. Er wordt hierbij uitgegaan van de eigen krachten van een kind en steun vanuit zijn/haar omgeving. Het oplossingsgericht werken betreft dat een zorgvrager zelf nadenkt en de zorgprofessional werkt samen met de zorgvrager aan mogelijke oplossingen. Deelnemer D05 vertelde hierover als volgt:

“Nou, kijk binnen het oplossingsgericht werken doe je toch wel heel erg een beroep op eigen kracht van mensen, hè en talenten en hoe ze eerder een moeilijke periodes in hun leven hebben overwonnen. Ja, wat hun steun bronnen zijn, dus ik ja, het is past denk ik ook wel weer heel erg bij de positieve psychologie hè? Ja, dat je toch ook? Nou ja, dat wat goed gaat groter maakt.”
(Deelnemer D05).

Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat de POH (GGZ) jeugd een uiteenlopende achtergrond hebben wat betreft opleidingen en cursussen. De POH (GGZ) jeugd nemen hieruit verschillende theorieën en methodieken mee in hun manier van werken als POH (GGZ) jeugd. Dit betekent dat de manier van werken per POH (GGZ) jeugd kan verschillen. Bovenstaande manieren van werken kunnen mogelijk bijdragen aan een normaliserende houding, hierop wordt verder ingegaan in de discussie.

4.6.3 Werkrelatie POH (GGZ) jeugd en huisarts

In deze sub-paragraaf wordt besproken hoe de werkrelatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de huisarts de rol van de POH (GGZ) jeugd vorm geeft binnen de huisartsenzorg. Uit de interviews kwam naar voren dat het per huisartsenpraktijk kan verschillen hoe de functie POH (GGZ) jeugd is ingedeeld wat betreft de samenwerking met de huisarts. In de meeste gevallen gaven de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aan dat ze relatief weinig overleg hebben met de huisarts en maken zij zelf een inschatting of zij overleg nodig achten. Bij een aantal geïnterviewde POH (GGZ) jeugd komt dit ook doordat zij niet hun spreekuur houden in de huisartsenpraktijk waar zij werkzaam zijn. Zij hebben hun praktijkruimte in de omgeving van de huisartsenpraktijk waarvoor zij werkzaam zijn. Als zij het nodig vinden om te overleggen, moeten zij dit hierdoor actief opzoeken. Ook gaf een geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aan dat zij geen akkoord nodig heeft van de huisarts voor een doorverwijzing of behandeling.

“I = Oké, moet een huisarts dan altijd nog een soort van toestemming of akkoord geven voor een doorverwijzing of behandeling?”

P = Nee, dat kunnen ze wel doen en er zijn ook wel huisartsenpraktijken waarin dat gebeurt. Maar de twee huisartsenpraktijken waar ik werk, die hebben dat geheel naar mij gedelegeerd.

I = Oké, ja

P = Ik geef zelf die verwijzingen ook af.”

(Deelnemer D09).

Andere geïnterviewde POH (GGZ) jeugd gaven aan dat zij het prettig vinden om hun besluit af te stemmen met de huisarts. Echter, hoeven zij zich niet te verantwoorden voor hun keuzes. Een deelnemer vertelde het volgende hierover:

“Ik had ook bijvoorbeeld een keer een meisje waarvan zij echt nou ja de vraag had: ‘heb ik ADHD?’ Terwijl ik dat meisje voor me zag, zag ik gewoon en ook qua gesprekken en zo kwam ja, vond ik haar beetje autistisch overkomen. Terwijl de huisarts juist een hele andere kijk erop had, die dacht juist, want de moeder van dit meisje is ziek. Ook al een hele tijd, dus zij nam ook wel de zorg rol op zich. Dus ook wel, nou ja, jong volwassen geworden eigenlijk. Terwijl zij eigenlijk nog maar 14 was, kwam ze echt over als iemand van 20? Onze huisartsen dachten, oh, maar misschien komt dat ook wel vanuit. Nou ja, de zorg voor haar moeder dat ze bepaalde dingen laat zien. Dus dan zie je toch ook wel dat iedereen daar een andere mening over of een andere kijk op had en dacht dat het aan iets anders lag en daar uiteindelijk is het bij haar, kreeg ik terug autisme wel vastgesteld.”

(Deelnemer D03).

Deze deelnemer benoemde verder dat ze laagdrempelig contact heeft met de huisarts om te overleggen. Er is geen afstemming met de huisartsen over de manier waarop zij haar consulten invult, aldus deze deelnemer. Echter, heeft zij de huisarts wel nodig als zij tot het besluit komt om een kind door te verwijzen naar de tweedelijnszorg. De deelnemer benoemde ook dat huisartsen over het algemeen akkoord geven voor de doorverwijzing. Wat ook uit bovenstaande citaat naar voren komt is dat de visie van de POH (GGZ) jeugd leidend is. De huisarts deelt zijn/haar visie, namelijk een bredere kijk op de problematiek van het meisje. Echter, het meisje werd desondanks wel doorverwezen naar de tweedelijnszorg om uit te zoeken welke diagnose passend is bij het beeld.

Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat de werkrelatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de huisarts per huisartsenpraktijk verschilt. Opvallend is dat veel geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd heel zelfstandig

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

te werk gaan en niet tot nauwelijks overleggen met de huisarts. In het kader van normaliseren kan niet worden gezegd of de POH (GGZ) jeugd door de zelfstandigheid beter in staat is om te normaliseren.

5. Discussie, aanbevelingen en conclusie

Met dit onderzoek is getracht inzicht te krijgen in de rol van de POH (GGZ) jeugd ten aanzien van het normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland. Om dit te weten te komen is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarvoor interviews zijn afgenomen met tien POH (GGZ) jeugd. De volgende onderzoeksvraag stond gedurende het onderzoek centraal:

‘Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?’

De probleemstelling werd gespecificeerd met behulp van de volgende deelvragen:

- Wat is de visie van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Wat is de werkwijze van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?
- Welke factoren werken helpend en belemmerend voor POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen van 0 tot 18 jaar?

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bevindingen van het onderzoek, door de belangrijkste en meest opvallende resultaten in een breder perspectief te plaatsen. In paragraaf 5.1 wordt inzichtelijk gemaakt in welke mate de resultaten overeen komen met de theoretische verwachtingen. Tevens worden mogelijke verklaringen gegeven wanneer de resultaten niet overeen komen met de theoretische verwachtingen. In paragraaf 5.2 worden de beperkingen en sterke punten van het onderzoek uiteengezet. In paragraaf 5.3 worden aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek en de praktijk. Aan de hand van een algehele conclusie in paragraaf 5.4 wordt dit laatste hoofdstuk afgesloten.

5.1 Interpretatie van de resultaten

Uit de resultaten komt naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de trend van jeugdhulp verklaren aan de hand van maatschappelijke factoren. Dit is in overeenstemming met de zienswijze van de RVS (2017). De RVS (2017) stelt in haar rapport *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen* dat gedragingen en verschijnselen van kinderen het gevolg kunnen zijn van een bepaalde levensfase of sociale factoren. Volgens de RVS bestaat echter het risico dat deze problemen individueel en medisch benaderd worden. In dit onderzoek is gebleken dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de overtuiging hebben dat maatschappelijke factoren mogelijk van invloed zijn op kinderen. Deze overtuiging kan bijdragen aan een normaliserende houding.

Een belangrijke overeenkomst tussen de opvattingen van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd is dat zij het in hun functie passend vinden om te normaliseren. Zij vinden de huisartsenzorg de aangewezen plek voor kinderen en ouders om problemen of vragen voor te leggen over bijvoorbeeld onzekerheid

of opvoedingsvraagstukken. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd beschouwen het als een overkoepelend doel van de functie POH (GGZ) jeugd om laagdrempelig beschikbaar zijn en om het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg terug te dringen.

Betekenis normaliseren

Om normaliseren te omschrijven, benoemen de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd drie verschillende betekenselementen. Zij beschrijven normaliseren als “moeilijkheden behoren bij het leven”, “het accepteren van verschillen” en “gedrag plaatsen in de context”. Deze drie betekenselementen lijken verwant aan elkaar en er bestaat een redelijke consensus over de betekenis van het begrip normaliseren.

In de eerste plaats wordt “moeilijkheden behoren bij het leven” benoemd als betekenselement van normaliseren. Dit is in overeenstemming met de denkwijze van filosoof en hoogleraar psychiatrie Damiaan Denys. Hij stelt in zijn boek *Het tekort van het teveel* (2020), dat er in de huidige samenleving geen plek is voor lijden. Hij beschrijft dat bepaalde negatieve en vervelende ervaringen horen bij het leven en dat we deze meer moeten accepteren. Een tweede betekenselement van normaliseren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd benoemen is “het accepteren van verschillen”. Dit betekenselement sluit aan bij wat schrijver en journalist Sanne Bloemink schrijft in haar boek *Diagnosedrift*. Bloemink (2018) stelt dat mensen tegenwoordig minder begrip hebben voor het afwijken van het gemiddelde. Tot slot is er een derde betekenselement van normaliseren genoemd. Hoogleraar orthopedagogiek Laura Batstra (2012) beschrijft dat problemen bij kinderen niet vanuit een medische perspectief beschreven dienen te worden, maar dat er aandacht zou moeten zijn voor gedragingen en verschijnselen die mogelijk het gevolg zijn van bijvoorbeeld ongunstige maatschappelijke factoren. Hierbij kan gedacht worden aan mensen die leven in armoede. Daarnaast beschrijft Batstra (2012) dat gedragingen het gevolg kunnen zijn van een levensfase, waarbij psychische hulp en labels niet nodig zijn. Deze benadering van normaliseren sluit aan bij wat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd beschrijven als “het gedrag plaatsen in de context”.

Op basis van het theoretische kader was de verwachting dat de volgende factoren een rol zouden spelen in de benadering van het normaliseringsproces door de POH's (GGZ) jeugd: zorg nabij huis, een therapeutische relatie en het vermijden van diagnostisch labelen. De verwachting was dat de POH's (GGZ) jeugd de genoemde factoren ten uitvoer zouden kunnen brengen vanwege hun deskundigheid in jeugdproblematiek en hun beschikbare tijd voor kinderen. Uit de resultaten komt naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd over een tijd beschikken van circa 45 minuten per consult. Dit meer dan huisartsen, die doorgaans tien minuten de tijd hebben voor een patiëntconsult (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2022). Daarbij geven de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd aan dat de hulpvraag waar kinderen of ouders mee komen, niet in één consult opgelost hoeft te worden. De geïnterviewden geven verder aan dat zij zelf een inschatting mogen maken van

het aantal benodigde consulten nodig zijn. Hieraan is geen limiet verbonden, zoals dat wel het geval is voor POH volwassenen.

Uit de literatuur blijkt dat de beschikbare tijd voor een patiëntconsult een belangrijk aspect is dat de kwaliteit van zorg bepaalt. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een langere consulttijd positief kan bijdragen aan de tevredenheid en gezondheid van patiënten. Zorgprofessionals die meer tijd hebben voor hun patiënten lijken beter in staat om de problemen van een patiënt goed in te schatten of te herkennen. Ook lijken zij beter in staat om tijd te besteden aan gezondheidsbevordering (Gong et al., 2022). Daarnaast blijkt uit een onderzoek van Goedhuys en Rethans (2001) dat tijd van belang is voor goede communicatie tussen de zorgprofessional en de patiënt. Goedhuys en Rethans stellen dat de factoren die een rol spelen bij een goede communicatie tijd kosten en daarom is tijd van belang voor de kwaliteit van de communicatie. Hierbij gaat het om factoren als luisteren, uitleggen en onderhandelen (Goedhuys & Rethans, 2001). Dit is in overeenstemming met de bevindingen van dit onderzoek, namelijk dat tijd een essentiële factor lijkt voor een normaliserende houding. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd beschikken over de mogelijkheid om de tijd te nemen voor de zorgvrager. Hierdoor lijken zij in staat om een goede relatie op te bouwen met een zorgvrager. Ook hebben de ondervraagde POH's (GGZ) jeugd de tijd om te onderzoeken welke achterliggende oorzaken een rol spelen. Het vervolg van dit hoofdstuk gaat hier nader op in.

Contextuele visie

In dit onderzoek lijken de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd overwegend een contextuele visie te hanteren. Vanuit een contextuele visie op (het ontstaan van) psychische problemen is er aandacht voor oorzaken en oplossingen in de omgeving van een kind. Een diagnose of het voorschrijven van medicatie is niet het uitgangspunt; het uitgangspunt is het bieden van passende zorg (Kiers, 2022). Deze contextuele visie is op verschillende manieren naar voren gekomen. In de eerste plaats geven de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd aan dat zij nagaan welke factoren in de omgeving van het kind van invloed kunnen zijn op de gedragingen of klachten van het kind. Deze visie lijkt aan te sluiten bij de oproep van de RVS (2017) om problemen niet alleen vanuit een medisch perspectief te benaderen, maar ook aandacht te hebben voor alternatieve perspectieven.

Uit de resultaten komt naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd op verschillende niveaus uitvragen. De helft van de deelnemers vertelden dat zij bij het uitvragen gebruik maken van een bepaalde methode waarbij de POH verkent hoe het met het kind gaat door zich te richten op drie levensgebieden: thuis, school en vrije tijd. Deze methode die de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd hanteren is terug te zien in een professionele standaard voor jeugdprofessionals te zijn die is gebaseerd op het *'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families'* (Gray, 2001). Dit raamwerk helpt zorgprofessionals om het welzijn en de ontwikkeling van kinderen op een systematische wijze te onderzoeken aan de hand van de interactie tussen drie domeinen. Allereerst

wordt gevraagd hoe het kind functioneert als het thuis is, op school en in de vrije tijd. Ten tweede wordt gevraagd hoe het gaat met het opvoeden. Ten derde wordt gevraagd of er bijzonderheden zijn in het gezin of in de bredere omgeving die invloed kunnen hebben op het welzijn en de ontwikkeling van het kind (Gray, 2001). Tijdens de interviews is dit raamwerk niet genoemd door de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd. Echter, bij nader onderzoek kwam naar voren dat de gehanteerde methode is gebaseerd op dit raamwerk.

Deze methode van uitvragen komt overeen met de beschrijving van Ter Horst (2009) over het herstellen van het 'gewone leven', zoals beschreven in het theoretisch kader. Ter Horst stelt dat het van belang is dat op verschillende domeinen vragen worden gesteld, voordat er allerlei therapieën worden ingezet. Zorgprofessionals dienen bij kinderen met problemen na te gaan of veranderingen nodig zijn op deze verschillende domeinen. Met behulp van deze methode kunnen POH's (GGZ) jeugd voorkomen dat zij gedragingen en verschijnselen waarmee kinderen te maken krijgen alleen vanuit een medische framework benaderen, waarvoor de Gezondheidsraad en RVS pleiten (Gezondheidsraad 2014; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Op meerdere domeinen uitvragen kan bijdragen aan het bieden van passende zorg voor kinderen, waarbij voorkomen wordt dat kinderen onnodig een label krijgen en onnodig specialistische therapieën ondergaan.

Ten aanzien van de contextuele visie lijken de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd in hun beoordeling niet of nauwelijks gebruik te maken van de DSM. De meeste deelnemers hebben tijdens het interview de DSM niet genoemd. De DSM is ontwikkeld om te zorgen voor eenduidigheid en betrouwbaarheid in de psychiatrie. Toen de nieuwe editie werd uitgebracht, de DSM-5, was er wereldwijd veel kritiek. Tot de groep die zich kritisch heeft uitgelaten over de DSM behoren ook verschillende psychiaters zoals de Amerikaanse voorzitter van de DSM 4 Allen Frances, hoogleraar psychiatrie Floortje Scheepers en hoogleraar psychiatrie Jim Van Os. Zij vinden dat de criteria voor DSM-stoornissen vaag zijn en zij stellen dat de grenzen van de criteria die bepalen of iemand aan een DSM-stoornis voldoet, steeds verder worden verlegd (Frances, 2013; Van Os et al., 2009; Bijlsma 2022).

Een ander genoemd risico bij het gebruik van de DSM is dat er te vroeg wordt ingegrepen, met als gevolg overdiagnose en onnodige behandelingen. In *Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (2007) beschrijven hoogleraar medische sociologie Alan Horwitz en schrijver Jerome Wakefield dat bij het gebruik van de DSM psychische stoornissen als depressie worden gediagnosticeerd uitgaande van de symptomen zoals vermoeidheid en somberheid. Horwitz en Wakefield stellen dat hierbij onvoldoende rekening wordt gehouden met de omgeving waarin mensen zich bevinden. Als gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, niet worden meegenomen in de beoordeling, dan kan dit resulteren in overdiagnostiek. Het mogelijke gevaar is dat er te snel behandelingen worden ingezet. Dat de DSM nauwelijks een rol speelt in de

beoordeling door de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd, kan daarom duiden op een normaliserende houding.

In de tweede plaats is de contextuele visie naar voren gekomen in het handelen van de ondervraagde POH's (GGZ) jeugd. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd geven aan dat zij nagaan welke aanpassingen in de omgeving van het kind kunnen bijdragen aan het verminderen van de klachten en/of het veranderen van het gedrag van het kind. De meerderheid van de deelnemers is bijvoorbeeld kritisch als het gaat om het doorverwijzen van de jongen uit het vinget voor diagnostiek. Zij willen eerst onderzoeken welke aanpassingen er op school nodig zouden kunnen zijn. Dit sluit aan bij de literatuur waaruit blijkt dat klassikale aanpassingen dikwijls effectiever zijn dan het behandelen van individuele kinderen (Wienen, 2019). Bij deze aanpak wordt eerst onderzocht wat kinderen nodig hebben, in plaats van nagaan wat een kind heeft. Daarnaast wordt dankzij een klassikale aanpak voorkomen dat kinderen te maken krijgen met de negatieve gevolgen van een label en medicatie. Medicatie kan op de lange termijn zorgen voor bijwerkingen en kinderen met een label kunnen te maken krijgen met discriminatie en stigmatisering (Wienen, 2019).

In de derde plaats is de contextuele visie van de geïnterviewden bevestigd door hun reacties op de kernwaarde 'Zie de mens, niet het etiket'. Deze kernwaarde staat beschreven in het functieprofiel van de POH-GGZ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Opvallend is dat de geïnterviewden de kernwaarde niet actief kennen, maar dat zij deze wel lijken te omarmen tijdens het interview. Uit de reacties van de geïnterviewden kan worden opgemaakt dat zij het belangrijk vinden om niet te focussen op het individuele kind, maar op het hele systeem rondom een kind. Hierbij denken de deelnemers niet in diagnoses, maar kijken zij welke hulp passend is. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd lijken in de meeste gevallen in staat te zijn om de problemen en gedragingen niet alleen medisch te benaderen. Zij denken ook aan levensfaseproblematiek, omgevingsfactoren of de invloed van maatschappelijke factoren.

Samenvattend komt in de interviews met de POH's (GGZ) jeugd een contextuele visie op psychosociale problematiek bij kinderen naar voren. Deze visie is in lijn met de oproep van de RVS (2017) en de Gezondheidsraad (2014). Een contextuele visie kan bijdragen aan een normaliserende houding, omdat deze kan voorkomen dat problemen worden gezocht in het individuele kind en dat er onnodig allerlei specialistische therapieën worden ingezet.

Therapeutische relatie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de geïnterviewden een goede relatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de zorgvrager van belang achten om te kunnen normaliseren. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd benoemen de volgende aspecten die van belang zijn om een goede therapeutische relatie aan te gaan: aansluiten, interesse tonen, een open blik zonder oordeel, zorgen serieus nemen, luisteren en hulp afstemmen.

Deze bevinding is in overeenstemming met de beschrijving in het theoretisch kader. De relatie tussen een zorgprofessional en een zorgvrager kan worden gezien als een socratisch gesprek. Filosoof Jos Kessels (2006) richt zich in zijn boek *Het poëtisch argument* over het toepassen van de socratische methode in de handelingspraktijk. Kessels beschrijft dat geraaktheid de basis is van het denken en dat deze te herleiden is tot Socrates. Socrates voerde gesprekken om op zoek te gaan naar de waarheid. Het doel was niet om te overtuigen, maar om te onderzoeken. De therapeutische relatie vormt het startpunt voor het creëren van vrije ruimte. Wanneer er sprake is van een verbinding tussen de zorgprofessional en de zorgvrager, ontstaan er momenten van geraaktheid, aldus Kessels. In deze geraaktheid zit informatie verborgen, waarbij mensen vertellen waar het echt om gaat. Voor de verbinding is vrije ruimte nodig. Dit is het vermogen om los te komen van het gebruikelijke (Kessels, 2006).

Bij het opbouwen van een therapeutische relatie kunnen verschillende ruimtes van spreken worden onderscheiden. De eerste ruimte is de zogenoemde relatieruimte. Hierin gaat de zorgvrager een relatie aan met de zorgprofessional. Deze relatie wordt gekenmerkt doordat de zorgvrager de zorgprofessional probeert te overtuigen van zijn zienswijze. De tweede ruimte is de reflectieruimte. Deze ruimte betreft de eigen beleving van de zorgvrager, waarbij de zorgprofessional het persoonlijke verhaal van de zorgvrager analyseert. In eerste instantie zijn bepaalde onderwerpen leidend in het gesprek. Echter, op een bepaald moment is er een omslagpunt. Zorgvragers stellen zich open en geven hun gevoel de ruimte, waardoor zich gaat ontvouwen wat hen echt raakt. Volgens Kessels zullen hierna de dingen die er echt toe doen leidend zijn in het gesprek. Ook de benadering van de zorgprofessional zal hiermee veranderen, namelijk veel dichterbij en gevormd door emotie. Hiermee volgt de derde ruimte: de focusruimte. De zorgvrager is gericht op zijn beleving, maar kan deze nog niet onder woorden brengen. De therapie is een zoekproces waarin de zorgvrager op een gegeven moment zijn gevoel wel onder woorden kan brengen. Daarmee volgt de vierde ruimte: de symbolisatieruimte. Het vinden van woorden geeft vaak een gevoel van bevrijding. De verwoording zorgt voor een verandering van perspectief die vernieuwend is. De laatste ruimte is de zelfsymbolisatieruimte, waarin voor de zorgvrager vanzelf nieuwe verbanden ontstaan. De zorgvrager moet hiervoor open staan, zodat er ideeën ontstaan vanuit een diepere laag (Kessels, 2006).

Voor een normaliserende houding lijkt een goede therapeutische relatie tussen de zorgprofessional en de zorgvrager de basis te zijn. De verschillende 'ruimtes' die Kessels beschrijft, lijken belangrijk te zijn voor een goede therapeutische relatie tussen een POH (GGZ) jeugd en een zorgvrager. Dit sluit aan bij de relatie tussen een POH (GGZ) jeugd en een zorgvrager. De geïnterviewde POH's beschrijven deze relatie als bevorderlijk. Als een zorgvrager op het spreekuur komt bij een POH (GGZ) jeugd, vertelden de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd bewust ruimte te creëren om de hulpvraag van de zorgvrager te onderzoeken. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de POH (GGZ) jeugd hiervoor ook de ruimte en tijd beschikbaar hebben. Een therapeutische relatie zorgt

namelijk voor verbinding tussen een zorgprofessional en een zorgvrager, waardoor de hulpvraag en het verhaal van de zorgvrager zichtbaar en hoorbaar worden voor een POH (GGZ) jeugd.

Geruststellen

Uit de resultaten komt naar voren dat normaliserend handelen volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd in belangrijke mate bestaat uit geruststellen. Geruststellen wordt door de POH's (GGZ) jeugd genoemd als een belangrijke bij het normaliserend handelen. Deze werkwijze was niet opgenomen in het theoretische kader. De manier waarop de deelnemers geruststellen omschrijven is in lijn met de manier waarop zij het begrip normaliseren uitleggen. Geruststellen wordt namelijk omschreven als het uitleggen dat een bepaalde reactie of bepaald gedrag normaal is bij een gebeurtenis of ontwikkeling. Deze omschrijving is in lijn met de manier waarop normaliseren is omschreven in het theoretisch kader aan de hand van de publicatie van de Gezondheidsraad (2014) en het artikel van Batstra en collega's (2014). Normaliseren houdt in dat men gedragingen en verschijnselen die als afwijkend worden beschouwd, weer als normaal gaat beschouwen en er tolerantie voor heeft. Geruststellen wordt door de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd omschreven als het benadrukken dat bepaalde gedragingen, emoties en/of verschijnselen normaal zijn. Dit doen zij door te vertellen dat zijzelf of anderen soortgelijke problemen ervaren. Herkenning kan de ongerustheid bij kinderen en/of ouders wegnemen. De POH's ervaren dat het ook helpt om uit te leggen waarom zij de ongerustheid van de kinderen of ouders niet delen. Dit kan helpen, omdat kinderen of ouders een andere logische verklaring hebben voor de gedragingen of klachten.

In het licht van het artikel *Effectief geruststellen* van Winterberg en Krol (2005) blijkt dat uitleg geven ertoe bijdraagt dat patiënten het gevoel hebben dat zij door een zorgprofessional serieus worden genomen. Dit kan de zorgprofessional bereiken door goed te luisteren en proberen te begrijpen wat de zorgvrager bedoelt. Het is belangrijk dat de zorgvrager eerst de kans krijgt om zijn of haar eigen verhaal te vertellen. Uit de literatuur blijkt dat de zorgvrager doorgaans geruststelling ervaart als hij of zij een duidelijke verklaring of uitleg heeft gekregen. Dit is in overeenstemming met de ervaringen van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd. Daarnaast is het belangrijk dat de uitleg wordt herhaald en dat er aan de zorgvrager wordt gevraagd of deze uitleg heeft begrepen. Volgens counselingpsycholoog Geldard en lector counseling Geldard (2012) kunnen de zorgen van mensen aanzienlijk verminderd worden, als ze beseffen dat hun gedragingen of verschijnselen passend zijn voor de situatie. Ook blijkt uit onderzoek van Geldard en Geldard dat problemen of klachten na een bepaalde tijd vanzelf overgaan. Door het adequaat geruststellen kan worden voorkomen dat kinderen en/of ouders onnodig specialistische hulp krijgen (Geldard & Geldard, 2012).

'Niets doen'

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd in eerste instantie 'niets doen'. Zij luisteren naar de zorgvrager en bouwen een therapeutische relatie op. Daarnaast

nemen de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de tijd voor een brede uitvraag om de situatie goed in kaart te brengen. Dit sluit aan bij de visie van de Britse huisarts en onderzoeker Heath (2012). Heath stelt dat het in de huisartsenpraktijk dikwijls belangrijk is om even niets te doen. 'Niets doen' stelt de zorgprofessional in staat om te luisteren, waar te nemen en na te denken. Dit draagt bij aan het vormen van een oordeel over de beste handelwijze voor de zorgvrager op dat moment. Vervolgens is het volgens Heath de kunst om te wachten en tijd te laten verstrijken zonder therapeutische of diagnostische instrumenten in te zetten (Heath, 2012). Echter, uit de resultaten van dit onderzoek lijkt dat de meerderheid van de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd het moeilijk vindt om deze afwachtende houding, ofwel het 'niets doen', vol te houden. Uit onderzoek van Mendel en collega's (2018) blijkt dat zorgprofessionals het moeilijk vinden om af te wachten. Volgens Mendel en collega's kan dit komen doordat zorgprofessionals mogelijk verantwoordelijk worden gehouden voor de eventuele negatieve gevolgen.

Circa de helft van de geïnterviewden is van mening dat zij als POH (GGZ) jeugd voorzichtig om moeten gaan met de doelstelling om te normaliseren, omdat voorkomen moet worden dat problemen of vragen van kinderen niet serieus worden genomen. Enerzijds gaat het hierbij om het risico dat kinderen of ouders mogelijk ervaren dat zij niet serieus worden genomen; anderzijds bestaat het risico dat de POH (GGZ) jeugd een kind niet doorverwijst terwijl dat wel nodig is. Dit sluit ook aan bij de kanttekening bij het normaliseren in de literatuur. De uitleg dat gedragingen of verschijnselen als normaal beschouwd kunnen worden, zorgt er volgens Geldard en Geldard (2012) voor dat kinderen en ouders de situatie beter begrijpen. Dit betekent niet dat de problemen van kinderen niet serieus genomen moeten worden. Er moet bijvoorbeeld niet tegen zorgvragers worden gezegd dat hun situatie 'niet erg' is. Dat kan er namelijk toe leiden dat de oprechte zorgen van de zorgvragers niet worden aangepakt (Geldard & Geldard, 2012).

Een ander belangrijk aspect van normaliserend handelen volgens de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd is het activeren van het sociale netwerk. Dit aspect van het normaliseringsproces is ook beschreven in het theoretisch kader. Aandacht besteden aan het sociale netwerk van de zorgvrager tijdens de behandeling kan namelijk een beschermende functie hebben. Het sociale netwerk kan als hulpbron fungeren, zowel op emotioneel als praktisch vlak, waardoor de hulp van een zorgprofessional kan worden voorkomen (Bartelink & Verheijden, 2015).

Factoren die normaliseren belemmeren

Op basis van het theoretische kader was de verwachting dat het normaliserend handelen van de POH (GGZ) jeugd in de spreekkamer in sommige gevallen wordt bemoeilijkt. De verwachte belemmerende factoren op basis van de literatuur zijn: een biomedische visie, de diversiteit van de problematiek en tijdsdruk. In dit onderzoek is niet naar voren gekomen dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd tijdsdruk ervaren. Evenmin hebben de deelnemers vermeld dat zij de diversiteit van problematiek

waarmee kinderen op het spreekuur komen als belemmerend ervaren voor een normaliserende houding. Zoals eerder in dit hoofdstuk is beschreven, beschikken de geïnterviewden over voldoende tijd, waardoor zij ook de mogelijkheid hebben om uiteenlopende problematiek goed uit te vragen. Daarnaast lijken zij door hun ervaring en expertise in jeugdproblematiek niet te worden belemmerd door de diversiteit van de problematiek.

Biomedische visie

Gebleken is dat sommige deelnemers, naast uitspraken die getuigen van een contextuele visie, ook uitspraken doen die passen bij een biomedische visie. In het theoretische kader, in sub-paragraaf 4.6.4 *visie op psychische problemen* werd geschreven over een biomedische visie. Vanuit een biomedische visie worden zowel de oorzaken als de oplossingen gezocht in het individuele kind. Het gevolg is dat er veel minder aandacht is voor factoren uit de omgeving van het individu (Verhaeghe, 2019). Op basis van verschijnselen wordt een diagnose gesteld. De diagnose en problemen van mensen vormen het uitgangspunt (Hordijk & Genugten, 2021). Een aantal geïnterviewde POH's is op sommige momenten geneigd om psychische klachten vanuit een biomedische perspectief te benaderen. Het biomedische perspectief komt met name naar voren in de motieven die deze POH's hebben voor diagnostiek.

In de eerste plaats is erfelijkheid als motief voor diagnostiek een uitspraak die past bij het biomedisch perspectief. Een kind met een familielid bij wie de diagnose ADHD is gesteld, is aanleiding voor een geïnterviewde POH (GGZ) jeugd om dit kind door te verwijzen naar de tweedelijnszorg. Het is volgens deze POH's (GGZ) jeugd van belang dat dergelijke kinderen vroegtijdig gediagnosticeerd worden, zodat behandelingen zo snel mogelijk ingezet kunnen worden. Deze (biomedische) veronderstellingen over erfelijkheid worden in recente literatuur tegengesproken. Uit een tien jaar durend onderzoek van hoogleraar psychiatrie Jim Van Os en collega's blijkt dat de genetische betrokkenheid bij psychisch lijden minimaal is. De twee belangrijkste factoren blijken jeugdtrauma en sociale frustratie. Sociale frustratie ontstaat uit het verschil wat mensen ervaren tussen de gewenste en de ervaren sociale status. Het feit dat psychisch lijden in bepaalde families vaker voorkomt, verklaart Van Os door het feit dat familieleden veelal in vergelijkbare omstandigheden leven (Marsman et al., 2020).

In de tweede plaats is ook het idee van enkele geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd over vroegdiagnostiek niet in overeenstemming met de literatuur. Uit een recent onderzoek van Roest en collega's (2022) blijkt dat vroegdiagnostiek en een vroege behandeling niet effectief zijn gebleken op de lange termijn. Dit is onder andere gebleken bij kinderen van zes tot en met twaalf jaar die gediagnosticeerd waren met ADHD. De behandelingen betreffen hier zowel farmacologische als psychosociale behandelingen. Gebleken is dat deze behandelingen voornamelijk positieve effecten laten zien op de korte termijn. Er zijn echter geen wetenschappelijke studies bekend die een

overtuigend bewijs leveren voor positieve effecten van de behandelingen op de lange termijn leveren. Met name bij milde klachten is het van belang dat er voorzichtig wordt omgegaan met het zo vroeg mogelijk diagnosticeren en behandelen in verband met de mogelijke negatieve gevolgen op de lange termijn (Roest, 2022).

In de derde plaats is het bieden van een verklaring voor gedrag voor een aantal geïnterviewden een motief voor diagnostiek. Deze deelnemers zijn in de veronderstelling dat een diagnose in sommige gevallen de zorgvrager kan helpen om te begrijpen waar bepaalde gedragingen (zoals druk gedrag) vandaan komen. Daarnaast heeft een aantal deelnemers ook het idee dat een diagnose kan helpen in de communicatie naar de omgeving, namelijk door uit te kunnen leggen waar het gedrag vandaan komt.

Aangezien de geïnterviewde POH's een verklaring zoeken in het individu, lijkt het erop dat zij een biologische oorzaak aanwijzen voor gedragingen of klachten van een kind. Een verklaring voor bovenstaande percepties zou de dominantie van het biomedische model in de Nederlandse gezondheidszorg kunnen zijn. Hoogleraar klinische psychologie Paul Verhaeghe (2013) schrijft in zijn boek *Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren* dat binnen het wetenschappelijk onderzoek de biomedische visie overheerst. Ook taal en behandelingen sluiten hierbij aan, aldus Verhaeghe. Hierdoor is het voor zorgprofessionals, psychiaters en psychologen, moeilijk om een niet-medische benadering te hanteren bij problemen van patiënten. Dit komt mede doordat zij in hun opleidingen meekrijgen dat ze moeilijkheden van mensen dienen te beschouwen als stoornissen (Verhaeghe, 2013). Een biomedische visie kan belemmerend zijn voor een normaliserende houding, omdat de gedragingen en emoties van kinderen individueel worden benaderd.

Uit de reacties van de geïnterviewden op de kernwaarde 'Zie de mens, niet het etiket' is naar voren gekomen dat hun gedachten hierbij is dat een diagnose niet iets zegt over wie het kind is. Het is volgens de geïnterviewden van belang om aandacht te hebben voor het verhaal van een kind, want iedereen heeft zijn of haar eigen verhaal. Dit sluit aan bij de visie van hoogleraar psychiatrie Floortje Scheepers (2021), die zij beschrijft in haar boek *Mensen zijn ingewikkeld*. Scheepers stelt dat mensen te ingewikkeld zijn om in een stoornis te omschrijven. Een disbalans bij mensen wordt veroorzaakt door allerlei interacties. Er zijn verschillende factoren die meespelen, zoals de maatschappelijke situatie of sociale contacten. Er moet daarom gekeken worden naar de hulpvraag van iemand, waarbij niet alle hulp passend is binnen de GGZ, aldus Scheepers (Kiers, 2022).

Daarbij lijkt de betekenis die de geïnterviewden hechten aan de kernwaarde, tegenwicht te bieden aan reïficerend taalgebruik. Reïfictie wordt door Trudy Dehue (2014) omschreven als het 'tot ding maken' van psychische stoornissen. Er is sprake van reïfictie als wordt gezegd of gedacht dat bepaalde criteria, zoals druk gedrag, de oorzaak zijn van een stoornis. Emoties en gedrag die afwijken van de norm (zoals druk gedrag) worden als stoornis bestempeld. Vervolgens wordt het omgedraaid en wordt beweerd dat het afwijkende gedrag wordt veroorzaakt door de stoornis. Dehue (2014) stelt dat

reïficeren de borgpen is van het proces waarin alsmaar meer mensen een behandeling nodig hebben en een psychiatrische diagnose krijgen. Als de borgpen uit het proces wordt gehaald, dan worden de onderdelen waaruit het bestaat zichtbaar. Bij de geïnterviewde POH' (GGZ) jeugd lijkt er nog winst te behalen. De geïnterviewden lijken overwegend een contextuele visie te hanteren, maar lijken in sommige situaties te neigen naar een biomedische visie en reïficerend taalgebruik.

Medicalisering van onderaf

Uit de resultaten komt naar voren dat medicalisering van onderaf een belemmerende factor is voor een normaliserende houding van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd. Medicalisering van onderaf houdt in het dat een kind, een ouder of bijvoorbeeld een leerkracht een verklaring zoeken voor gedrag binnen het medisch domein. Op basis van de bevindingen in dit onderzoek lijkt het erop dat zorgvragers hun problemen tijdens een consult met de POH (GGZ) jeugd doorgaans zelf al medisch duiden. De zorgvrager is in de meeste gevallen op zoek naar een verklaring voor zijn/haar gedrag of problemen. Medisch socioloog Parsons heeft een verklaring voor het feit dat mensen hun problemen medisch duiden en graag een medische diagnose willen. Parsons stelt dat een motivational component ten grondslag ligt aan het feit dat mensen op zoek zijn naar een diagnose. Volgens Parsons kan een diagnose namelijk aantrekkelijke kanten hebben. Een gestelde diagnose zou namelijk bij kunnen dragen aan het 'ontschuldigen' van een persoon, waardoor deze persoon niet verantwoordelijk wordt bevonden (Mol & Van Lieshout, 2008).

Voor een normaliserende benadering kan het belemmerend zijn dat kinderen en/of ouders zich dwingend opstellen. Medicalisering van onderop zorgt ervoor dat kinderen en/of ouders al met een diagnose naar het spreekuur komen in de verwachting dat zij daarin worden bevestigd door de POH (GGZ) jeugd, door hen daarvoor een doorverwijzing te geven. Kinderen en/of ouders kunnen daarin soms dwingend zijn, vertelden veel van de geïnterviewden. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd zullen daardoor sneller ingaan op het verzoek van de zorgvrager. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd gaan in gesprek met kinderen/ouders over de meerwaarde en voor- en nadelen van diagnostiek. Desondanks vindt de meerderheid van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd het moeilijk om tegen het vaak dwingende verzoek van de zorgvrager in te gaan. Uit onderzoek blijkt dat de relatie tussen zorgprofessionals en patiënten in de afgelopen jaren ook is veranderd. Dit komt doordat patiënten steeds mondiger worden, dit houdt in dat patiënten zelf willen bepalen over welke zorg zij krijgen (Van Rijen & van der Kraan, 2004).

Medicalisering van onderaf komt ook voor in het onderwijssysteem. Leerkrachten op scholen lijken te medicaliseren en ouders aan te sporen om bij de huisarts diagnostiek en/of medicatie te vragen om het 'probleemgedrag' van hun kinderen aan te pakken. Uit de resultaten van dit onderzoek is naar voren gekomen dat het medicaliseren door leerkrachten een belemmerende factor is voor een normaliserende benadering. Naar aanleiding van het vignet lijken de geïnterviewde POH's GGZ jeugd wel aandacht te

hebben voor de factoren in de klas die van invloed kunnen zijn op het gedrag van een kind. Ook vertelden de geïnterviewden dat zij de zorgvrager en/of leerkrachten wijzen op klassikale aanpassingen, voordat er individuele onderzoeken of behandelingen worden ingezet. De meerderheid van de POH's (GGZ) jeugd benoemt dat scholen in het kader van passend onderwijs hun leerlingen ondersteuning moeten bieden, zodat deze leerlingen mee kunnen komen in de klas. In 2014 is de Wet passend onderwijs ingevoerd. Sindsdien zijn scholen ervoor verantwoordelijk om leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften passend onderwijs te bieden. Scholen zijn verplicht om ondersteuning te bieden aan alle leerlingen die dit nodig hebben. Leerlingen zouden hierdoor geen diagnose meer nodig hebben om in aanmerking te komen voor extra ondersteuning (Van der Linden et al., 2019). Ondanks deze regeling lijkt het erop dat leerkrachten geneigd zijn om hun leerlingen toch naar een hulpverlener te sturen voor diagnostiek.

Uit onderzoek blijkt dat de rol van de leerkracht cruciaal is voor het wel of niet slagen van passend onderwijs. In 2015, een jaar na de invoering van de Wet passend onderwijs, heeft Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) onderzoek gedaan naar de ervaringen met passend onderwijs. Dit onderzoek is uitgevoerd onder verschillende partijen, waaronder leerkrachten. Uit het onderzoek van DUO (2015) blijkt dat 37% van de leerkrachten het niet eenvoudig vindt om kinderen die geen indicatie hebben maar wel extra ondersteuning nodig hebben, in reguliere klassen te houden. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat een grote groep leerkrachten behoefte heeft aan informatie over de ondersteuningsstructuur, zowel in de school als daarbuiten. De leerkrachten die negatief staan tegenover passend onderwijs geven hiervoor onder ander de volgende redenen: een te hoge werkdruk en onvoldoende deskundigheid onder leerkrachten om extra ondersteuning in te zetten (Van der Woud & Beliaeva, 2015). Deze bevindingen hebben mogelijk invloed op de neiging van leerkrachten om leerlingen naar de huisartsenzorg te sturen voor onderzoek. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kunnen dit als belemmerend ervaren, omdat het moeilijk is om de zorgvrager die komt voor diagnostiek (waarbij ouders dikwijls denken dat een diagnose verklarend is) op andere gedachten te brengen.

Opleidingen en cursussen

De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd blijken een uiteenlopende achtergrond te hebben wat betreft opleidingen en cursussen. De geïnterviewden benoemen drie methodes die zijn in hun opleiding of cursus hebben geleerd: cognitieve gedragstherapie (CGT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en het oplossingsgericht model (OM).

De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd die werken volgens CGT kijken voornamelijk naar de wijze waarop kinderen omgaan met problemen en de manier waarop zij hen kunnen leren om hier beter mee om te gaan. De deelnemers die werken op basis van ACT benoemen dat bepaalde gedachten en gevoelens bij het leven horen en dat iedereen daar wel eens mee te maken krijgt. Er is bij deze methode niet alleen aandacht voor de klachten van een persoon, maar er wordt gekeken naar het

gehele proces. Tot slot wordt de oplossingsgerichte manier van werken gekenmerkt door de focus op oplossingen in plaats van problemen. Het uitgangspunt hierbij is dat kinderen zelf nadenken en de zorgprofessional hierbij ondersteunt. Dit kan betekenen dat de manier van werken verschillend is per POH (GGZ) jeugd en dus ook per huisartsenpraktijk. Op basis van deze bevindingen kan niet worden geconcludeerd welke opleiding of cursus het meest zou kunnen bijdragen aan een normaliserende benadering. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd lijken allen uit hun cursus of opleiding aspecten mee te nemen die bij kunnen dragen aan een normaliserende benadering.

Werkrelatie POH (GGZ) jeugd – huisarts

Uit de resultaten lijkt dat de manier waarop de werkrelatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de huisarts is vormgegeven verschillend kan zijn per huisartsenpraktijk. Bij circa de helft van de geïnterviewden blijkt dat zij een laagdrempelig contact hebben met de huisarts en vaste momenten hebben gepland voor overleg. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd hebben dan de mogelijkheid om casuïstiek te bespreken met de huisarts. Daarnaast geven deze geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aan dat zij doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg afstemmen met de huisarts. De andere helft van de geïnterviewde groep POH's geeft aan dat zij minder vaak overleggen met de huisarts en dat er ook geen vaste afspraken zijn gemaakt voor overleg. Ook blijken de huisartsen in deze praktijken in mindere mate betrokken te zijn bij het besluitvormingsproces over het doorverwijzen naar de tweedelijnszorg. Hieruit kan worden opgemaakt dat in deze huisartsenpraktijken de functie POH (GGZ) jeugd relatief zelfstandig is. Deze zelfstandigheid van de POH (GGZ) jeugd is niet in overeenstemming met de manier waarop de functie landelijk is vormgegeven. In de kaderstelling staat namelijk dat de huisarts verantwoordelijk is voor het aansturen en de besluitvorming inzake doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2016).

Therapeutiseren

Uit de resultaten blijkt dat de POH (GGZ) jeugd een belangrijke rol speelt om te voorkomen dat kinderen onnodig doorstromen naar de gespecialiseerde GGZ. Echter, aan de hand van het boek *Therapy culture* van socioloog Frank Furedi kan een kritische noot worden geplaatst bij de hulp die wordt geboden door de POH (GGZ) jeugd. Het betreft de hulp aan kinderen met vragen over gedragingen en verschijnselen die passen bij een levensfase of die het gevolg zijn van sociale factoren. Furedi merkt op dat steeds meer mensen naar een therapeut gaan voor problemen die bij het leven behoren. Dit fenomeen noemt Furedi 'therapeutisering'. Furedi beschrijft dat de westerse cultuur erop is gericht om gebeurtenissen te begrijpen in de emoties die het oproept (Furedi, 2008). Doordat kinderen een POH (GGZ) jeugd bezoeken, worden de problemen die levensfaseproblematiek betreffen of het gevolg zijn van sociale factoren, individueel benaderd. Dit vergroot de kans dat op maatschappelijk niveau het gesprek over de problemen niet wordt gevoerd. Hierbij kan de vraag gesteld worden of er alleen sprake is van 'echte' normalisering indien er geen sprake is van het inschakelen van een therapeut.

5.2 Sterke-zwakke analyse van het onderzoek

Deze paragraaf gaat in op de sterke punten en beperkingen die mogelijk invloed hebben gehad op de uitkomsten van het onderzoek. Er wordt gereflecteerd op de ondernomen acties tijdens het onderzoeksproces om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. Dit gebeurt aan de hand van de vier criteria die gerelateerd zijn aan het overkoepelende concept trustworthiness, namelijk geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, betrouwbaarheid en objectiviteit (Shenton, 2004). In subparagraaf 3.1.4 is het begrip trustworthiness in kwalitatief onderzoek al toegelicht.

Geloofwaardigheid

Getracht is de geloofwaardigheid van dit onderzoek te waarborgen door aandacht te schenken aan de volgende aspecten: rapport, gevarieerde onderzoekspopulatie, member checking, informatieverstrekking en opzet/afname van de interviews. Deze aspecten worden hierna toegelicht.

Rapport

In het contact tussen de onderzoeker en de deelnemer tijdens het interview, heb ik mijn eigen achtergrond en kenmerken meegenomen. Dit heeft mogelijk invloed gehad op het interviewproces. Ik ben naast mijn master werkzaam als verpleegkundige, dit heb ik bij het voorstellen tijdens het interview met opzet vermeld. Dit heeft mogelijk positief bijgedragen aan de band (het rapport) tussen mij (de onderzoeker) en de deelnemers, omdat de deelnemers hierdoor wisten dat ik beschik over kennis en ervaring in de praktijk. Hierdoor kunnen de deelnemers de indruk hebben gekregen dat ik niet ver afsta van de zorgsector, wat zorgt voor een beter begrip van de onderwerpen waarover de POH's (GGZ) jeugd vertelden.

Gevarieerde onderzoeksgroep

Een ander aspect dat de geloofwaardigheid van dit onderzoek vergroot, is de gevarieerde groep geïnterviewden. Dat de POH's (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn werkzaam in verschillende regio's en hebben verschillende achtergronden in opleiding en werkervaring. De deelnemers, de POH's (GGZ) jeugd in Noord-Nederland, zijn geworven via de netwerkmethode in samenwerking met het AHON-netwerk. De deelnemers zijn werkzaam in de huisartsenzorg in verschillende regio's in Noord-Nederland. Vanwege de kleine groep deelnemers, namelijk tien POH's (GGZ) jeugd, zijn de uitkomsten van dit onderzoek niet generaliseerbaar voor andere situaties of groepen. In kwalitatief onderzoek ligt de focus ook niet hierop. In kwalitatief onderzoek ligt hier ook niet de focus op. Het doel van kwalitatief onderzoek is om specifieke verschijnselen te begrijpen vanuit het perspectief van de betrokkenen. Hierbij gaat het om het zogenoemde emic-perspectief; het perspectief vanuit de deelnemers (Hennink et al., 2020). Het doel van dit onderzoek was om betekenis te kunnen geven aan de visie en de rol van de POH's (GGZ) jeugd ten aanzien van psychosociale problematiek. De POH's (GGZ) jeugd die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn dus werkzaam in verschillende regio's in Noord-Nederland. Dit maakt het

aannemelijk dat de variatie aan mogelijke opvattingen en perspectieven onder deze deelnemers ten aanzien van normaliseren van deze groep voldoende overeenkomt met de variatie in de gehele groep.

Hennink en collega's (2020) schrijven in hun boek '*Qualitative research methods*' over het belang van saturatie bij het selecteren van een adequate steekproefgrootte. Saturatie ontstaat op het moment dat aanvullende interviews geen nieuwe informatie opleveren en de informatie zich begint te herhalen. In de meeste gevallen zal dit bij het derde of vierde interview zijn (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek is tijdens het afnemen van de interviews continu gereflecteerd of het saturatiepunt werd bereikt. Bij het zesde interview werd het saturatiepunt bereikt. Dat er tien POH (GGZ) jeugd zijn geïnterviewd schept een goede basis voor het analyseren van de gegevens.

Memberchecking

Een derde aspect dat de geloofwaardigheid van dit onderzoek vergroot, is het toepassen van memberchecking. Dit houdt in dat de transcripten ter controle per e-mail naar alle deelnemers zijn verstuurd. De deelnemers hadden hierdoor de mogelijkheid om hun interview te verifiëren. Eén deelnemer heeft naar aanleiding van de e-mail gereageerd met aanvullingen. Deze aanvullingen zijn nog opgenomen in het transcript.

Informatieverstrekking

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de deelnemers voorafgaand aan het interview niet zijn geïnformeerd over het onderzoeksonderwerp normaliseren. Bij het benaderen van de deelnemers, is in de wervingsbrief en bij het maken van de afspraak geen informatie verstrekt over het onderzoeksonderwerp. Ook tijdens het interview is bij de introductie geen aandacht besteed aan normaliseren. Aan de deelnemers is verteld dat het interview zou gaan over de rol en de visie van de POH (GGZ) jeugd ten aanzien van de problematiek van de kinderen die bij hen op het spreekuur komen. Hierdoor heeft de informatie voorafgaand aan het onderzoek geen invloed heeft gehad op de antwoorden van de deelnemers. Zij konden zich hier niet vooraf over hebben ingelezen of zich hier specifiek op hebben voorbereid. De deelnemers zijn tijdens de interviews gestimuleerd om over het thema normaliseren na te denken en hun eigen antwoorden te formuleren. Dit gaf de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de mogelijkheid om te vertellen over hun eigen ziens- en denkwijze inzake het normaliseren van psychosociale problemen bij kinderen. De uitkomsten representeren hierdoor de eigen perceptie van de deelnemers, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Opzet en afname interviews

Door de opzet van het interview en de manier waarop de interviews werden afgenomen, kregen de deelnemers de ruimte om hun eigen zienswijze naar voren te brengen. Dit kwam in de eerste plaats door de open vraagstelling, waardoor de deelnemers gestimuleerd werden om hun eigen verhaal te delen. In de tweede plaats betrof het semigestructureerde interviews. De interviewer had dankzij deze opzet de mogelijkheid om door te vragen op de uitspraken van de deelnemers, waardoor de diepte

werd ingegaan. Dit heeft geleid tot nieuwe inzichten, omdat er thema's ter sprake zijn gekomen die niet waren opgenomen in het interviewschema, bijvoorbeeld de factoren die van invloed zijn op de visie en werkwijze van de POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren. De werkrelatie tussen de POH (GGZ) jeugd en de huisarts is een voorbeeld van een factor die in alle interviews ter sprake is gekomen. In de derde plaats was het vignet een sterk punt van dit onderzoek. Dit vignet heeft ervoor gezorgd dat de deelnemers de ruimte kregen om een algemene, maar herkenbare casus te bespreken. Dit zorgde voor een vertrouwde sfeer, waarna de deelnemers zich veilig voelden om hun eigen verhaal en ervaringen te delen.

Een beperking van het onderzoek is dat ik nog weinig ervaring had met het afnemen van interviews. De rol van interviewer was dus nieuw voor mij. Er werden in totaal tien interviews afgenomen. Naarmate ik meer interviews had afgenomen, merkte ik dat ik beter de rol van interviewer kon aannemen. Aanvankelijk vond ik het moeilijker om tijdens het interview een helicopterview te behouden. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik niet bij alle thema's de diepte ben ingegaan, doordat ik niet altijd heb doorgevraagd. Bij latere interviews ging het steeds beter om in te spelen op de antwoorden van de deelnemers

Overdraagbaarheid

Aan het criterium overdraagbaarheid is getracht te voldoen door de processen die zijn doorlopen zorgvuldig te beschrijven en door een duidelijke omschrijving van de context te geven. Hiermee is beoogd inzichtelijk te maken op welke wijze in het onderzoek is gehandeld, welke methodologische besluiten zijn genomen en in welke context dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Hierdoor kunnen andere onderzoekers bepalen of de informatie bruikbaar is in eventuele vervolgonderzoeken of kan worden overgedragen naar andere situaties of populaties. De overdraagbaarheid is gerealiseerd door alle belangrijke achtergrondinformatie over het onderzoek als bijlagen toe te voegen. Daarnaast is de reproduceerbaarheid van dit onderzoek vergroot door gedurende het onderzoeksproces tijdens iedere fase (ontwerp, datacollectie en analyse) hierover te reflecteren met de onderzoeksbegeleiders.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot door middel van intercodeurbetrouwbaarheid. Een medestudent Sociologie heeft de coderingen van twee willekeurige transcripten gecontroleerd. Deze student werkt ook aan zijn masterscriptie voor sociologie. We hadden een afspraak ingepland, waarbij we elkaars coderingen controleerden in Atlas.ti. Als criteria voor de beoordeling werd meegenomen of de coderingen passend waren bij het tekstfragment, of er tekstfragmenten niet waren gecodeerd en of de coderingen duidelijk terugkwamen in het codeboek. De opmerkingen over de codes zijn toegevoegd als opmerkingen in het programma Atlas.ti. Vervolgens hebben we onze bevindingen met elkaar gedeeld en bediscussieerd. Hieruit kwam naar voren dat ik de code 'contextuele benadering' niet had opgenomen in het codeboek. Daarnaast vond de medestudent bij beide transcripten die hij

beoordeelde, dat het erop leek dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd geneigd zijn om altijd 'iets te doen'. Deze feedback heb ik meegenomen door nogmaals alle transcripten hierop te beoordelen. Daaruit kwam de bevinding naar voren dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd het moeilijk lijken te vinden om een afwachtende houding aan te nemen.

Objectiviteit

Een belangrijk aandachtspunt bij kwalitatief onderzoek is de subjectiviteit van de onderzoeker. Hennink en collega's (2020) schrijven in hun boek *Qualitative research methods* dat een onderzoeker zijn of haar subjectieve invloeden inbrengt tijdens het onderzoeksproces. Het is daarom van belang om hierop te reflecteren en transparant te communiceren. Mijn achtergrond als verpleegkundige en mijn opvattingen over normaliseren hebben mogelijk invloed gehad op het onderzoeksproces. Als verpleegkundige werk ik in twee verpleeghuizen, waar voornamelijk mensen met dementie wonen. Er wordt met regelmaat gesproken over 'dementerende ouderen'. Naar mijn mening beschouwen we deze groep mensen dan vooral als patiënt. Het risico daarvan is dat alleen de zorgproblemen worden gezien. In mijn werk merk ik hoe belangrijk het is om op een andere manier te kunnen kijken naar problemen. Een voorbeeld is een bewoner die niet wil of kan slapen. Het is belangrijk om het gedrag niet alleen te verklaren aan de hand van de diagnose dementie, maar bijvoorbeeld ook na te gaan of deze bewoner een andere avondroutine is gewend. Daar ligt dan de oplossing, in plaats van bijvoorbeeld direct medicatie te geven tegen slapeloosheid. In mijn werk als verpleegkundige merk ik hoe belangrijk het is om anders te kijken en daarbij om 'echt contact' te maken met mensen. Mijn visie als verpleegkundige heb ik ook meegenomen in het schrijven van deze scriptie. Mijn visie op normaliseren ten aanzien van mensen met dementie heeft ervoor gezorgd dat ik niet 'neutraal' sta in de discussie rondom normaliseren in deze scriptie. Ik heb getracht te voorkomen dat dit de resultaten van het onderzoek zou beïnvloeden. Tijdens het interview heb ik een neutrale houding aangenomen met betrekking tot hetgeen de deelnemers vertelden. Daarnaast heb ik voortdurend in het onderzoeksproces gereflecteerd met mijn begeleiders en studiegenoten.

Het is van belang om tot slot nog een kanttekening te maken. In dit onderzoek zijn de positieve kanten van diagnostiek en gespecialiseerde jeugdhulp niet of nauwelijks belicht. In dit onderzoek worden de ondersteuning van en hulp aan kinderen met psychische problemen door een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg zonder doorverwijzing naar de basis GGZ en/of gespecialiseerde GGZ en/of het voorschrijven van medicatie als normaliseren beschouwd. De focus van dit onderzoek lag dus op het voorkomen van 'overdiagnostiek', waardoor voornamelijk de negatieve kanten van diagnostiek en gespecialiseerde jeugdhulp zijn belicht. Het is in sommige gevallen echter belangrijk om diagnostiek en gespecialiseerde jeugdhulp in te zetten. In bepaalde situaties kunnen kinderen hierdoor juist hierdoor de gepaste hulp ontvangen, waardoor zij beter functioneren en erger wordt voorkomen.

5.3 Aanbevelingen

In de volgende subparagraaf worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

5.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een eerste aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het perspectief van kinderen en ouders te onderzoeken ten aanzien van de normaliserende houding van de POH (GGZ) jeugd. In het proces van medicalisering van onderaf willen kinderen en/of ouders graag weten waar het gedrag vandaan komt. Zij zijn zélf geneigd om gedragingen vanuit een medisch framework te verklaren. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke verwachtingen kinderen en ouders hebben als zij naar de huisartsenzorg gaan. Met behulp van kwalitatief onderzoek kan inzicht verkregen kunnen worden in de benadering die kinderen en ouders nodig hebben om hun vragen/zorgen te beantwoorden. Ook zou gekeken kunnen worden naar de manier waarop deze kinderen en ouders de normaliserende benadering van de POH (GGZ) jeugd ervaren. Dit zou namelijk inzicht geven in de factoren die vanuit het perspectief van kinderen en/of ouders als helpend of als belemmerend worden ervaren. Daarnaast kan dit mogelijk inzicht bieden in de handvatten, informatie of adviezen die kinderen en ouders nodig hebben om problemen op te lossen zonder de hulp van een hulpverlener.

Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is om te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de werkwijze en de visie van de POH (GGZ) jeugd. In dit onderzoek is een aantal van deze factoren naar voren gekomen, maar het onderzoek was hier niet op gericht. Er is gebleken dat de functie POH (GGZ) jeugd per huisartsenpraktijk verschillend kan zijn. Zo blijkt dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd een uiteenlopende achtergrond hebben wat betreft opleidingen en cursussen. Aan de hand van dit onderzoek kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over de cursussen of opleidingen die kunnen bijdragen aan een normaliserende houding. Het zou interessant zijn om dit in een vervolgonderzoek nader uit te zoeken op welke manier de opleidingsachtergrond de POH (GGZ) jeugd beïnvloedt.

De derde aanbeveling betreft het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek naar de inzet van de POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg in relatie tot het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder kinderen. Aanvankelijk was de onderzoeksvraag van dit onderzoek opgedeeld in een kwantitatief en een kwalitatief onderzoeksdeel. Het doel van het kwantitatieve onderzoek was om met behulp van de AHON-database inzichtelijk te maken of huisartsenpraktijken waar een POH (GGZ) jeugd is aangesteld, minder vaak doorverwijzen naar de tweedelijnszorg dan huisartsenpraktijken waar geen POH (GGZ) jeugd is aangesteld. Het is namelijk denkbaar dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd in de huisartsenzorg het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder kinderen remt. Kwantitatief onderzoek van Molendrift wijst wel in de richting. Het inzetten van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg lijkt te voorkomen dat kinderen worden doorverwezen naar de

tweedelijnszorg (Molendrift, 2019). Uit onderzoek van Piovani en collega's (2019) blijkt echter dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie is toegenomen onder kinderen. Ook blijkt uit onderzoek van het SCP (2020) dat er grote verschillen bestaan tussen gemeenten wat betreft de inzet van jeugdhulp. Het SCP (2020) stelt dat het nog onbekend is of de aanwezigheid van een POH (GGZ) jeugd een rol speelt bij het verminderen van de inzet van jeugdhulp. Het was niet mogelijk om met behulp van de AHON-database uitspraken te doen over deze onderzoeksvraag. Dit had een aantal redenen. Ten eerste is het in de AHON-dataset niet goed te herleiden in welke huisartsenpraktijken een POH (GGZ) jeugd werkzaam is. Ten tweede is in de AHON-dataset niet bij de aangesloten AHON huisartsenpraktijken te herleiden sinds wanneer een POH (GGZ) jeugd werkzaam is. Tot slot wordt niet in alle aangesloten AHON huisartsenpraktijken door de POH (GGZ) jeugd zelf het patiëntconsult gerapporteerd in het huisartsensysteem. Hieruit lijkt naar voren te komen dat het registratiesysteem niet volledig is omtrent de aangestelde POH (GGZ) jeugd in de aangesloten AHON huisartsenpraktijken. Dit maakt het moeilijk om inzichtelijk te maken wat de rol van de POH (GGZ) jeugd is en waar en hoe POH (GGZ) jeugd zijn georganiseerd.

Tot slot een aanbeveling voor vervolgonderzoek gericht op de kennis, vaardigheden en behoeften onder leerkrachten ten aanzien van passend onderwijs. Uit dit onderzoek lijkt namelijk naar voren te komen dat leerkrachten, ondanks de Wet passend onderwijs, geneigd zijn om leerlingen naar een medisch hulpverlener te sturen voor diagnostiek. Uit onderzoek dat is uitgevoerd in 2015 blijkt dat leerkrachten moeite hebben met het bieden van extra individuele ondersteuning aan leerlingen zonder indicatie. Het zou interessant zijn om onderzoek te doen naar de kennis, vaardigheden en behoeften van leerkrachten acht jaar na de invoering van de Wet passend onderwijs. Als in kaart wordt gebracht welke ervaringen leerkrachten hebben met passend onderwijs, kan beleid worden ingezet op de knelpunten die leerkrachten hierbij ervaren. Dit sluit aan bij het project Druk & Dwars, een initiatief van Rijksuniversiteit Groningen (RUG) dat is uitgewerkt in samenwerking met de Hanzehogeschool en gemeenten. Het project is gericht op verschillende doelgroepen, waaronder leerkrachten, om een bijdrage te leveren aan normaliseren en demedicaliseren (Druk & Dwars, 2022).

5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Een eerste praktijkaanbeveling voor de POH (GGZ) jeugd is het volgen van de werkwijze *Stepped diagnosis* van Batstra en collega's (Batstra & Frances, 2013). Deze werkwijze omvat stapsgewijs handelen. Hiermee wordt voorkomen dat er onnodige handelingen worden uitgevoerd, terwijl er geen sprake is van onderbehandeling. *Stepped diagnosis* bevat de volgende zes stappen: gegevensverzameling, normaliseren, watchful waiting, minimale interventies inzetten, kortdurende therapie en DSM-diagnose en specialistische behandeling. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd de tijd hebben en deze tijd ook benutten om in eerste instantie 'niets te doen'. De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd nemen de tijd om een therapeutische relatie op te bouwen en de situatie goed in kaart te brengen. De geïnterviewden geven aan dat zij doorgaans een

normaliserende benadering hanteren als blijkt dat gedragingen of klachten van kinderen het gevolg zijn van maatschappelijke factoren of een levensfase. Zij doen dit door de zorgvrager gerust te stellen en aan de zorgvrager uit te leggen dat de betreffende emotie/gedrag/klacht een verwachte normale reactie is. Vervolgens blijken de geïnterviewde POH's het moeilijk te vinden om na de stap normaliseren, af te wachten, dus om tijd te laten verstrijken. De benadering *Stepped diagnosis* zou mogelijk de POH's (GGZ) jeugd handvatten kunnen bieden om stapsgewijs te handelen, waardoor kan worden voorkomen dat er onnodig behandelingen worden ingezet.

Uit dit onderzoek lijkt naar voren te komen dat enkele POH's (GGZ) jeugd soms moeite hebben met het omgaan zorgvragers die dwingend zijn in hun vraag om een doorverwijzing naar de tweedelijnszorg. Blaauw en collega's (2018) hebben onderzoek verricht onder praktijkondersteuners naar het samen met de zorgvrager beslissen over specialistische hulp. Uit het onderzoek van Blaauw en collega's is gebleken dat praktijkondersteuners behoefte hebben aan hulpmiddelen die zij kunnen inzetten bij een verschil in opvattingen met de zorgvrager over de problematiek en passende hulp. Dit sluit aan bij de bevindingen in dit onderzoek. Een hulpmiddel voor het samen beslissen in de jeugdhulp is BRAM: Beslissen, reflecteren en Analyseren, Mét ouders ontstaan (Blaauw et al., 2018). Deze tool is ontwikkeld op basis van zowel wetenschappelijke kennis als de behoeften van de praktijkondersteuners wat betreft de inhoud en vorm van een dergelijk hulpmiddel. Indien er sprake is van een verschil in opvatting over de behandeling die het meest passend is, kan BRAM helpend zijn om hiermee om te gaan, zonder de relatie te verliezen.

Daarnaast wordt gepleit voor scholing voor de POH (GGZ) jeugd over de visie op het ontstaan van psychische klachten en met aandacht voor het voorkomen van reïficerend taalgebruik. In sommige situaties lijken POH's in tweestrijd te zijn, met aan de ene kant een contextuele visie op psychosociale problematiek en aan de andere kant een biomedische visie.

De derde aanbeveling is gericht op het voeren van het maatschappelijk debat. Steeds meer kinderen in Nederland doen een beroep op jeugdhulp. Verschillende maatschappelijke thema's zijn van invloed op de toenemende groei van het aantal kinderen met psychische problemen. Eén van de oorzaken is dat kinderen een toenemende mate van druk ervaren om te presteren. Daarnaast blijken sociale media en de druk om veel vrienden te hebben ook een rol te spelen bij kinderen (Nederlands Jeugdinstituut, 2019). Het is positief dat de POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg kan voorkomen dat deze problemen van kinderen alleen met een medische bril worden beoordeeld. Hierdoor kan worden voorkomen dat niet al deze kinderen onnodig een label krijgen en specialistische hulp ontvangen in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Een kritische noot is echter dat de normaliserende benadering van de POH (GGZ) jeugd als therapeutiseren kan worden beschouwd, omdat de problemen van deze kinderen het gevolg zijn van problemen die breder spelen en vervolgens individueel door een zorgprofessional worden behandeld. Ook de RVS (2017) schrijft dat als mensen steeds meer en steeds

vaker een medische oplossing zoeken voor gedrag en verschijnselen, de samenleving het vanzelf 'normaal' vindt om deze problemen in een medisch framework te plaatsen. Ook zorgen deze individuele oplossingen ervoor dat de problemen op maatschappelijk niveau niet worden aangepakt. Het is daarom van cruciaal belang dat in alle lagen van de samenleving hierover het gesprek wordt gevoerd en het beleid zich richt op de maatschappelijke oorzaken van psychische problematiek onder kinderen.

5.4 Conclusie

Steeds meer kinderen in Nederland doen een beroep op jeugdhulp. Ook kinderen met problemen die het gevolg zijn van een levensfase of maatschappelijke factoren ontvangen steeds vaker zorg (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). De afgelopen jaren is het een beleidsdoel geworden om psychosociale problematiek onder kinderen te normaliseren. Dit betekent dat de overheid ernaar streeft om bepaalde problemen van kinderen niet meer in het medische domein te plaatsen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Sinds dat de term medicalisering in de jaren '70 werd geïntroduceerd zijn er weinig tot geen voorbeelden beschreven van succesvol demedicaliseren. Hieruit komt naar voren dat als iets eenmaal tot het medische domein behoort, het er zelden weer uitkomt (Conrad, 2007). De overheid zet wel in om dit vanuit een ander perspectief te benaderen, terwijl dat tot nu toe blijkt dat dit moeilijk is terug te draaien. In dit onderzoek is onderzocht welke rol de POH (GGZ) jeugd heeft in de huisartsenzorg om deze problemen die in het medisch domein worden geplaatst vanuit een andere invalshoek te benaderen.

Uit de conclusies van dit onderzoek lijken aanwijzingen naar voren te komen dat het inzetten van POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg een overwegend waardevolle toevoeging is met betrekking tot het normaliseren van psychosociale problematiek onder kinderen. Dat de geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd kennis hebben van jeugdproblematiek, werkervaring hebben in de hulpverlening aan kinderen en de mogelijkheid hebben om de tijd te nemen voor een zorgvrager lijken positief bij te dragen aan een normaliserende houding van de POH (GGZ) jeugd.

De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd hebben de overtuiging dat maatschappelijke factoren van invloed kunnen zijn op de problemen van kinderen. Dit zou erop kunnen wijzen dat de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd ook aandacht hebben voor de invloed van deze factoren. Daarnaast vinden zij normaliseren ook passend binnen hun functie en lijkt er consensus over het begrip normaliseren.

De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd benoemden het belang van een goede therapeutische relatie en lijken goed in staat om een therapeutische relatie op te bouwen. Dit komt mede doordat zij de mogelijkheid hebben om tijd te investeren in het contact met kinderen. De therapeutische relatie lijkt een belangrijke basis te zijn voor een normaliserende houding. De verbinding tussen POH (GGZ)

jeugd en een zorgvrager zorgt er namelijk voor dat het verhaal en de hulpvraag van een zorgvrager zichtbaar wordt.

Een normaliserende benadering is ook naar voren gekomen in de contextuele benadering die de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd overwegend lijken te hanteren. De geïnterviewde POH (GGZ) jeugd vertelden dat zij in hun beoordeling kijken welke problemen er op verschillende domeinen (thuis, school en vrije tijd) spelen. Daarbij benoemden de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd dat zij kijken welke aanpassingen er in de omgeving van het kind nodig zijn, voordat ze een kind doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ. De geïnterviewden lijken kritisch en terughoudend ten aanzien van diagnostiek bij kinderen. Dit zou betekenen dat de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd niet alleen richten op het individuele kind, maar aandacht hebben voor de context.

Een normaliserende benadering hanteren de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd door een zorgvrager gerust te stellen. Dit doen zij door uitleg te geven dat een reactie/gedrag/emotie passend is bij een gebeurtenis/levensfase. Daarnaast proberen de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd een duidelijke verklaring te geven. Hierdoor kunnen de zorgen van mensen verminderen, waardoor klachten na een bepaalde tijd vanzelf over kunnen gaan. Het adequaat geruststellen kan voorkomen dat kinderen onnodig specialistische hulp krijgen. Daarnaast besteden de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd aandacht aan het activeren van het sociale netwerk van een zorgvrager. Dit kan als beschermende factor dienen, waardoor hulp van een zorgprofessional kan worden voorkomen.

De geïnterviewde POH's (GGZ) jeugd lijken in sommige situaties wel te worden bemoeilijkt in hun normaliserende benadering. Indien zorgvragers dwingend zijn in hun vraag voor diagnostiek, een biomedische visie op (het ontstaan) van psychosociale problematiek en het onderwijssysteem zijn factoren die normaliseren kunnen belemmeren.

Bibliografie

- Aboud, F. E. (2003). The formation of in-group favoritism and out-group prejudice in young children: Are they distinct attitudes? *Developmental Psychology*, 39(1), 48–60. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.1.48>
- Baart, A., & Van de Vrede, W. (2020). Present. *Vakblad Sociaal Werk*, 21(3), 21-23.
- Bartelink, C. & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD?* (1ste ed.). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Batstra, L., & Frances, A. (2013). Psychiatrische overdiagnostiek voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. *De Psycholoog*, 48(6), 10-17.
- Batstra, L., Nieweg, E. H., Pijl, S., Van Tol, D. G., & Hadders-Algra, M. (2014). Childhood ADHD: a stepped diagnosis approach. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 169-177.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Beckers, T., Jaeqx- Van Tienen, L., Willems, R., Koopmans, M., & Corstens, D. (2020). Personal-recovery-oriented community mental healthcare: qualitative evaluation of a developmental project. *BMJ open*, 10(6), e035709. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035709>
- Bijlsma, J. (2022). Floortje Scheepers: Strijdt voor een meervoudig perspectief. *Skipr*, 15(02), 14-21. <https://doi.org/10.1007/s12654-022-0819-6>
- Blaauw, E., Cornelisse, M., Mathijssen, J. & Nieuwboer, C. (2018). Samen beslissen over specialistische hulp. *Vakblad Sociaal Werk*, 19(6), 25-27.
- Bloemink, S. (2018). *Diagnosedrift* (1ste ed.). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Boendermaker, M., Snippe, J., & Bieleman, B. (2016). *Eerste evaluatie POH-Jeugd Leeuwarden*. Groningen-Rotterdam: Intrava.
- Bröcking, B. & Vlaardingerbroek, P. (2019). Greep op de jeugdhulp: handreikingen voor gemeentelijke regievoering. *Jeugdbeleid*, 13 (2), 107-119.
- Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R., & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 96(8), 342-347.
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2021a). *Jeugdhulp 2020*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapporages/2021/jeugdhulp-2020?onepage=true>
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2020b). *Landelijke Jeugdmonitor 2020*. Geraadpleegd op 13 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2021/44/jaarrapport-2021-landelijke-jeugdmonitor>
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2021c). *Meisjes voelen meer prestatiedruk dan jongens*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/50/meisjes-voelen-meer-prestatiedruk-dan-jongens>
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2020d). *Ontwikkelingen van de jeugdzorg 2015-2020*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2020/ontwikkeling-van-de-jeugdzorg-2015-2019/>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* (1ste editie, Vol. 1) [E-book]. Baltimore: Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1400/93208>

- Dehue, T. (2014). *Betere mensen: Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Dehue, T. (2011). Essay De medicalisering van “ongewenst gedrag”: Ik maak drukte want ik ben een druktemaker. *De Groene Amsterdammer*, 3, 30-33.
- DeLuca, J. S. (2020). Conceptualizing adolescent mental illness stigma: Youth stigma development and stigma reduction programs. *Adolescent Research Review*, 5(2), 153-171.
- Denys, D. (2020). *Het tekort van het teveel*. Amsterdam, Nederland: Nijgh & Van Ditmar.
- Domus Medica. (z.d.). *Beschrijving van de ICPC*. Geraadpleegd op 10 april 2022, van https://www.domusmedica.be/sites/default/files/coderen_voor_dummies-congresmap.pdf
- Druk & Dwars. (2020). Project: Informatie over Druk & Dwars. Geraadpleegd op 30 september 2022, van <https://drukendwars.nl/project/>
- Federatie Medisch Specialisten. (2018). ADHD bij kinderen. Geraadpleegd op 16 mei, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/adhd_bij_kinderen/diagnostiek_van_adhd_bij_kinderen.html
- Flückiger, Christoph, et al. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 829-843.
- Forta opleidingen. (2022). *POH GGZ: POH-GGZ Module kind en Jeugd*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://fortaopleidingen.nl/opleidingen/poh-ggz-module-kind-jeugd/>
- Furedi, F. (2008). Medicalisation in a Therapy Culture. In D. Wainwright (Red.), *A Sociology of health* (pp. 97-115). Londen: Verenigd Koninkrijk: Sage.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal: Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., De Boer, R., Bucx, A. J. E. H., De Groot, J. F., ... & Hageraats, R. (2018). Eerste evaluatie Jeugdwet. *Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.
- Goedhuys, J., & Rethans, J. J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, 18(6), 592-596.
- Geldard, K. & Geldard, G. (2012). *Personal counseling skills: An integrative approach Illinois*. [EPub], Springfield: Charles C Thomas Publisher, LTD.
- Gezondheidsraad. (2014). *ADHD: Medicatie en maatschappij*. Geraadpleegd op 22 maart, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2014/07/03/adhd-medicatie-en-maatschappij>
- Gilsing, R. (2019). Transformatie in de jeugdhulp: de noodzaak tot wonderwoordendialoog. *Jeugdbeleid*, 13(4), 238-253. <https://doi.org/10.1007/s12451-019-00218-7>
- Gong, X., Hou, M., Guo, R., & Feng, X. L. (2022). Investigating the relationship between consultation length and quality of tele-dermatology E-consults in China: a cross-sectional standardized patient study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-10.
- Gray, J. (2001). The Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families. *Child and Adolescent Mental Health*, 6 (1) 4-10.
- Heath, I. (2012). The art of doing nothing. *Huisarts en Wetenschap*, 55(12), 580-583.

- Hennink, M. M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. London: SAGE.
- Hilderink, A., Niessen, I., De Nooijer, A., Van Schoubroeck, C., Schoonenberg, D., Lustermaans, G., Van Helmond, C. Groen, L., Hemmeler, V., van den Broek, T. & Jansen, R. (2020). *Stelsel in groei: Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix
- Hordijk, A. & Van Genugten, W. (2021). *Psychische aandoeningen: Psychopathologie vanuit herstellperspectief*. Amsterdam: Boom.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. [Epub]. Oxford: University Press.
- Jonker, T., Remmelts, H., Huyghen, A. M., Van der Woude, G., & Knot-Dickscheit, J. (2020). Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd. *Huisarts en wetenschap*, 63(10), 33-37.
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128.
- Kessels, J. (2006). Het poëtisch argument: *Socratische gesprekken over het goede leven*. Boom: Amsterdam.
- Kiers, B. (2022). Floortje Scheepers. *Zorgvisie*, 52(6), 10-16, <https://doi.org/10.1007/s12654-022-0819-6>
- Landelijke Vereniging POH-GGZ. (z.d.). *Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020: Versie 1.0*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.poh-ggz.nl/pohggz/functieprofiel#:~:text=De%20POH%2DGGZ%20dient%20communicatief,psychiatische%20aandoeningen%20is%20een%20must>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (2022). De assistentes hebben één aanspreekpunt. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, van <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/meer-tijd-voor-de-patient/de-assistentes-hebben-een-aanspreekpunt/>
- Mendel, R., Hamann, J., Traut-Mattausch, E., Bühner, M., Kissling, W., & Frey, D. (2010). 'What would you do if you were me, doctor?': randomised trial of psychiatrists' personal v. professional perspectives on treatment recommendations. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 441-447.
- MET ggz. (z.d.). *De Nieuwe GGZ*. Geraadpleegd op 22 augustus 2022, van <https://www.metggz.nl/voor-u/volwassenen/zo-kunnen-wij-helpen/behandeling/met-ggz-investeert-de-nieuwe-ggz>
- Mol, A., & Van Lieshout, P. (2008). *Ziek is het woord niet: Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. (1^e editie). Amsterdam: University Press.
- Molendrift. (2019). *Onderzoek Praktijkondersteuner Jeugd gepubliceerd*. Geraadpleegd op 29 augustus 2022, van <https://www.molendrift.nl/nieuws/638-onderzoek-praktijkondersteuner-jeugd-gepubliceerd>
- Mok, L., Wenning, H., & Vries, I. A. (2016). *Handboek POH-GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2021). *Medisch gegeven SOEP-verslag*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://referentiemodel.nhg.org/node/19/publieksversie/published>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). *Richtlijnen & Praktijk*. Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.nhg.org/richtlijnen-praktijk>

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022). *Spiegelinformatie huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 6 juni 2022, van <https://www.nhg.org/kwaliteit/spiegelinformatie-bronnen>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2021a). *Cijfers over ADHD*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.nji.nl/cijfers/adhd>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2021b). *Cijfers over Autisme*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.nji.nl/cijfers/autisme>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2021c). *Cijfers over angststoornissen*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.nji.nl/cijfers/angststoornissen>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2021d). *Cijfers over depressie*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.nji.nl/cijfers/depressie>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2019). *Het groeiend zorggebruik: Duiding en aanpak*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Help! Wat is het verschil tussen jeugdzorg en jeugdhulp?* Geraadpleegd op 12 april 2022, van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-07/Wat-is-het-verschil-tussen-jeugdzorg-en-jeugdhulp-handout.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (z.d.). *DSM-5*. Geraadpleegd op 11 april 2022, van <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/dsm-5>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2014). *Q&A-lijst*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/dsm-5>
- Nivel. (2016). *Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg: Communicerende vaten of gescheiden circuits?* Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf>
- Owens, J. (2020). Relationships between an ADHD diagnosis and future school behaviors among children with mild behavioral problems. *Sociology of Education*, 93(3), 191-214.
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35.
- Piovani, D., Clavenna, A., & Bonati, M. (2019). Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75(10), 1333-1346.
- Prins, M. & Van Dijk, L. (2015). *Helpt van kinderen en een derde van volwassenen met ADHD krijgt ADHD-medicatie van huisarts*. Geraadpleegd op 30 augustus 2022, van www.nivel.nl
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns Jeugd- en gezinszorg*. Geraadpleegd op 15 juni 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2012/04/01/ontzorgen-en-normaliseren>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2018). *Overbezorgd: Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongeren*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van https://www.allesisgezondheid.nl/wpcontent/uploads/2019/02/RVS_essay_Over_bezorgd_Maatschappelijke_verwachtingen_en_mentale_druk Onder_jongvolwassenen.pdf
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Zonder context geen bewijs: Over de*

- Illusie van evidence-based practice in de zorg*. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ*. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Roest, A. M., de Vries, Y. A., Wienen, A. W., & de Jonge, P. (2022). Editorial Perspective: Are treatments for childhood mental disorders helpful in the long run? An overview of systematic reviews. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.13677
- Roose, H., & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen: Een inleiding*. Academia Press: Gent.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Sitvast, J. (2006). In dialoog met de patiënt: Narratieve verpleegkunde. *Tijdschrift Voor Verpleegkundigen*, (7-8), 44
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2020). *Jeugdhulp in de wijk*. Geraadpleegd op 13 april 2022, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/03/05/jeugdhulp-in-de-wijk>
- Stichting Presentie. (z.d.). *Presentie in de praktijk: een andere kijk op goede zorg. Werkboek voor studenten*. Gedownload van: https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/mentaal_welbevinden/werkboek_presentie.pdf
- Ten Broeke, A. (2016, 15 september). 'Betere mensen' van Trudy Dehue. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://ashatenbroeke.nl/gelezen-betere-mensen-van-trudy-dehue/>
- Ter Horst, W. (2009). *Het herstel van het gewone leven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thomas, R., Mitchell, G. K., & Batstra, L. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *Bmj*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6172>
- Tordoir, A., & van Vught, A. (2020). Ervaringen met de VS-ggz in de huisartsenpraktijk. *TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 130 (6), 22-24.
- Trimbos-Instituut. (2012). *GGZ in de eerste lijn: De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/d6eb1a3b-416b-4f5f-b985-72e904fbf165.pdf?act=winkeldl.download&prod=579>
- Trimbos-Instituut. (2014). *Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: Terugblik, stand van zaken en vooruitblik*. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/ef71d19b-a46b-4bd1-b7e0-f35f9f52e5a5.pdf>
- Tweede kamer der Staten Generaal. (2013). *Memorie van toelichting (33684-3)*. Geraadpleegd op 13 April 2022, van <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?id=2013Z13787&dossier=33684>
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (z.d.). *Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 30 mei, van <https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/ahon-nieuws>

- United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). *Mentale gezondheid Nederlandse jongeren slechter dan gemiddeld in Europa*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.unicef.nl/pers/2021-10-15-mentale-gezondheid-nederlandse-jongeren-slechter-dan-gemiddeld-in-europa>
- Veenma, K., Batenburg, R. & Breedveld, E. (2004). De vignetmethode. Een praktische handreiking bij beleidsonderzoek. Tilburg: IVA.
- Van der Horst, H. E. (2020). Medicaliseren of normaliseren? De arts als evenwichtskunstenaar. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164(40)
- Van der Linden, C., van der Stege, H., & van der Hoeven, J. (2019). Werken met het ontwikkelingsperspectiefplan en de bijlage bij de onderwijsovereenkomst. *Centrale thema's in de Evaluatie Passend onderwijs* Deel I, 23.
- Van der Woud, L. & Beliaeva, T. (2015). Rapportage Onderzoek PO [Duo onderzoek rapport]. Geraadpleegd op 24 september 2022, van <https://www.duo-onderwijsonderzoek.nl/wp-content/uploads/2015/08/Rapportage-Passend-Onderwijs-augustus-2015.pdf>
- Van Dijk, E. L., Van Tol, D. G., Diemers, A. D., Wienen, A. W., & Batstra, L. (2022). Sick or Sad? A qualitative study on how Dutch GPs deal with sadness complaints among young adults. *Frontiers in Sociology*, 6, 765814.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. J. P. M. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 39(2), 179-195.
- Van Os, J., & Delespaul, P. *Een GGZ-manifest met 5 aanbevelingen voor de derde decade*. Geraadpleegd op 27 juni 2022, van <https://sociaalweb.nl/nieuws/een-ggz-manifest-met-5-aanbevelingen-voor-de-derde-decade>
- Van Rijen, A. J. G. & Van der Kraan. (2004). *Deel VI Arts, patiënt en gebruik van zorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en zorg.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2016). *Kader voor een POH-GGZ-Jeugd*. Geraadpleegd op 10 juni, van <https://vng.nl/files/vng/kader-voor-een-poh-ggz-jeugd-20-09-16.pdf>
- Verhaak, P. F., Magnée, T., Hooiveld, M., Ten Veen, P., & De Bakker, D. (2015). Factsheet: Gevolgen invoering basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartsenpraktijk. *Utrecht: NIVEL*.
- Verhaeghe, P. (2019). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Amsterdam: Uitgeverij Prometheus
- Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren. In: Devisch, I. *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Antwerpen, De Bezige Bij, pp. 27 - 51.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6^{de} editie). Boom Lemma.
- Wienen, B. (2021). *Nieuwe kinderrecht: het recht om te falen: Hedendaagse kinderarbeid in Nederland – en hoe we die afschaffen*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van <https://www.nji.nl/publicaties/nieuw-kinderrecht-het-recht-om-te-falen>
- Wienen, B. (z.d.). *Ieder kind is anders. En ieder kind heeft het recht om zich op zijn eigen manier te ontwikkelen. Ook als het anders is en daardoor meer of andere ondersteuning nodig heeft*. Geraadpleegd op 21 augustus 2022, van <https://www.bertwienen.nl/spreker-and-schrijver/>

Wienen, A. W. (2019). *Inclusive Education: from Individual to Context*. Groningen, Nederland: Rijksuniversiteit Groningen.

Zola, I.K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

ZonMw. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/eerste-evaluatie-jeugdwet.pdf>

Zorgorganisatie Eerste Lijn. (2016). *Bijlage registratie in het HIS door de POH GGZ*. Geraadpleegd op 10 maart, van <http://zel.nl/wp-content/uploads/2016/05/Bijlage-Registratie-in-het-HIS-door-POH-GGZ.pdf>

Zwaanswijk, M., Geuijen, Boelhouwer, M., Spijk-de Jonge, M. & Serra, M. (2020). Verwijspatronen bij praktijkondersteuners Jeugd. *Huisarts en Wetenschap* 63(95), 14-18.

Zwaanswijk, M., Verhaak, PFM., Van der Ende, J., Bensing, JM., Verhulst, FC. (2005). Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Family Practice*, 22(5), pp.498-506

Bijlage 1. AHON-Dataset

Deze scriptie was aanvankelijk opgedeeld in een kwantitatief en kwalitatief onderzoeksdeel. De probleemstelling *‘Welke rol speelt de inzet van POH (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk bij het normaliseren van psychosociale problematiek bij kinderen van 0 tot 18 jaar in Noord-Nederland?’* in dit onderzoek was gespecificeerd in kwantitatieve deelvragen en kwalitatieve deelvragen. Voor het kwantitatieve onderzoeksdeel zou gebruik worden gemaakt van het longitudinale dataset van het Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON). Echter, nadat de dataset gereed was gemaakt voor het onderzoek is gebleken dat er te veel beperkingen waren om antwoord te kunnen geven op de kwantitatieve onderzoeksvragen. In deze bijlage wordt het kwantitatieve onderzoeksproces nog toegelicht. Allereerst wordt de aanleiding beschreven met als volgt de kwantitatieve deelvragen. Verder wordt een beschrijving gegeven van het AHON. Tot slot wordt in paragraaf 1.1 informatie gegeven over de patiëntenpopulatie van de AHON geregistreerde huisartsenpraktijken.

Aanleiding

De aanleiding voor het kwantitatieve onderzoek is dat de functie POH (GGZ) jeugd is ontstaan om de doelstellingen demedicaliseren, normaliseren en ontzorgen opgesteld in de Jeugdwet te realiseren (Gilsing, 2019). Ook komt dit terug in de kernwaarde: ‘Zie de mens, niet het etiket’ die staat beschreven in het functieprofiel van POH (GGZ) (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Hierdoor is het denkbaar dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd in de huisartsenzorg het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder jongeren remt. Onderzoek van Molendrift wijst wel in de richting dat het inzetten van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg kan voorkomen dat kinderen worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Hieruit bleek dat 41% van de kinderen die op het spreekuur komt van een POH (GGZ) jeugd hulp krijgt zonder een doorverwijzing (Molendrift, 2019). Ondanks de doelen van de Jeugdwet is het medicalisering van psychische problemen onder kinderen toegenomen (Piovani, 2019). Uit onderzoek van Piovani en collega’s blijkt namelijk dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie is toegenomen onder kinderen. Ook blijkt uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2020) dat er grote verschillen bestaan tussen gemeenten wat betreft het gebruik van jeugdhulp. Zo maken jongeren in de provincie Groningen en Midden-Limburg naar verhouding het meeste gebruik van jeugdhulp (Centraal Bureau voor Statistiek, 2020b). Zo stelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (2020) dat het nog onbekend is of de aanwezigheid van een POH (GGZ) jeugd een rol speelt bij het verminderen van jeugdhulp. Meer onderzoek naar het inzetten van een POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg, en het aantal doorverwijzingen en medicatiegebruik onder kinderen is van belang. Vanuit maatschappelijk oogpunt was dit onderzoeksdeel ook relevant om het handelen van POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenpraktijk vanuit een sociologische invalshoek te bestuderen. Omdat de bevindingen inzicht konden geven of de samenwerking met een POH (GGZ) jeugd voor huisartsen kan bijdragen aan het

minder vaak doorverwijzen naar de Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ en het verminderen van medicatiegebruik onder kinderen.

Deelvragen

Op basis van deze informatie was de probleemstelling verder gespecificeerd in de volgende kwantitatieve deelvragen.

- Welke verschillen zijn er, tussen huisartsenpraktijken met een POH (GGZ) jeugd in dienst en huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) jeugd in dienst, ten aanzien van het aantal doorverwijzingen van kinderen met psychische problemen naar de generalistische of gespecialiseerde GGZ en het voorschrijven van medicatie?
- Welke verschillen zijn er, tussen huisartsenpraktijken met een POH (GGZ) jeugd in dienst en huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) Jeugd in dienst, ten aanzien van het aantal doorverwijzingen en het voorschrijven van medicatie, per type psychische klachten van kinderen, onderverdeeld in somberheidsklachten, angstklachten, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en autismespectrum problematiek?
- Welke verschillen zijn er, ten aanzien van het aantal doorverwijzingen van kinderen van 0-18 jaar met psychische problemen en het voorschrijven van medicatie, per provincie: Friesland, Groningen en Drenthe?

Kwantitatief onderzoek

Kwantitatief onderzoek stelt de onderzoeker in staat om patronen te vinden en iets te weten te komen over verschillen of verbanden. Binnen kwantitatief onderzoek kan worden nagegaan in welke mate iets het geval is of bij hoeveel eenheden een bepaald kenmerk voorkomt. De resultaten van kwantitatief onderzoek worden vastgelegd in cijfers (Roose & Meuleman, 2017).

Het doel van het kwantitatieve onderzoeksdeel was nagaan in welke mate huisartsenpraktijken waar een POH (GGZ) jeugd is aangesteld normaliserend handelen ten opzichte van huisartsenpraktijken waar geen POH (GGZ) jeugd is aangesteld. Kwantitatief onderzoek was hiervoor het meest geschikt, omdat in cijfers kon worden uitgedrukt of in de verschillende huisartsenpraktijken kinderen en jongeren met psychosociale problematiek in verschillende mate worden doorverwezen naar de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ en in het voorschrijven van medicatie.

Beschrijving AHON

Er zou gebruik worden gemaakt van het longitudinale database van het Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON) om bovenstaande kwantitatieve deelvragen te beantwoorden. Het AHON is een platform die de samenwerking tussen huisartsenpraktijken in de regio en de afdelingen Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde vertegenwoordigt. Het AHON beoogt met deze samenwerking een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van onderzoek en onderwijs. Huisartsen,

onderzoekers, docenten en het opleidingsinstituut kunnen gebruik maken van het AHON-platform (UMCG, z.d.).

De afdelingen Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde beheren sinds 1989 een database, genaamd Registratie Netwerk Groningen (RNG). Per 1 januari 2017 is de database overgenomen door het AHON en is de naam gewijzigd naar 'AHON-database'. Het AHON heeft met de AHON-database als doel om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren. In de eerste plaats dient de database als input voor het onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek. In de tweede plaats biedt de database de mogelijkheid om de aangesloten huisartsenpraktijken te voorzien van spiegelinformatie en feedback (UMCG, z.d.). Spiegelinformatie bestaat uit allerlei soorten informatie die huisartsen kunnen gebruiken om hun zorgverlening te spiegelen aan de normpraktijk, zodat kan worden beoordeeld of een praktijk al dan niet afwijkt van de normpraktijk. Een voorbeeld van informatie zijn cijfers van collega huisartsen of ervaringen van patiënten. Op deze manier worden eventuele problemen zichtbaar gemaakt en kunnen huisartsen van elkaar leren (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2022).

Om toegang te krijgen tot de AHON-database werd een onderzoeksvraag ingediend bij de AHON-commissie. De onderzoeksaanvraag is bijgevoegd in bijlage 2. De AHON-commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de huisartsenpraktijken die zijn aangesloten bij het AHON-netwerk en vertegenwoordigers van de afdeling Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde UMCG (UMCG, z.d.).

De AHON-database bestaat uit routinematige verzamelde zorggegevens die door de aangesloten huisartsenpraktijken in het huisartseninformatiesysteem (HIS) zijn vastgelegd. Deze gegevens worden vastgelegd door praktijkmedewerkers van een huisartsenpraktijk, om de zorg voor hun patiënten te monitoren. Vanuit de huisartsenpraktijken die zijn aangesloten aan het AHON-netwerk worden deze anonieme zorggegevens iedere drie maanden aan het AHON geleverd. Het AHON beschikt over zorggegevens sinds dat een huisartsenpraktijk aangesloten is bij AHON. Dit betekent dat het per huisartsenpraktijk verschilt vanaf wanneer er zorggegevens bekend zijn.

Beperkingen AHON-dataset

Voor het kwantitatieve onderzoeksdeel werd een onderzoeksaanvraag ingediend bij de AHON-commissie, om toegang te krijgen tot de AHON-dataset. De onderzoeksaanvraag werd goedgekeurd, waarna de dataset gereed werd gemaakt voor het onderzoek door medewerkers van het AHON. Nadat de dataset gereed was gemaakt, heeft de AHON-commissie de kwantitatieve onderzoeksvragen nogmaals beoordeeld of het haalbaar was om deze vanuit de AHON-dataset te beantwoorden. Hieruit is gebleken dat het niet mogelijk is om een vergelijking te maken tussen huisartsenpraktijken met en zonder een POH (GGZ) jeugd in dienst. Er kwam namelijk naar voren dat er meerdere beperkingen aan de AHON-dataset zijn die het niet mogelijk maakten om de analyses uit te voeren en hierover uitspraken te doen. Allereerst bleek dat in de AHON-dataset niet te herleiden is in welke aangesloten

huisartsenpraktijken een POH (GGZ) jeugd is aangesteld. Ook is het in de AHON-dataset niet herleidbaar sinds wanneer een POH (GGZ) jeugd werkzaam is bij een aangesloten huisartsenpraktijk. Deze informatie is namelijk niet bekend bij het AHON, doordat het niet wordt geregistreerd. Hierdoor is het niet mogelijk om een onderscheid te maken in huisartsenpraktijken waar een POH (GGZ) jeugd werkzaam is en huisartsenpraktijken waar geen POH (GGZ) jeugd werkzaam is. Een tweede beperking is dat het in de AHON-dataset niet zichtbaar is welke praktijkmedewerker het patiënten consult heeft gerapporteerd in het HIS. Dus is het onbekend of een patiënt bij een POH (GGZ) jeugd of bij een huisarts op consult is geweest. Deze beperkingen zorgden ervoor dat het te gecompliceerd was om de kwantitatieve onderzoeksvragen goed te beantwoorden.

Er is toen in samenspraak met de AHON-commissie besloten om informatie uit de AHON-dataset als achtergrondinformatie ter aanvulling op het kwalitatieve onderzoeksdeel te gebruiken. Met behulp van de AHON-dataset is de patiëntenpopulatie van de AHON geregistreerde huisartsenpraktijken in kaart gebracht. De grafieken bevatten analyses die zijn uitgevoerd met een deel van de AHON-database. Er is namelijk data geselecteerd in de tijdsperiode van 2019 tot en met 2021. Zie onderstaande paragraaf: 1.1 patiëntenpopulatie AHON geregistreerde huisartsenpraktijken.

1.1 Patiëntenpopulatie AHON geregistreerde huisartsenpraktijken

Deze paragraaf is bedoeld om inzicht te geven in de patiëntenpopulatie van alle AHON-geregistreerde huisartsenpraktijken. Van de geïnterviewde POH (GGZ) jeugd zijn acht van de in totaal tien deelnemers werkzaam in één of meerdere van de AHON-geregistreerde huisartsenpraktijk(en). Tevens biedt dit hoofdstuk een beeld over het aantal behandelde patiënten bij de onderzoeksgroep over een periode van drie jaar (2019 tot en met 2021).

De informatie in dit hoofdstuk is verdeeld in drie paragrafen. In de eerste paragraaf wordt allereerst het percentage geregistreerde kinderen en geregistreerde volwassenen in de AHON-populatie weergegeven (totale populatie). In de tweede paragraaf volgt informatie over het percentage geregistreerde kinderen in de AHON-populatie, bij wie aan het patiënten consult een ICPC-code is gekoppeld gerelateerd aan psychosociale problematiek. In de derde paragraaf wordt het proportie geregistreerde kinderen in de AHON-populatie waarbij een ICPC-code gerelateerd aan ADHD is gekoppeld getoond. Tot slot wordt het proportie geregistreerde kinderen in de AHON-populatie waarbij een ICPC-code gerelateerd aan depressie is gekoppeld getoond. Definitie van kinderen is de leeftijd tot en met 18 jaar.

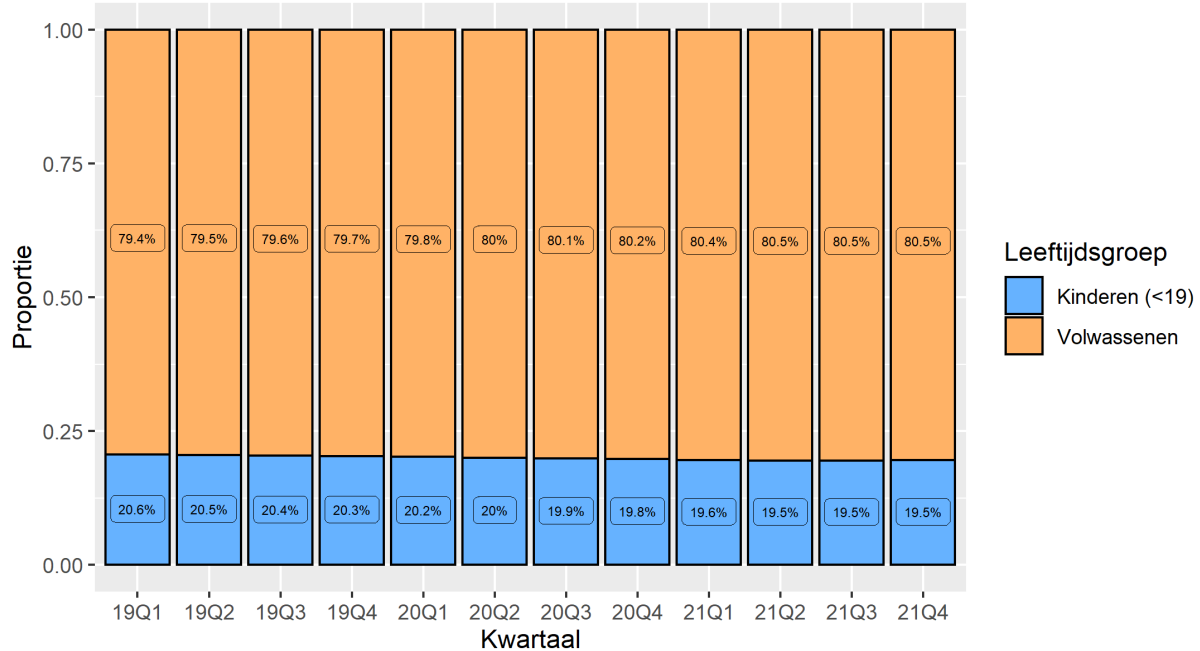
Percentage geregisterde kinderen in AHON-populatie

Er wordt inzichtelijk gemaakt wat het percentage geregistreerde kinderen en volwassenen is in de AHON-populatie. Betreft het percentage kinderen van de geregistreerde AHON-huisartsenpraktijken, is per kwartaal in de periode 2019 t/m 2021 circa 20% van de patiënten geregistreerd als kind. In aantallen is 20% circa 55.000 geregistreerde kinderen per kwartaal. Het percentage kinderen blijft in

de jaren 2019 tot en met 2021 per kwartaal vrij constant. Bovenstaande wordt weergegeven in het staafdiagram in figuur 1. In tabel 1 zijn de aantallen per kwartaal weergegeven.

Bijlage 1. Figuur 1

Proportie geregistreerde kinderen en volwassenen in AHON-populatie



Bijlage 1. Tabel 1

Geregistreerde kinderen en volwassenen in AHON-populatie in aantallen

Jaartal	Kwartaal	Totaal populatie	Volwassenen (in percentages)	Volwassenen (in aantallen)	Kinderen (in percentages)	Kinderen (in aantallen)
2019	Q1	268.000	79%	212.792	21%	55.208
	Q2	270.000	80%	214.650	21%	55.350
	Q3	271.000	80%	215.716	20%	55.284
	Q4	274.000	80%	218.378	20%	55.622
	Gemiddelde	270.750	80%	215.382	20%	55.368
2020	Q1	275.000	80%	219.450	20%	55.550
	Q2	277.000	80%	221.600	20%	55.400
	Q3	279.000	80%	223.479	20%	55.521
	Q4	281.000	80%	225.362	20%	55.638
	Gemiddelde	278.000	80%	222.470	20%	55.531
2021	Q1	282.000	80%	226.728	20%	55.272
	Q2	282.000	81%	227.010	20%	54.990
	Q3	281.000	81%	226.205	20%	54.795
	Q4	279.000	81%	224.595	20%	54.405
	Gemiddelde	281.000	80%	226.135	20%	54.865

Proportie kinderen met consult ICPC code psychosociale problematiek

Er wordt inzichtelijk gemaakt wat het proportie kinderen is met psychosociale problematiek van het totaal aantal geregistreerde kinderen in de AHON-populatie. Deze gegevens zijn bepaald met behulp van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) dat in de huisartsenpraktijken gehanteerd wordt. De praktijkmedewerkers van een huisartsenpraktijk rapporteren het patiënten consult via een SOEP-

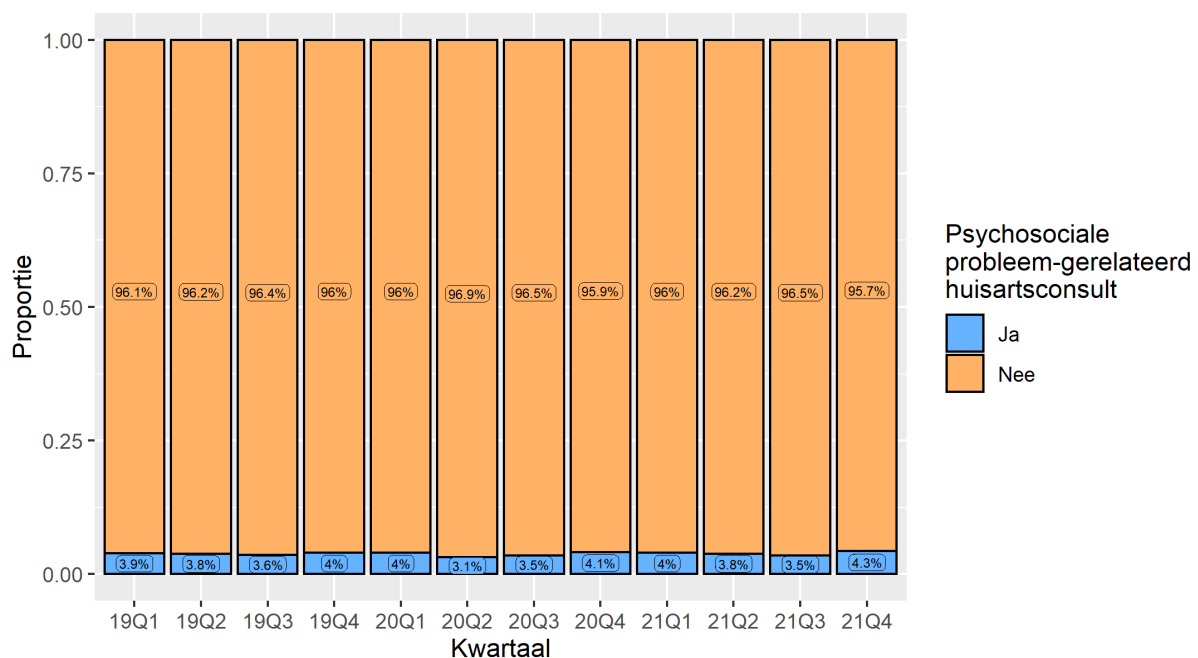
rapportage in het HIS. Aan deze SOEP-rapportages koppelen de praktijkmedewerkers een ICPC-codes. De betekenis van deze afkortingen (SOEP en ICPC) staan beschreven in het methodologie hoofdstuk, paragraaf 3.2 overzicht van centrale begrippen.

Met behulp van de SOEP-registraties en ICPC-codes is in de periode 2019 tot en met 2021 gekeken wat de proportie kinderen is waar aan het patiënten consult een ICPC-codes is gekoppeld die behoort tot psychosociale problematiek. De codes die volgens de ICPC-registraties behoren tot psychosociale problematiek hebben de letter P of Z met daaraan een getal gekoppeld. De P staat voor psychische problematiek en de Z voor sociale problematiek. Een voorbeeld van een P ICPC-code is P76 depressie, en een voorbeeld van een Z ICPC code is Z01 armoede/financieel probleem. De informatie in deze paragraaf over psychosociale problematiek betreft niet alle P en Z ICPC codes uit het registratiesysteem. Van alle P en Z codes is een selectie gemaakt. De geselecteerde P en Z ICPC codes worden weergegeven in tabel 4 van bijlage 1.

Er is in de periode 2019 tot en met 2021 per kwartaal gekeken wat het percentage kinderen is waarbij een P of Z ICPC-code is gekoppeld aan het patiëntconsult. Van het totaal aantal geregistreerde kinderen in de AHON-populatie heeft circa 3,1 % tot 4,3% per kwartaal een P of Z ICPC-code gekregen tijdens een consult met een praktijkmedewerker in de periode van 2019 tot en met 2021. In aantallen is dit circa 2.100 kinderen per kwartaal. Dit wordt weergegeven in onderstaande staafdiagram in figuur 2. In tabel 2 zijn de aantallen per kwartaal weergegeven.

Bijlage 1. Figuur 2

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code psychosociale problematiek is gekoppeld in percentages



Bijlage 1. Tabel 2

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code psychosociale problemen is gekoppeld in aantallen

Jaartal	Kwartaal	Populatie kinderen	Consult kind met psychosociale problematiek (in percentages)	Consult kind met psychosociale problematiek (in aantallen)	Consult kind zonder psychosociale problematiek (in percentages)	Consult kind zonder psychosociale problematiek (in aantallen)
2019	Q1	55.208	4%	2.153	96%	53.055
	Q2	55.350	4%	2.103	96%	53.247
	Q3	55.284	4%	1.990	96%	53.294
	Q4	55.622	4%	2.225	96%	53.397
	Gemiddelde	55.368	4%	2.118	96%	53.251
2020	Q1	55.550	4%	2.222	96%	53.328
	Q2	55.400	3%	1.717	97%	53.683
	Q3	55.521	4%	1.943	97%	53.578
	Q4	55.638	4%	2.281	96%	53.357
	Gemiddelde	55.531	4%	2.041	96%	53.490
2021	Q1	55.272	4%	2.211	96%	53.061
	Q2	54.990	4%	2.090	96%	52.900
	Q3	54.795	4%	1.918	97%	52.877
	Q4	54.405	4%	2.339	96%	52.066
	Gemiddelde	54.865	4%	2.140	96%	52.726

Bijlage 1. Tabel 3

Alle geselecteerde P en Z ICPC codes

P ICPC codes - psychische problematiek	
P01 Angstig/nervuus/gespannen gevoel	P22 Andere zorgen gedrag kind
P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie P02.01 Post-traumatische stressstoornis	P23 Andere zorgen gedrag adolescent
P03 Down/depressief gevoel	P25 Levensfaseprobleem volwassene
P04 Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	P29 Andere psych. Symptomen/klachten
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	P74 Angststoornis/angsttoestand <i>P74.01 Paniekaanvallen/stoornis</i> <i>P74.02 Gegeneraliseerde angststoornis</i>
P11 Eetprobleem(en) bij kind	P76 Depressie
P20 Geheugen-/conc-/oriënt stoornissen	P77 Suicidepoging <i>P77.01 Suicidepoging</i> <i>P77.02 Suicide</i>
P21 Overactief kind/hyperkinetisch syndr.	P99 Andere psychische stoornissen
Z ICPC codes - sociale problematiek	
Z01 Armoede/financieel probleem	Z15 Verlies/overlijden van partner
Z02 Probleem met voedsel/water	Z16 Relatieprobleem met kind <i>Z16.01 Mishandeling/seksueel misbruik van kind</i> <i>Z16.02 Verwaarlozing van kind</i> <i>Z16.03 Opvoeding van kind buiten gezinsverband</i>
Z03 Probleem met huisvesting/buurt <i>Z03.01 Inadequate behuizing</i> <i>Z03.02 Dakloos</i> <i>Z03.03 Burenruzie/lawaai/overlast</i>	Z18 Probleem met ziekte van kind

Z04 Probleem met soc./cult. Achtergrond Z04.01 Discriminatie ras/religie/sekse Z04.02 Probleem door illegaal verblijf Z04.03 Eenzaamheid Z04.04 Probleem met pensionering Z04.05 Empty nest syndrome	Z19 Verlies/overlijden van kind
Z05 Probleem met werksituatie Z05.01 Dreigend ontslag Z05.02 Arbeidsconflict/probleem met collega's Z05.03 Hoge werkdruk Z05.04 Blootstelling aan lawaai op werk Z05.05 Blootstelling aan toxische stoffen op werk	Z20 Relatieprobleem met ouders/familie
Z06 Probleem met werkloosheid	Z21 Probleem met gedrag van ouders/familie Z21.01 Probl. met verslaving van ouders/familie Z21.02 Probleem met agressie van ouders/familie
Z07 Probleem met opleiding Z07.01 Analfabetisme Z07.02 Achterblijven/blijven zitten op school Z07.03 Gezakt voor examen	Z22 Probleem met ziekte van ouders/familie
Z08 Probleem met soc. verz./welzijnszorg Z08.01 Probleem met ziekewet/WAO Z08.02 Probleem met bijstand	Z23 Verlies/overlijden van ouders/familie
Z09 Probleem met justitie/politie Z09.01 Gevangenschap/gevangenisstraf Z09.02 Probleem met voogdijschap/alimentatie	Z24 Relatieprobleem met vrienden
Z10 Prbl. toegank./beschikb. gezondhdszrg. Z10.01 Wachten op behandeling Z10.02 Wachten op plaats verzorg. - /verpleeghuis	Z25 Probleem ten gevolge van geweld Z25.01 Probl. tgv. aanranding/verkrachting
Z11 Probleem met ziek zijn	Z27 Angst een sociaal probleem te hebben
Z12 Relatieprobleem met partner Z12.01 Scheiding van partner Z12.02 Mishandeling/seks. misbr. door partner	Z28 Sociale functiebeperking/handicap
Z13 Probleem met gedrag van partner Z13.01 Probleem met verslaving van partner Z13.02 Probleem met agressie van partner Z13.03 Probleem met ontrouw van partner	Z29 Ander sociaal probleem Z29.01 Burn-out Z29.02 Gebrek aan vrije tijd/ontspanning Z29.03 Afhankelijkheid van anderen
Z14 Probleem met ziekte van partner	

Proportie kinderen met consult ICPC code overactief kind/hyperkinetisch syndroom

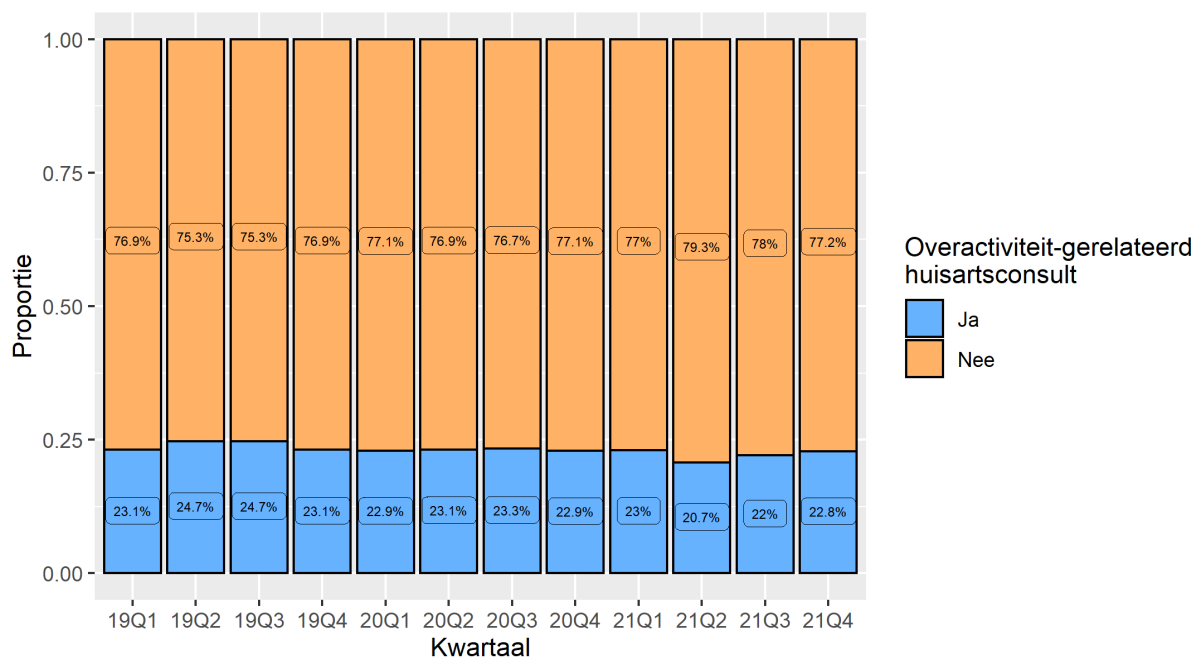
Aan alle deelnemende POH (GGZ) jeugd is tijdens het interview een vignet voorgelegd. Het vignet ging over een jongen waarbij zijn gedrag voldoet aan de criteria van ADHD. Er is daarom voor gekozen om inzichtelijk te maken wat de proportie geregistreerde kinderen met een ICPC-code P21 overactief kind/hyperkinetisch syndroom is. Praktijkmedewerkers binnen de huisartsenzorg registreren klachten volgens de ICPC. In de ICPC registratie is geen code 'ADHD' opgenomen.

Praktijkmedewerkers hanteren het vaakst ICPC-code P21, als klachten van kinderen passen bij de criteria volgens de DSM diagnose ADHD (Prins & van Dijk, 2015).

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in het proportie kinderen met ICPC code P21 van het totaal aantal kinderen met psychosociale problematiek. Het betreft kinderen waarbij in de periode van 2019 tot en met 2021 tijdens een consult de ICPC-code P21 overactief kind/hyperkinetisch syndroom is gekoppeld aan de SOEP-rapportage. Hieruit is gebleken dat bij circa 20,7% tot en met 24,7% van de kinderen met psychosociale problematiek in de periode van 2019 tot en met 2021 per kwartaal een ICPC-code P21 overactief kind/hyperkinetisch syndroom is gekoppeld aan het patiëntconsult. Hieruit kan worden opgemaakt dat circa één op de vier kinderen met psychosociale problematiek kinderen betreft met een ICPC-code gerelateerd aan ADHD. Dit is in aantallen in 2019 gemiddeld 12.869 geregistreerde kinderen, in 2020 gemiddeld 12.320 geregistreerde kinderen en in 2021 gemiddeld 11.547 geregistreerde kinderen. Dit wordt weergegeven in onderstaande staafdiagram in figuur 3. In tabel 4 zijn de aantallen per kwartaal weergegeven.

Bijlage 1. Figuur 3

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code overactief kind/hyperkinetisch syndroom is gekoppeld in percentages



Bijlage 1. Tabel 4

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code overactief kind/hyperkinetisch syndroom is gekoppeld in aantallen

Jaartal	Kwartaal	Populatie kinderen	Consult met code overactief kind/hyperkinetisch syndroom (in percentages)	Consult met code overactief kind/hyperkinetisch syndroom (in aantallen)	Consult zonder code overactief kind/hyperkinetisch syndroom (in percentages)	Consult zonder code overactief kind/hyperkinetisch syndroom (in aantallen)
2019	Q1	53.055	23%	12.256	77%	40.799
	Q2	53.247	25%	13.152	75%	40.095
	Q3	53.294	25%	13.164	75%	40.130
	Q4	53.397	23%	12.335	77%	41.062
	Gemiddelde	53.251	24%	12.869	76%	40.382
2020	Q1	53.328	23%	12.212	77%	41.116
	Q2	53.683	23%	12.401	77%	41.282
	Q3	53.578	23%	12.376	77%	41.201
	Q4	53.357	23%	12.219	77%	41.138
	Gemiddelde	53.490	23%	12.320	77%	41.169
2021	Q1	53.061	23%	12.204	77%	40.857
	Q2	52.900	21%	10.950	79%	41.950
	Q3	52.877	22%	11.633	78%	41.244
	Q4	52.066	23%	11.871	77%	40.195
	Gemiddelde	52.726	22%	11.547	78%	41.179

Proportie kinderen met consult ICPC code depressief gevoel/depressie

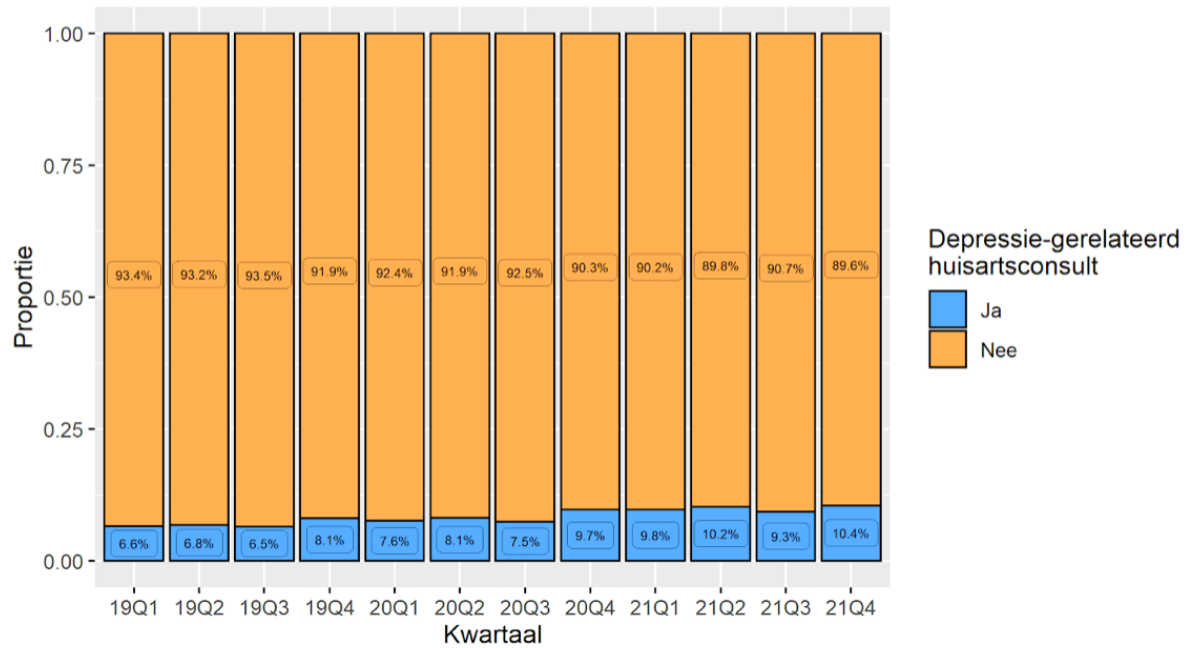
Er wordt inzicht gegeven in het proportie kinderen met een ICPC-code P03 Down/depressief gevoel en P76 Depressie van het totaal aantal kinderen met psychosociale problematiek. Het betreft het aantal geregistreerde kinderen in de periode van 2019 t/m 2021 van de AHON-populatie. Hieruit is gebleken dat in de periode van 2019 t/m 2021 per kwartaal bij 6.6% tot 10.4% van de kinderen met psychosociale problematiek, ICPC-code P03 of P76 is gekoppeld aan het patiënten consult. Opvallend is dat het percentage per kwartaal toeneemt. Met name blijkt dat vanaf 2020 het aantal patiënten consulten met een ICPC-code depressief gevoel of depressie is toegenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de Covid-19 pandemie die in januari 2020 begon.

Dit wordt weergegeven in onderstaande staafdiagram in figuur 4. In tabel 5 is het in aantallen per kwartaal weergegeven.

Bijlage 1. Figuur 4

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code depressief gevoel/depressie is gekoppeld in percentages

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes



Bijlage 1. Tabel 5

Proportie kinderen in AHON-populatie, met consult waaraan code depressief gevoel/depressie is gekoppeld in aantallen

Jaartal	Kwartaal	Populatie kinderen	Consult met code depressief gevoel/depressie (in percentages)	Consult met code depressief gevoel/depressie (in aantallen)	Consult zonder code depressief gevoel/depressie (in percentages)	Consult zonder code depressief gevoel/depressie (in aantallen)
2019	Q1	40.799	7%	2.774	93%	38.025
	Q2	40.095	7%	2.726	93%	37.368
	Q3	40.130	7%	2.608	94%	37.522
	Q4	41.062	8%	3.326	92%	37.736
	Gemiddelde	40.382	7%	2.847	93%	37.535
2020	Q1	41.116	8%	3.125	92%	37.991
	Q2	41.282	8%	3.344	92%	37.938
	Q3	41.201	8%	3.090	93%	38.111
	Q4	41.138	10%	3.990	90%	37.148
	Gemiddelde	41.169	8%	3.386	92%	37.783
2021	Q1	40.857	10%	4.167	90%	36.690
	Q2	41.950	9%	3.901	91%	38.049
	Q3	41.244	9%	3.836	91%	37.408
	Q4	40.195	10%	4.180	90%	36.014
	Gemiddelde	41.061	10%	4.024	90%	37.037

Bijlage 2. Onderzoeksaanvraag AHON-database



Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk

Onderzoeksaanvraag AHON-database

In te vullen door de onderzoeker. Indien aanwezig, onderzoeksprotocol meesturen als bijlage.

Let op: De AHON-commissie bestaat uit huisartsen en wetenschappers (met én zonder arts-achtergrond)

Algemene gegevens

Titel project	Normaliseren in de jeugdhulp: werkwijze van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd
Datum aanvraag + versie	5 april 2022
Coördinerend onderzoeker (aanvrager) naam, functie, email	Gonda Tammes MSc-student sociologie: gezondheid zorg en welzijn Rijksuniversiteit Groningen h.j.tammes@student.rug.nl
Hoofd onderzoeker(s)/Projectleider naam, functie, email	Gonda Tammes MSc-student sociologie: gezondheid zorg en welzijn Rijksuniversiteit Groningen h.j.tammes@student.rug.nl
Opdrachtgever naam, functie, email	Begeleiding vanuit Hogeschool Windesheim, lectoraat Jeugd: Naam: Eva van Dijk Functie: Onderzoeker Email: e.van.dijk@windesheim.nl Begeleiding vanuit Rijksuniversiteit Groningen: Naam: Donald van Tol Functie: Docent Rijksuniversiteit Groningen Sociologie en huisartsengeneeskunde UMCG Email: d.g.van.tol@rug.nl
Organisatie, afdeling Naam en aangeven relatie t.o.v. AHON: internationaal, nationaal, regionaal, consortium IOH/1e lijn, UMCG, afdeling H&O	Rijksuniversiteit Groningen Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen Sociologie van gezondheid, zorg en welzijn
METC goedkeuring? Indien aanwezig METC goedkeuring graag meesturen	n.v.t.
Financiering onderzoek¹ verzekeraar, farma/verzekeraar door onderzoeker geïnitieerd, collectebusfonds of vergelijkbaar	Student project

¹ Rechtstreekse aanvragen van farmaceutische of andere industrie worden niet in behandeling genomen.

Onderzoeksgegevens

Achtergrond

<p>Rationale Referenties kunnen worden toegevoegd in het desbetreffende vak aan het eind van dit formulier</p>	
<p>Doel van de studie</p>	<p>Het doel van deze studie is om te kijken of de praktijkondersteuner (GGZ) jeugd zorgt voor meer normalisering en minder medicalisering als het gaat om jongeren met psychische problemen en moeilijk of afwijkend gedrag. Ik wil dit onderzoeken door te kijken of sinds de komst van de praktijkondersteuner (GGZ) jeugd, er minder jongeren worden doorverwezen naar de tweedelijns specialistische GGZ.</p>
<p>Onderzoeksvraag (en hypothese)</p>	<p>Onderzoeksvraag Hoe handelen praktijkondersteuners (GGZ) jeugd bij het doorverwijzen van jongeren van 0 tot 18 jaar met psychische problemen naar de tweedelijns specialistische GGZ ten opzichte van huisartsen in Noord-Nederland?</p> <p>Deelvragen Dit wordt verder gespecificeerd in drie deelvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verschillen per type psychische klachten van jongeren: somberheidsklachten, angstklachten, ADHD en autismespectrum problematiek – Verschillen per regio: Friesland, Groningen en Drenthe <p>Hypothese In huisartsenpraktijken met een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd in dienst worden jongeren met psychische klachten minder vaak doorverwezen naar de basis en gespecialiseerde GGZ dan in huisartsenpraktijken zonder een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd in dienst.</p> <p>Optioneel als vervolg op bovenstaande bevindingen: Als volgt wordt ingegaan op de normaliserende demedicaliserende werkwijze van praktijkondersteuners GGZ jeugd die wordt beschreven in de literatuur, zodat inzicht wordt verkregen in de visie van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd ten aanzien van psychische klachten onder jongeren en wordt vanuit de theorie rondom medicalisering en normalisering benaderd.</p>

Opzet studie

<p>Opzet studie</p>	<p>De studie zal twee onderdelen betreffen als het gaat om de dataverzameling.</p> <p>Allereerst kan met behulp van de longitudinale database van het Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON) antwoord worden gegeven op de vraag of het inzetten van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk het aantal verwijzingen van jongeren met psychische klachten naar de tweedelijnszorg verminderd ten opzichte van huisartsenpraktijken waarin</p>
----------------------------	---

	<p>geen praktijkondersteuner (GGZ) jeugd werkzaam is, waar dus de huisarts degene is die jongeren met psychische klachten doorverwijzen naar de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hiervoor is het nodig om in de database van AHON te kijken naar de klachtenomschrijving van jongeren en naar het plan (wel/niet verwijzen) die POH/huisartsen inzetten.</p> <p>Optioneel als vervolg op bovenstaande bevindingen: Als vervolg op de bevindingen die voortkomen uit de database, is de tweede stap het interviewen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd. Met behulp van de interviews kan de visie van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd op het normaliseren en demedicaliseren nader worden onderzocht.</p>
Tijdspad van onderzoek	<p>Week 17: Onderzoeksopzet (inleiding, theorie en methode)</p> <p>Week 19-21: Data AHON analyseren en verwerken</p> <p>Week 22-24: Uitvoeren en uitwerken van interviews met praktijkondersteuners (GGZ) jeugd</p> <p>Week 25: Start en uitvoer resultatenhoofdstuk</p> <p>Week 26: Start en uitvoer conclusie- en discussiehoofdstuk.</p> <p>Week 31: Afronden scriptie</p>
Uiterste datum levering van data	Het liefst zo snel als mogelijk.
Opgenomen begroting data fee en datamanagement	n.v.t.

Specificatie van de benodigde data

<p>Specificatie van de benodigde data - 1</p> <p>ICPC-code(s):</p> <p>ATC-code(s):</p> <p>Anders, nl.:</p>	<p>ICPC-codes:</p> <p><u>P Psychische problemen</u></p> <p>P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel</p> <p>P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie</p> <p> P02.01 Post-traumatische stressstoornis</p> <p>P03 Down/depressief gevoel</p> <p>P04 Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag</p> <p>P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis</p> <p>P11 Eetprobleem(en) bij kind</p> <p>P20 Geheugen-/conc-/oriënt stoornissen</p> <p>P21 Overactief kind/hyperkinetisch syndr.</p> <p>P22 Andere zorgen gedrag kind</p> <p>P23 Andere zorgen gedrag adolescent</p> <p>P25 Levensfaseprobleem volwassene</p> <p>P29 Andere psych. Symptomen/klachten</p> <p>P74 Angststoornis/angsttoestand</p> <p> P74.01 Paniekaanvallen/stoornis</p> <p> P74.02 Geeneraliseerde angststoornis</p> <p>P76 Depressie</p> <p>P77 Suïcidepoging</p> <p> P77.01 Suïcidepoging</p> <p> P77.02 Suïcide</p> <p>P99 Andere psychische stoornissen</p> <p><u>Z sociale problemen</u></p> <p>Z01 Armoede/financieel probleem</p>
--	---

	<p>Z02 Probleem met voedsel/water</p> <p>Z03 Probleem met huisvesting/buurt</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z03.01 Inadequate behuizing</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z03.02 Dakloos</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z03.03 Burenruzie/lawaai/overlast</i></p> <p>Z04 Probleem met soc./cult. Achtergrond</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z04.01 Discriminatie ras/religie/sekse</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z04.02 Probleem door illegaal verblijf</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z04.03 Eenzaamheid</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z04.04 Probleem met pensionering</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z04.05 Empty nest syndrome</i></p> <p>Z05 Probleem met werksituatie</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z05.01 Dreigend ontslag</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z05.02 Arbeidsconflict/probleem met collega's</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z05.03 Hoge werkdruk</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z05.04 Blootstelling aan lawaai op werk</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z05.05 Blootstelling aan toxische stoffen op werk</i></p> <p>Z06 Probleem met werkloosheid</p> <p>Z07 Probleem met opleiding</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z07.01 Analfabetisme</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z07.02 Achterblijven/blijven zitten op school</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z07.03 Gezakt voor examen</i></p> <p>Z08 Probleem met soc. verz./welzijnszorg</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z08.01 Probleem met ziektewet/WAO</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z08.02 Probleem met bijstand</i></p> <p>Z09 Probleem met justitie/politie</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z09.01 Gevangenschap/gevangenisstraf</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z09.02 Probleem met voogdijschap/alimentatie</i></p> <p>Z10 Prbl. toegank./beschikb. gezondheidszorg.</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z10.01 Wachten op behandeling</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z10.02 Wachten op plaats verzorg. -/verpleeghuis</i></p> <p>Z11 Probleem met ziek zijn</p> <p>Z12 Relatieprobleem met partner</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z12.01 Scheiding van partner</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z12.02 Mishandeling/seks. misbr. door partner</i></p> <p>Z13 Probleem met gedrag van partner</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z13.01 Probleem met verslaving van partner</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z13.02 Probleem met agressie van partner</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z13.03 Probleem met ontrouw van partner</i></p> <p>Z14 Probleem met ziekte van partner</p> <p>Z15 Verlies/overlijden van partner</p> <p>Z16 Relatieprobleem met kind</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z16.01 Mishandeling/seksueel misbruik van kind</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z16.02 Verwaarlozing van kind</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z16.03 Opvoeding van kind buiten gezinsverband</i></p> <p>Z18 Probleem met ziekte van kind</p> <p>Z19 Verlies/overlijden van kind</p> <p>Z20 Relatieprobleem met ouders/familie</p> <p>Z21 Probleem met gedrag van ouders/familie</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z21.01 Probl. met verslaving van ouders/familie</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Z21.02 Probleem met agressie van ouders/familie</i></p> <p>Z22 Probleem met ziekte van ouders/familie</p> <p>Z23 Verlies/overlijden van ouders/familie</p> <p>Z24 Relatieprobleem met vrienden</p>
--	--

	<p>Z25 Probleem ten gevolge van geweld <i>Z25.01 Probl. tgv. aanranding/verkrachting</i> Z27 Angst een sociaal probleem te hebben Z28 Sociale functiebeperking/handicap Z29 Ander sociaal probleem <i>Z29.01 Burn-out</i> <i>Z29.02 Gebrek aan vrije tijd/ontspanning</i> <i>Z29.03 Afhankelijkheid van anderen</i></p> <p>Met behulp van de ICPC-codes die aan de klachten van jongeren worden gekoppeld, kan een onderscheid worden gemaakt in het type klacht.</p> <p>SOEP-rapportage</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informatie uit de P-regel van zowel huisartsenpraktijken met een praktijkondersteuners (GGZ) jeugd als huisartsenpraktijken zonder een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd, zodat op basis van deze informatie kan worden bepaald of jongeren zijn doorverwezen naar de basis/gespecialiseerde GGZ. – Informatie uit de E-regel: voor de evaluatie van Bovenstaande data uit het jaar 2020/2021
--	--

Relevantie en belasting

<p>Relevantie voor huisartsgeneeskunde Korte beschrijving</p>	<p>Naar aanleiding van de stelselwijziging van de GGZ in 2014 en de Jeugdwet in 2015 hebben huisartsen een nog belangrijkere rol gekregen dan voorheen in het signaleren, behandelen of verwijzen van jeugdigen met psychische klachten. Dit om de verschuiving van psychische hulp naar de eerste echelon te bewerkstelligen. Hiervoor kunnen huisartsen ondersteuning krijgen in de vorm van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd (Trimbos-Instituut, 2014; Bucx, de Groot, Hageraats & Pehlihan, 2018).</p> <p>De raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waarschuwt in hun rapport <i>“Recept voor maatschappelijke probleem. Medicalisering van levensfasen”</i> uitgegeven in maart 2017 dat bepaalde psychische problemen van jongeren verband kunnen houden met specifieke levensfasen of sociale factoren, maar het risico lopen te worden geïnterpreteerd als individuele medische problemen. De RVS geeft het advies om problemen van jongeren niet alleen vanuit een medische invalshoek te benaderen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). In het functieprofiel van de POH (GGZ) wordt dan ook als kernwaarde genoemd: ‘Zie de mens, niet het etiket’ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Kortom, praktijkondersteuners (GGZ) jeugd kunnen een belangrijke rol spelen in de normaliserende benadering van psychische problemen onder jongeren. Voor een normaliserende benadering is het van belang om niet te snel psychiatrische classificaties toe te kennen en medicijnen voor te schrijven aan jongeren (Tordoir & van Vught, 2020).</p>
---	---

	<p>Echter, uit eerder onderzoek van Piovani, Clevenna & Bonati (2019) blijkt dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie juist is toegenomen onder jongeren. Ook uit onderzoek van Bröcking & Vlaardingerbroek (2019) blijkt dat er vooralsnog geen afname is van duurdere gespecialiseerde jeugdhulp. Zo, maakten in 2015 toen de Jeugdwet werd ingevoerd 363.310 jongeren gebruik van jeugdhulp, in 2019 waren dit 420.990 jongeren. In een periode van vier jaar is dit een stijging van 18.6%. Hierbij gaat het alleen over jeugdhulp en niet over andere vormen zoals jeugdbescherming en jeugdreclassering (Centraal Bureau voor Statistiek, 2020).</p> <p>Bovenstaande bevindingen zijn tegenstrijdig met de doelen die zijn gesteld in de Jeugdwet om te normaliseren en demedicaliseren (Friele et al., 2018). Eerder onderzoek heeft zich met name gericht op de ervaringen van huisartsen en patiënten met de praktijkondersteuners (GGZ) jeugd en hoe praktijkondersteuners (GGZ) jeugd hun functie ervaren. Waaruit naar voren kwam dat alle partijen over het algemeen tevreden zijn over het functioneren van de POH-GGZ-jeugd (Jonker et al., 2020). Ook is er onderzoek gedaan of de kenmerken van jongeren of het aantal hulpvragen zijn gerelateerd aan de verwijspatronen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd. Hieruit is bekend dat jongens en meisjes in verschillende mate worden doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ (Zwaanswijk, Geuijen, Boelhouwer, Spijk-de Jonge & Serra, 2020). Daarentegen is nog niet bekend of het inzetten van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk kan bijdragen aan het afremmen van het aantal verwijzingen naar de basis en gespecialiseerde GGZ. Hierbij zouden praktijkondersteuners (GGZ) jeugd een werkwijze hanteren die aansluit bij het proces van demedicaliseren en normaliseren. Echter, is er nog weinig bekend over hun visie op het normaliseren van psychische problemen van jongeren.</p> <p>Het is voor de huisartsengeneeskunde relevant om het handelen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd binnen de huisartsenpraktijk vanuit een sociologische invalshoek te bestuderen, omdat de bevindingen inzicht kunnen geven of het voor huisartsen het samenwerken met een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd bijdraagt aan het minder vaak doorverwijzen naar de basis/gespecialiseerde GGZ en het over-medicaliseren van psychische problemen onder jongeren.</p>
<p>Hoe (of waar) worden de resultaten van het onderzoek gedeeld? Publicatie (internationaal/nationaal), congres, wetenschappelijke stage, patiëntbespreking, FTO-overleg, anders nl.</p>	<p>Wetenschappelijke stage: opname in de theses repository van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen (GMW).</p>

Aanvullend

<p>Referenties (max. 5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R. & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? <i>Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen</i> (96), 342–347. https://doi.org/10.1007/s12508-018-0205-3 2. Bröcking, B., & Vlaardingerbroek, P. (2019). Greep op de jeugdhulp: handreikingen voor gemeentelijke regievoering. <i>Jeugdbeleid</i>, 13(2), 107-119. 3. Centraal Bureau voor Statistiek. (2020). <i>Ontwikkelingen van de jeugdzorg 2015-2020</i>. Geraadpleegd van, https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2020/ontwikkeling-van-de-jeugdzorg-2015-2019/ 4. Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., De Boer, R., Bucx, A. J. E. H., De Groot, J. F., ... & Hageraats, R. (2018). Eerste evaluatie Jeugdwet. <i>Na de transitie nu de transformatie</i>. Den Haag: ZonMw. 5. Jonker, T., Remmelts, H., Huyghen, AM. <i>et al.</i> Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd. <i>Huisarts Wet</i> 63, 33–37 (2020). https://doi.org/10.1007/s12445-020-0854-8 6. Mok, L., Wenning, H., & Vries, I. A. (Eds.). (2016). <i>Handboek POH-GGZ</i>. Bohn Stafleu van Loghum. 7. Piovani, D., Clavenna, A., & Bonati, M. (2019). Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. <i>European Journal of Clinical Pharmacology</i>, 75(10), 1333-1346. 8. Tordoir, A., & van Vught, A. (2020). Ervaringen met de VS-ggz in de huisartsenpraktijk. <i>TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap</i>, 130(6), 22-24. 9. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). <i>Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen</i>. Geraadpleegd van, https://www.raadvv.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem 10. Trimbos-Instituut. (2014). <i>Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: Terugblik, stand van zaken en vooruitblik</i>. Geraadpleegd van, https://www.trimbos.nl/docs/ef71d19b-a46b-4bd1-b7e0-f35f9f52e5a5.pdf 11. Zwaanswijk, Marieke, Pauline Geuijen, Marieke Boelhouwer, Marieke Spijk-de Jonge, and Marike Serra. "Verwijspatronen bij praktijkondersteuners jeugd." <i>Huisarts en wetenschap</i> 63, no. 5 (2020): 14-18.
<p>Eventuele opmerking</p>	

Bijlage 3. Onderzoeksaanvraag AHON-netwerk interviews



Onderzoeksaanvraag AHON (algemeen)

In te vullen door de onderzoeker. Indien aanwezig, onderzoeksprotocol meesturen als bijlage.

Let op: De AHON-commissie bestaat uit huisartsen en wetenschappers (met én zonder arts-achtergrond)

Algemene gegevens

Titel project	Normaliseren en demedicaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuners GGZ Jeugd
Datum aanvraag + versie	30 mei 2022
Coördinerend onderzoeker (aanvrager) Naam, functie, email	Gonda Tammes MSc-student Sociologie: Gezondheid, Zorg en Welzijn Rijksuniversiteit Groningen h.j.tammes@student.rug.nl
Hoofd onderzoeker(s)/Projectleider Naam, functie, email	Gonda Tammes MSc-student Sociologie: Gezondheid, Zorg en Welzijn Rijksuniversiteit Groningen h.j.tammes@student.rug.nl
Opdrachtgever Naam, functie, email	Begeleiding vanuit het Lectoraat Jeugd van Hogeschool Windesheim. Naam: Eva van Dijk Functie: Onderzoeker Email: e.van.dijk@windesheim.nl Begeleiding vanuit Rijksuniversiteit Groningen. Naam: Donald van Tol Functie: Rijksuniversiteit Groningen Sociologie en huisartsengeneeskunde UMCG Email: d.g.van.tol@rug.nl
Organisatie, afdeling Naam en aangeven relatie t.o.v. AHON: internationaal, nationaal, regionaal, consortium IOH/1e lijn, UMCG, afdeling H&O	Rijksuniversiteit Groningen Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen Sociologie van Gezondheid, Zorg en Welzijn
METC goedkeuring? Indien aanwezig METC goedkeuring graag meesturen	N.v.t.

<p>Financiering onderzoek² Verzekeraar, farma/verzekeraar door onderzoeker geïnitieerd, collectebusfonds of vergelijkbaar</p>	<p>Betreft een student project.</p>
---	-------------------------------------

¹ Rechtstreekse aanvragen van farmaceutische of andere industrie worden niet in behandeling genomen.

Onderzoeksgegevens

Achtergrond

<p>Rationale Referenties kunnen worden toegevoegd in het desbetreffende vak aan het eind van dit formulier</p>	
<p>Doel van de studie</p>	<p>Het doel van deze studie is om te kijken of praktijkondersteuners (POH) (GGZ) jeugd normaliserend en demedicaliserend werken als het gaat om kinderen en jongeren met psychische problemen en moeilijk of afwijkend gedrag. Ik wil dit onderzoeken op twee manieren.</p> <p>In de eerste plaats door te kijken of sinds de komst van de POH (GGZ) jeugd er minder kinderen en jongeren worden doorverwezen naar de Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ en zij minder medicatie krijgen voorgeschreven dan in huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) Jeugd.</p> <p>In de tweede plaats door te kijken wat de visie en werkwijze is van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van normaliseren.</p>
<p>Onderzoeksvraag (en hypothese)</p>	<p>Probleemstelling Wat is de rol van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk betreft het normaliseren/demedicaliseren van psychische problemen bij kinderen van 0-18 jaar in Noord-Nederland?</p> <p>De probleemstelling wordt verder gespecificeerd met behulp van de volgende deelvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Welke verschillen zijn er, tussen huisartsenpraktijken met een POH (GGZ) jeugd in dienst en huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) jeugd in dienst, in het aantal doorverwijzingen van jongeren met psychische problemen naar de generalistische of gespecialiseerde GGZ en het voorschrijven van medicatie? – Welke verschillen zijn er, tussen huisartsenpraktijken met een POH (GGZ) jeugd in dienst en huisartsenpraktijken zonder een POH (GGZ) Jeugd in dienst, in het aantal doorverwijzingen en het voorschrijven van medicatie, per type psychische klachten van jongeren, onderverdeeld in somberheidsklachten, angstklachten, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en autismespectrum problematiek? – Welke verschillen zijn er, in het aantal doorverwijzingen van jongeren van 0-18 jaar met psychische problemen en het

	<p>voorschrijven van medicatie, per provincie: Friesland, Groningen en Drenthe?</p> <p>– Wat is de visie en werkwijze van POH (GGZ) jeugd ten aanzien van het normaliseren van psychische problemen bij jongeren van 0-18 jaar?</p>
--	---

Opzet studie

<p>Opzet studie Inclusief beschrijving design: bijvoorbeeld gerandomiseerd, pragmatisch onderzoek, retrospectief observationeel cohort onderzoek, experimenteel voor- en na onderzoek</p>	<p>Dit onderzoek betreft een kwalitatieve dataverzamelmethode. Kwalitatief onderzoek wordt gekenmerkt door een benadering die het mogelijk maakt de ervaringen van mensen in detail te onderzoeken, door het gebruik van een specifiek geheel van onderzoeksmethoden. Deze onderzoeksmethoden zijn open van structuur, waardoor het mogelijk is een bepaald thema of vraagstuk te verkennen. Een kwalitatief onderzoeker zoekt naar meer toelichting en het verkrijgen van context rondom een thema, om de ervaringen en het gedrag van mensen beter te kunnen begrijpen. Bij het doen van kwalitatief onderzoek wordt gezocht naar wetmatigheden, waarbij theorievorming wordt beoogd. Voor het verkrijgen van deze informatie is het van belang dat participanten hun eigen verhaal rondom het thema kunnen vertellen (Hennink, Hutter & Bailey, 2020). Kwalitatieve onderzoeksmethode is het meest geschikt om antwoord te geven op de onderzoeksvraag van dit onderzoek.</p> <p>Dit om de reden dat getracht wordt een dieper inzicht te verkrijgen in de visie van POH (GGZ) jeugd ten opzichte van het normaliseren van psychische problemen onder kinderen en jongeren. Geprobeerd wordt te onderzoeken waarom POH (GGZ) jeugd bepaalde keuzes maken en welke gedachten hieraan ten grondslag liggen.</p> <p>In dit onderzoek worden de gegevens verzameld met behulp van diepte-interviews. Een diepte-interview is een manier van gegevensverzameling waarin thema's diepgaand besproken worden. Diepgaand houdt in dat de onderzoeker gedetailleerd inzicht verkrijgt in het onderzoeksthema vanuit het perspectief van de deelnemers. Hiermee kan de onderzoeker inzicht verkrijgen in bepaalde kwesties. De interviewer doet dit door vragen te stellen en de geïnterviewde te motiveren om zijn verhaal te delen (Hennink et al., 2020).</p> <p>De diepte-interviews zullen semigestructureerd zijn, zodat er ruimte is voor de eigen interpretatie van en denkwijze over een onderwerp door de deelnemer. Deze methode is geschikt om data te verzamelen voor het onderzoek, omdat het hierdoor mogelijk is om nieuwe kennis te verzamelen, doordat de geïnterviewde de vrijheid heeft om zijn verhaal te delen (Hennink et al., 2020).</p> <p>De transcripten van de afgenomen interviews worden geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse. Er is gekozen voor een thematische analyse, omdat het de onderzoeker in staat stelt de gegevens nauwkeurig te analyseren om overkoepelende thema's of patronen te identificeren.</p>
---	--

	Daarnaast biedt deze manier van analyseren de onderzoeker de mogelijkheid om dichtbij de uitspraken van de deelnemers te blijven (Hennink et al., 2020).																
Tijdspad van onderzoek	<p>Het onderzoek bevat twee delen, een kwantitatief deel en een kwalitatief deel. Voor het kwantitatieve deel is een onderzoeksaanvraag ingediend bij de AHON-commissie voor toegang van de AHON-database, en deze is goedgekeurd. Als vervolg op de bevindingen die voortkomen uit de database, is de tweede stap het interviewen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd.</p> <p>De tijdspad van het kwalitatieve deel is als volgt:</p> <table border="1"> <tr> <td>Week 23</td> <td>- Opstellen van interviewvragen op basis van theorie - Wervingsbrief opstellen</td> </tr> <tr> <td>Week 24</td> <td>- Interviewvragen en wervingsbrief bespreken met begeleiders - Interviews plannen</td> </tr> <tr> <td>Week 25 t/m 27</td> <td>Interviews afnemen</td> </tr> <tr> <td>Week 28</td> <td>Interviews transcriberen</td> </tr> <tr> <td>Week 29</td> <td>Transcripten coderen</td> </tr> <tr> <td>Week 30</td> <td>Transcripten analyseren in ATLAS.ti</td> </tr> <tr> <td>Week 31</td> <td>Resultaten beschrijven</td> </tr> <tr> <td>Week 32</td> <td>Conclusie en discussie</td> </tr> </table>	Week 23	- Opstellen van interviewvragen op basis van theorie - Wervingsbrief opstellen	Week 24	- Interviewvragen en wervingsbrief bespreken met begeleiders - Interviews plannen	Week 25 t/m 27	Interviews afnemen	Week 28	Interviews transcriberen	Week 29	Transcripten coderen	Week 30	Transcripten analyseren in ATLAS.ti	Week 31	Resultaten beschrijven	Week 32	Conclusie en discussie
Week 23	- Opstellen van interviewvragen op basis van theorie - Wervingsbrief opstellen																
Week 24	- Interviewvragen en wervingsbrief bespreken met begeleiders - Interviews plannen																
Week 25 t/m 27	Interviews afnemen																
Week 28	Interviews transcriberen																
Week 29	Transcripten coderen																
Week 30	Transcripten analyseren in ATLAS.ti																
Week 31	Resultaten beschrijven																
Week 32	Conclusie en discussie																

Studiepopulatie

Korte beschrijving studiepopulatie	<p>De studiepopulatie betreft POH (GGZ) jeugd, werkzaam in de huisartsenpraktijken die zijn gekoppeld aan het AHON-netwerk. Voor dit onderzoek zou het relevant zijn dat er sprake is van variatie in de groep participanten. Doordat de participanten onderling van elkaar verschillen is de kans groter dat je zoveel mogelijk te weten komt van het onderwerp. De volgende variatie in de studiepopulatie is interessant om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verschillen in professionele achtergrond van de POH (GGZ) jeugd - Verschillen in werkervaring van de POH (GGZ) jeugd - POH GGZ jeugd werkzaam in verschillende provincies: Drenthe, Friesland en Groningen
Inclusiecriteria	De deelnemer moet op het moment van het interview werkzaam zijn als POH (GGZ) Jeugd.
Exclusiecriteria	N.v.t.
Steekproefgrootte Patiënten aantallen en daarbij schatting van aantal praktijken en/ of huisartsen/ POH-ers	Het streven is om bij drie tot vijf POH (GGZ) jeugd interviews af te nemen.
Verwachte uitval Eventueel gespecificeerd naar fase van het onderzoek	Als er deelnemers uitvallen, dan worden er nieuwe deelnemers geworven, zodat het streefaantal van drie/vijf deelnemers wordt behaald.

<p>Hoe gaat rekrutering van patiënten? Korte beschrijving.</p>	<p>De deelnemers van dit onderzoek zijn POH GGZ jeugd.</p> <p>Bij ieder onderzoek wordt slecht een steekproef van mensen uit de onderzoekspopulatie getrokken. In dit onderzoek wordt het principe ‘purposive sampling’ gehanteerd, hierbij worden deelnemers op een doelgerichte manier gekozen. Op deze manier kunnen deelnemers worden geselecteerd met bepaalde kenmerken die belangrijk zijn voor het onderzoek. Bij de samenstelling van de steekproef worden deelnemers geselecteerd die over veel informatie beschikken. Er wordt gestreefd naar een diverse groep deelnemers, zodat de verscheidenheid aan ervaringen en perspectieven op het thema het onderzoek versterkt.</p> <p>Nadat de kenmerken van de deelnemers zijn bepaald, kunnen verschillende methodes worden toegepast om de deelnemers te werven. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een formeel netwerk, namelijk de AHON-commissie. De AHON-commissie vertegenwoordigt de onderzoekspopulatie en fungeert als een poortwachter om toegang te krijgen tot de onderzoekspopulatie. Het is een centraal punt waaruit de deelnemers geworven kunnen worden. De deelnemers zullen geworven worden middels een wervingsbrief.</p>
---	---

Interventie (indien van toepassing)

<p>Interventie Korte Beschrijving</p>	<p>N.v.t.</p>
<p>Allocatie (experimentele toewijzing) Bijv. is het gerandomiseerd, en zo ja is er gestratificeerd, is er sprake van, matching, et cetera.</p>	<p>N.v.t.</p>

Uitkomsten

<p>Studie parameters (Bv risico verschil) en uitkomstmaten</p>	
<p>Blinding van de uitkomst metingen Ja/Nee/deels (korte beschrijving)</p>	

Relevantie en belasting

<p>Relevantie voor huisartsgeneeskunde Korte beschrijving</p>	<p>Naar aanleiding van de stelselwijziging van de GGZ in 2014 en de Jeugdwet in 2015 hebben huisartsen een nog belangrijkere rol gekregen dan voorheen in het signaleren, behandelen of verwijzen van jeugdigen met psychische klachten. Dit om de verschuiving van psychische hulp naar de eerste echelon te bewerkstelligen. Hiervoor kunnen huisartsen ondersteuning krijgen in de vorm van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd (Trimbos-Instituut, 2014; Bucx, de Groot, Hageraats & Pehlivan, 2018).</p> <p>De raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waarschuwt in hun rapport “<i>Recept voor maatschappelijke problemen. Medicalisering van levensfasen</i>” uitgegeven in maart</p>
--	---

	<p>2017 dat bepaalde psychische problemen van jongeren verband kunnen houden met specifieke levensfasen of sociale factoren, maar het risico lopen te worden geïnterpreteerd als individuele medische problemen. De RVS geeft het advies om problemen van jongeren niet alleen vanuit een medische invalshoek te benaderen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). In het functieprofiel van de POH (GGZ) wordt dan ook als kernwaarde genoemd: ‘Zie de mens, niet het etiket’ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Kortom, praktijkondersteuners (GGZ) jeugd kunnen een belangrijke rol spelen in de normaliserende benadering van psychische problemen onder jongeren. Voor een normaliserende benadering is het van belang om niet te snel psychiatrische classificaties toe te kennen en medicijnen voor te schrijven aan jongeren (Tordoir & van Vught, 2020).</p> <p>Echter, uit eerder onderzoek van Piovani, Clevenna & Bonati (2019) blijkt dat het aantal psychiatrische classificaties en het gebruik van medicatie juist is toegenomen onder jongeren. Ook uit onderzoek van Bröcking & Vlaardingerbroek (2019) blijkt dat er voorsnog geen afname is van duurdere gespecialiseerde jeugdhulp. Zo, maakten in 2015 toen de Jeugdwet werd ingevoerd 363.310 jongeren gebruik van jeugdhulp, in 2019 waren dit 420.990 jongeren. In een periode van vier jaar is dit een stijging van 18.6%. Hierbij gaat het alleen over jeugdhulp en niet over andere vormen zoals jeugdbescherming en jeugdreclassering (Centraal Bureau voor Statistiek, 2020).</p> <p>In het licht van het maatschappelijk fenomeen van een steeds verder toenemende jeugdhulp, wordt steeds meer gesproken over het thema ‘normaliseren’. Deze termen worden veel besproken in beleidsrapporten van de overheid en jeugdhulpinstellingen. Professionals spelen een belangrijke rol in het proces van medicaliseren en/of normaliseren. Onder andere POH (GGZ) Jeugd zullen deze concepten tot uiting moeten laten komen in de praktijk. In het functieprofiel van POH GGZ staat als kernwaarde ‘Zie de mens, niet het etiket’ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, z.d.). Het is hierbij van belang om normaal gedrag te kunnen onderscheiden van afwijkend gedrag. Normaliseren is een kerntaak in het werk van POH (GGZ) Jeugd, want zij zijn de eerste station voor kinderen en jongeren met psychosociale problemen.</p> <p>Bovenstaande bevindingen zijn tegenstrijdig met de doelen die zijn gesteld in de Jeugdwet om te normaliseren en demedicaliseren (Friele et al., 2018). Eerder onderzoek heeft zich met name gericht op de ervaringen van huisartsen en patiënten met de praktijkondersteuners (GGZ) jeugd en hoe praktijkondersteuners (GGZ) jeugd hun functie ervaren. Waaruit naar voren kwam dat alle partijen over het algemeen tevreden zijn over het functioneren van de POH-GGZ-jeugd (Jonker et al., 2020). Ook is er onderzoek gedaan of de kenmerken van jongeren of het aantal hulpvragen zijn gerelateerd aan de verwijspatronen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd. Hieruit is bekend dat jongens en meisjes in verschillende mate worden doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ (Zwaanswijk,</p>
--	---

	<p>Geuijen, Boelhouwer, Spijk-de Jonge & Serra, 2020). Daarentegen is nog niet bekend of het inzetten van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd in een huisartsenpraktijk kan bijdragen aan het afremmen van het aantal verwijzingen naar de basis en gespecialiseerde GGZ. Hierbij zouden praktijkondersteuners (GGZ) jeugd een werkwijze hanteren die aansluit bij het proces van demedicaliseren en normaliseren. Echter, is er nog weinig bekend over hun visie op het normaliseren van psychische problemen van jongeren.</p> <p>Het is voor de huisartsengeneeskunde relevant om het handelen van praktijkondersteuners (GGZ) jeugd binnen de huisartsenpraktijk vanuit een sociologische invalshoek te bestuderen, omdat de bevindingen inzicht kunnen geven of het voor huisartsen het samenwerken met een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd bijdraagt aan het minder vaak doorverwijzen naar de basis/gespecialiseerde GGZ en het over-medicaliseren van psychische problemen onder jongeren. Het kwalitatieve deel van dit onderzoek kan inzicht geven hoe POH (GGZ) jeugd het normaliseren dat door de overheid is als doelstelling is opgesteld, tot uiting kan laten brengen in de praktijk.</p>
<p>Hoe (of waar) worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd? Publicatie (internationaal/nationaal), congres, wetenschappelijke stage, patiëntbespreking, FTO-overleg, anders nl.</p>	<p>Wetenschappelijke stage: opname in de theses repository van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen (GMW).</p>
<p>Wat is belasting en opbrengst voor patiënten? Korte beschrijving</p>	<p>Het onderzoek zal niet belastend zijn voor de patiënten. Betreffende de opbrengst, de bevindingen van het onderzoek leveren een bijdrage aan de kwaliteit van zorg.</p>
<p>Wat is belasting en opbrengst voor huisartsen? Inclusief: is er een vergoeding?</p>	<p>Het onderzoek zal belastend zijn in de zin van de tijd die het vraagt van POH (GGZ) Jeugd voor de afname van de interviews. Voor huisartsen is het onderzoek niet belastend.</p>
<p>Zijn er risico's voor patiënten/huisartsen</p>	<p>Het onderzoek heeft geen risico's voor patiënten en/of huisartsen.</p>

Aanvullend

<p>Referenties (max. 5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R. & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? <i>Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen</i> (96), 342–347. https://doi.org/10.1007/s12508-018-0205-3 2. Bröcking, B., & Vlaardingerbroek, P. (2019). Greep op de jeugdhulp: handreikingen voor gemeentelijke regievoering. <i>Jeugdbeleid</i>, 13(2), 107-119. 3. Centraal Bureau voor Statistiek. (2020). <i>Ontwikkelingen van de jeugdzorg 2015-2020</i>. Geraadpleegd van, https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2020/ontwikkeling-van-de-jeugdzorg-2015-2019/ 4. Hennink, M. M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). <i>Qualitative research methods</i>. London: SAGE. 5. Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., De Boer, R., Bucx, A. J. E. H., De Groot, J. F., ... & Hageraats, R. (2018). Eerste evaluatie Jeugdwet. <i>Na de transitie nu de transformatie</i>. Den Haag: ZonMw.
------------------------------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Jonker, T., Rimmelts, H., Huyghen, AM. <i>et al.</i> Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd. <i>Huisarts Wet</i> 63, 33–37 (2020). https://doi.org/10.1007/s12445-020-0854-8 7. Mok, L., Wenning, H., & Vries, I. A. (Eds.). (2016). <i>Handboek POH-GGZ</i>. Bohn Stafleu van Loghum. 8. Piovani, D., Clavenna, A., & Bonati, M. (2019). Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. <i>European Journal of Clinical Pharmacology</i>, 75(10), 1333-1346. 9. Tordoir, A., & van Vught, A. (2020). Ervaringen met de VS-ggz in de huisartsenpraktijk. <i>TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap</i>, 130(6), 22-24. 10. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). <i>Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen</i>. Geraadpleegd van, https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem 11. Trimbos-Instituut. (2014). <i>Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: Terugblik, stand van zaken en vooruitblik</i>. Geraadpleegd van, https://www.trimbos.nl/docs/ef71d19b-a46b-4bd1-b7e0-f35f9f52e5a5.pdf 12. Zwaanswijk, Marieke, Pauline Geuijen, Marieke Boelhouver, Marieke Spijk-de Jonge, and Marike Serra. "Verwijspatronen bij praktijkondersteuners jeugd." <i>Huisarts en wetenschap</i> 63, no. 5 (2020): 14-18.
Eventuele opmerking	

Bijlage.4 Wervingsmail interviews

Onderstaande mail is verstuurd vanuit het AHON om het onderzoek aan te kondigen bij de registratie praktijken:

Beste ...,

De AHON geeft haar steun voor een studentenonderzoek naar de rol van de POH-jeugd in het normaliseren van jeugdhulp. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Gonda Tammes, studente van de master Sociologie, route Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ze heeft een selectie van AHON-praktijken gemaakt en zou graag de POH-jeugd van jullie praktijk willen interviewen. Zou je willen polsen of je collega hiertoe bereid is? Het interview zal maximaal een uur duren en zal in de maanden juni/juli plaatsvinden. De interviews worden volledig geanonimiseerd.

Gonda zal aankomende week telefonisch contact met jullie opnemen met de vraag of het mogelijk is de POH-jeugd te interviewen en om eventuele vragen van jullie kant te beantwoorden.

We hopen op jullie medewerking!

Met vriendelijke groet,

Bijlage.5 Interviewschema

Toestemming

Voordat we beginnen met het interview, het interview zou ik graag willen opnemen, zowel het beeld als het geluid. Ik hoef door de opname niet mee te schrijven tijdens het interview. Hierdoor kan ik mij op ons interview richten en kan ik nadien kritische reflecteren op het interview. De opnames worden alleen door de onderzoeker bekeken voor het transcriberen van de interviews. Daarnaast worden de opnames opgeslagen volgens de normen die Hogeschool Windesheim hanteert. Heb ik bij deze toestemming om het interview op te nemen? Nadien ontvangt u een samenvattend transcript van het interview.

Het doel van dit interview is om het onderwerp van mijn scriptie, welke rol praktijkondersteuners GGZ jeugd hebben ten aanzien van de problematiek van kinderen en jongeren die op consult komen. Dit door een aantal praktijkondersteuners GGZ jeugd te vragen naar hun visie en werkwijze op dit onderwerp. Hiervoor zou ik u graag willen interviewen. De interviews worden gebruikt voor mijn scriptie van de master Sociologie van Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Ik wil daarom benoemen dat u, als u wenst, op elk moment mag stoppen met het interview. Daarnaast is deelname volledig anoniem. Dit wordt gedaan doordat het interview na het transcriberen wordt geanonimiseerd, waarbij u naam wordt vervangen door een code. Daarbij wordt alle informatie die naar u te herleiden is weggehaald uit het interviewtranscript. Dus alles wat u vertelt, valt niet meer te herleiden naar u. Dit betekent dat u in vrijheid kan spreken over wat u denkt en vindt.

Aanzetten apparatuur

Nu u beschikt over deze informatie, wilt u daadwerkelijk deelnemen aan het interview? Heeft u nog vragen voordat we beginnen aan het interview?

Het interview is bedoeld om achter u mening en zienswijze te komen, er zijn dus geen goede of foute antwoorden. Allereerst volgen een aantal algemene vragen.

Algemene gegevens

Naam:

Man/vrouw:

Leeftijd:

Vooropleiding(en):

In welke gemeente/provincie bent u werkzaam als POH (GGZ) Jeugd?

Hoe lang bent u werkzaam als POH (GGZ) jeugd?

Heeft u eventuele andere functies gehad voordat u als POH (GGZ) jeugd bent gaan werken?

Opening

- Wat vindt u leuk aan uw vak? Wat drijft u hierin? Waar wordt u enthousiast van?

Ik zou graag een casus willen voorleggen en u hier vervolgens enkele vragen over willen stellen.

Vignet

De huisarts verwijst Daan de Graaf samen met zijn ouders door naar u als praktijkondersteuner. De ouders van Daan vertellen u dat ze denken dat Daan ADHD heeft. Daan is zeven jaar en zit in groep 3 van de basisschool. Hij is een vrolijke jongen, maar is volgens de juf erg druk. Hij kan moeilijk stil blijven zitten en is snel afgeleid. Daan vindt het mede hierdoor moeilijk om zich te concentreren op de taken die hij krijgt op school. Ook luistert hij slecht naar de juf op school. Op basis van dit gedrag heeft de juf aangegeven aan Daan zijn ouders dat zij denkt dat Daan ADHD heeft. Daan zijn ouders herkennen het gedrag wat de juf verteld ook wel van hem thuis. Er is daarom besloten om Daan groep 3 nogmaals te laten doen. Daan zijn ouders vinden het belangrijk dat het dit schooljaar wel goed gaat in groep 3, en vragen zich af of u als praktijkondersteuner iets voor Daan kan betekenen. Ze vragen zich af of Daan geen medicatie kan krijgen. U ziet een vrolijk en druk overkomend jongetje.

Vragen na vignet:

- Is deze casus herkenbaar voor u?
- Wat zijn uw eerste gedachten als u deze casus leest?
- Hoe zou u naar aanleiding van deze casus reageren en handelen?
- Op welke signalen let je als praktijkondersteuner?
 - Welke woorden? Welk gedrag?
- Wat heb jij als praktijkondersteuner nodig om tot een beoordeling te komen?
 - Wat zou je verder willen uitvragen? (Klachten, geschiedenis)
 - Welke hulpmiddelen zou je gebruiken? (Richtlijnen/protocollen)
 - Welke kennis/expertise pas je toe?
- Welke factoren beïnvloeden u visie op het beoordelen van een casus zoals deze?
- Wat is uw visie op kinderen met druk gedrag?

Graag zou ik ook nog wat anders willen bespreken. Er is een groei in het aantal kinderen/jongeren dat jeugdhulp ontvangt. Ongeveer 1 op de 10 jongeren ontvangt een vorm van jeugdhulp en in sommige gemeenten zelfs nog meer dan 1 op de 10 jongeren.

- Wat vindt u van deze ontwikkeling? Hoe denkt u dat dit komt? Welke factoren spelen hierbij een rol? Hoe zie jij vanuit jouw functie, maar ook vanuit jezelf als persoon deze toename?
- Wat is volgens u de rol van een praktijkondersteuner (GGZ) jeugd?
- In het functieprofiel van de POH GGZ wordt als kernwaarde genoemd: ‘Zie de mens, niet het etiket’.

- Wat zijn uw gedachten bij deze kernwaarde?
- Komt deze kernwaarde terug in u manier van handelen? Zo ja, hoe?
- Waar denkt u aan bij het begrip normaliseren?
 - o Wat vindt u van het begrip normaliseren?
- In hoeverre had het concept normaliseren een plek in de opleiding POH GGZ en de module Kind en Jeugd?
- Welke aspecten/houding zijn volgens u helpend bij het normaliseren?
 - o Eventueel vragen: Als u terug kijkt naar hoe u normaliserend handelde aan het begin en hoe dat nu gaat?
- Welke aspecten/houding zijn volgens u belemmerend bij het normaliseren?
- Hoe komt een therapeutische relatie tot stand? Welke factoren spelen een rol?
- Hoe denkt u over diagnoses bij kinderen?
 - Helpend?
- Spelen richtlijnen en protocollen een rol in het werk?
 - Zo ja, hoe? En werken deze helpend of belemmerend bij het normaliseren?

Afsluiting

- Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen?
- Wat vond u van het interview?

Heel erg bedankt voor u deelname aan het interview. Als u nog vragen of opmerkingen hebt, dan mag je mij altijd nog mailen (h.j.tammes@student.rug.nl)

Bijlage 6. Codeboek thematische analyse

Vraag	Code	Type	Omschrijving	Voorbeeld uit data
<i>Beoordeling door deelnemer ten aanzien ADHD</i>	Beoordelen zorgvraag	Inductief	De deelnemer beoordeelt wie de vraag stelt voor ondersteuning	Nou ik zou in ieder geval heel goed uitvragen. Is het vooral een vraag vanuit school of het ook echt vanuit ouders. Zijn er vanuit ouders ook zorgen? Wat zie je aan gedrag thuis?
	Uitvragen	Inductief	Hoe en op welke manier de deelnemer het vignet uitvraagt	Hoe die zich heeft ontwikkeld als kind. Vanaf de zwangerschap tot zijn zevende jaar. Hoe de afleidbaarheid is, hoe zijn spanningsboog is, is hij motorisch onrustig? Is het altijd al geweest? Of is het sinds groep drie? Kan hij goed meekomen op school? Heb ik de indruk dat hij het allemaal begrijpt. Misschien zou ik in dit geval ook even kijken of ik met de school kan bellen. Dat doe ik dan ook wel eens.
	Kenmerken ADHD	Inductief	De deelnemer is in haar beoordeling gericht op het uitvragen van de kenmerken van ADHD	Ja nou, ik zou dus echt gaan de ADHD kenmerken gaan uitvragen en nou, daarnaast ben ik ook wel benieuwd hè? Wat een kind bijvoorbeeld in zijn vrije tijd doet om ook een beetje daar een beeld van te krijgen. Van is het een heel actief virologie of is hij hè wat rustiger? En nou ja, dan kun je ook al een beetje horen van goh

				is het dan iemand die echt heel overactief is? Ja, waardoor je nou bijvoorbeeld nou dat sprake is van ADHD.
	Familiefactoren	Inductief	Beoordelen of ADHD voorkomt in de familie van de zorgvrager.	Ik vraag ook vaak of ouders zichzelf in het gedrag herkennen, want ADHD is erfelijk, vaak in een mannen lijn wordt het doorgegeven. Ik heb ook vaak dat dat zijn ouders toch aangeven. Nou kijk er zelf ook wel wat van, of Ik heb zelf ook ADHD.
	Benodigdheden	Inductief	De benodigdheden die de deelnemer nodig heeft bij het uitvragen van de casus	En dus die kenmerken echt de symptomen, zeg maar van de DSM 5, die zou ik nou er wel bij pakken.
	Contextuele benadering	Inductief	De deelnemer vraagt breed uit en kijkt welke aanpassingen er nodig zijn in de omgeving van het kind.	
	Benadrukken contextuele benadering	Inductief	De deelnemer benadrukt dat zij breed uitvraagt bij gedragingen en klachten van kinderen.	Nou ja, je probeert wel aandacht voor het totale plaatje te hebben. Ik kijk ook wel heel systemisch, denk ik vanuit jeugd.
<i>Handelen door deelnemer ten aanzien ADHD</i>	Verantwoordelijkheid school	Inductief	De deelnemer wijst school op hun verantwoordelijkheid.	Nou dit, dit is eigenlijk puur alleen maar op wat hier dan staat, hè? Want mijn ervaring is wel dat scholen nog te vaak ouders naar huis te sturen, maar van ga maar verwijzing vragen voor diagnostiek terwijl. Wat ik net ook al zei, er ligt gewoon een hele grote

				verantwoordelijkheid van school zelf om passend in het kader van passend onderwijs weet ik wat om te zorgen dat hij mee kan komen.
	Verantwoordelijkheid ouders/zorgvrager	Inductief	De deelnemer benoemt de verantwoordelijkheid van ouders/zorgvrager t.a.v. de behandeling	Daar ga ik ook niet altijd heel erg tussen zitten. Dan komt er ook ruis op de lijn. Ik vind ook dat ouders daar een stukje zelf verantwoordelijkheid hebben.
	Aanpassingen in schoolcontext	Inductief	De deelnemer benoemt dat er aanpassingen nodig zijn in de schoolcontext	Dat kan zijn schermpjes zodat je minder snel afgeleid bent of een koptelefoon of een timer of een wiebelkussen of een springveer, er zijn allerlei dingen mogelijk die hem kunnen helpen om toch beter mee te komen en daar heb je die diagnose niet voor nodig.
	Motief doorverwijzen	Inductief	Wanneer de deelnemer spreekt over een doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ.	Nou, als ik dan merk hè dat dat helpend is, dan gaan we daar mee door. Maar als ik merk dat dat niet werkend is, dan zou bijvoorbeeld doorverwijzen dus ook als er nieuwe problemen bijkomen, bijvoorbeeld of dat bepaalde dingen die ik aanbied niet werken, dat zou ik ook doorverwijzen.
<i>Visie psychische problematiek</i>	Reïficerende taalgebruik	Deductief	De deelnemer past reïficerende taalgebruik toe.	Ik heb wel ADHD'ers gehad die kunnen bijvoorbeeld totaal niet stilzitten, ook niet überhaupt, niet op de stoel blijven zitten
	Motief diagnostiek	Inductief	Deelnemer verteld hoe zij aankijkt en gebruik maakt van diagnostiek.	Ik zeg ook in een eerste gesprek vaak deze eerste drie gesprekken gebruik ik om te observeren, dan

				deel ik mijn observaties ook met de ouders. Dan zeg ik: Ik denk wel dat het meerwaarde heeft om te kijken, waar komt het vandaan dat hij zo boos kan worden of waar komt het vandaan dat hij de wereld om zich heen niet begrijpt.
<i>Maatschappelijke factoren</i>	Maakbaarheid	Inductief	De mate waarin kinderen, jongeren en/of gezinnen ervaren iets te kunnen realiseren, waarbij het afwijken van de ‘norm’ minder wordt geaccepteerd	Maar wel wat ik vanuit mijn praktijk wel zie is dat het een soort van lijkt dat het niet meer moeilijk mag gaan In het leven, hè? Mensen komen ook bijvoorbeeld een hele ja basale vragen zo van goh ja, hè? Zijn oma is overleden 3 weken geleden en hij is nog steeds verdrietig denk ik ja hè, Dat is heel normaal, dus daar zie ik een hele grote categorie van.
	Maatschappelijke druk	Inductief	De druk die kinderen/jongeren ervaren om te presteren	De hoge eisen die ze aan zichzelf stellen die jongeren ook is echt niet normaal hoor. Het is echt. Ik heb hem even voor laatste. Ik had een meisje, vijftien, en ‘ehh’ vrij rationeel meisje, maar die had opeens stressklachten en die werd ineens beetje angstig gevoel herkende ze helemaal niet van zichzelf, wilde ze graag vanaf, direct. Moest gelijk opgelost worden Toen ging ik met haar, zo van, nou ziet je dag eruit? Hoe zag je afgelopen maanden

				eruit? 'ehh'. Had haar examen gedaan, dus keihard knallen voor examen. Heeft een bijbaan waar ze vier avonden In de week werkt in een restaurant. Sport op hoog niveau volleybal zit ze in een team waar ze drie keer In de week moet trainen en dan op zaterdag wedstrijden, deed daarnaast nog bootcamp. Ze deed nog iets en ze had een hele grote vriendengroep. En als ze dan tot rust kwam, kreeg ze last van een soort van gespannen angstig gevoel
	Sociale media	Inductief	De invloed van sociale media op het gedrag, gevoel en denken van kinderen/jongeren	Dan kijken nou dan heb je ook weer sociaal media verhaal hè, die? Dan kijken naar hun vriendinnen die allemaal leuke dingen posten van hè dat ze met hun kindje bij hun speelparadijs zijn en komen ze bij mij en dan zeggen ze van ja, maar ja, als ik dat ga doen, heb ik eerst een drama om een kind In de auto te krijgen en dan vervolgens ligt hij daar op de grond en weet je wel zo
	Afname van sociale contacten	Inductief	Afname van diepgaande en/of algehele sociale contacten	Het veel voorkomen van vragen naar jeugdhulp, maatschappelijk. Allereerst hebben door de kleine gezinnen en de minder belangrijke familiebanden in bredere zin, daardoor hebben mensen

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				eigenlijk niet zo heel veel kennis meer van de normale en de afwijkende ontwikkeling van kinderen
	Rol van de POH jeugd t.a.v. maatschappelijke factoren	Inductief	De manier waarop de POH (GGZ) jeugd kijkt naar haar rol t.a.v. maatschappelijke factoren	Dus, dat is voor mijn gevoel niet per se een zorg probleem, maar een maatschappelijk probleem, zeg maar.
	Positief over trend jeugdhulp	Inductief	De deelnemer spreekt positief trend jeugdhulp, omdat er meer geld beschikbaar is voor onderzoek	Maar inderdaad ook de redenen waarom? 'Ehh' nou ja, eigenlijk nu de of nou ja, de wachtlijsten toenemen, maar onder meer gediagnosticeerd wordt, denk ik. En 'ehh', ja, wat vind ik daarvan? Ik vind het ergens heel mooi hè? Dat er bijvoorbeeld meer geld beschikbaar is om ook meer onderzoek er naar te doen en dat sommige kinderen nu wel echt duidelijk wordt, hè, wat? Nou ja, wat er bij u speelt dat ze het zelf ook een naam kunnen geven? Dat vind ik ergens heel mooi.
<i>Visie normaliseren</i>	Betekenis normaliseren	Inductief	De manier waarop de POH (GGZ) jeugd normaliseren definieert	Enerzijds het plaatsen van bepaald gedrag in de ontwikkelingsfase, kinderen vertonen natuurlijk in verschillende ontwikkelingsfasen heel verschillend gedrag. Het is vaak helpend om dat uit te leggen dat dat ook bij de ontwikkeling hoort en dat dat meestal ook vanzelf overgaat. Dat versta ik

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				eronder, maar ik versta onder normaliseren ook dat je bepaalde moeilijkheden ook moet accepteren. Het leven gaat niet altijd over rozen en je komt dingen tegen en soms is dat een uitdaging, en ook daar is niet altijd meteen tweedelijns hulp of een diagnose voor nodig, dat is normaliseren
	Risico van normaliseren	Inductief	Wanneer de deelnemer spreekt over het risico van de doelstelling normaliseren	Ja daar waar kan het ook te normaliseren, wil ik wel een beetje mee uitkijken met zo'n doel, want het klinkt ook een beetje aanmatigend alsof hè? Nou ja, met alle vragen waar ouders mee komen: he dat is normaal, maak je niet druk.
	Onbekend kernwaarde	Inductief	De POH (GGZ) jeugd verteld niet bekend te zijn met de kernwaarde.	I: In het functieprofiel van de praktijkondersteuner volwassenen, maar ook voor jeugd. Daar staat een kernwaarde ik ben wel benieuwd hoe jij tegen die kernwaarde aankijkt. Dat is: "Zie de mens, niet het etiket". Ik weet ook niet of je die kent. P: Nee niet. Ik heb, nee, ik ken hem zelf zo, zo niet.
	Betekenis kernwaarde	Inductief	De betekenis van de kernwaarde volgens de deelnemer	Door echt goed te luisteren en echt te kijken hè waar zij tegenaan lopen en daar op in te haken en niet zo inderdaad vanuit labels of etiketten te denken. Nee, meer in kaart

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				<p>brengen. Wie is dit kind en wat heeft het kind nodig? In plaats van heeft het ADHD of heeft het autisme en welk protocol kunnen we dan volgen, zeg maar?</p>
	Normaliseren passend functie	Inductief	De manier waarop de deelnemer kijkt naar haar functie t.a.v. normaliseren	<p>I: Ja ja ja, en vind je dat het ook echt wel bij een rol als praktijkondersteuner past? P: Ja dat denk ik wel. Ja, want dan ja ja nee, dat vind ik wel, want het is wel het hele laagdrempelige dat ze toch bij jou kunnen komen en als ze misschien bij de huisarts waren gekomen, die had misschien meteen verwezen, omdat, ja nu en nu kun je misschien met een paar gesprekken iemand weer, nou ja, even vooruit helpen</p>
<i>Werkwijze normaliseren</i>	Therapeutische relatie	Deductief	De vertelt over de relatie tussen de zorgprofessional en zorgvrager	<p>Dat is eigenlijk simpelweg gewoon met contact, echt contact proberen te maken met in hun belevingswereld proberen te duiken. Dus niet alleen, maar over de lastige dingen te hebben, maar ook voor andere dingen. Door ja, waar ze blij van worden waar ze in geïnteresseerd zijn. Dat kan van, ik duik altijd echt even 3 kwartier tot een uur in hun verhaal. En, nou ja, wat ik zei dat daarin neem ik mezelf ook mee en ik doe dat ook vaak. Ja, ik hou van grappen maken.</p>

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				Ja, dat doe ik ook. Niet als trucje, maar ja, zo ben ik nu eenmaal maar. Ja wat gewoon willen weten wat hun bezighoudt en wat voor hun belangrijk is.
	Gebruik protocollen/richtlijnen	Inductief	Of en hoe de deelnemer gebruik maakt van protocollen en richtlijnen	I: Heb je ook echt bepaalde protocollen of richtlijnen die jij gebruikt? P: Nee, nee, nou, juist niet. Daar worden wij nou zo blij van, dat we dan niet hoeven.
	Geruststellen	Inductief	Participant geeft aan op welke manier geruststellen bijdraagt aan normaliseren.	Ja, dat kan op verschillende manieren. Ten eerste vinden ouders heel vaak fijn om te ontdekken dat meerdere ouders worstelen met bepaald gedrag, dus alleen al herkenning. Heel erg helpend en als je het ook een beetje ja In het perspectief van leeftijd kunt passen, of. Hè van ja dat het ook een beetje bij de ontwikkeling hoort of dat het ook. Een bepaald gedrag is ook bijna instinctmatig van kinderen die dat kinderen echt niet iets doen om jou per se je leven tot een hel te maken, maar dat het iets natuurlijks is. Dat stelt dan ook alweer gerust. Het maakt het niet minder lastig, maar dan ga je er wel op een andere manier over in gesprek van hoe je daar dan mee om kunt gaan als ouder als opvoeder maar. Ja.

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

	Kritisch en terughoudend diagnostiek	Deductief		Zo kun je ook nog wel eerst. Ik probeer wel altijd eerst te kijken wat je kunt doen, wat je gewoon in de in de handelingsadviezen voordat je nou ja, bij de GGZ ben je maanden verder en dan ben je eigenlijk alleen maar een stempel rijker. Dan heb je eigenlijk nog niet een, dan kan je nog steeds niks. Dus ja, je wilt in dit geval eerst wel weten, hé wat, hoe zit het in elkaar en wat heb je al geprobeerd?
	Wijkgerichte zorg	Deductief		I = Dus echt in het voorliggend veld kijken wat kunnen we daar doen? Of in de eigen omgeving. P = Ja, als je hebt over normaliseren, dan is wel vaak wat ik daarin probeer. I = Waarom vind je dat belangrijk? P = Omdat ik denk dat je niet alles moet therapeutiseren in de wereld en niet alles moet problematiseren. Dus daar waar eigen kracht en 'ehh', ja een gemeenschap daar waar kan opvangen is meestal veel krachtiger en veel meer blijvend.
<i>Helpend normaliseren</i>	Kennis	Inductief	De deelnemer verteld over de manier waarop kennis kan bijdragen om te normaliseren	Ik had laatst een moeder, die was bij de huisarts, ja mijn kinderen, zo moeilijk en ze luisteren niet en dit en dat. Ik heb die moeder, heel toevallig, die heb ik een dik uur

				<p>gesproken. Een kindje van vijf die op een kleuterschool zat, dat die over piemels en plassers thuis kwam. Ik heb wel heel erg uitgevraagd, wat vertellen ze dan en wat doen ze dan? Ja, ze had allemaal voorbeelden. Dat ik dacht dat is allemaal levens adequaat dat hij zegt, als ik later groot ben dan krijg ik ook kinderen. Die moeder vond dat gek, nou die heb ik heel erg genormaliseerd, want een kind van vijf is heel erg daarmee bezig, die ontdekt he ik word ook groot. Ohja, en hoe zit dat dan? Dan heb je vaders en moeders, dan heb je kinderen, hoe zou dat zijn? Daar was dat jongetje heel erg mee bezig, ik heb die moeder vooral tips gegeven over hoe kan jij hierover met je kind op reageren. Dat past bij een kind van vijf jaar die in die ontwikkelingsfase zit. Ik ben ik, jij bent jij. Goh, hoe zal dat zijn</p>
	Collegiaal overleg	Inductief	De deelnemer verteld over de manier waarop collegiaal overleg kan bijdragen om te normaliseren	Heel veel met elkaar ook overleggen steeds, expertise bij elkaar weghalen. Van is dit nou normaal gedrag of moet je hier zorgen over maken, dus ook dingen niet in je eentje willen bedenken. Ik weet het niet of ik vraag het me af? Dan als POH

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				jeugd zoeken we elkaar op en iedereen heeft zijn eigen expertise, je hebt altijd wel feedback waar je weer mee verder kan.
	Sociale kaart	Inductief	De deelnemer verteld over	
<i>Belemmerend normaliseren</i>	Medicalisering van onderaf	Inductief	Een ouder of een kind/jongere die een medische verklaring zoekt voor gedrag/klachten.	Oh zo, 'ehh' ja ouders die willen heel vaak weten 'oh', maar waarom luistert mijn kind dan niet naar mij, of hè? Als je weer kijkt naar die puberende kinderen, terwijl dat ook een leeftijdsfase is, dus daarvoor daar zoeken ouders dan vaak wel een waarom voor dus daarin voor, terwijl er niet al dat verklaring voor is. Ja, hormonen misschien maar niet een psychische problemen of een label of?
	Onderwijssysteem	Inductief	Diagnosticeren noodzakelijk voor passende hulp/ondersteuning in het onderwijs.	Het komt wel eens voor dat het toch wel vaak is dat een school zegt van: 'Nou ga maar even naar de huisarts, vraag maar om een verwijzing om het of uit te sluiten of om het nou ja het aan te tonen?' Met een beetje het idee zo van, misschien hebben we dan meer opties om hulp in te zetten.
	Zorgsysteem	Inductief	Wanneer de deelnemer benoemt dat een diagnose noodzakelijk is voor passende behandeling	Of dat dat daar is dan geen sprake van. Maar om dan die hulp te krijgen, moet je zoiets gaan invullen. Want ja, als dat er

				niet is, dan kun je daar niet terecht. Ik vind het soms een zoektocht in bepaalde gezinnen waren gewoon ja van alles aan de hand is, zonder dat ze, hè? Dat is dan niet een Multi-probleemgezin, maar een gezin met veel problemen, door ziekte of door wat dan ook. En dan moet je, toch? Nou ja denken aan stoornissen ofzo om iemand te kunnen verwijzen. Nou, dat vind ik niet, niet oké. Ja.
	Kritisch op insinueren school	Inductief	De deelnemer spreekt kritisch over het insinueren van een diagnose	P: Ik vind dat de juf nooit mag insinueren dat er sprake is van ADHD, dat is niet haar taak en dat kan ze ook niet vaststellen. I = Nee. P: School heeft verschillende mogelijkheden, om bij dit soort gedrag, om die in te zetten om hem te helpen om wel gewoon mee te komen.
<i>Toegevoegde waarde functie POH (GGZ) jeugd</i>	Laagdrempelig	Deductief	De functie POH (GGZ) jeugd is waardevol volgens de deelnemer, doordat zij toegankelijk zijn voor kinderen/jongeren	Het leuke vind ik dat je heel laagdrempelig zeg maar bereikbaar bent, jeugdigen en hun ouders komen vrij snel bij de huisarts eens een keer praten over als ze serieuze problemen ervaren, jeugdigen zelf of hun ouders. Het mooie vind ik dat je dan zonder wachtlijst direct daarop kan inspelen en dan blijkt een deel van de jeugdigen eigenlijk met een kortdurend

				traject, jeugdigen en/of hun ouders met een kortdurend traject alweer goed te helpen,
	Gerichte vraag	Inductief	De functie POH (GGZ) jeugd is waardevol volgens de deelnemer, doordat het bijdraagt aan het stellen van gerichte vragen naar de zorgaanbieders	Dus wij hebben een team met verschillende POH die allemaal verschillende achtergronden hebben, dus we kunnen heel goed met elkaar overleggen en sparren en elkaar daarin ook helpen. En dus het is sneller op de goede plek, dus dat ze niet nog van hulpverlener, hulpverlening hoeven of van instellingen of organisaties naar organisatie.
	Beschikking tot tijd	Deductief	De functie POH (GGZ) jeugd is waardevol volgens de POH (GGZ) jeugd, doordat zij de tijd en vrijheid hebben voor kinderen/jongeren	Ik kan een uur inplannen voor een gesprek, dus dat is al heel fijn. Dat is bij de POH GGZ volwassenen wel anders. En weet je? De gemeente heeft wel gezegd van voor een bepaalde richting aan te houden qua hoeveelheid gesprekken, hè? Dat je tussen de 5 a 10 gesprekken doet, omdat als je echt heel veel meer nodig bent, ja, dan moet je misschien ook afvragen of jij dan hè, de beste persoon bent om die vraag te beantwoorden, maar daar wordt niet heel erg strak in gekeken, als ik vind dat er 13 gesprekken nodig zijn, dan kan ik dat wel doen.

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

	Sociale kaart	Inductief	De functie POH (GGZ) jeugd is waardevol volgens de deelnemer, doordat zij kennis hebben van de sociale kaart/voorliggend veld	Het is een hele mooie aanvulling voor de huisarts omdat die over het algemeen de sociale kaart niet zo goed kennen voor jeugd
Factoren van invloed op visie/werkwijze	Opleiding	Deductief	De manier waarop of waardoor opleiding invloed heeft gehad op de participant	
	Werkervaring	Inductief	De manier waarop of waardoor werkervaring invloed heeft gehad op de participant	Ik denk dat de ervaring wel helpt om wel beter te normaliseren, als je net begint dan zijn al die klachten daar wil je wat mee. Alhoewel ik toen ook al wel die kennis had, maar die is nu wel uitgebreid en je leert ook wel de casuïstiek te draaien, leer je ook wel dat je dingen soms niet goed inschat, dan normaliseer je iets maar komt er toch van alles achter weg
	Persoonlijke ervaring	Inductief	De manier waarop of waardoor een persoonlijke ervaring invloed heeft gehad op de participant	Ja, toen op den duur, begon hij dat een beetje tegen te staan en dat was, omdat het destijds nog heel erg ook vanuit het medisch model werd gewerkt, hè? Dat ze ook best wel directieve vanuit multidisciplinair team werd aangestuurd van goh dit kind en dit gezin. Nou dat moet zo hè en dan is het opgelost en dat mochten wij dan gaan uitvoeren. Nou, toen kwam ik natuurlijk steeds meer bij mensen thuis en kwam ik ook in aanraking met

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

				<p>nou ja, andere milieus hè? Ik woon daar zelf tijdens mijn studententijd, ook in een wijk. Nou ja, wat wel een beetje achterstandswijk was. En ja, daar zag ik gewoon heel veel dingen dat ik denk van. Ja, dat is toch anders hè? Maar ook prima hè? Op een andere manier. En het ging mij steeds meer tegenstaan. Ik dacht ja, dit werkt zo niet</p>
	<p>Werkrelatie huisarts en POH jeugd</p>	<p>Inductief</p>	<p>De manier waarop de samenwerking is ingevuld tussen de POH jeugd en de huisarts binnen de huisartsenzorg</p>	<p>I = Oké, moet een huisarts dan altijd nog een soort van toestemming of akkoord geven voor een doorverwijzing of behandeling? P = Nee, dat kunnen ze wel doen en er zijn ook wel huisartsenpraktijken waarin dat gebeurt. Maar de twee huisartsenpraktijken waar ik werk, die hebben dat geheel naar mij gedelegeerd. I = Oké, ja P = Ik geef zelf ook die verwijzingen ook af.”</p>

Bijlage 7. Toestemmingsformulier

In het kader van een onderzoek naar de visie en werkwijze van de functie POH (GGZ) jeugd binnen de huisartsenzorg op psychische problemen bij kinderen van 0 – 18 jaar.

- Ik bevestig dat ik voldoende tijd had om over mijn deelname na te denken. Ook kreeg ik de gelegenheid om aanvullende vragen te stellen.

- Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik op ieder moment deze kan intrekken zonder dat dat negatieve consequenties heeft.

- Ik geef toestemming voor het maken van een audio-opname van het interview. De opname wordt veilig bewaard volgens de richtlijnen van de RUG, als het transcript is gemaakt zal de opname verwijderd worden.

- Ik geef toestemming dat de verzamelde gegevens anoniem worden verwerkt in de thesis en zo mogelijk voor een publicatie in wetenschappelijke literatuur

Vul in op basis van het bovenstaande:

- Ja, ik wil meedoen met het onderzoek.
- Nee, ik wil niet meedoen met het onderzoek

In te vullen door te geïnterviewde:

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Datum interview:

Handtekening geïnterviewde:

Bijlage 8. Datamanagementplan

Datum: 1 juli 2022

Versie 1

In het kader van een onderzoek naar de visie en werkwijze van de functie praktijkondersteuners (POH) GGZ jeugd binnen de huisartsenzorg op het normaliseren van psychische problemen bij kinderen van 0 – 18 jaar.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Gonda Tammes, studente van de master Sociologie, route Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). De studente wordt begeleid vanuit het lectoraat jeugd van Hogeschool Windesheim te Zwolle. De begeleiding vanuit het lectoraat is door Eva van Dijk. Daarnaast is er begeleiding vanuit sociologie door Donald van Tol.

In dit onderzoek is de onderzoekspopulatie POH (GGZ) jeugd die werkzaam zijn binnen de huisartsenzorg in Noord-Nederland.

De mensen in dit onderzoek worden geworven door middel van de netwerkmethode, waarbij gebruik wordt gemaakt van een formeel netwerk, namelijk de AHON-commissie. De AHON-commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de huisartsenpraktijken die zijn aangesloten bij het AHON-netwerk en vertegenwoordigers van de afdeling Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde UMCG (UMCG, z.d.). De AHON-commissie vertegenwoordigt de onderzoekspopulatie en biedt als een centraal punt om mensen te benaderen om deel te nemen aan het onderzoek. De AHON-commissie fungeerde als poortwachter om toegang te krijgen tot de onderzoekspopulatie. Hiervoor heeft de AHON-commissie eerst toestemming, naar aanleiding van een onderzoeksaanvraag, verleend om gebruik te maken van hun diensten.

De AHON-commissie heeft via een mail een vooraankondiging van het onderzoek gedaan bij de huisartsenpraktijken. In deze mail stond vermeld dat de POH (GGZ) jeugd de mogelijkheid hadden om het onderzoek te weigeren. Vervolgens heeft de student de POH (GGZ) jeugd telefonisch benaderd, waarna nogmaals is gevraagd of de POH (GGZ) jeugd toestemming verleend aan het onderzoek.

Daarnaast is gebruik gemaakt van de informele netwerkmethode. Een POH (GGZ) jeugd is geworven door de begeleidster Eva van Dijk. Eva van Dijk heeft gevraagd of zij wilde deelnemen aan het onderzoek, waarna de student de POH (GGZ) Jeugd heeft benaderd. Vervolgens is via deze POH (GGZ) jeugd nog een POH (GGZ) Jeugd benaderd.

Voorafgaand aan het interview is informatie verleend aan de deelnemer over de onderzoeksprocedure. Informatie over audio-opname, anonimiseren, toegang tot data en hoe de data wordt opgeslagen. Hierna is toestemming gevraagd aan de deelnemers, dat de student toestemming geeft is opgenomen.

Verder heeft de deelnemer een toestemmingsformulier ingevuld, deze is bijgevoegd bij het datamanagementplan. De deelnemers wordt ook de mogelijkheid geboden om de transcripten in te zien en hierop te reageren, hierdoor kregen zij de controle over wat in het onderzoek komt te staan.

Van de afgenomen interviews worden opnames gemaakt, deze worden beluisterd en vervolgens tot transcripten gemaakt. De transcripten worden direct bij het transcriberen volledig geanonimiseerd. Het anonimiseren wordt gedaan door de namen te vervangen door een deelnemersnummer, namelijk deelnemer 1, deelnemer 2. Van de deelnemers worden geen persoonlijke gegevens genoemd. Er worden alleen gegevens, zoals werkervaring en opleidingsachtergrond weergegeven, echter hieraan is de deelnemer niet te herleiden. De informatie waar een deelnemer aan te herleiden is, is vervangen door algemene termen. Een voorbeeld is dat de naam van de huisartsenpraktijk waarin een POH (GGZ) Jeugd werkzaam is niet wordt genoemd, maar is vervangen door [Huisartsenpraktijk].

De interviews worden afgenomen door de student. De interviews worden zowel digitaal als fysiek afgenomen. De interviews die fysiek plaatsvinden, worden op de werkplek van de praktijkondersteuner (GGZ) jeugd afgenomen. De data worden opgenomen via Microsoft Teams, waarna ze direct binnen een beveiligde RUG omgeving worden opgeslagen. Er zal geen Back-up worden gemaakt van de data. De student heeft als enige toegang tot deze omgeving en dus de onbewerkte data. Tot de geanonimiseerde data zullen beide begeleiders, Donald van Tol en Eva van dijk, toegang hebben. Verder zullen de geanalyseerde gegevens worden gebruikt in de thesis.

Een AHON-commissie lid is betrokken bij het benaderen van de POH (GGZ) Jeugd. De interviews worden opgenomen met behulp van het programma Microsoft Teams. Vervolgens worden de transcripten gecodeerd met behulp van het programma ATLAS.ti. De data worden verwijderd zodra de transcripten zijn gemaakt.

Er zal een thematische analyse worden uitgevoerd op de geanonimiseerde transcripten te analyseren. Deze wordt geanonimiseerd in het software programma ATLAS.ti. De geanalyseerde gegevens zijn geanonimiseerd en worden dan ook opgeslagen op de computer van de student. De begeleiders, Donald van Tol en Eva van dijk, zullen ook toegang hebben tot de geanonimiseerde gegevens.

De ruwe data zal worden verwijderd zodra de transcripten zijn gemaakt. De voorbereidende en geanalyseerde data zullen ten einde van de scriptieperiode worden verwijderd.

De geanonimiseerde transcripten zullen, indien nodig, worden gedeeld met de begeleiders via de mail van de RUG.

De FAIR principes Findable (vindbaar), Accessible (toegankelijk), Interoperable (uitwisselbaar) en reusable (herbruikbaar) worden gewaarborgd in het onderzoek.

Normaliseren binnen de huisartsenzorg: praktijkondersteuner (GGZ) jeugd - Tammes

Het is nog onbekend of de data uit het onderzoek worden hergebruikt. De student is verantwoordelijk voor het correct verwerken van de data. Verder zijn de begeleiders, Eva van Dijk en Donald van Tol eindverantwoordelijk.

Bij vragen kan er contact opgenomen worden via de volgende e-mailadressen:

Student Gonda Tammes: h.j.tammes@student.rug.nl

Begeleider vanuit het lectoraat Jeugd: e.van.dijk@windesheim.nl

Begeleider vanuit de RUG: d.g.van.tol@rug.nl

Bijlage 9. Reactie van de deelnemers ten aanzien van het vignet

Deelnemer	Beoordeling	Handelen	Overige
D01	Neemt familiegeschiedenis mee in beoordeling vignet	- Individuele behandeling gericht op prikkelverwerking en handvatten ouders en school hoe omgaan ADHD.	- Indien ouders dwingend zijn in vraag naar diagnostiek dan volgt een verwijzing
D02	Uitvragen vignet gericht op welke problemen spelen zich af op school en waar lopen ouders tegenaan.	- Wijst op verantwoordelijkheid school, eerst hier alles uitproberen voordat een eventuele doorverwijzing volgt.	- Benoemt het belang van een bepaalde aanpak i.p.v. een diagnose. - Indien ouders dwingend zijn in vraag naar diagnostiek dan volgt een verwijzing
D03	Uitvragen gericht op welke kenmerken van ADHD zijn van toepassing in de thuissituatie en vrije tijd. Bij navragen ook de kenmerken van ADHD uitvragen op school	- Bij vermoeden ADHD volgt een doorverwijzing om dit uit te laten zoeken	- Gebruikt DSM-5 als hulpmiddel - Geeft individuele behandeling gericht op bijv. emotieregulatie ter overbrugging wachttijd
D04	Gericht op context school, uitvragen welke omgevingsfactoren van invloed zijn op het gedrag	- Gericht op aanpassingen in schoolcontext. - Indien ouders dwingend zijn in vraag diagnostiek, eerst uitleg over betekenis/gevolgen diagnostiek en medicatie	- Benoemt het moeilijk te vinden als ouders en/of school dwingend zijn in vraag diagnostiek
D05	Gericht op context school, uitvragen welke omgevingsfactoren van invloed zijn op het gedrag	- Gericht op aanpassingen in schoolcontext. - Wijst op verantwoordelijkheid van school.	- Pakt screeningslijsten erbij voor het aantal kenmerken van ADHD, maar is voorstander voor gesprek over ontwikkeling - Is kritisch over diagnostiek en medicatie
D06	Uitvragen gericht op ontwikkeling kind, welke problemen spelen op school en of ADHD voorkomt in de familie	- Wijst direct op verantwoordelijkheid van school, i.v.m. zorgstructuur school - Indien ADHD voorkomt in de familie volgt een verwijzing - Bij problemen thuissituatie voorliggend veld inschakelen voor observatie	- Gebruikt DSM om te beoordelen welke criteria ADHD. - Gebruikt bij oudere kinderen de 4KDL lijst - Positief over doorverwijzen bij ADHD in familie, i.v.m. handvatten voor school en ouders.
D07	Uitvragen van wie is de vraag school of ouders. Indien vraag	- Wijst direct op verantwoordelijkheid	- Kritisch over diagnostiek

	vanuit school dan omgevingsfactoren uitvragen. Indien vraag vanuit ouders dan thuissituatie uitvragen.	school, i.v.m. contextuele factoren	
D08	Uitvragen wat vinden ouders en wat vindt school. Wanneer zijn er problemen, waar komt het gedrag vandaan en welke factoren spelen een rol.	<ul style="list-style-type: none"> - Wijst op verantwoordelijkheid van school, i.v.m. aanpassingen/begeleiding - Eerst aanpassingen/hulp school voordat een verwijzing volgt 	- Terughoudend ten aanzien van diagnostiek
D09	Uitvragen gericht op gezinssituatie, ontwikkeling, drie levensgebieden: gezin/thuis, school en vrije tijd. Ook omgevingsfactoren school uitvragen.	- Uitleg aan ouders over voor- en nadelen diagnostiek: over effect van omgevingsfactoren en gevolgen van diagnose	- Terughoudend ten aanzien van diagnostiek
D10	Uitvragen waar loopt school tegenaan en welke aanpassingen zijn er al gedaan	- Meerwaarde van diagnostiek bespreken met ouders/school	- Benoemt het belang van een bepaalde aanpak i.p.v. een diagnose.