

Jeugdigen met een doorverwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar de specialistische jeugdhulp

Rijksuniversiteit Groningen
Masterscriptie Sociologie, Welzijn en Zorg
Geschreven door: Manon Brouwer
Studentnummer: S4600339
Interne begeleider: Dr. D.E.M.C. Jansen
Referent: Prof. dr. M.A.J. van Duijn
Externe begeleider: Dr. M. Spijk- de Jonge

23 augustus 2023



**rijksuniversiteit
groningen**

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

accare

Voorwoord

Na een inspannende periode die ik als boeiend maar ook als zwaar heb ervaren, ligt voor u mijn Masterscriptie Sociologie van Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Met deze scriptie komt tevens een einde aan mijn studententijd.

Het schrijven van deze scriptie heeft mij in contact gebracht met veel mensen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Zij hebben mij waardevolle inzichten gegeven over hun werk en de wijze waarop zij hun vak uitoefenen. Ik zie er daarom naar uit om in de nabije toekomst zelf voltijds werkzaam te zijn in de zorgsector en een bijdrage te kunnen leveren aan maatschappelijke kwesties waarbij mijn achtergrond van pas komt.

Mijn scriptiebegeleider Danielle Jansen vanuit de faculteit heeft mij in contact gebracht met Marieke Spijk- de Jonge van Accare. Marieke heeft mij enthousiast gemaakt voor het werk waar zij mee bezig is en heeft mij de mogelijkheid gegeven een onderzoek te doen bij Accare. Ik dank Marieke voor de kennis die ik bij haar heb opgedaan en de enthousiaste begeleiding.

Veel dank ben ik ook verschuldigd aan Danielle Jansen die mij van het begin tot het einde van mijn scriptie heeft begeleid, ruim de tijd nam voor besprekingen en advies en altijd een luisterend oor had. Om dezelfde reden dank ik Marijtje van Duijn die als referent altijd zeer toegankelijk was.

Dank ben ik ook verschuldigd aan de Praktijkondersteuners Jeugd die ik het kader van dit onderzoek heb geïnterviewd. Zij hebben inkleuring gegeven aan de inhoud van hun werk en hun werkwijze.

Tot slot dank ik mijn ouders, broer en mijn vrienden die altijd voor mij klaarstonden. Door leuke momenten van ontspanning tussendoor en motiverende woorden hebben zij mij de spirit gegeven om deze scriptie af te ronden.

Amsterdam, 23 augustus 2023

Manon Brouwer

Samenvatting

Hoewel verscheidene onderzoeken uitwijzen dat Nederlandse jeugdigen tot de gelukkigste jongeren ter wereld behoren, neemt het aantal jeugdigen dat jeugdhulp ontvangt al enkele jaren toe. Huisartsen hebben een belangrijke rol bij het vaststellen van de hulpvraag van de jeugdigen, waarbij zij sinds een aantal jaren worden bijgestaan door een Praktijkondersteuner Jeugd (hierna POH-J). In deze scriptie wordt getracht een antwoord te geven op de vraag wat de rol is van een POH-J in het verwijsgedrag van een huisartsenpraktijk naar de specialistische jeugdhulp. De onderzoeksvraag van deze scriptie luidt dan ook:

Verschillen de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen met een doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp van huisartsenpraktijken met een POH-J van die van jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder een POH-J?

Het onderzoek kent een ‘Mixed-Methods’ design. De gebruikte dataset bevat geanonimiseerde gegevens van jeugdigen die zijn aangemeld bij Accare na verwijzing door een huisarts. De kwalitatieve data zijn verzameld door de onderzoeker door het afnemen van semigestructureerde interviews met een vijftal POH’s-J die allen werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk en tevens werkzaam zijn bij Accare.

De kwantitatieve data zijn geanalyseerd op basis van leeftijd en geslacht, trajectkarakteristieken (wachtijden, bestede tijd aan de jeugdige en aantal afspraken voor aanvang behandeling) en ingevulde Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) gegevens.

Uit de analyse is naar voren gekomen dat de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen die zijn doorverwezen naar specialistische jeugdhulp door huisartsenpraktijken met een POH-J maar gedeeltelijk verschillen van de jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder POH-J. Voor jeugdigen verwezen door een huisartsenpraktijk met POH-J was de wachttijd tussen diagnose/adviesgesprek en eerste behandeling korter, de benodigde indirecte tijd minder en het aantal afspraken lager. Voor leeftijd en geslacht, overige trajectkarakteristieken en op de uitkomsten van SDQ werden geen significante verschillen gevonden. Het is mogelijk dat het verschil in indirecte tijd en het geringere aantal afspraken dat nodig is voor aanvang behandeling kan worden verklaard uit een betere screening en triage van de jeugdige bij inzet van een POH-J. De kortere wachttijd tussen diagnostiek/adviesgesprek en eerste behandeling lijkt een gevolg te zijn van minder benodigde tijd en een geringer aantal afspraken.

Een verklaring waarom maar in beperkte mate verschillen zijn gevonden tussen verwijzingen van jeugdigen naar specialistische jeugdhulp tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-J kan zijn dat Accare zelf de verwijzingen beoordeelt voordat deze worden geaccepteerd. Verwijzingen die naar het oordeel van Accare niet passend zijn voor specialistische jeugdhulp worden afgewezen. De door de onderzoeker geanalyseerde dataset bevatte alleen de geaccepteerde verwijzingen en heeft daarmee het zicht op de werking van een POH-J vertroebeld. Een andere verklaring kan mogelijk gevonden worden in het feit dat de functie van POH-J nog in ontwikkeling is en dat om die reden de POH-J zijn of haar

stempel nog niet heeft kunnen drukken op het verwijsgedrag. Het bieden van extra zorg door en de mogelijke aanzuigende werking van een POH-J in de huisartsenpraktijk kunnen tot slot als redenen worden genoemd waarom maar in beperkte mate verschillen zijn aangetroffen in verwijsgedrag tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen wat de rol is van een POH-J bij het verwijzen van jeugdigen naar de specialistische jeugdhulp. Tot slot zijn nog een aantal aanbevelingen gedaan omtrent het uitvoeren van vervolgonderzoek, het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen POH's-J en de specialistische jeugdhulp en een zelfstandige opleiding voor de POH-J.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 Definitie en operationalisatie van centrale begrippen.....	9
1.3 Maatschappelijke relevantie.....	10
1.4 Wetenschappelijke relevantie.....	11
1.5 Sociologische relevantie	12
1.5.1 Het belang van de gemeente bij het verbeteren van het verwijsproces	12
1.5.2 Het belang van de jeugdigen bij het verbeteren van het verwijsproces	13
1.5.3 Het belang van de specialistische jeugdhulp ofwel tweedelijnsgezondheidszorg bij het verbeteren van het verwijsproces	13
1.5.4 Het belang van de Praktijkondersteuner Jeugd bij het verbeteren van het verwijsproces	14
1.5.5 Het belang van de huisarts bij het verbeteren van het verwijsproces	14
1.6 Leeswijzer	15
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	16
2.1 Wie zijn de jeugdigen die een beroep doen op de huisarts en wat voor klachten hebben zij?	16
2.2 Huisartsen	17
2.3 De Praktijkondersteuner Jeugd	18
2.4 Het verwijsgedrag in de huisartsenpraktijk	19
2.5 Sociologische theorieën in relatie tot de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk	20
2.6 Toepassing van de Colemanboat	22
Hoofdstuk 3 Methodologie	25
3.1 Onderzoeksdesign.....	25
3.2 Kwantitatieve dataverzameling en- analyse.....	26
3.2.1 Kwantitatieve dataverzameling	26
3.2.2. Kwantitatieve data-analyse	31
3.3 Kwalitatieve dataverzameling en -analyse.....	31
3.3.1 Kwalitatieve dataverzameling	31
3.3.2 Kwalitatieve data-analyse	33
3.4 Ethische kwesties	34
Hoofdstuk 4 Resultaten	36
4.1 Kwantitatieve resultaten	36
4.2 Interviews	45
4.2.1 Algemeen	45
4.2.2 Verklaringen waarom er geen verschillen zijn te constateren in het verwijsgedrag tussen huisartsen met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd.....	45

4.2.3 Verklaringen door participanten aangegeven waarom er wel verschillen zouden moeten zijn te constateren in het verwijsgedrag tussen huisartsen met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd.....	48
4.2.4 Onderwerpen die naast deze verklaringen ook vaak aan bod kwamen	50
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	52
5.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag, deelvragen en verwachtingen	52
5.2 Inhoudelijke discussie van de resultaten	53
5.3 Methodologische beschouwing van het onderzoek	57
5.4 Aanbevelingen	60
Referenties	63
Bijlage A Toelichting op de decentralisatie en veranderingen in de jeugdhulp	74
Bijlage B Topicijst interview met de Praktijkondersteuner Jeugd	76
Bijlage C Codeboom kwalitatieve onderzoeksdeel	77
Bijlage D Informatiebrief voor de Praktijkondersteuners Jeugd	78
Bijlage E Toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek	80
Bijlage F Tabellen van de subschalen van de SDQ	81

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

Verscheidene onderzoeken wijzen uit dat de jeugdigen in Nederland behoren tot de gelukkigste jongeren van de wereld, maar tegelijkertijd worstelt een groot deel van de jeugdigen met psychische problemen (HiraSing, 2014; Inchley et al., 2016; Van de Weijenberg, 2018; Gromada et al., 2020). De mentale gezondheid van de Nederlandse jeugdigen is slechter dan ooit (Dorlo, 2020; Keeley, 2021; Stevens et al., 2023). Dat wordt onder andere veroorzaakt door een steeds toenemende prestatiedruk, schoolstress, de steeds groter wordende rol van social media, maar ook armoede, jeugdtrauma's en genetische aanleg bij sommige jeugdigen spelen een rol (Van Manen et al., 2018; RIVM, 2023).

Dat een groot deel van de Nederlandse jeugdigen met psychische problemen worstelt, uit zich in het aantal jeugdigen dat hulp zoekt. Van de 3,3 miljoen Nederlandse jeugdigen tot en met 17 jaar kreeg 13,2% jeugdhulp in het jaar 2022 (Bakker, 2023). Zowel het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp als de duur van het traject neemt al enkele jaren toe (Bakker, 2022; NJI, 2022a). De druk op de specialistische jeugd-ggz neemt steeds verder toe en de bestaande wachtlijsten voor ambulante en klinische psychiatrische hulp worden groter (IGJ, 2021; SER, 2021). De lange wachtlijsten voor de jeugdhulp kunnen zorgelijk zijn voor de jeugdigen: terwijl zij wachten op hulp kan bestaande problematiek verslechteren en jeugdigen kunnen uitvallen op school en geïsoleerd raken (SER, 2021). Ook toekomstige generaties zullen hier de gevolgen van ondervinden, doordat de wachtlijstproblematiek waarschijnlijk niet snel is opgelost. Ook heeft het wachten op hulp maatschappelijke gevolgen die lang zullen doorwerken (Dorlo, 2020; Keeley, 2021).

In Nederland zijn er regionale verschillen in het aantal jeugdigen dat jeugdhulp ontvangt. Naast de Randstad wordt ook in het noord en oost Nederland veel gebruik gemaakt van jeugdhulp. Zo waren er in 2022 in verschillende gemeenten in noordoost Nederland naar verhouding veel jeugdigen tot 23 jaar die jeugdhulp kregen (Bakker, 2023). Dit in vergelijking met de provincie Zeeland waar jeugdigen de minste jeugdhulp kregen in 2022 (Bakker, 2023). Een van de verklaringen hiervoor is dat de bevolkingssamenstelling van invloed kan zijn op het relatief hoge beroep op jeugdhulp. De provincies Groningen en Drenthe, als voorbeeld, zijn krimpgebieden en er is sprake van selectieve migratie waardoor er een minder 'gezonde' bevolkingsgroep overblijft (Schellingerhout et al., 2020). Deze groep maakt over het algemeen meer gebruik van (sociaaldomein)voorzieningen (Engbersen & Uyterlinde, 2017). Daarnaast kunnen de regionale verschillen onder andere verklaard worden uit het aantal eenoudergezinnen dat groeit waarvan de jeugdigen meer een beroep doen op de jeugdzorg (Van Dodeweerd, 2020). Jeugdigen met een migratieachtergrond die tegenwoordig door de gemeenten beter bereikt worden en doordat gemeenten hebben ingezet van doorlopende zorglijnen vanaf 18 jaar (Van Dodeweerd, 2020). Deze regionale verschillen in het gebruik van jeugdhulp kunnen ook een verklaring zijn voor de vormgeving van de jeugdhulp en de inzet van middelen per regio.

Veel jeugdigen met psychosociale problemen melden zich bij de huisarts, daarom hebben huisartsen een belangrijke rol bij het vaststellen van de hulpvraag van jeugdigen (Friele et al., 2019; Udo, 2019). De huisartsenpraktijk is om deze reden een belangrijke plek om jeugdigen met psychosociale problematiek te signaleren, te behandelen en indien nodig te verwijzen naar gespecialiseerde zorg (Zwaanswijk et al., 2020). Huisartsen blijken de grootste verwijzer naar de specialistische jeugdhulp, door gemeenten wordt dit als knelpunt ervaren (Friele et al., 2019; De Koster, 2019). Zo vond in 2022 bijna 38% van de verwijzingen naar de (specialistische) jeugdhulp via de huisarts plaats (Bakker, 2023). Uit onderzoek blijkt echter ook dat huisartsen onvoldoende zicht hebben op waar zij naartoe kunnen verwijzen en welk jeugdhulpaanbod er in de betreffende gemeente beschikbaar is, wat kan leiden tot niet passende verwijzingen (Friele et al., 2019; Kruiter et al., 2020). Huisartsen zien daarnaast ook graag dat hun patiënten lokaal behandeld worden met behulp van lokale instellingen (LHV, z.d.). Het vorenstaande houdt in dat kennis en werkwijze van huisartsen voor verbetering vatbaar zijn met het oog op preventie en vroege hulp aan jeugdigen met psychosociale problemen.

In een toenemend aantal huisartsenpraktijken wordt de rol van de huisarts in het zorgen voor preventie en vroege hulp aan jeugdigen met psychosociale problemen versterkt door de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd (verder te noemen: POH-J). Een POH-J is een professional die werkzaam is in een huisartsenpraktijk, veelal beschikbaar gesteld vanuit een jeugdhulporganisatie en betaald door de gemeente (Spijk-de Jonge et al., 2019). De POH-J ondersteunt de huisartsen met het consulteren, screenen, triageren en behandelen van jeugdigen met een hulpvraag rondom psychosociale en opvoedproblematiek (Zwaanswijk et al., 2020). Een POH-J beslist naar aanleiding van een probleemverkenning welke zorg de jeugdige behoeft en of dat in de huisartsenpraktijk geboden kan worden of dat het noodzakelijk is om door te verwijzen (Zwaanswijk et al., 2020). POH's-J kunnen er dus voor kiezen om jeugdigen zelf kortdurend te behandelen binnen de huisartsenpraktijk, of om hen te verwijzen naar specialistische ggz, generalistische basis-ggz, of hulp in het voorliggend veld zoals een wijk- of gebiedsteam of vrije toegankelijke zorg (Zwaanswijk et al., 2020). Door de inzet van een POH-J hoopt men dat er minder verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp nodig zijn, om daarmee de zorgkosten te verlagen (Jonker et al., 2020).

De expertise en ervaring van POH's-J varieert (Spijk-de Jonge et al., 2019). Er wordt in vacatures een relevante vooropleiding gevraagd, maar wat dit is en wat de minimale opleidingseisen zijn is niet (wettelijk) vastgelegd.

Accare, Molendrift en Karakter hebben in eerder onderzoek samengewerkt om meer te weten te komen over huisartsenpraktijken waarin de POH-J wordt ingezet (Jeugdhulp bij de huisarts, 2022). Er is ook inzicht verkregen in verwijzpatronen van de POH-J (Zwaanswijk et al., 2020). Uit dat onderzoek blijkt dat betrokken professionals en cliënten erg tevreden zijn over deze nieuwe functie (Spijk-de Jonge et al., 2021). Nu de POH-J al een poosje in beeld is, rijst de vraag wat de inzet van een POH-J daadwerkelijk tot stand brengt. Dit scriptieonderzoek wordt uitgevoerd binnen het onderzoek Jeugdhulp

bij de Huisarts en verkent één van de onderzoeksvragen van dit onderzoek. Het doel is om een eerste verkenning te doen naar de inzet van een POH-J in de huisartsenpraktijk middels kwantitatief onderzoek. Door in te zoomen op het verwijfsproces van de jeugdige die zijn doorverwezen vanuit een huisartsenpraktijk met of zonder POH-J naar de specialistische jeugdhulp. Bijvoorbeeld hoe de vervolgzorg eruitziet bij jeugdigen verwezen door een huisartsenpraktijk met een POH-J in vergelijking met een huisartsenpraktijk zonder POH-J. En zijn er verschillen op te merken in de ernst van de psychosociale problematiek van de jeugdigen die zijn doorverwezen door een huisartsenpraktijk met POH-J of zonder POH-J? Beschreven zal worden wat eventuele verschillen zijn wat betreft de kenmerken van de jeugdigen, de vervolgzorg en de psychosociale problematiek van de jeugdigen. Vervolgens worden deze resultaten geduid middels kwalitatief onderzoek.

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Verschillen de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen met een doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp van huisartsenpraktijken met een Praktijkondersteuner Jeugd van die van jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder een Praktijkondersteuner Jeugd?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn verschillende deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 1: Verschillen de achtergrondkenmerken van de jeugdigen aangemeld vanuit een huisartsenpraktijk met Praktijkondersteuner Jeugd van de jeugdigen die aangemeld zijn door een huisartsenpraktijk zonder Praktijkondersteuner Jeugd?

Deelvraag 2: Verschilt de vervolgzorg van de jeugdigen die zijn aangemeld door een huisartsenpraktijk met Praktijkondersteuner Jeugd van de jeugdigen die aangemeld zijn door een huisartsenpraktijk zonder Praktijkondersteuner Jeugd?

Deelvraag 3: Verschilt het type, ernst en impact van de problematiek van de jeugdigen die aangemeld zijn door een huisartsenpraktijk met Praktijkondersteuner Jeugd van de jeugdigen die zijn aangemeld door een huisartsenpraktijk zonder Praktijkondersteuner Jeugd?

1.2 Definitie en operationalisatie van centrale begrippen

Jeugdigen: Jongeren tot en met de leeftijd van 17 jaar die hulp, zorg of ondersteuning nodig hebben en zijn doorverwezen naar de specialistische jeugd-ggz aanbieder Accare. Omdat bij de inzet van verlengde jeugdhulp, ook jeugdigen tot 23 jaar in aanmerkingen komen voor specialistische jeugdhulp (Jeugdzorg Nederland, z.d.), zijn zij niet uit de onderzoekspopulatie geëxcludeerd.

Jeugdhulp: Binnen deze scriptie wordt jeugdhulp als volgt gedefinieerd: ‘wanneer een jeugdige in aanmerking komt voor jeugdhulp, krijgt hij of zij hulp bij psychische, of psychosociale problemen, een verstandelijke beperking en/of bij opvoedproblemen van de ouders (Van Oosterom, 2019; Bakker, 2023). Men kent verschillende vormen van jeugdhulp, bijvoorbeeld laagdrempelige hulp vanuit een wijk- of buurtteam maar ook valt specialistische, niet vrij toegankelijke hulp hieronder. Binnen dit

onderzoek worden alle verschillende behandelvormen meegenomen van jeugdigen die zijn verwezen naar de specialistische jeugdhulp die Accare biedt.

Praktijkondersteuner Jeugd (POH-J): Deze scriptie doet onderzoek naar een Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk. Binnen dit onderzoek wordt onder een Praktijkondersteuner Jeugd ook, een POH Jeugd, een Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) en Specialistische Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) verstaan. Dit zijn verschillende termen voor vergelijkbare functies met verschillen in invulling van de functies. Binnen dit onderzoek is vooral gekeken naar een OJG. Een OJG is werkzaam in de huisartsenpraktijk en is gedetacheerd vanuit de jeugdhulp of het sociaal domein. Het verschil met een SOH-JGGZ is dat deze professional gedetacheerd is vanuit een jeugd-ggz-instelling. Deze keuze is gebaseerd op het gegeven dat de benamingen en kaders voor het uitoefenen van een Praktijkondersteuner Jeugd uiteenlopen (Spijk-de Jonge et al., 2019). De term Praktijkondersteuner Jeugd wordt ook als overkoepelende term in het rapport Jeugdhulp bij de huisarts gehanteerd (Spijk-de Jonge et al., 2019). De onderzoeker volgt deze keuzebeslissing ook op voor dit onderzoek.

Psychosociaal probleem: Een psychosociaal probleem is een combinatie van psychische problemen zoals gevoelens van angst en sociale problemen zoals impulsief en antisociaal gedrag. Soms leiden psychosociale problemen ook tot lichamelijke klachten (De Lara Kroon et al., 2010).

Verwijzen: Een wettelijke verwijzer (bijvoorbeeld de huisarts) mag een jeugdige doorverwijzen naar jeugdhulp. Met deze verwijzing kan een jeugdige bij een jeugdhulpaanbieder terecht (Overheid, 2023a). Belangrijk om te vermelden is dat na een verwijzing de vorm en intensiteit van de hulp bij de jeugdhulp nog niet vaststaat (Overheid, 2023a). Een POH-J mag over het algemeen het initiatief nemen om te verwijzen, maar de huisarts is de officiële verwijzer.

Vervolgzorg: Binnen het kader van dit onderzoek wordt onder vervolgzorg verstaan: de kenmerken van het voortraject tussen het momenten van aanmelding en start van de behandeling bij Accare. Dit betreft de wachttijden, de te besteden tijd door Accare voordat de behandeling kan starten en hoeveel afspraken nodig zijn voor de aanvang van de behandeling. Dit is op deze wijze geoperationaliseerd omdat de onderzoeker hier specifiek naar kijkt in dit onderzoek.

1.3 Maatschappelijke relevantie

Nederland houdt zich al jarenlang bezig met het verbeteren van het huidige jeugdhulpstelsel. Een gevolg van de huidige druk op het jeugdhulpstelsel is dat de lange wachtlijsten voor de jeugdhulp een bedreiging kunnen zijn voor de jeugdigen, bestaande problematiek kunnen verergeren en jeugdigen kunnen uitvallen op school en mogelijk geïsoleerd raken (SER, 2021). De POH-J wordt door de gemeente

ingezet om goede zorg te verlenen aan jeugdigen op de juiste plek en om de kosten van specialistische jeugdhulp, en daarmee de zorgkosten voor de gemeente, te verminderen (AEF, 2020). Deze aanpak dient het maatschappelijk belang (WRR, 2021). De POH-J werd aangedragen als een van de oplossingen om de hoofddoelen, die naar aanleiding van de decentralisatie zijn geformuleerd, te behalen en de problemen die zich in deze ketenzorg voordoen proberen tegen te gaan (SER, 2021).

Deze scriptie is een verkenning van de doorverwijzingen van jeugdigen na de inzet van een POH-J in de eerstelijnszorg in Groningen. Het onderzoeks idee is gebaseerd op een vraag van twee regiogemeenten en Accare. ‘Merken jullie er iets van als een jeugdige door een POH-J wordt verwezen, als het gaat om het voorwerk dat er is gedaan, in vergelijking met verwijzingen van huisartsenpraktijken zonder POH-J?’. Deze partners geven aan nog te weinig te weten over de inzet van een POH-J. Met dit scriptieonderzoek wordt een stap gezet om meer inzicht te krijgen in wat er gebeurt wanneer een POH-J in het voorveld werkzaam is. Het geeft een eerste indruk of de inzet van een POH-J een goed initiatief is dat mogelijk leidt tot betere zorg en beheersbare zorgkosten.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Een van de overkoepelende doelen van de decentralisatie van de jeugdzorg was om met inzet van lichte hulp het gebruik van specialistische jeugdhulp zo veel mogelijk te voorkomen. Uit onderzoek blijkt echter dat in 2018 het aantal jeugdigen dat tweedelijnsjeugdzorg heeft ontvangen 7% hoger lag dan in 2013 (Benda et al., 2020). Uit het eerste evaluerend onderzoek van de Jeugdwet is gebleken dat gemeenten in de praktijk nog nauwelijks zijn toegekomen aan het investeren in preventie (Bos, 2021). De Sociaal-Economische Raad (SER) heeft namelijk middels onderzoek naar de uitvoering van de huidige jeugdzorg waargenomen dat de verschillende partijen (gemeenten, de Rijksoverheid, jeugdzorgaanbieders en jeugdprofessionals) niet goed in staat zijn om hun taken goed uit te voeren (SER, 2021). Het is dus van belang om dit goed te organiseren en af te stemmen tussen professionals.

Nationaal is er nog niet heel veel onderzoek gedaan naar de POH-J. Het gaat voornamelijk om lokale evaluaties en er zijn nog veel openstaande vragen. Er is dus meer onderzoek nodig naar de bruikbaarheid van interventies voor jeugdigen met psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk (Bower et al., 2001; Garralda 2001; Zwaanswijk et al., 2011 in: Spijk-de Jonge, 2019). Het is echter onbekend wat de effecten van de inzet van een POH-J zijn (Benda et al., 2020). De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek naar de POH-J in een huisartsenpraktijk is dat het eventuele verschillen in kaart kan brengen tussen doorverwijzingen van huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Dit is een eerste stap in het onderzoek naar de bijdrage van een POH-J bij het verwijzen van jeugdigen naar gespecialiseerde jeugdhulp in Groningen.

1.5 Sociologische relevantie

De medische sociologie ziet op alle elementen van de gezondheidszorg met sociologisch inhoudelijke kenmerken, waarbij ook gekeken wordt naar de manier waarop zorgsystemen zijn georganiseerd (Aakster & Groothoff, 2003). Het verwijzen via de POH-J naar specialistische jeugdhulp is een nieuw fenomeen waar nog variatie in kan zitten. De POH-J is ingezet met de gedachte om ervoor te zorgen dat er minder verwijzingen zouden plaatsvinden naar de specialistische jeugdhulp. Door zorggebruik (verwijzingen) in kaart te brengen zal worden gekeken of extra expertise in het jeugdhulpsysteem, in dit geval de POH-J, eraan bijdraagt om de hulpvraag van de individuele jeugdigen beter te kunnen inschatten en bij te dragen aan een mogelijke verbetering van dit systeem.

Socioloog De Swaan (2004) stelt dat zorgvoorzieningen het resultaat zijn van collectiveringsprocessen. Daarmee wordt bedoeld dat (groepen) mensen met gelijke belangen en/of overtuigingen tot samenwerking komen om gezamenlijk ervaren problemen op te lossen. Ook in Nederland wordt momenteel veel samengewerkt door de Rijksoverheid, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), jeugdhulpaanbieders, jeugdhulpprofessionals en cliënten om de organisatie van de zorg te verbeteren omdat de beloften van de Jeugdwet nog onvoldoende zijn ingelost en er zich meerdere problemen voordoen (Rijksoverheid, z.d.). De sociologische relevantie van deze samenwerking, door de inzet van een POH-J wordt daarmee duidelijk. Het gaat over de organisatie van de zorg, vermindering van wachtlijstenproblematiek, betere zorg voor de jeugdige, kostenbeheersing en daarmee uiteindelijk een betere opbrengst voor alle belanghebbenden.

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en de deelvragen is het zinvol om eerst een beschrijving te geven van de partijen die een belang hebben bij het verbeteren van het verwijsproces van jeugdigen naar de specialistische jeugdhulp en tevens een omschrijving te geven van dat belang. Er zijn verschillende partijen die een rol en belang hebben in het probleem, te weten: de gemeente, de jeugdigen, de POH-J, de specialistische jeugdhulp (de tweedelijnszorg) en tot slot de huisarts. Het benoemen van de verschillende partijen en hun belang is relevant om een inbedding te geven aan de onderzoeksvraag en het maatschappelijk belang ervan. In paragraaf 1.5.1 t/m 1.5.5 worden de belanghebbenden nader toegelicht.

1.5.1 Het belang van de gemeente bij het verbeteren van het verwijsproces

Op 1 januari 2015 is de Jeugdwet ingevoerd (Overheid, 2023b). De zorg voor de jeugd is gedecentraliseerd en de verantwoordelijkheid ligt nu bij de gemeenten, waar deze voordien voor rekening van de provinciale overheid en de zorgverzekeraars kwam. In Bijlage A is een uitgebreide toelichting gegeven op de gedachte achter de decentralisering die heeft geleid tot invoering van de Jeugdwet. Naast verantwoordelijkheid voor uitvoering van de jeugdhulp is de gemeente ook financieel verantwoordelijk voor de jeugdhulp. De gemeenten hebben sinds de invoering van de Jeugdwet per 1 januari 2015 de kosten van jeugdhulp zien stijgen (VNG, 2022). Door de toenemende vraag naar

jeugdhulp door ouders en jeugdigen is de druk op de specialistische jeugdhulp sterk toegenomen (IJG, 2021).

Het belang van de gemeente is derhalve dat jeugdigen de juiste zorg op de juiste plaats krijgen (Zorginstituut Nederland, 2022). Met de introductie van de POH-J wordt beoogd jeugdigen met mentale of psychosociale klachten waar mogelijk in de huisartsenpraktijk te behandelen en verwijzingen van deze jeugdigen naar de tweedelijnsgezondheidszorg te beperken. Daarnaast heeft de gemeente een financieel belang bij introductie van de POH-J (lichte hulp) omdat dit mogelijk leidt tot kostenbesparing (VNG, 2022). De POH-J is weliswaar werkzaam in de huisartsenpraktijk, maar de kosten van de Praktijkondersteuner komen voor rekening van gemeente (Overheid, 2023a).

1.5.2 Het belang van de jeugdigen bij het verbeteren van het verwijsproces

Het Kinderrechtenverdrag erkent het recht van het kind (de jeugdige tot de leeftijd van 18 jaar) op ‘*the highest attainable standard of health*’, het recht op de beste zorg (Overheid, 2023c). De Jeugdwet uit 2015 is hier mede op gebaseerd. De SER (2021) omschrijft het verder als van onschatbare maatschappelijke waarde dat door preventie en jeugdhulp bewerkstelligd wordt dat jeugdigen hun school afmaken, mee kunnen doen in de maatschappij, zich beter ontwikkelen en zich gelukkiger voelen. Het belang van de jeugdige bij het verbeteren van het verwijsproces is dat zij daarmee meer kans hebben op de juiste zorg op de juiste plek. Uit de literatuur blijkt dat als in een vroegtijdig stadium de juiste hulp wordt ingezet, dit escalatie van problemen voorkomt en tevens zorgt voor individuele- en maatschappelijke gezondheidsvoordelen op latere leeftijd (Boumans et al., 2018; Spijk- de Jonge et al., 2019).

1.5.3 Het belang van de specialistische jeugdhulp ofwel tweedelijnsgezondheidszorg bij het verbeteren van het verwijsproces

De stijgende vraag naar de jeugdhulp is geen nieuw verschijnsel (Van Yperen et al., 2019). Veel jeugdigen lijden en dat maakt dat er wachttijden ontstaan (Van Yperen et al., 2023). Daarom moeten de juiste zorgvragen worden verwezen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Het achterliggende idee is dat voor eenvoudige behandelingen de jeugdige een kwalitatief even goede behandeling kan krijgen in de eerstelijnszorg (De Jong et al., 2016). Dit belang krijgt nog extra gewicht vanwege de personeelstekorten in de specialistische jeugdhulp (Gilsing & Stoutjesdijk, 2018; Denys, 2020). Het belang van de specialistische jeugdhulp bij het inzetten van een POH-J is dat de druk op de tweedelijnszorg daarmee kan worden verlaagd. Er dient kritisch gekeken te worden dat het zorgstelsel niet overbelast raakt (CBS, 2022). Overbelasting heeft ook het risico dat gezinnen die zorg nodig hebben weer op een wachtlijst komen (Van Yperen et al., 2019).

1.5.4 Het belang van de Praktijkondersteuner Jeugd bij het verbeteren van het verwijfsproces

De inzet van een POH-J kan mogelijk zorgen voor secundaire preventie. Secundaire preventie richt zich op vroegtijdige opsporing van afwijkingen of aandoeningen bij mensen die ziek zijn, een toegenomen risico hebben of genetische aanleg hebben (Loketgezondleven, z.d.; V&VN, 2023). Een POH-J kan problemen ondervangen of juist beginnende problematiek in goede banen leiden zodat voor minder jeugdigen uiteindelijk zorg nodig is (De Haan et al., 2021; Verschoor, 2022). Nu de POH-J de jongere beoordeelt, met een veronderstelde betere triage door meer kennis van de problematiek en van de zorgalternatieven, is de kans groter dat de jongere binnen de huisartsenpraktijk zelf wordt behandeld (Udo, 2019). De keerzijde van secundaire preventie is dat de inzet van een POH-J medicalisering met zich mee kan brengen.

Medicalisering bestaat uit het definiëren van een probleem in medische termen, het gebruik van medische taal om een probleem te beschrijven, het aannemen van een medisch kader om een probleem te begrijpen, of het gebruiken van een medische ingreep om het te behandelen (Conrad & Slodden, 2013). Een eerste aanwijzing kan zijn dat de inzet van een POH-J kan leiden tot medicalisering omdat de POH-J de klachten van jeugdigen herkent die anders niet gesignaleerd waren. Dit kan betekenen dat de POH-J een reden ziet tot verwijzing naar de tweedelijns gezondheidszorg waar de huisarts, vanuit een meer traditionele benadering, dit niet nodig oordeelt. Een tweede aanwijzing voor medicalisering kan zijn dat het aanbod van meer psychosociale hulp binnen de huisartsenpraktijk ook de vraag naar deze vorm van hulp zal verhogen (Den Butter, 1993). Momenteel kan iemand die psychische hulp nodig heeft, dit gemakkelijker en beter krijgen dan vroeger (RVS, 2017).

1.5.5 Het belang van de huisarts bij het verbeteren van het verwijfsproces

De huisartsenpraktijk is een plek waar men een beroep op kan doen wanneer er zorgen zijn over gedrag, opgroeien en opvoeden (Magnée & Verhaak, 2015). De huisartsenpraktijk is tevens een belangrijk plek om vorm te geven aan preventie en het beroep op de specialistische jeugdhulp te verminderen (Spijk-de Jonge et al., 2019). De huisartsen hebben te maken met teveel jeugdigen die te lang moeten wachten op jeugdhulp (LHV, 2021). Door de introductie van een POH-J in de huisartsenpraktijk krijgt de huisarts de mogelijkheid dat hij of zij door POH-J wordt ondersteund bij het consulteren, screenen, triageren en het behandelen van jeugdigen. Tevens neemt door de aanwezigheid van een POH-J de specifieke kennis rondom jeugdhulp toe. Mogelijk leidt dit tot een betere screening en triage en daarmee tot een betere verwijzing (Zwaanswijk et al., 2020). Daarnaast biedt de aanwezigheid van een POH-J meer mogelijkheden voor behandeling in de eigen praktijk voor lichte gevallen (Benda et al., 2020). Het belang van een huisarts van een POH-J in de praktijk is dat deze als ondersteuner ingeschakeld kan worden bij de beoordeling of een jeugdige al dan niet dient te worden verwezen naar specialistische jeugdhulp (Spijk-de Jonge et al., 2019).

1.6 Leeswijzer

In deze scriptie komende volgende hoofdstukken aan de orde. Allereerst komt het theoretisch kader aan bod in hoofdstuk 2 waarin nader omschreven wordt hoe de rollen van de huisarts en POH-J van invloed zijn op het verwijsgedrag van jeugdigen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de methode van zowel het kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksdeel beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksdeel gepresenteerd. De scriptie wordt afgesloten met hoofdstuk 5 waarin de conclusie, een inhoudelijke discussie, een methodologische beschouwing en tot slot de aanbevelingen worden beschreven.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt op basis van literatuurstudie en theorie een antwoord gegeven op de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvraag en deelvragen. De onderzoeksvraag luidt:

‘Verschillen de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen met een doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp van huisartsenpraktijken met een Praktijkondersteuner Jeugd van die van jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder een Praktijkondersteuner Jeugd?’

Het onderzoek richt zich op het verwijzingsproces vanuit de huisartsenpraktijk en de vervolgzorg. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens beschreven wie de jeugdigen zijn die een beroep doen op de huisarts. Vervolgens worden de rollen van de huisarts en de POH-J beschreven in relatie tot hun beroepsmatige achtergrond. Aansluitend wordt bekeken hoe deze respectievelijke rollen van invloed op het verwijzingsgedrag van jeugdigen. Tot slot wordt een sociologisch theoretische onderbouwing gegeven voor het daadwerkelijk inzetten door de huisarts van de POH-J. Dit grijpt terug op de eerder beschreven belangen. Met toepassing van de rationele keuzetheorie wordt dit nader toegelicht.

2.1 Wie zijn de jeugdigen die een beroep doen op de huisarts en wat voor klachten hebben zij?

In de inleiding is beschreven dat de Nederlandse jongeren tot de gelukkigste van de wereld behoren maar dat zij tegelijkertijd in toenemende mate een beroep doen op jeugdhulp. Maar wie zijn dan die jeugdigen die een beroep doen op de huisarts en wat voor klachten hebben zij?

Problemen rondom psychosociale gezondheid kunnen worden onderverdeeld in internaliserende, externaliserende en sociale problemen (Van Steijn et al., 2014). Onder internaliserende problemen vallen angst, teruggetrokken gedrag, stemmingsproblematiek en psychosomatische klachten (Spijk- de Jonge et al., 2019). Onder externaliserende problemen vallen gedragsproblemen zoals druk en impulsief gedrag (Theunissen et al., 2016). Sociale problemen hebben betrekking op de problemen die de jeugdige heeft in het leggen en behouden van het contact met anderen (Theunissen et al., 2016; Zwaanswijk et al., 2020).

Er is geen strikte regel die aangeeft wanneer iemand kampt met een psychosociaal probleem en wanneer hulp hiervoor nodig of gewenst is (Theunissen et al., 2016). Het is belangrijk om te benadrukken dat één ervaren klacht van een dergelijk psychosociaal probleem (bijvoorbeeld druk gedrag) nog geen teken is van ernstige disfunctie (Vugteveen et al., 2021). Men kan pas spreken van een psychosociaal probleem wanneer een aantal symptomen speelt die aan elkaar gerelateerd zijn (Vugteveen et al., 2021). De vraag daarbij is of het gaat om een leeftijdsgebonden, moeilijke fase van het leven, of om problematiek waarbij hulp van een zorgprofessional nodig is (RVS, 2017; Smeekes et al., 2022)

Jongens hebben vaker contact met de jeugdhulp over gedragsproblemen en meisjes hebben vaker contact over emotionele problemen (Zwaanswijk et al., 2020) De aard van de psychosociale problemen die voorkomen onder jeugdigen lijkt echter wel te veranderen. Onder meisjes kwamen in 2021 vooral emotionele problemen voor (Trimbos-Instituut, 2022). Maar sinds 2022 komen

gedragsproblemen meer voor bij meisjes dan bij jongens in zowel het basis- als voortgezet onderwijs (NJI, 2022b; Trimbos-Instituut, 2022). Er lijkt een verschuiving plaats te vinden, in die zin dat de aard van de psychosociale problematiek van jongens en meisjes meer naar elkaar toegroeit. Onder jongens werden eerder – met name rond de basisschoolleeftijd – vooral externaliserende problemen gerapporteerd (Dorsselaer 2005; Van Steijn et al., 2014 in: Theunissen et al., 2016). Maar ook jongens in het basis- en voortgezet onderwijs ervaren nu meer emotionele problemen dan voordien; in 2017 was het percentage 9,4 en in 2021 13,3 (NJI, 2022b). Op basis van de in de literatuur beschreven informatie kan worden gesteld dat er tussen jongens en meisjes een verschil in de aard van de klachten is te constateren, zij het dat de aard van klachten bij jongens en meisje naar elkaar toegroeit. Tevens is de aard van de klachten meer leeftijdsgebonden.

2.2 Huisartsen

Huisartsen bieden zorg aan patiënten van alle leeftijden en zien een breed scala aan gezondheidsproblemen van zowel lichamelijke als psychische aard. De kerntaken van de huisarts zijn het verlenen van medisch generalistische zorg, preventieve zorg, spoedeisende huisartsenzorg, zorgcoördinatie en terminaal palliatieve zorg (LHV, 2023)

De laatste jaren krijgt de huisarts in toenemende mate te maken met problemen van het psychisch welbevinden van jeugdigen waardoor er meer verantwoordelijkheid bij de huisarts komt te liggen (Magnée et al., 2018; Udo, 2019). De huisarts is in veel landen het eerste aanspreekpunt met een centrale rol in het herkennen en doorverwijzen van jeugdigen die gespecialiseerde zorg nodig hebben, zijn poortwachtersfunctie wordt nadrukkelijk benoemd (Rushton et al., 2002; Zwaanswijk et al., 2011; Theunissen et al., 2018; GGZ Standaarden, 2019; Friele et al., 2019; Koet et al., 2022). Huisartsen zijn vaak de arts van het hele gezin waartoe de jeugdige behoort en kunnen daarom een goed beeld schetsen van de achtergrond van het gezin (Jabaaij et al., 2007; Berger, et al., 2008). Om deze reden zijn huisartsen in staat om zowel psychosociale problematiek als gezinsproblematiek te signaleren (Zwaanswijk et al., 2006). Gebruik van jeugdhulp is onder andere mogelijk na verwijzing door een huisarts (Overheid, 2023a).

Echter, gemeenten geven signalen af en uit onderzoek komt naar voren dat huisartsen ook belemmeringen ervaren in het signaleren van jeugdigen met psychosociale problematiek (Hinrichs et al., 2012; Van Avendonk, 2018). Gemeenten en lokale teams ervaren de verwijzingen van huisartsen naar de specialistische jeugdhulp vaak als problematisch en een belangrijk knelpunt (Friele et al., 2018; Friele et al., 2019; Serra, 2020). Daar komt bij dat de kennis van huisartsen als onvoldoende wordt ervaren ten aanzien van specifieke GGZ-problematiek van jeugdigen en de verschillende aanbieders (Friele et al., 2018; Friele et al., 2019). Gemeenten weten niet of dit een juiste route is naar de passende zorg en/of voortvloeit uit gewoonte (Friele et al., 2018) Zo wordt in een evaluatie van een pilot uit 2015 aangegeven dat de huisarts nog niet voldoende toegerust lijkt voor zijn rol binnen het kader van de jeugd GGZ.

Uit een onderzoek uit 2021 blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen angststoornissen bij jeugdigen niet altijd goed herkennen en verklaren de symptomen relatief vaak met andere stoornissen of als een normale ontwikkeling (Aydin et al., 2021). De NHG-richtlijn Angststoornissen schrijft juist, afhankelijk van de aard van de psychisch klachten, voorlichting of voorlichting en verwijzing voor (NHG, 2019). Uit een ander onderzoek van Venrooij en collega's (2022) onder huisartsen in Zuid-Holland komt hetzelfde beeld naar voren. De deelnemende huisartsen aan het onderzoek melden een gebrek aan kennis over psychische klachten, gebrekkige communicatieve vaardigheden ten aanzien van het onderwerp en weinig lokale contacten met jeugdhulpverleners (Van Venrooij et al., 2022). De eerdergenoemde poortwachtersfunctie van de huisarts kan hierdoor mogelijk onder druk komen te staan.

2.3 De Praktijkondersteuner Jeugd

De inzet van een POH-J kan mogelijk bijdragen bij het vroegtijdig herkennen van psychosociale problematiek bij jeugdigen gezien de beroepsmatige achtergrond van de POH-J. De inzet van de POH-J verhoogt het kennisniveau in de huisartsenpraktijk op het gebied van psychische klachten. Uit het rapport 'Jeugdhulp bij de huisarts' blijkt namelijk dat het merendeel van de POH's-J een opleiding heeft als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (Spijk- de Jonge et al., 2019).

POH's-J zijn professionals met een achtergrond in de jeugdzorg die hulp in de huisartsenpraktijk bieden door opsporing, screening, kortdurende behandeling en doorverwijzing van minderjarigen met psychosociale problematiek (Zwaanswijk et al., 2020). POH's-J hebben specifieke deskundigheid over de kenmerken en de benodigde behandeling van psychische problematiek onder jeugdigen. Mede door kennis van de sociale kaart kunnen zij een juiste inschatting maken van de aard en ernst van de problematiek en wat er aan hulp benodigd is (Zwaanswijk & Van den Meijdenberg, 2022).

Gemeenten hebben POH's-J aangesteld om huisartsen te kunnen assisteren en adviseren bij doorverwijzingen. Een huisarts biedt medische behandelingen, waar een POH-J een vorm van jeugdhulp biedt. Dit betekent dat de huisarts en POH-J geen medebehandelaars zijn maar samenwerkende professionals (Jonker et al., 2020). Uit onderzoek van het Nederlands Jeugd Instituut blijkt dit heeft geleid tot een daling van het aantal jeugdigen dat naar de specialistische jeugdhulp wordt doorverwezen (Van Yperen et al., 2019). Uit onderzoek van Zwaanswijk en Van den Meijdenberg (2022) komt bijvoorbeeld naar voren dat door de tussenkomst van een POH-J jeugdigen eerder op de juiste plek in de zorg terecht komen. Ook wijst onderzoek uit dat POH's-J hebben meer tijd voor vraagverheldering en voor het voorbereiden van jeugdigen op een eventuele vervolgbehandeling (Otten et al., 2018; Stevenson, 2019). Een professional met ervaring in de jeugdhulp kan daarmee een huisarts ondersteunen bij de beslissing rondom passende zorg, zelf laagdrempelige hulp bieden en onterechte verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp voorkomen (Spijk- de Jonge et al., 2019).

2.4 Het verwijsgedrag in de huisartsenpraktijk

Allereerst is het interessant om in te zoomen op de jeugdigen die worden doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp. In paragraaf 2.1 is beschreven dat in eerder onderzoek vooral bij jongens gedragsproblemen (externaliserende problemen) worden gesignaleerd, voornamelijk rond de basisschoolleeftijd. Bij meisjes worden voornamelijk emotionele (internaliserende) problemen geconstateerd. Uit onderzoek van Zwaanswijk en collega's (2020) blijkt dat POH's-J vooral jongens doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp omdat bij gedragsproblemen dit zichtbaarder is voor de omgeving. In 2021 ontvingen jongens ook vaker dan meisjes jeugdhulp (Bakker, 2022). Meisjes met emotionele problemen zoals stemmingsproblemen en teruggetrokken gedrag worden minder vaak verwezen en krijgen een lichtere vorm van hulp aangeboden (Zwaanswijk et al., 2020). De verwachting is daarom dat de POH-J vooral gedragsproblemen doorverwijst naar de specialistische jeugdhulp. Het betreft dan voornamelijk jongens en dus jeugdigen in de basisschoolleeftijd. Tevens is de verwachting dat de huisarts zonder POH-J minder vaak onderscheid maakt tussen jongens en meisjes en leeftijd. Op basis hiervan wordt de volgende verwachting geformuleerd:

Verwachting 1: Er zijn verschillen te constateren in de achtergrondkenmerken tussen jeugdigen verwezen door een huisartsenpraktijk met Praktijkondersteuner Jeugd en door een huisartsenpraktijk zonder Praktijkondersteuner Jeugd.

Uit een recent in Nederland uitgevoerd onderzoek kwam naar voren dat verwijfsbrieven centraal staan bij de overdracht van een patiënt en mogelijk kunnen bijdragen aan het diagnostisch onderzoek en de daaropvolgende adequate zorgverlening (Spaanjaars et al., 2014; Sampson et al., 2015; in Aydin et al., 2023). De brug van de zorg in de huisartsenpraktijk naar de specialistische jeugdhulp wordt gevormd door de verwijzing, middels een verwijfsbrief van de huisarts. Het onderzoek geeft aan dat verwijfsbrieven informatieve waarde lijken te hebben en kunnen bijdragen aan het klinische proces in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Aydin et al., 2023).

Wanneer een POH-J besluit een jeugdige door te verwijzen wordt de huisarts hiervan op de hoogte gebracht. De POH-J mag in veel gevallen ook de verwijfsbrief opstellen (Nieuweboer & Floris, 2019; Van Spanje-Hennis & Blokland, 2020). Kijkend naar positie van een POH-J in de huisartsenpraktijk dan lijkt een POH-J te worden betrokken bij het opstellen van de verwijfsbrief.

Doordat een huisarts gebruik kan maken van een POH-J kan, met behulp van deze inzet, beoordeeld worden of de jeugdige zorg nodig heeft van de POH-J zelf, of om te zien of eerste- of tweedelijnszorg gewenst is (Spijk-de Jonge et al., 2019). Indien de POH-J betrokken is bij het opstellen van de verwijfsbrief dan is verwachting dat door de specifieke kennis van de POH-J dit mede van invloed is op de vervolgzorg bij de specialistische jeugdhulp. Een onderzoek van Lionarons GGZ lijkt ook in deze richting te wijzen. Patiënten met een verwijzing van de huisarts, werden online gescreend alvorens zij op de wachtlijst voor specialistische zorg werden geplaatst. 15% van de patiënten werd terugverwezen naar de huisarts omdat andere zorg passender was. Door deze screening vooraf werd het

aantal wachtdagen tussen verwijzing en intake meer dan gehalveerd (Lionarons GGZ, 2020). Op basis van het vorenstaande worden is volgende verwachting geformuleerd:

Verwachting 2: De verwachting is dat het voortraject van jeugdigen die zijn doorverwezen door huisartsenpraktijken met Praktijkondersteuner Jeugd korter is dan van jeugdigen die zijn doorverwezen door een huisartsenpraktijken zonder Praktijkondersteuner Jeugd.

Uit eerder onderzoek kwam al naar voren dat POH's-J vooral gedragsproblemen doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp (Zwaanswijk et al., 2020). Voor emotionele problemen bieden POH's-J lichtere vormen van hulp aan en verwijzen deze klachten minder vaak door (Zwaanswijk et al., 2020). Huisartsen geven ook hier aan niet altijd voldoende kennis van de problematiek te hebben en het ontbreekt aan een behandelingsmogelijkheid in de praktijk. Dit in tegenstelling tot een professional met ervaring in de jeugdhulp die de huisarts kan ondersteunen bij de beslissing rondom passende zorg, zelf laagdrempelige hulp bieden en onterechte verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp voorkomen (Spijk- de Jonge et al., 2019). Er kan verwacht worden dat huisartsenpraktijken zonder POH-J, door de niet altijd aanwezige kennis van de problematiek, minder onderscheid maken tussen het type problematiek bij verwijzing naar specialistische jeugdhulp.

Daarnaast is het ook interessant om te bekijken of er verschillen zijn in de ernst van de problemen die POH's-J doorverwijzen. Wanneer dit wordt gerelateerd aan verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp kan worden verwacht dat jeugdigen door een gerichtere verwijzing vanuit een huisartsenpraktijk met POH-J met de juiste hulpvraag op de juiste plek komen. Wat zou betekenen dat jeugdigen die worden doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp, ook terecht worden doorverwezen, passend bij zorgzwaarte van de tweedelijnszorg. Op grond van het vorenstaande lijkt het gerechtvaardigd te veronderstellen dat de screening en triage van een jeugdige met psychosociale klachten beter is bij aanwezigheid van een POH-J in de huisartsenpraktijk. Op basis van het bovenstaande wordt de volgende verwachting opgesteld.

Verwachting 3: De verwachting is dat door een betere screening en triage huisartsenpraktijken met Praktijkondersteuner Jeugd een ander type problematiek en gemiddeld ernstigere problematiek doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp dan huisartsenpraktijken zonder Praktijkondersteuner Jeugd

2.5 Sociologische theorieën in relatie tot de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk

Het in 1.5.5 beschreven belang en het in paragraaf 2.4 veronderstelde voordeel dat de inzet van een POH-J aan de huisarts biedt, roept nog wel de volgende vraag op. Zet de huisarts de in de praktijk aanwezige POH-J dan ook daadwerkelijk in indien dit bekeken wordt vanuit een louter theoretisch perspectief? Er zijn geen sociologische theorieën die naadloos van toepassing zijn op dit onderzoek. Daarom is gekeken naar theorieën die kunnen bevestigen dat POH's-J daadwerkelijk worden ingezet als deze beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Er wordt gekeken of het in de praktijk bestaande

keuzealternatief ook daadwerkelijk wordt gekozen op basis van de rationele keuzetheorie. Vervolgens wordt deze theorie toegepast in het model van Coleman om uiteindelijk in een groter verband te zien wat de invloed is van de inzet van een POH-J op de verwijzingen van jeugdigen naar de specialistische jeugdhulp.

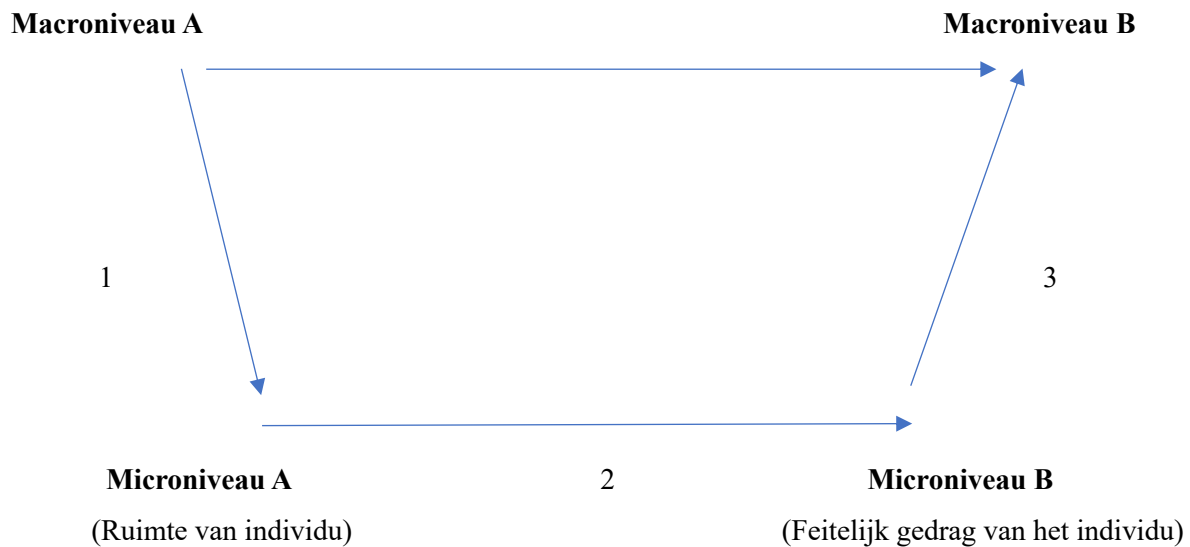
De rationele keuzetheorie veronderstelt dat mensen, als ze de keuze hebben tussen mogelijke handelingsalternatieven, het alternatief kiezen dat naar verwachting het hoogste nut zal opleveren (Wippler & Lindenberg, 1987). Het verwachte nut of de aantrekkelijkheid van een bepaalde keuzemogelijkheid kan worden gedefinieerd als mate waarin die keuzemogelijkheid naar verwachting bijdraagt aan het verwezenlijken van de gestelde doelen. De keuzemogelijkheden hangen af van subjectieve inschattingen, beperkingen en de beschikbaarheid van hulpbronnen (Wippler & Lindenberg, 1987). Weber heeft kritiek geuit op de rationele keuzetheorie omdat er geen ruimte lijkt te zijn voor drie andere typen van sociaal gedrag zoals Weber die onderscheidt. Weber noemt keuzen die worden ingegeven door het geloof, waarbij geen ruimte is voor afwegingen in termen van kosten en baten, het handelen op basis van gevoel en emotie en het handelen uit gewoonte (Tromp, 2002). In een studie naar de verschillen in verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten is gebruik gemaakt van de rationele keuzetheorie om deze verschillen mogelijk te verklaren (Uunk et al., 1992). Op basis van de rationele keuzetheorie kan verondersteld worden dat de huisarts, als hij of zij een POH-J in de praktijk heeft, deze ook daadwerkelijk zal inzetten.

De rationele keuzetheorie is nauw verbonden aan het methodologisch individualisme (Swaan, 1996). Het methodologisch individualisme verklaart collectieve verschijnselen uit het gedrag van individuen en hun onderlinge handelingen. Beerling (1973) omschrijft het principe van het methodologisch individualisme als volgt. De maatschappij bestaat alleen maar uit mensenwerk en dat de maatschappij begrepen en verklaard kan worden als de optelsom van interacties tussen personen (Beerling, 1973).

Om de rationele keuzetheorie en het verklaren van collectieve verschijnselen op basis van het methodologisch individualisme met elkaar te verbinden, kan gebruik worden van het door Coleman (1994) ontwikkelde conceptuele model, bekend geworden onder de naam Coleman Boat. De gebruikte term 'Boat' duidt op de schematische weergave van het model. Met behulp van dit model kan worden geprobeerd de relatie tussen het individueel gedrag op microniveau en collectief gedrag op macroniveau te beschrijven en te duiden (Coleman, 1994). In Figuur 1 is te zien hoe schematisch het model eruitziet.

Figuur 1

Schematisch model volgens Coleman (1994)



Het vertrekpunt in het model van Coleman (1994) is de samenhang (relatie) tussen twee verschijnselen op macroniveau. In het schema is dat de relatie tussen macroniveau A en macroniveau B. De volgende stap is dan dat een toereikende verklaring van de relatie tussen macroniveau A en macroniveau B, gebaseerd kan worden op basis van een proces dat op individueel (micro)niveau heeft plaatsgevonden. Onder individuen kunnen ook, naast natuurlijke personen, bedrijven en instellingen begrepen worden. Daarbij geldt als voorwaarde dat er drie nieuwe relaties gelegd worden (Groenewegen, 1992).

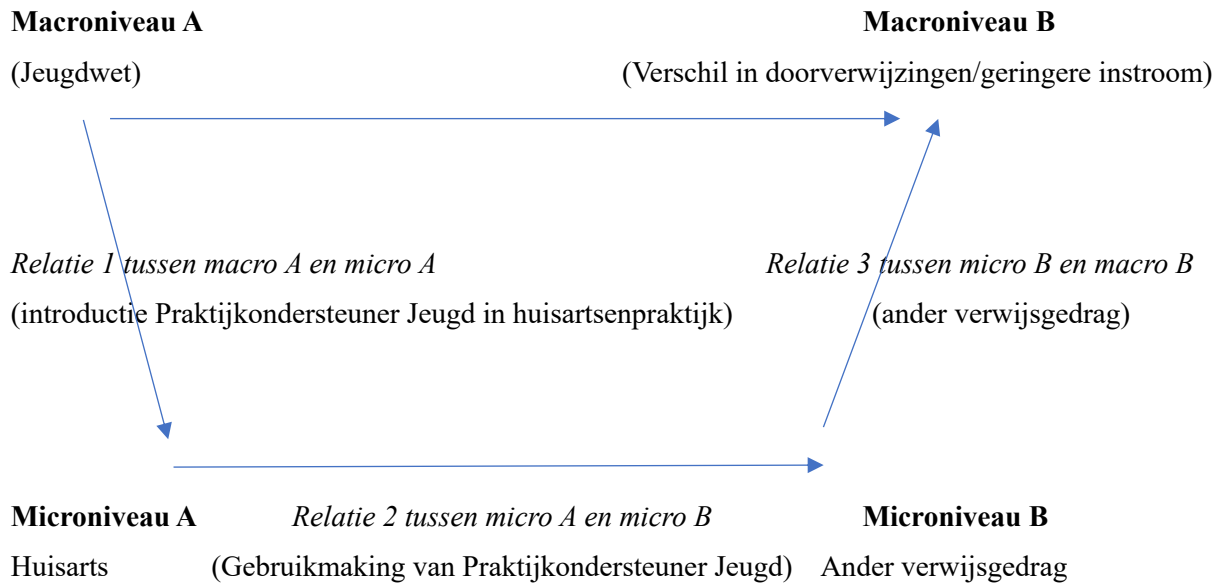
Deze nieuwe relaties kunnen als volgt worden beschreven. Relatie 1 is de een relatie tussen macroverschijnsel A en de ruimte om hierop te reageren door het individu (Microniveau A). Relatie twee is een relatie tussen het individu (Microniveau A) en zijn feitelijke gedragingen (Microniveau B). En tot slot relatie 3, dit betreft een relatie tussen de feitelijke gedraging van het individu op microniveau B en het macroverschijnsel B (Groenewegen, 1992). Om de relatie tussen het individu en zijn feitelijke gedrag te verklaren kan een theorie op microniveau worden gebruikt, waarbij de eerder aangehaalde rationele keuzetheorie kan worden toegepast (Groenewegen, 1992). De opgetelde feitelijke gedragingen verklaren, als de verwachting wordt bevestigd, het macroverschijnsel B.

2.6 Toepassing van de Colemanboat

Als het model van Coleman wordt toegepast op de onderzoeksvraag van deze scriptie dan is de schematische weergave als volgt:

Figuur 2

Invulling van de Coleman Boat toegepast op de onderzoeksvraag



- Macro A: Uitvoering Jeugdwet voor rekening van gemeente en gemeente faciliteert introductie Praktijkondersteuner Jeugd
- Relatie 1: de huisarts krijgt de mogelijk om een Praktijkondersteuner Jeugd aan zijn praktijk te verbinden
- Micro A: Huisarts met of zonder Praktijkondersteuner Jeugd in de praktijk
- Relatie 2: de huisarts maakt gebruik van de Praktijkondersteuner Jeugd
- Micro B: Ander verwijfsgedrag van huisarts (door inzet van de hulpbron)
- Relatie 3: Ander verwijfsgedrag van de individuele huisartsen opgeteld
- Macro B: Opgeteld het verschil in doorverwijzingen door huisartsenpraktijken met Praktijkondersteuner Jeugd en zonder Praktijkondersteuner Jeugd en geringere instroom naar de specialistische jeugdhulp

De relatie tussen micro A en micro B is gebaseerd op de rationele keuzetheorie dat de huisarts de keuze zal maken die voor hem het hoogste nut zal opleveren en dat hij hierbij de hem ter beschikking staande hulpbronnen inzet, in dit geval derhalve de inzet van de POH-J. Bij de afweging wat voor hem het hoogste nut oplevert zal de huisarts zijn eigen doelstelling proberen te verwezenlijken. Hierbij kan gedacht worden aan meer sociale erkenning door collega's of patiënten omdat hij wellicht een beter verwijfsgedrag vertoont door inzet van een POH-J. Anderzijds kan gedacht worden aan het streven van de huisarts om zijn eigen werkdruk te verlagen (Uunk et al., 1992). Welke eigen doelstelling de huisarts ook probeert te verwezenlijken, de veronderstelling lijkt gerechtvaardigd dat de huisarts op grond van een rationele keuze de POH-J daadwerkelijk zal inzetten. Toepassing van het model van Coleman heeft als voordeel dat de relatie tussen het individueel gedrag en het collectief gedrag in beeld wordt gebracht

(Groenewegen, 1992). Het collectieve gedrag in het kader van dit onderzoek is dan het opgetelde verwijsgedrag van de huisartsen met of zonder POH-J naar de specialistische jeugdhulp. Toepassing van het model van Coleman in combinatie met toepassing van de rationele keuzetheorie lijkt bruikbaar om mogelijke verschillen te verklaren in het verwijsgedrag van huisartsen met een POH-J in de praktijk en huisartsen zonder POH-J in de praktijk.

Hoofdstuk 3 Methodologie

In dit hoofdstuk komt de methodologie van het gehele onderzoek aan de orde. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 beschreven welk design het onderzoek kent. Vervolgens komt in paragraaf 3.2 de kwantitatieve dataverzamelmethode en data-analyse aan bod, zoals de wijze waarop de dataset is verkregen en met welke variabelen is gewerkt. In paragraaf 3.3 zal voor het kwalitatieve deel van het onderzoek de dataverzamelmethode en data-analyse worden besproken. De ethische kwesties ten aanzien van dit onderzoek zijn te lezen in paragraaf 3.4.

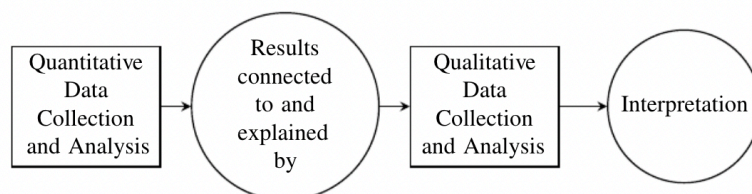
3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek kent een Mixed Methods design. Mixed Methods resulteert in een beter begrip van een bestudeerd fenomeen omdat het zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden combineert (McKim, 2017). Kelle en Erzberger (2003) noemen het Explanatory Sequential Design als vorm van een Mixed Methods design. Het Explanatory Sequential Design bestaat uit twee verschillende op elkaar inwerkende fasen (zie Figuur 3). Als eerste zijn kwantitatieve gegevens verzameld en geanalyseerd, waarna kwalitatieve gegevens pas zijn verzameld en geanalyseerd op basis van de kwantitatieve resultaten (Kelle & Erzberger, 2003). De meerwaarde om ook kwalitatieve gegevens te verzamelen heeft te maken met het gebrek aan context wanneer er bij dit onderzoek alleen naar de kwantitatieve data wordt gekeken. Dus de kwalitatieve resultaten zijn gebruikt om de secundaire data te verrijken en in een betere en verfijndere context te kunnen plaatsen (Creswell, 2009; Hennink et al., 2020). Door het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve data kende het onderzoek een beschrijvend en verkennend karakter.

Het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek is opgezet en uitgevoerd om het verwijsgedrag van huisartsen met en zonder POH-J te vergelijken aan de hand van administratieve data van Accare. De uitkomst van de kwantitatieve onderzoeksfase levert echter geen informatie op over welke mechanismen aan dit verwijsgedrag ten grondslag liggen. De onderzoeker heeft in interviews met een aantal POH's-J (kwalitatieve gedeelte van het onderzoek) gevraagd om meer inzicht te verkrijgen in de achtergrond en mechanismen van het verwijsgedrag. Verder hebben de POH's-J zelf ook nog andere relevante informatie aangedragen aan de onderzoeker.

Figuur 3

Explanatory Sequential Design.



Noot. Overgenomen uit *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, door (Creswell & Plano Clark, 2017).

3.2 Kwantitatieve dataverzameling en- analyse

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de kwantitatieve data zijn verzameld en verwerkt.

3.2.1 Kwantitatieve dataverzameling

Procedure dataverzameling

In dit onderzoek is voor het kwantitatieve onderzoeksdeel gebruik gemaakt van secundaire data. Het gebruik van secundaire data houdt in dat de gehele fase van het voorbereiden van dataverzameling en de dataverzameling zelf kan worden overgeslagen door data te gebruiken die reeds door anderen is verzameld (Billiet & Waage, 2003). De data waarmee in dit onderzoek is gewerkt, was reeds verzameld en beschikbaar bij Accare. De onderzoeker heeft in samenwerking met haar externe begeleider en een Business Intelligence Specialist (Informatie Adviseur) van Accare een dataset samengesteld, met data die in de dagelijkse praktijk van de zorg bij Accare wordt verzameld.

De dataverzameling

De dataset bevat geanonimiseerde gegevens over de fase tussen aanmelding bij Accare en de start van de gerichte behandeling van jeugdigen die vanuit een huisartsenpraktijk zijn aangemeld bij Accare. De dataset (verder te noemen: bronbestand) bevatte de achtergrondkenmerken (geslacht en leeftijd) van de jeugdigen, de verwijzer en informatie over het traject. De informatie over achtergrondkenmerken is beperkt omwille van de privacy van de onderzoekspopulatie.

Ook zijn uitkomsten van Strengths and Difficulties Questionnaire-gegevens (verder te noemen: SDQ) meegenomen. Volgens de behandelrichtlijnen van Accare wordt deze vragenlijst bij vrijwel alle jeugdigen standaard afgenomen na aanmelding voor behandeling. De SDQ is een korte screeningslijst die de aanwezigheid van psychosociale problemen (de ernst en type van de problematiek), en de impact hiervan op het dagelijks functioneren van een jeugdige meet (NJI, z.d.). Bij de specialistische jeugdhulp is het standaard om aan het begin van een diagnostisch proces een SDQ te gebruiken om het verdere traject van een jeugdige te bepalen en om verderop in het traject veranderingen (hopelijk verbeteringen) te meten (Vugteveen et al., 2021).

Afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige zijn de SDQ-vragenlijsten bij Accare ingevuld door ouders en/of leraren of door jeugdigen zelf. Bij 3-16 jarigen vullen één of twee ouders en/of een leraar een SDQ in. Jeugdigen tussen de 11-17 jaar mogen ook zelf een SDQ invullen. Naast een Nederlandstalige variant van de vragenlijst, waren er ook SDQ-vragenlijsten voor Engelstalige jeugdigen/ouders. De vragenlijsten ingevuld door de leraren, tweede ouder en de Engelstalige vragenlijsten zijn niet meegenomen omdat het percentage ingevulde vragenlijsten binnen deze categorieën heel laag was. De ingevulde SDQ was een startmeting aan het begin van de aanmelding.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft jeugdigen in verscheidene provincies in Noord-Oost Nederland die zijn doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp. Er waren bij Accare in de database gegevens

beschikbaar van ±15.000 jeugdigen in meerdere provincies in Noord-Oost Nederland. De onderzoeker heeft de gegevens van de jeugdigen in de provincie Groningen ontvangen. In het bronbestand zaten 4642 jeugdigen die zijn doorverwezen naar Accare in de jaren 2015 t/m 2021, en die in deze periode een eerste behandelcontact hebben gehad in de jeugdhulpregio Groningen. Het betreft jeugdigen tot en met de leeftijd van 18 jaar die hulp, zorg of ondersteuning nodig hebben of hadden.

Het eerste inclusie criterium was om enkel jeugdigen (4642) uit de provincie Groningen te selecteren. Van de provincie Groningen is bekend dat er al relatief veel POH's-J werkzaam zijn in vergelijking met andere provincies. Dat maakt het beter mogelijk om een vergelijking te maken tussen verwezen jeugdigen van huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Omdat de POH-J pas in oktober 2017 zijn intrede deed met 17 POH's-J op 181 huisartsenpraktijken in de provincie Groningen is besloten de meest recente jaren (2020/2021) te bekijken en de andere jaren buiten beschouwing te laten (Nivel & Prismant, 2019; Stevenson, 2019). Daarmee bleven er nog 1588 jeugdigen over.

Het tweede inclusie criterium was dat een jeugdige moest zijn doorverwezen door een huisarts. Alle jeugdigen (515) die zijn doorverwezen door een andere verwijzer (medisch specialist, gemeente of overig) zijn geëxcludeerd uit het bestand. Vervolgens zijn er nog 40 dubbelingen verwijderd daar het jeugdigen betrof die vaker voor een traject zijn aangemeld in de jaren 2020 en 2021. Daarmee bleven er 1033 unieke jeugdigen over.

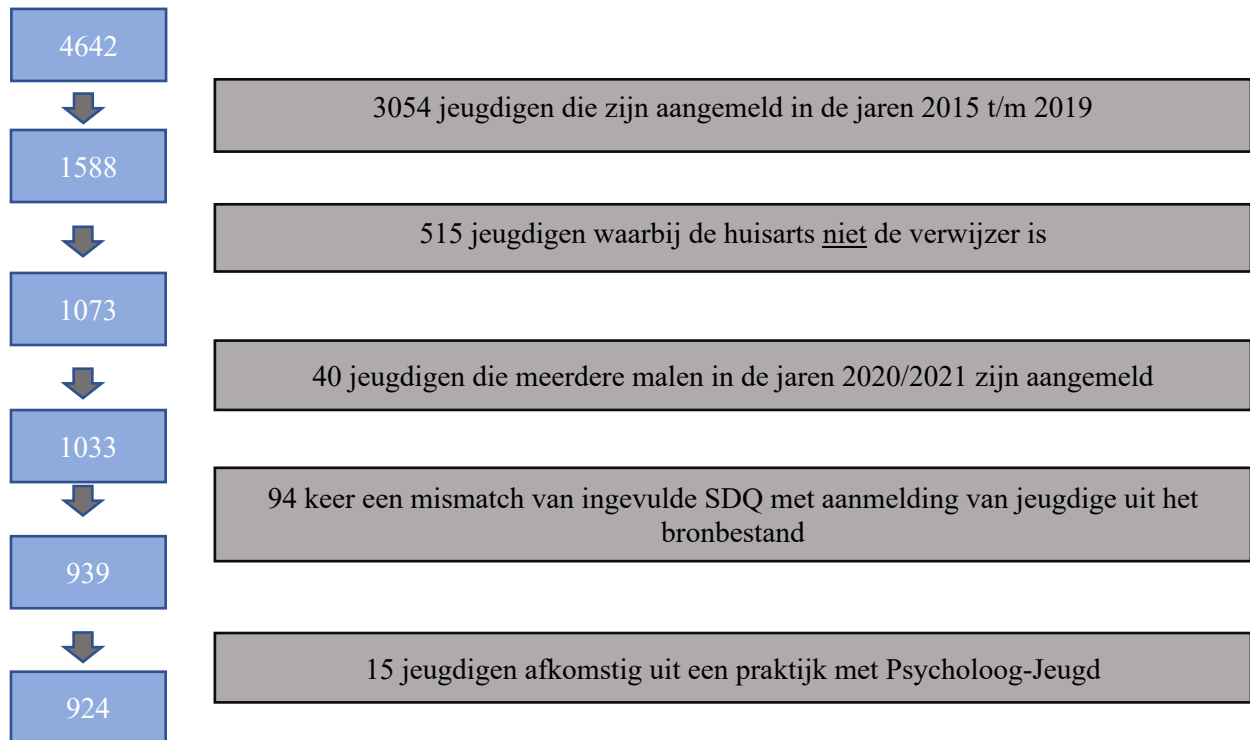
Het derde inclusie criterium was dat er alleen startmetingen van de SDQ werden meegenomen in het onderzoek omdat deze metingen representatief zijn voor de keuzes die de huisartsenpraktijken met of zonder POH-J hebben gemaakt om een jeugdige door te verwijzen naar de specialistische jeugdhulp. Voor iedere jongere is er één ingevulde vragenlijst meegenomen, wat betekent dat het om waarden gaat van unieke jeugdigen. Vervolgens is er geen onderscheid gemaakt tussen de ingevulde vragenlijsten door jeugdigen of ouders. Deze keuze is gemaakt omdat naar verwachting voor dit onderzoek het geen toegevoegde waarde had om een onderscheid te maken in de toegekende waardes door de ouders én de jeugdigen. De ingevulde vragenlijst door de jeugdige (11 t/m 17) was het uitgangspunt. Indien deze niet aanwezig was en er voor deze jeugdige wel een vragenlijst was ingevuld door de ouder, dan is deze als alternatief meegenomen. Voor de jeugdige onder de 11 jaar is de vragenlijst ingevuld door de ouder meegenomen. Wat betekent dat de SDQ-variabelen van de vragenlijsten ingevuld door de jeugdigen en ouders zijn samengevoegd tot één gezamenlijke variabele die de uitkomsten op de subschalen, totaalscore en impactscore van de SDQ weergeven.

Bij 94 jeugdigen was er een mismatch in het tijdstip van de datum van aanmelding en de datum waarop de SDQ was ingevuld. Dit betekende dat de ingevulde SDQ niet hoorde bij de datum wanneer de jeugdige was aangemeld bij Accare, maar mogelijk bij een eerder traject. Uiteindelijk zijn van de nog resterende 939 jeugdigen nog 15 geëxcludeerd omdat de huisarts van deze jeugdigen geen POH-J maar een Psycholoog-Jeugd in de praktijk had wat mogelijk een vertekening van de resultaten kon geven. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een steekproef van 924 respondenten om te starten met de data-analyse (zie Figuur 4). Echter, niet alle SDQ's bleken volledig ingevuld en er is de keuze gemaakt om

alleen per jongere één uitkomst van de vragenlijst te rapporteren. dus er zijn van de 924 jeugdigen die wel informatie hebben over hun achtergrond en traject, 268 jeugdigen waarbij zij een 'missing' hebben op de SDQ-waarden.

Figuur 4

Process chart met de in- en exclusiecriteria van het bronbestand



Variabelen

De variabelen worden hieronder weergegeven, onderverdeeld in achtergrondkenmerken, trajectkenmerken en de SDQ-vragenlijst. Er is een omschrijving van de variabele gegeven, de eenheid waarin de variabele is gemeten en voor welk doel de variabele is gebruikt binnen de data-analyse.

Achtergrondkenmerken

Patient ID:

Dit betreft een *unieke cijfercode*, die niet gekoppeld is aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de jeugdige wat maakt dat deze niet herleidbaar is naar de jeugdige. De SDQ-vragenlijsten zijn gekoppeld aan het bronbestand met behulp van deze unieke code.

Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J

Deze variabele geeft aan of een jeugdige is doorverwezen door een huisarts die wel of geen POH-J heeft. Bekend was welke huisarts de verwijzer was van de jeugdige, alleen ontbrak het gegeven of er een POH-J bij de betreffende huisarts in de praktijk werkzaam was. De achternaam en initialen van de huisarts

werden weergegeven in het Excel-bestand. Aan de hand van de informatie over de verwijzer werd nagegaan of het ging om een huisartsenpraktijk met of zonder POH-J in het jaar 2023.

Geslacht:

Gemeten met twee categorieën: jongen of meisje.

Leeftijd:

Berekend op basis van geboortjaar en geboortemaand en deze variabelen zijn omgezet naar een schatting van de werkelijke leeftijd. Vervolgens is de leeftijd omgezet in een categoriale variabele. De categorieën zijn als volgt ingedeeld: 3 tot en met 4 jaar, 5 tot en met 12 jaar, 13 tot en met 18 jaar en tot slot 19 jaar en ouder. De onderverdeling in de categorieën is gebaseerd op schoolleeftijd van de jeugdigen, namelijk onderbouw basisschool, bovenbouw basisschool, middelbare school en volwassen.

Trajectkenmerken

Wachttijd tussen moment van aanmelding en intake (W1):

Deze variabele geeft de tijd weer hoelang een jeugdige moet wachten op het moment van intake na het moment van de aanmelding bij Accare. De eenheid van deze variabele is in dagen, inclusief weekenden/feestdagen.

Wachttijd tijdens de diagnostiekfase (W2):

Deze variabele (weergegeven in dagen, inclusief weekenden/feestdagen) geeft weer hoelang de diagnostiekfase van een jeugdige duurt. De diagnostiekfase is de fase na het intakecontact tot het adviesgesprek of een eerste behandelcontact. Dit betekent dat voor patiënten waar geen adviesgesprek is, het eerste behandelcontact gebruikt wordt als het eindpunt van deze variabele. Hiermee vervalt de wachttijd W3 voor deze jeugdigen.

Wachttijd duur tot eerste behandelcontact (W3):

Voor jeugdigen die reeds een adviesgesprek hebben gehad, kan er nog wachttijd zijn tot het eerste behandelcontact. Deze variabele geeft de lengte van deze periode tussen adviesgesprek/diagnose en de start van de behandeling. De eenheid van de variabele is in dagen weergegeven, inclusief weekenddagen en feestdagen.

Directe tijd besteed aan de jeugdige in de wachtfase:

Deze variabele geeft het aantal minuten weer dat bij Accare is besteed aan de jeugdige voordat een daadwerkelijke behandeling is uitgevoerd of de jeugdige een behandelafpraak heeft gehad. Dit betreffen cliëntgebonden minuten die Accare nodig heeft gehad tijdens de wachtfase, dus voor de intake- en tijdens de diagnostiekfase.

Indirecte tijd besteed aan de jeugdige in de wachtfase:

Deze variabele geeft het aantal 'administratieve' minuten weer dat in totaal nodig was bij Accare voordat de eerste behandelaafspraak heeft plaatsgevonden. Dus contact dat aan de jeugdige is gerelateerd, maar geen cliëntgebonden tijd. Dit kunnen multidisciplinair overleg (MDO), pre-intakeafspraken of externe overleggen zijn met bijvoorbeeld derden of scholen waarbij de jeugdige niet aanwezig is. Ook vallen telefoontjes, verslaglegging en no-shows hieronder. No-shows zijn momenten dat er een gepland cliëntencontact is geweest maar dat de jeugdige niet verschijnt.

Het aantal afspraken vóór een behandeling:

Deze variabele betreft het aantal afspraken die op de jeugdige zijn weggeschreven voordat er daadwerkelijk behandelcontact is geweest. Dit kunnen dus ook multidisciplinair overleg (MDO)/ pre intake uren zijn. Het is zinvol om te kijken of dit aantal verschilt tussen de huisartsenpraktijken met en zonder POH-J.

SDQ

De SDQ bestaat uit vijf subschalen, een totaalscore en een impactscore die geduid worden in drie categorieën: niet-klinisch, grenswaarde en klinisch. Niet-klinisch geeft geen onmiddellijke aanwijzing voor de aanwezigheid van problemen. Een score binnen de grenswaarde houdt in dat er mogelijk sprake is van lichtere problematiek. De klinische-score geeft een indicatie van eventuele ernstige problemen (Theunissen et al., 2019).

SDQ-score op de subschalen van de jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud:

Deze variabelen geven de SDQ-score op subschaal emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, sociale problemen en prosociaal gedrag weer. Deze scores op deze subschalen worden gebruikt om jeugdigen met betreffende type problemen te onderscheiden van jeugdigen die dat type problemen niet ervaren (Theunissen et al., 2019). Dus dat betekent dat er vijf variabelen zijn aangemaakt voor de volgende subschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, sociale problemen en prosociaal gedrag. De score op deze schaal was onderverdeeld in de volgende drie uitkomstmaten: klinisch, grenswaarde en niet-klinisch. De variabele is als volgt gecodeerd: Niet-klinisch = 0, grenswaarde = 1, klinisch = 2.

De SDQ-som totaalscore van de jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud:

Dit is een somscore van emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en sociale problemen. Prosociaal gedrag wordt hierin niet meegenomen. De score op deze schaal was onverdeeld in de volgende drie uitkomstmaten: klinisch, grenswaarde en niet-klinisch. De variabele is als volgt gecodeerd: Niet-klinisch = 0, grenswaarde = 1, klinisch = 2. Deze score is gebruikt om de zwaarte van de problematiek van de jeugdigen in te schatten. Als de score klinisch is, is de kans dat deze

jeugdigen daadwerkelijk problemen ervaren groot. Er is uiteindelijk gekozen om voornamelijk naar de SDQ-totaalscore te kijken omdat de subschalen minder betrouwbaar zijn dan de SDQ-totaalscore (Vogels et al., 2005).

De SDQ- impactscore van de jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud:

De impactscore is een som van vijf vragen die tot doel hebben om de ernst van de eerder gemelde problemen (mits die er zijn) te achterhalen. Een voorbeeldvraag om de impact te meten was als volgt: ‘belemmeren de moeilijkheden jouw leven op de volgende gebieden: thuis, vriendschap, leren in de klas en activiteiten in de vrije tijd (Theunissen et al., 2019). Ook de score op deze schaal was onderverdeeld in de volgende drie uitkomstmaten: klinisch, niet-klinisch en grenswaarde. De variabele is als volgt gecodeerd: Niet-klinisch = 0, grenswaarde = 1, klinisch = 2.

3.2.2. Kwantitatieve data-analyse

Het bronbestand en de SDQ-vragenlijsten zijn omgezet in een kwantitatieve dataset in het statistische computerprogramma SPSS (29.01). Uiteindelijk beschikte de onderzoeker over een bestand waar per gepseudonimiseerde jeugdige de variabelen geslacht, leeftijd, informatie over het voortraject en ingevulde SDQ-vragenlijsten in stonden.

Er worden beschrijvende statistieken voor de achtergrondkarakteristieken van de jeugdigen en de trajectkarakteristieken en de SDQ gepresenteerd. Vervolgens zijn op zowel deze genoemde karakteristieken als de SDQ-gegevens kruistabel analyses uitgevoerd om deze variabelen met elkaar te kunnen vergelijken (hiervoor zijn de Chi-kwadraattoets en de Mann-Whitney U gebruikt), dus tussen jeugdigen doorverwezen door huisartsenpraktijken met POH-J en zonder POH-J. De gekozen afkapwaarde voor significantie was 5% (een p-waarde van 0.05).

3.3 Kwalitatieve dataverzameling en -analyse

Naast het kwantitatieve onderzoeksgedeelte, zijn er interviews afgenomen om de resultaten van de kwantitatieve analyse te kunnen duiden. De uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek zijn voorgelegd aan de POH's-J met het verzoek welke verklaringen zij konden geven voor de gevonden resultaten. Binnen deze paragraaf komt eerst aan de orde hoe de procedure van het werven van participanten is gegaan, vervolgens hoe de dataverzameling en data-analyse van de gegevens is verlopen.

3.3.1 Kwalitatieve dataverzameling

Procedure werving participanten

Er is gekozen om met POH's-J in gesprek te gaan die werkzaam zijn bij een huisartsenpraktijk. De onderzoeker heeft in een korte samenvatting informatie gegeven aan de stagebegeleider over het doel en inhoud van het onderzoek. De stagebegeleider bij Accare heeft via e-mail de POH's-J die ook

werkzaam zijn bij Accare uitgenodigd deel te nemen aan het interview en de samenvatting van de onderzoeker meegezonden. De keuze om het eerste contact via de stagebegeleider te laten verlopen was vanwege het feit dat de stagebegeleider al vaker zakelijk contact heeft gehad met deze POH's-J in de verwachting daarmee een hogere respons te krijgen.

POH's-J die interesse hadden om deel te nemen, konden dan contact opnemen met de onderzoeker. Op deze manier werd het idee van vrijwilligheid om te participeren ook in acht genomen. Wanneer zij hadden aangegeven te willen deelnemen, is het contact verder opgepakt door de onderzoeker en heeft de onderzoeker een mail gestuurd met een informatiebrief en toestemmingsformulier. Via mailcontact heeft de onderzoeker enkele data voorgesteld om de interviews te plannen. Na het vaststellen van de datum heeft de interviewer een Microsoft Teams vergaderlink naar de participant toegestuurd.

Aanvankelijk was gekozen om alleen POH's-J te interviewen die werkzaam zijn bij Accare in de provincie Groningen, maar om de kans op respons te vergroten zijn ook POH's-J benaderd die in omliggende provincies werkzaam zijn. Er werd gestreefd naar een respons van vijf á zes participanten. Van de 25 benaderde participanten zijn er uiteindelijk vijf reacties gekomen en deze vijf participanten zijn bereid geweest om deel te nemen. Drie POH's-J waren werkzaam in de provincie Groningen en twee POH's-J in een andere Noordelijke provincie.

Semi-gestructureerde interviews

Binnen het onderzoek zijn in de eerste week van juni 2023 vijf semigestructureerde interviews, ook wel diepte-interviews genoemd afgenomen (Hennink et al., 2020). De keuze voor dit type interview is gemaakt omdat er via deze onderzoeksmethode dieper kon worden ingegaan op de eigen belevingen, kennis en praktijkervaringen die de participanten zelf aanhalen, in plaats van dat alle vragen van te voren al vast lagen (Baarda et al., 2019; Hennink et al., 2020). Dit met als doel dat de onderliggende sociale mechanismen en alternatieve verklaringen voor de bevindingen uit het deductieve onderzoeksdeel op deze wijze door de participanten konden worden gedeut.

Dataverzameling aan de hand van een topic-lijst

De interviews zijn afgenomen met een topic-lijst als hulpmiddel met onderwerpen en vragen die door de onderzoeker werden gesteld (Van Lieshout et al., 2017). De belangrijkste vraag was om de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel te duiden. Verder stonden er op de topic-lijst nog enkele vragen waar de onderzoeker op terug kon vallen, waarbij bij van belang was dat de vragen niet sturend waren. Verder is ook de vraag gesteld of de participanten verder zelf nog opmerkingen of aanvullingen hadden ten aanzien van het onderzoek. Zie Bijlage B voor de topic-lijst.

De topic-lijst is gedurende het interview als leidraad genomen. Allereerst was er ruimte voor social talk en heeft de onderzoeker de participant bedankt voor deelname. Daarnaast werd nogmaals benadrukt of het toestemmingsformulier helder was en heeft de onderzoeker de belangrijkste punten uit

het formulier nog herhaald, waar de participant toestemming voor heeft gegeven. Vervolgens is aan de participant gevraagd om iets te vertellen over hun opleidingsachtergrond en werkervaring. Vervolgens heeft de onderzoeker gevraagd of de participanten nog opmerkingen hadden naar aanleiding van de informatiebief. De onderzoeker heeft toen kort herhaald wat zij tot op dat moment heeft onderzocht, en waar de participanten mee konden helpen in het interview. Tijdens het interview zijn sommige vragen opnieuw gesteld met een andere formulering om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. Na het interview zijn de participanten nogmaals bedankt en is er gevraagd of zij ook de uitkomsten van het onderzoek wilden ontvangen.

De topiclijst is gaandeweg het onderzoekproces nog aangepast als dat wat de onderzoeker leerde daar aanleiding toe gaf. Zo verstreekte één participant belangrijke informatie die mogelijk van invloed zou kunnen zijn op de kwantitatieve resultaten. Op basis van de verkregen informatie uit de reeds afgenomen interviews is besloten om in de resterende interviews navraag te doen naar het traject dat jeugdigen bij de POH-J doorlopen, de werkwijze van de POH-J, en hoe en wanneer verwijzingen tot stand komen. Verder hebben de POH's-J zelf ook nog andere relevante informatie aangedragen aan de onderzoeker.

3.3.2 Kwalitatieve data-analyse

De interviews zijn met toestemming opgenomen en zijn later door de onderzoeker getranscribeerd. Gegevens van de participanten die konden worden herleid naar de persoon zijn geanonimiseerd. Denk hierbij aan plaatsnamen en namen van instellingen waar de participanten hebben gewerkt. Ook namen die zijn genoemd in het onderzoek, zijn geanonimiseerd.

Bij het analyseren is het cyclische proces volgens de gefundeerde theoriebenadering gevolgd (Glaser & Strauss, 1967). Het belangrijkste van deze benadering is dat er een theorie wordt gevormd op basis van wat er in de data wordt gevonden. Er is namelijk vooraf geen theorie of hypothese opgesteld bij deze benadering (Glaser & Strauss, 1967). Vervolgens wordt er inductief gecodeerd wat inhoudt dat de data is geordend op basis van verkregen gegevens.

Het analyseren en coderen van de transcripten is via het programma Atlas. Ti gebeurd. Gedurende het analyseren zijn er drie fasen van coderen die belangrijk zijn, te noemen: open coderen, axiaal coderen en tot slot selectief coderen (Glaser & Strauss, 1967). Allereerst is in de data aan relevante fragmenten een zogehete 'quotation' toegevoegd, dat betekent dat er een passage in de tekst is gemarkeerd maar dat er nog geen code aan is toegekend. Vervolgens heeft open coderen voor meer overzicht gezorgd in de transcripten door labels toe te kennen en eventuele labels die over hetzelfde onderwerp gaan samen te voegen (Baarda et al., 2019). Door axiale codes toe te kennen zijn de labels in categorieën geplaatst die tot op zekere hoogte samenhang kenden (Boeije, 2005; Baarda et al., 2019). Vervolgens zijn middels het selectief coderen verbanden gelegd tussen de axiale codes (Boeije, 2005). Tussen deze drie fasen is telkens heen en weer bewogen. Wanneer datasaturatie optrad en gegevens zich

begonnen te herhalen is gestopt met coderen omdat verdere gegevensverzameling uit de transcripten overbodig werd (Hennink et al., 2020).

Met hulp van een tweede codeur (medestudent) zijn twee transcripten gecodeerd en geïnterpreteerd om de betrouwbaarheid van de analyse te waarborgen. Dit heeft de voorkeur omdat deze aanpak ervoor zorgt dat de subjectieve interpretatie gedurende de interviews in evenwicht blijft. Bijvoorbeeld wanneer de onderzoeker geen duidelijke onderbouwing had voor het toepassen van een code, dan had er sprake kunnen zijn van het subjectief interpreteren van de gegevens (Hennink et al., 2020). Vervolgens zijn de diverse coderingsstijlen besproken om consensus te bereiken over de coderingsgegevens en om hierin consistentie aan te brengen (Hennink et al., 2020). Ook is met de stagebegeleider gekeken naar de hoofdcodes die zijn gebruikt en welke tekstfragmenten daaronder hangen om daarover consensus te bereiken. Vervolgens is er een codeboom gecreëerd met een overzicht van alle codes die zijn gebruikt (zie Bijlage C).

3.4 Ethische kwesties

In deze paragraaf worden allereerst de ethische kwesties rondom het kwantitatieve onderzoeksdeel beschreven en vervolgens komen de ethische kwesties binnen het kwalitatieve onderzoeksdeel aan de orde.

Kwantitatief deel

Zoals eerder beschreven is voor het kwantitatieve deel van het onderzoek is gewerkt met een secundaire dataset. Na overleg met een professional van Accare die de data beheert, bleek dat voor het gebruik van de geanonimiseerde, secundaire data (dossierdata) geen toestemming vereist was van de cliënten. In de dataset waren geen cliëntnummers opgenomen of andere informatie die tot herleiding naar de cliënten kon leiden. Het verstrekken van de data was niet in strijd met de Algemene Verordening Persoonsgegevens. Tot slot wordt alleen met de data gewerkt op basis van een stage-contract bij Accare, op een door Accare ter beschikking gestelde laptop en in een beveiligde omgeving.

Kwalitatief deel

Bij het afnemen van de interviews werden persoonsgegevens verzameld van de POH's-J. Het betreft de persoonsgegevens als de naam, e-mailadres, telefoonnummer en uiteindelijk een geluidsopname wanneer de betreffende professional instemt om deel te nemen aan het onderzoek. In navolging van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) diende er dan ook 'informed consent' te zijn verkregen van de participanten (Ritchie et al., 2013). De participanten zijn geïnformeerd door middel van een informatiebrief (zie Bijlage D) waarin het hoe, het waarom en de gevolgen van deelname aan het onderzoek zijn uitgelegd. Op basis van deze informatie is toestemming gevraagd aan de professionals voor het deelnemen aan het onderzoek middels het toestemmingsformulier (zie Bijlage E), welke ondertekend zijn terugontvangen voor aanvang van het interview. Alle participanten konden

vrijwillig deelnemen aan het onderzoek en mochten op elk gewenst moment hun deelname beëindigen. Om aan te tonen dat de participanten toestemming hebben gegeven, zullen de informatiebrieven en de ondergetekende informed consentformulieren worden bewaard in een beveiligde omgeving van Accare waar de stagebegeleiders toegang tot hebben.

Van twee participanten was op de dag van het interview nog geen getekend toestemmingsformulier ontvangen. Beide participanten zijn benaderd en zij hebben per e-mail toestemming gegeven voor het interview en hebben allebei dezelfde dag het toestemmingsformulier getekend geretourneerd. Voorafgaand aan ieder interview is nogmaals gemeld dat er een geluidsopname werd gemaakt en dat de verwerkte gegevens niet meer herleidbaar zijn naar een persoon.

Ook is er rekening gehouden met het waarborgen van de anonimiteit van de participanten, deze informatie is ook weergegeven in de informatiebrief. De interviews hebben online plaatsgevonden via een beveiligde Microsoft Teams-omgeving op de werklaptop van Accare, zonder overige toehoorders.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk komen de resultaten van zowel het kwantitatieve onderzoeksgedeelte als het kwalitatieve onderzoeksgedeelte aan bod. Allereerst worden in paragraaf 4.1 de kwantitatieve resultaten beschreven. Daarna worden in paragraaf 4.2 de kwalitatieve resultaten besproken.

4.1 Kwantitatieve resultaten

In deze paragraaf worden de kwantitatieve resultaten gepresenteerd aan de hand van de opgestelde verwachtingen (pagina 18 en 19). Eerst worden de achtergrondkenmerken gepresenteerd van de onderzoekspopulatie. Vervolgens is bekeken per achtergrondkenmerk van de jeugdigen of deze verschillen tussen de twee groepen praktijken. Vervolgens zijn tabellen gepresenteerd die betrekking hebben op de duur van het voortraject wanneer een jeugdige eenmaal is aangemeld bij de specialistische jeugdhulp. Tot slot zijn tabellen gepresenteerd die de uitkomsten van de SDQ weergeven.

4.1.1. De achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie

In het databestand zijn empirische gegevens opgenomen van 924 jeugdigen. Het betreft jeugdigen die in de jaren 2020 en 2021 zijn aangemeld bij de specialistische jeugdhulp in de jeugdhulpregio Groningen. De jeugdigen zijn nagenoeg gelijk verdeeld over de geslachten (zie Tabel 1). Het overgrote deel van de jeugdigen is tussen de 5 en 18 jaar oud. Ongeveer driekwart (74%) van de jeugdigen is verwezen door een huisartsenpraktijk zonder POH-J en een kwart van de jeugdigen (26%) door een huisartsenpraktijk die wel een POH-J heeft.

Tabel 1		
<i>Achtergrondkenmerken van de jeugdigen die in de jaren 2020/2021 zijn doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp</i>		
Kenmerken van de jeugdigen	N	Percentage
Geslacht	924	
Jongen	438	47%
Meisje	486	53%
Leeftijd (in categorieën)	924	
3 t/m 4 jaar	30	3,2%
5 t/m 12 jaar	416	45,0%
13 t/m 18 jaar	476	51,5%
19 jaar en ouder	2	0,2%
Doorverwezen uit een huisartsenpraktijk met of zonder POH-J	924	
Met	240	26%
Zonder	684	74%

De volgende verwachting is opgesteld: ‘De verwachting is dat er verschillen in de achtergrondkenmerken zijn te constateren tussen jeugdigen verwezen door een huisartsenpraktijk met Praktijkondersteuner Jeugd en door een huisartsenpraktijk zonder Praktijkondersteuner Jeugd’. Tabel 2 laat zien dat de verdeling van geslacht over verwijzingen door huisartsenpraktijken met en zonder POH-J in deze sample nagenoeg gelijk is. Er is geen significant verband tussen het hebben van wel of geen POH-J en geslacht, $\chi^2 (1, N = 924) = 1.36, p = .243$. Gezien de gevonden percentages in deze sample is er geen reden om aan te nemen dat geslacht een rol speelt bij het doorverwijzen in praktijken met of zonder POH-J.

Om tevens een beeld te krijgen van de verdeling van de leeftijd van de jeugdigen is in Tabel 3 zichtbaar dat de jeugdigen in de sample in alle leeftijdscategorieën even vaak worden doorverwezen door zowel een huisartsenpraktijk met als zonder POH-J. De meeste jeugdigen zijn tussen de 13 en 18 jaar oud, in beide groepen. De percentages in de verschillende leeftijdscategorieën in deze sample wijzen niet op een significant verschil in de populatie. Tussen de leeftijdscategorieën en het hebben van wel of geen een POH-J in de praktijk is namelijk geen significant verband gevonden, $\chi^2 (3, N = 924) = 3.14, p = .371$. Uit de cijfers gepresenteerd in Tabel 2 en Tabel 3 blijkt dat de vooropgestelde verwachting niet bevestigd kan worden.

Tabel 2

Verdeling van geslacht bij jeugdigen verwezen door huisartsenpraktijken met en zonder POH-J naar de specialistische jeugdhulp

	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Geslacht N(%)	Met	Zonder	Totaal
Jongen	106 (44%)	332 (49%)	438 (47%)
Meisje	134 (56%)	352 (52%)	486 (53%)
Totaal	240	684	924

Noot. $\chi^2 (1, N = 924) = 1.36, p = .243.$

Tabel 3

Verdeling van leeftijd in categorieën bij jeugdigen verwezen door huisartsenpraktijk met en zonder POH-J naar de specialistische jeugdhulp

	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Leeftijd in categorieën N(%)	Met	Zonder	Totaal
3 tot en met 4 jaar	5 (2%)	25 (4%)	30 (3,2%)
5 tot en met 12 jaar	103 (43%)	313 (46%)	416 (45%)
13 tot en met 18 jaar	132 (55%)	344 (50%)	476 (51,5%)
19 jaar en ouder	0 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)
Totaal	240	684	924

Noot. $\chi^2 (3, N = 924) = 3.14, p = .371.$

4.1.2 Trajectkarakteristieken van de onderzoekspopulatie

In Tabel 4 zijn de belangrijkste variabelen uiteengezet die iets kunnen zeggen over de duur van het voortraject van de jeugdige bij de specialistische jeugdhulp. Omdat er sprake was van niet-normaal verdeelde data, (rechts)scheef, is gekozen om in de tabel de mediaan en de range op te nemen. De mediaan is de middelste waarde van een reeks wanneer deze van laag naar hoog worden geplaatst (Smelt & De Vetten, 2015). De range is de interval tussen de laagste en hoogste waarde van een variabele in een dataset (Smelt & De Vetten, 2015). Verder is bij het presenteren van een boxplot ook de interkwartielafstand (IQR) gerapporteerd. Deze geeft afstand weer tussen het eerste en derde kwartiel (Smelt & De Vetten, 2015). De verwachting was dat er een korter voortraject zou zijn bij jeugdigen die

zijn doorverwezen door een praktijk met een POH-J omdat daar al deels triage en screening is toegepast. De Mann-Whitney U test is gebruikt om te bepalen of deze variabelen significante verschillen vertonen.

Tabel 4				
<i>De trajectkarakteristieken van jeugdigen doorverwezen door huisartsenpraktijk met of zonder POH-J naar de specialistische jeugdhulp</i>				
	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		Totaal	<i>U & p-waarde</i>
	Met	Zonder		
Wachttijd tussen het moment van aanmelding en intake, dagen MD(Range), N = 924	46 (264)	46 (183)	46 (264)	<i>U = 80322 p = .621</i>
Wachttijd tijdens de diagnostiekfase, dagen MD(Range), N = 924	30 (232)	35 (287)	34 (287)	<i>U = 79186 p = .415</i>
Duur van de wachttijd tot eerste behandelcontact, dagen MD(Range), N = 924	0 (252)	0 (289)	0 (289)	<i>U = 74779 p = .026</i>
Directe tijd besteed aan de jeugdige in de wachtfase, minuten MD(Range), N = 869	300 (1715)	350 (2005)	340 (2005)	<i>U = 67713 p = .099</i>
Indirecte tijd besteed aan de jeugdige in de wachtfase, minuten MD(Range), N = 908	560 (4750)	705 (5415)	675 (5415)	<i>U = 69841 p = .005</i>
Aantal afspraken weggeschreven op de jeugdige vóór een behandeling van start is gegaan MD(Range), N = 924	19 (134)	23 (151)	22 (151)	<i>U = 73102 p = .012</i>
<i>Noot. Dikgedrukte p-waarde is significant.</i>				

De wachttijd voor een intakegesprek vanaf het moment dat een jeugdige is aangemeld bij de specialistische jeugdhulp is nagenoeg gelijk in huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. De mediaan is 46 dagen voor jeugdigen doorverwezen door huisartsen zonder POH-J en de mediaan is 46 dagen voor jeugdigen doorverwezen met POH-J. Dit betekent dat minstens 50% van de jeugdigen een wachttijd heeft voor een intakegesprek van minstens 46 dagen in beide groepen. Wel hebben de jeugdigen uit een huisartsenpraktijk met POH-J meer variatie in de wachttijd. Dit is te zien aan het feit dat de range 264 dagen is ten opzichte van 183 dagen bij jeugdigen uit een praktijk die geen POH-J heeft. De grotere variatie wordt veroorzaakt door het feit dat de maximale wachttijd langer is voor de groep met POH-J in de huisartsenpraktijk.

In de diagnostiekfase ligt de mediaan van jeugdigen uit een praktijk met POH-J op 30 dagen en een praktijk zonder POH-J op 35 dagen. De range van deze beide groepen is 232 dagen in de groep met POH-J en 287 dagen in de groep zonder POH-J. Dus minstens 50% van de jeugdigen met POH-J heeft

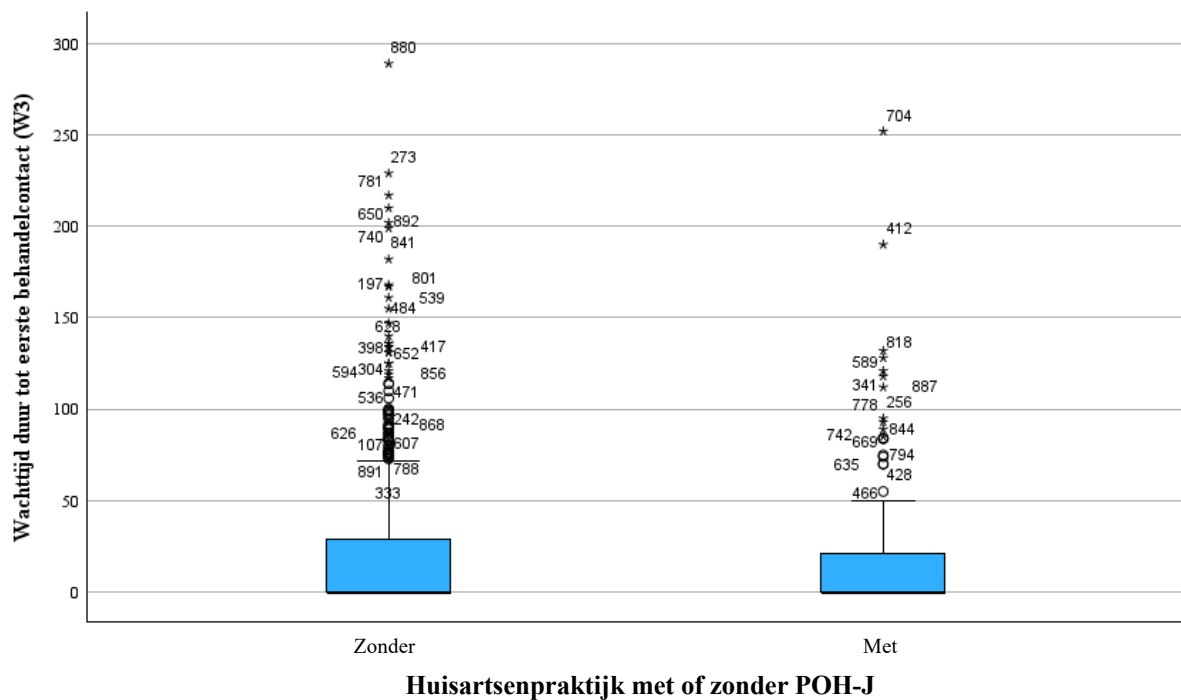
een wachttijd van ten minste 30 dagen. In de groep jeugdigen die is doorverwezen uit een praktijk zonder POH-J is dit vijf dagen langer. Er zit ongeveer 50 dagen verschil in de variatie tussen beide groepen, in het voordeel van de jeugdigen uit een praktijk met POH-J. Dit is echter geen significant verschil.

Wel is er een verschil op te merken in de wachttijd tot het eerste behandelcontact heeft plaatsgevonden. Uit Tabel 4 kan worden afgelezen dat de mediaan van deze wachttijd voor zowel jeugdigen die door huisartsenpraktijken met POH-J doorverwezen zijn ($MD = 0$, $Range = 252$) als voor verwijzingen uit een huisartsenpraktijk zonder ondersteuner ($MD = 0$, $Range = 289$) hetzelfde is. De manier waarop de duur van de diagnostiekfase en de wachttijd voor behandelcontact gemeten zijn maakt dat voor een groot aantal jeugdigen het eerste behandelcontact als eindpunt van de diagnostiekfase gebruikt is. Daardoor is er voor deze jeugdigen geen wachttijd voor het eerste behandelcontact. Dit verklaart mogelijk waarom meer dan 50% van de jeugdigen in beide groepen nul dagen wachttijd hebben tussen diagnose en behandeling.

In Figuur 5 is de boxplot voor de twee groepen jeugdigen gepresenteerd. Van alle jeugdigen die een adviesgesprek/diagnose gehad hebben en dus een aantal dagen hebben moeten wachten op hun eerste behandelcontact, blijkt dat de jeugdigen die zijn verwezen uit een praktijk zonder POH-J meer variatie in de wachttijd tot behandeling hebben. Dit is zichtbaar in de boxplot door meer outliers aan de bovenkant en een hogere staart. De staart voor jeugdigen doorverwezen uit een praktijk met POH-J ligt op 50 dagen. Dit punt ligt voor jeugdigen uit praktijk zonder POH-J hoger. De IQR van de jeugdigen zonder POH-J in de praktijk is 29 en van jeugdigen met POH-J in de praktijk is IQR 21. Dit blijkt een significant verschil, $U = 74779$, $p = .026$. De effectgrootte is 0.1, dit is normaal gesproken een klein effect, echter in de boxplot is te zien dat er wel degelijk sprake is van een andere verdeling. De verdeling van een huisartsenpraktijk met POH-J is veel gecomprimeerder (dichter bij 0) dan bij een huisartsenpraktijk zonder POH-J.

Figuur 5

Boxplot van de variabele wachttijd (in dagen) duur tot eerste behandelcontact



De mediaan van het direct contact met de jeugdige dat nodig was voor aanvang van de eerste behandeling is nagenoeg gelijk. De mediaan van de jeugdigen uit een praktijk met POH-J is respectievelijk 300 minuten versus 350 minuten uit een praktijk zonder POH-J. Er is dus minder dan een uur verschil tussen deze medianen die zelf al op een tijd van vijf uur liggen. De ranges zijn erg ruim voor beide groepen, respectievelijk 1715 minuten voor jeugdigen met een POH-J en 2005 minuten voor jeugdigen zonder POH-J. Er zit iets minder dan vijf uur verschil tussen deze ranges. Deze waarden verschillen niet significant van elkaar.

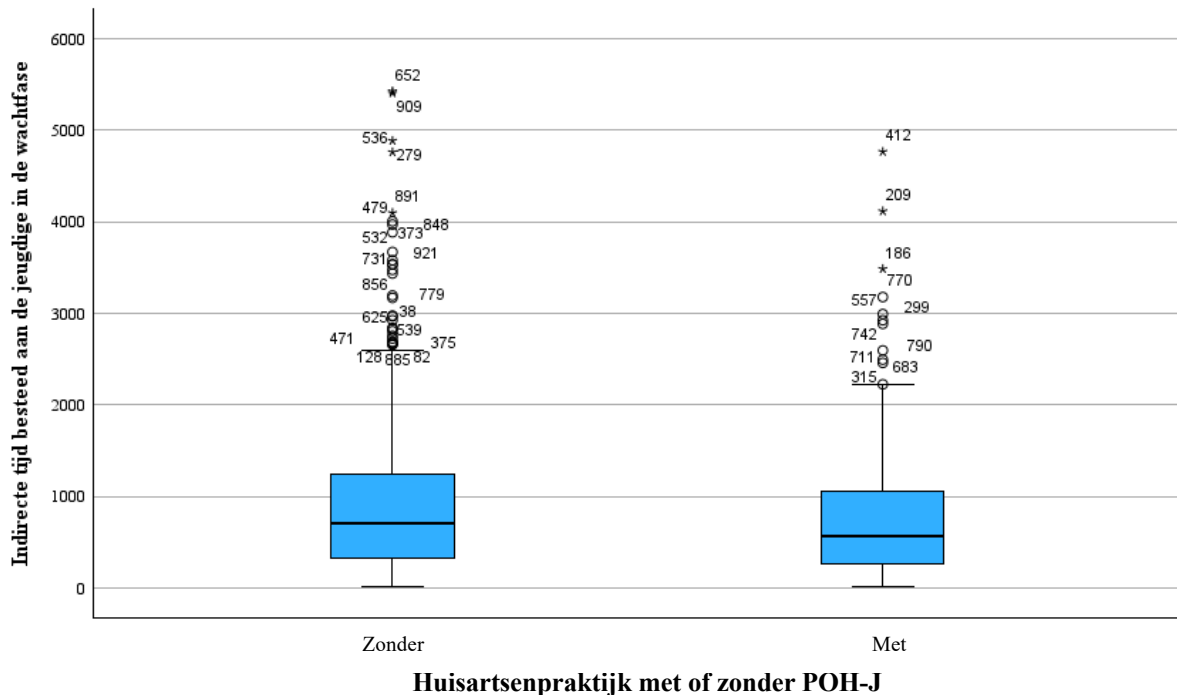
Wel is in de sample waar te nemen dat het aantal minuten toegeschreven aan administratietijd substantieel korter is bij jeugdigen die zijn doorverwezen vanuit een huisartsenpraktijk met POH-J ($MD = 560$). De mediaan bij jeugdigen uit een huisartsenpraktijk zonder POH-J ligt op 705 minuten. Het verschil bedraagt meer dan twee uur tussen de medianen van deze twee groepen waarbij voor de jeugdigen uit een praktijk met POH-J beduidend minder administratietijd nodig is dan voor jeugdigen uit een praktijk zonder POH-J. De variatie in de administratietijd voor jeugdigen met POH-J is minder (range = 4750) in vergelijking met de variatie in de groep zonder POH-J (range = 5415). Het verschil in deze waarden is meer dan 10 uur in het voordeel van de jeugdigen doorverwezen uit een huisartsenpraktijk met POH-J.

In Figuur 6 is de boxplot gepresenteerd van de administratietijd besteed aan de jeugdige verdeeld over de beide groepen. De IQR van de jeugdigen zonder POH-J in de praktijk is 925 en van jeugdigen met POH-J in de praktijk is de IQR 785. Ook hierbij is een substantieel verschil zichtbaar, dat ook significant blijkt te zijn, namelijk: $U = 69841$, $p = .005$. De effectgrootte van het hebben van een

POH-J in de praktijk op de hoeveelheid administratietijd is echter 0.1, dit is een klein effect. Dus de aanwezigheid van een POH-J verlicht mogelijk de administratieve last bij de specialistische jeugdhulp na aanmelding van een jeugdige.

Figuur 6

Boxplot van de variabele indirecte tijd (in minuten) besteed aan de jeugdige in de wachtfase

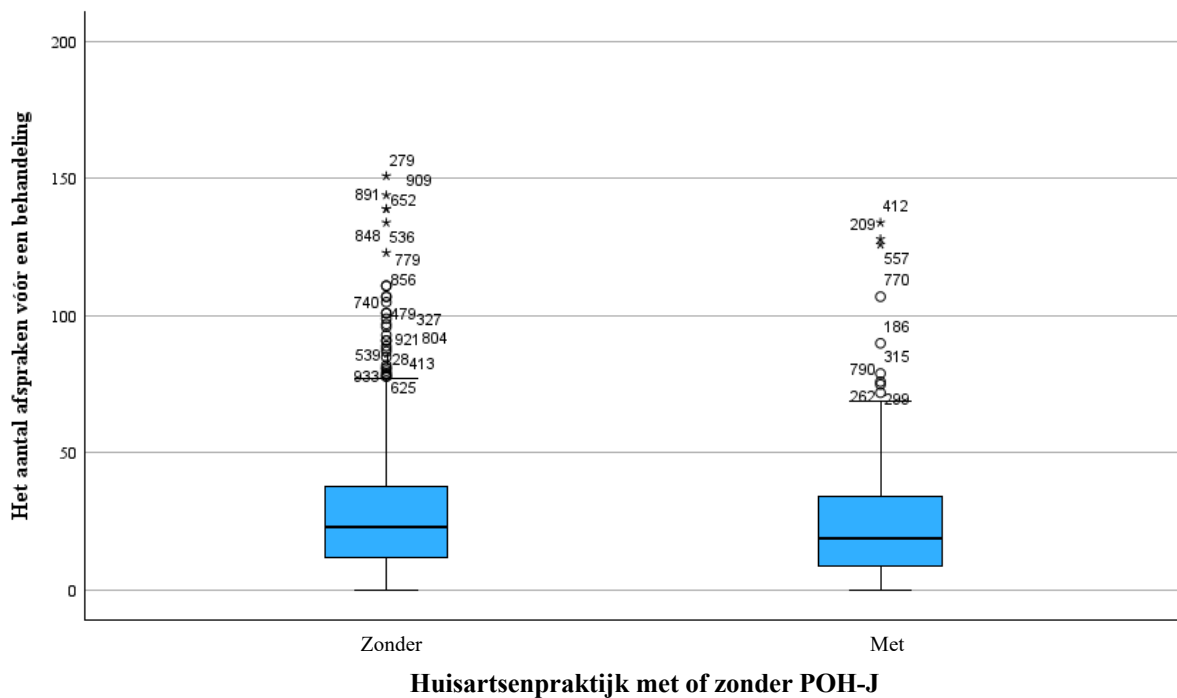


Ook lijkt het erop in deze sample dat minder afspraken nodig zijn voor een behandeling daadwerkelijk wordt gestart. Bij jeugdigen die zijn doorverwezen met POH-J is de mediaan voor het aantal behandelingen 19, tegenover jeugdigen die zijn doorverwezen door een huisartsenpraktijk zonder hulp van een POH-J, is de mediaan 23. Er lijken dus vier afspraken meer nodig te zijn wanneer een jeugdige niet is doorverwezen vanuit een praktijk met POH-J. De variatie in het aantal bezoeken is ook kleiner voor de groep doorverwezen uit een praktijk met POH-J, namelijk 134 bezoeken ten opzichte van 151 afspraken voor de groep doorverwezen uit een praktijk zonder POH-J. Dus een verschil in variatie van 17 afspraken.

In Figuur 7 is de boxplot gepresenteerd van het aantal afspraken vóór een behandeling plaatsvindt. De IQR van de jeugdigen zonder POH-J in de praktijk is 26 en van jeugdigen met POH-J in de praktijk is de IQR 25. Er is een significant verschil in het aantal afspraken bij jeugdigen met een POH-J in de praktijk, het aantal afspraken is significant lager dan bij jeugdigen die zijn verwezen door een huisarts zonder POH-J, $U = 73102$, $p = .012$. De effectgrootte van het hebben van een POH-J in de huisartsenpraktijk op hoeveel afspraken er nodig zijn voor een eerste behandeling is klein, namelijk 0.1. De aanwezigheid van een POH-J in de huisartsenpraktijk leidt mogelijk tot minder afspraken in het voortraject van een jeugdige bij de specialistische jeugdhulp.

Figuur 7

Boxplot van de variabele het aantal afspraken vóór een behandeling



De verwachting was dat de aanwezigheid van een POH-J in de huisartsenpraktijk mogelijk tot een korter voortraject zou leiden bij de specialistische jeugdhulp. Dit lijkt het geval te zijn bij een aantal variabelen namelijk de wachttijd tot eerste behandelcontact, de administratietijd benodigd voor de jeugdige en het aantal afspraken tot het eerste behandelcontact. Dus voor de karakteristieken in het vervolgtraject lijkt de verwachting voor sommige variabelen deels uit te komen.

4.1.3 Uitkomsten type, ernst en impact van psychosociale problemen onder jeugdigen van 3 tot en met 17 jaar oud

In deze subparagraaf wordt ingegaan op de uitkomsten van de ingevulde SDQ-vragenlijsten. De vooropgestelde verwachting was dat door een betere screening en triage huisartsenpraktijken met Praktijkondersteuner Jeugd een ander type problematiek en gemiddeld ernstigere problematiek doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp dan huisartsenpraktijken zonder Praktijkondersteuner Jeugd.

Er is besloten de vijf subschalen van de verschillende typen problematiek niet te rapporteren in de hoofdtekst maar om in Bijlage F op te nemen. Dit omdat er kleine verschillen in bleken te zitten tussen huisartsenpraktijken met of zonder POH-J en deze allen niet significant waren. In de sample (zie Tabel F1) is te zien dat er bij meer dan 50% van de jeugdigen in beide groepen (respectievelijk 57% en 55% in de groep met en zonder POH-J) sprake is van aanwezigheid van klinische emotionele problematiek. Bij de subschaal gedragsproblemen is er sprake van 6% verschil (respectievelijk 16% en 22% in de groep met en zonder POH-J) in de klinische waarden tussen de jeugdigen (zie Tabel F2). Voor

de bevindingen op de vijf subschalen is er echter geen significant verband gevonden tussen het hebben van wel of geen POH-J in de huisartsenpraktijk en het type problematiek onder de doorverwezen jeugdigen.

In Tabel 5 is de totaalscore gepresenteerd van jeugdigen tussen de 3 tot en met 17 jaar of hun ouders die de SDQ-vragenlijst hebben ingevuld. De resultaten in Tabel 5 laten zien dat vanuit huisartsenpraktijken met een POH-J er meer jeugdigen worden aangemeld met een klinische waarde op hun totaal (46%) ten opzichte van jeugdigen uit een huisartsenpraktijk zonder POH-J (41%). Dit is echter geen significant verschil, $\chi^2 (2, N = 656) = 1.09, p = .579$. Dat betekent dat voor deze sample geen bewijs kan worden gevonden voor het verschil.

Tabel 5			
<i>Uitkomst van de SDQ totaalscore van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J</i>			
	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Totaalscore N(%)	Met	Zonder	Totaal
Niet-klinisch	59 (32%)	159 (34%)	218 (33%)
Grenswaarde	41 (22%)	118 (25%)	159 (24%)
Klinisch	84 (46%)	195 (41%)	279 (43%)
Totaal	184	472	656
<i>Noot. $\chi^2 (2, N = 656) = 1.09, p = .579$.</i>			

In Tabel 6 is de impactschaal van de SDQ gepresenteerd. Af te lezen is dat het aantal doorverwijzingen met een klinische score, vrijwel identiek is tussen beide groepen, 77% om 78%. De jeugdigen hebben in beide groepen een hoge impactscore wat betekent dat bij veel jeugdigen de gemeten psychosociale problemen van invloed zijn op het dagelijks leven. Er is echter geen significant verband tussen het hebben van wel of geen POH-J en de impactscore van de SDQ, $\chi^2 (2, N = 656) = 0.18, p = .913$.

Tabel 6
Uitkomst van de SDQ-impactscore van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J

	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Subschaal Impact N(%)	Met	Zonder	Totaal
Niet-klinisch	23 (13%)	62 (13%)	85 (13%)
Grenswaarde	19 (10%)	44 (9%)	63 (10%)
Klinisch	142 (77%)	366 (78%)	507 (77%)
Totaal	184	472	656

Noot. $\chi^2 (2, N = 656) = 0.18, p = .913.$

Uit de Tabellen 5 en 6 kan worden opgemaakt dat er geen significante verschillen zijn gevonden tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Het verschil dat vooraf was verwacht, kon in deze steekproef niet bevestigd worden omdat de gevonden resultaten niet significant waren.

4.2 Interviews

In deze paragraaf worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoeksgedeelte besproken. Er zijn interviews afgenomen bij vijf participanten (allen vrouw) die in het dagelijks leven werkzaam zijn als POH-J en daarnaast ook werkzaam zijn bij Accare.

4.2.1 Algemeen

Allereerst is aan de POH's-J gevraagd om iets te vertellen over hun opleidingsachtergrond en werkervaring. De participanten zijn tussen de 30 jaar en 60 jaar oud. Het overgrote deel heeft dezelfde hbo-opleiding gevolgd, namelijk Sociaal Pedagogische Hulpverlening en Verpleegkunde. Binnen Accare hebben zij nog opleidingen/ cursussen gevolgd voor Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling, Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling en Cognitief Gedragstherapeutisch werker. De POH's-J zijn ongeveer 1 jaar tot 2,5 jaar werkzaam in hun functie. Het aantal uren dat zij werkzaam zijn bedraagt 4 uur tot ongeveer 10 uur per week in de functie van POH-J.

4.2.2 Verklaringen waarom er geen verschillen zijn te constateren in het verwijsgedrag tussen huisartsen met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd

In de interviews met de participanten is een aantal mogelijke verklaringen naar voren gekomen voor het niet vinden van verschillen in verwijsgedrag tussen huisartsenpraktijken met POH-J en zonder POH-J. Een aantal verklaringen werd door meerdere participanten genoemd: triage bij Accare, gelijke visie tussen POH's-J en huisarts op lichte problematiek bij bepaalde casussen in de praktijk, pragmatische

redenen die leiden tot een snellere keuze om te verwijzen en de diagnostiekwens van ouders en/of jeugdigen. Deze worden hieronder allereerst gepresenteerd.

Triage en screening bij Accare

Er zijn in de kwantitatieve resultaten geen verschillen gevonden in de onderzochte variabelen tussen huisartsenpraktijken met of zonder POH-J. Een participant gaf aan dat de triage van de hulpvraag bij Accare hier van invloed op kan zijn geweest. De participant bedoelt hiermee dat een aanmeldbureau van Accare beoordeelt of de aard van de problematiek van de door huisartsenpraktijken verwezen jeugdigen passend is voor behandeling door specialistische ggz. Dit blijkt uit het volgende fragment:

[Fragment uit het interview met een POH-J, P2= participant 2]

P2: 'Accare mag ook alleen maar jongeren aannemen met complexe problematiek. Dus ik denk ook dat die al heel selectief screenen voordat de jongere binnenkomt.'

Een andere participant die ook bij een aanmeldbureau werkt, dus ook verwijsbrieven van onder andere huisartsenpraktijken controleert die bij Accare binnenkomen, bevestigt dit.

[Fragment uit het interview met een POH-J, P3= participant 3]

P3: 'Dat zijn dan momenten dat we met de huisarts contact opnemen, van we snappen de vragen waar kan het wel of niet, maar soms is de problematiek te licht voor Accare en zijn andere instanties gewoon logischer qua jeugd-ggz.'

Uit deze twee interviews kwam voor de onderzoeker een onverwacht antwoord naar voren. Zo blijkt dat er per provincie een aanmeldbureau bij Accare bestaat dat bekijkt of de problematiek van de jeugdige past binnen het specialisme van Accare. De onderzoeker heeft met een dergelijke screening aan de poort geen rekening gehouden. De onderzoeker heeft vastgesteld dat aanmeldbureaus inderdaad staande praktijk zijn bij Accare. Een aanmeldbureau behandelt de verwijzingen die binnenkomen bij Accare. Dit betekent dat wanneer er uit een verwijsbrief naar voren komt dat een verwijzing toch niet passend voor verwijzing naar Accare, dat contact wordt opgenomen met de verwijzer om een passend alternatief aan te dragen en de verwijzing dus niet aan te nemen. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat de onderzoeker weinig tot geen verschillen heeft gevonden, maar de invloed van de screening door Accare binnen dit onderzoek is niet in te schatten of te toetsen.

Praktijkondersteuner Jeugd en huisarts zijn gelijkwaardig bij het inschatten van evident zware en evident lichte problematiek

Van de participanten noemen er drie als reden dat sommige zorgvragen zo evident zijn dat deze te allen tijde (of het nu een praktijk met of zonder POH-J is) worden doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp. Bij overduidelijke problematiek verwachten zij dus dat huisartsenpraktijken met of zonder POH-J dus hetzelfde verwijsgedrag te vertonen:

In het volgende fragment beschrijft een participant waarom zij vindt dat de huisarts en POH-J hetzelfde verwijsgedrag vertonen ten aanzien van bepaalde jeugdigen waar de hulpvraag zo duidelijk is dat deze tot verwijzing zal leiden. De participant geeft hiermee aan dat sommigen huisartsen ook zelf de inschatting goed kunnen maken en dus ook goed kunnen triageren.

[Fragment uit het interview met een POH-J, P1= participant 1]

P1: 'Of omdat de problemen zo groot zijn dat, dat dat het advies is. Of dat ik dat er nu uit filter of een huisarts. Wij komen toch beide wel tot dezelfde conclusie.'

Hiernaast benoemt een participant ook dat haar huisarts jeugdigen met lichte problematiek zelf binnen de praktijk wil houden en een andere participant geeft ook aan dat de huisarts wil normaliseren en vertragen in de praktijk. Volgens de participanten lijken ook huisartsen bewust bezig te zijn met triageren en klachten normaliseren:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P4= participant 4]

P4: 'Is dat toen ik een heel kort kennismakingsgesprek had voordat ik daar kwam werken met de huisarts en die huisarts zei: nou doorverwijzen willen we eigenlijk zo weinig mogelijk doen. Dus die was wel een beetje van als het echt ernstig is, dan doen we dat.. We willen het ook erg normaliseren van klachten horen er soms bij, toen dacht ik van oké nou opzich een mooie insteek he'.

Pragmatische redenen in de huisartsenpraktijk die leiden tot snellere keuze om door te verwijzen

In de hiervoor genoemde verklaringen werden mogelijke redenen gegeven voor het ontbreken van verschillen in verwijsgedrag. Bij de hier genoemde pragmatische redenen kwam naar voren dat de participanten mogelijk een ander verwijsgedrag hadden getoond als de werkdruk niet zo hoog was geweest. De screening en triage bij jeugdigen was mogelijk nauwkeuriger geweest als er meer tijd beschikbaar was geweest voor de POH-J .

Twee participanten in het interview noemden pragmatische redenen die bij een POH-J kunnen leiden tot een snellere doorverwijzing. Zo noemt een participant een overvolle agenda van de POH-J zelf die van invloed kan zijn op het wel of niet doorverwijzen van een jeugdige. Een participant noemt daarbij ook dat zij nog wat zoekende is in wat ze wel of niet doorverwijst en dat, in combinatie met haar volle agenda, zij ook zelf sneller verwijst. Daarnaast vertelt een participant dat zij eerder verwijst omdat ook wachttijden en wachtlijsten een belangrijke factor zijn om rekening mee te houden en dat zij daarom niet eerst de jeugdige zelf ook nog bij zich houdt alvorens ze de keuze maakt om te verwijzen. Waar men zou verwachten dat de POH-J meer casussen zelf zou behandelen, lijkt de werkdruk van invloed te zijn op het verwijsgedrag van de POH-J. In het volgende fragment geeft de participant een voorbeeld van een situatie waarin zij de keuze heeft gemaakt om vanwege pragmatische redenen eerder te verwijzen:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P3= participant 3]

P3: 'Dat betekent dat als ik naar mijzelf kijk, dat in die tijd dat ik zo overvol was en het zoveel was, nu is het weer wat gemiddeld, maar dat je ook wat sneller doorverwijst omdat je weet als ik nu dat aanga, dan zijn

we al voor een volgende afspraak zijn we al 6 weken verder, ga ik dan nog weer een tweede afspraak hebben, ben ik alweer twee maand verder'.

P3: 'Dan ga je ook pragmatisch ook veel meer, eerder verwijzen dus ik denk dat uiteindelijk de wachttijden en wachtlijsten zijn ook wel echt een factor zijn'.

Diagnostiekwens van de ouders en/of jeugdigen

Drie van de vijf participanten gaven aan dat ouders en/of jeugdigen regelmatig met een diagnostiekwens naar de huisartsenpraktijk komen. Met diagnostiekwens wordt binnen het kader van dit onderzoek bedoeld dat ouders en/of jeugdigen aandringen op diagnostiek (al dan niet in de specialistische jeugdhulp). Volgens de participanten willen ouders graag dat hun kind doorverwezen wordt om het gedrag van hun kind te kunnen verklaren. Daarbij wordt wel door de participanten opgemerkt dat ouders soms onbekend zijn met behandelalternatieven die soms na gesprek met een POH-J toch leiden tot afronding van de hulpvraag in de huisartsenpraktijk zelf. Maar ook zijn er ouders of jeugdigen die toch een verwijzing willen en dan wordt dat volgens de participanten niet altijd tegengehouden door de POH-J.

De POH-J toont zich echter wel kritisch en bespreekt alternatieven en tevens de voor- en nadelen van diagnostiek maar wil de diagnostiekwens uiteindelijk niet blokkeren, zoals ook uit onderstaand fragment naar voren komt:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P1 = participant 1]

P1: 'Alleen hij wou dat per se. Dus dan ben ik niet diegene om die poorten te sluiten en te zeggen ja maar ja ik verwijs je niet door. Uiteindelijk heb je het er wel over, je hebt het er wel goed over en hij besloot ja ik wil echt worden doorverwezen. Nou ja dan is het een YES terwijl ik dacht dat het zou een NO moeten zijn.

Soms is de diagnostiekwens van de ouders begrijpelijk volgens een participant omdat zij ook met andere kinderen al soortgelijke ervaringen hadden. Het volgende fragment beschrijft dit:

[Fragment uit het interview met POH-J , P5 = participant 5]

P5: 'Maar ik denk ook dat ouders goed kunnen inschatten in wat ze nodig hebben en dat ze daar duidelijk in zijn of al een traject met een ander kind of al genoeg ervaring hebben zodat ze weten wat ze willen'

4.2.3 Verklaringen door participanten aangegeven waarom er wel verschillen zouden moeten zijn te constateren in het verwijsgedrag tussen huisartsen met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd

In de interviews noemen enkele participanten verklaringen, die de meerwaarde van een POH-J onderstrepen, op basis waarvan ze wel verschillen in verwijsgedrag hadden verwacht. Zo worden de specifieke kennis van de POH's-J benoemd, de behandel mogelijkheden in de praktijk en de ruimere beschikbare tijd voor beoordeling door de POH's-J.

De meerwaarde van een Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk

In tegenstelling tot wat andere POH's-J verklaarden, gaven twee participanten aan dat ze door hun arbeidsverleden meer expertise hebben dan huisartsen om de problemen van de jeugdigen te beoordelen. Met name lijkt dat een arbeidsverleden met ervaring in de zorg aan jeugdigen eraan bij te dragen dat de (ernst van de) hulpvragen in de huisartsenpraktijk beter kan worden ingeschat. Bijvoorbeeld de gerichtere kennis van psychiatrie en van de ontwikkeling van kinderen benoemt een participant als essentiële kennis om deze problemen te begrijpen.

Dit wordt ook weergegeven in het volgende fragment waarin de participant spreekt over haar ervaring waarin een huisarts met al een idee over wat te doen, haar desondanks toch raadpleegt waardoor het advies toch werd gewijzigd:

[Fragment uit het interview met POH-J , Praktijkondersteuner Jeugd P2 = participant 2]

P2: 'En ik had moeder twee keer gesproken en dan breng je toch meer in kaart en ik heb ook volgens mij toch meer kennis dan de gemiddelde huisarts over de hechting en hoe dat allemaal en over die ontwikkeling'. En je hebt meer tijd en je hebt meer kennis, en daardoor ga je ook anders doorverwijzen.'

De POH-J heeft meer mogelijkheden om de jeugdigen op eigen locatie te behandelen dan de huisarts. De zorg op locatie maakt dat deze daarmee ook laagdrempeliger wordt voor de jeugdige om er gebruik van te maken met als mogelijk gevolg dat er minder jeugdigen worden verwezen naar de specialistische jeugdhulp. Dit komt naar voren in het volgende fragment:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P2= participant 2]

P2: 'Omdat een huisarts gaat daar niet mee aan de slag. Die geeft misschien een keer tips, probeer is dit of probeert is he met de juf of.. ik denk niet.. een huisarts gaat geen exposure behandeling geven zegmaar.'

Ook spreken drie van de vijf participanten zich uit over de ruimere tijd die zij beschikbaar hebben om de problematiek in kaart te brengen en te beoordelen waardoor een meer afgewogen oordeel kan worden gegeven over welke zorg benodigd is. Door het korte tijdsbestek waarin de huisarts (zonder POH-J) een oordeel moet vellen geeft de participant ook aan dat dit kan leiden tot beslissingen die wat 'kort door de bocht zijn'. In vergelijking met huisartsen die gemiddeld 10 minuten de tijd hebben, hebben POH's-J een half uur tot driekwartier de tijd om de problematiek te screenen. Dat wordt geïllustreerd in onderstaand fragment:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P2 = participant 2]

P2: 'Dat je wel veel richter kan verwijzen, ik denk dat dat echt wel en dat je ook al een stukje...Een huisarts heeft gewoon 10 minuten en vaak voor dit soort mensen een halfuur, maar een halfuur de tijd om echt even goed te kijken wat is er aan de hand, te screenen en ik neem daar zo 1 of 2 gesprekken voor.'

4.2.4 Onderwerpen die naast deze verklaringen ook vaak aan bod kwamen

Ook zijn er nog relevante opmerkingen gemaakt door participanten die niet onvermeld moeten blijven omdat deze voor vervolgonderzoek van belang kunnen zijn. Allereerst het verschil in expertise tussen de POH's-J onderling. Verder noemden ze nog een aantal punten die zij interessant vonden voor vervolgonderzoek en tot slot kwam ook de samenwerking tussen de huisarts en de POH's-J in sommige interviews naar voren.

Variatie in expertise tussen de Praktijkondersteuners Jeugd onderling

Tijdens de interviews werd door de Praktijkondersteuners benoemd dat er tussen de POH's-J verschillen zijn in opleiding, werkervaring en het ontbreken van bepaalde beroepsvaardigheden en expertise.

Op de vraag van de interviewer hoe men het dagelijkse werk oppakt, bleek dat iedere POH-J daar zijn eigen invulling aan geeft. Er is geconstateerd dat een uniforme werkwijze ontbreekt bij het uitoefenen van de functie van POH-J. Iedereen geeft zelf invulling aan zijn functie. Het volgende fragment geeft dit weer:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P5 = participant 5]

P5: 'Het is natuurlijk wel een functie die je zelf een beetje inkleedt naar wat je eigen goeddunken ook is. Ik doe het op mijn manier iemand anders doet het op zijn of haar manier, er zal onderling nog wel wat verschil in zitten.'

Naast het ontbreken van een uniforme werkwijze kwam ook in twee interviews naar voren dat het gegeven hoelang men al werkzaam is als POH-J van invloed is op de uitoefening van het werk omdat men nog bezig is met het ontwikkelen van de vaardigheden. Uit het volgende fragment is dit op te maken:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P3 = participant 3]

*P3: 'Dat zou ik mij wel kunnen voorstellen dat het invloed kan hebben want als ik naar mijzelf kijk, nu ik dit *aantal jaar werkzaam*, straks bijna *aantal jaar werkzaam* doe. Ik denk dat ik in het begin, ben je echt bezig om alles in de vingers te krijgen, wat is nou eerstelijns, wat niet. En was ik eerder te kritisch met, ja hoe moet je dat zeggen, te lang dat ik dat het allemaal eh zelf oppakte'.*

Drie POH's-J benoemden het verschil in beroepsmatige achtergrond van de POH's-J en welke elementen van hun opleiding mogelijk minder helpend en helpend zijn. Het volgende fragment geeft dit weer:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P5= participant 5]

P5: 'Wat is de opleiding van alle poh's en wat is daarin heel erg helpend en wat is niet helpend'.

Dit thema hangt samen met het gegeven dat er geen specifieke opleiding is vereist voor de uitoefening van de functie van een Praktijkondersteuner Jeugd. Er werd door een participant genoemd dat ze

vaardigheden mist om dit werk goed te kunnen uitoefenen in het voorveld. Als voorbeeld werd genoemd het ontbreken van bepaalde gespreksvaardigen. Het volgende fragment geeft dit aan:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P4 = participant 4]

P4: 'ik mis soms wel wat vaardigheden misschien om dit werk goed te kunnen te doen om in het voorveld ook wat beter te kunnen begeleiden in plaats van gelijk oké dit probleem is er en we gaan het behandelen.'

Samenwerking van de Praktijkondersteuner Jeugd met de huisarts in de praktijk

Uit de interviews kwam naar voren in welke mate de huisarts de POH-J inzet. Twee participanten gaven aan dat ze bijna alle vragen van de huisarts krijgen doorgeleid. Maar ook gaf een participant aan dat de huisarts zelf ook verwijst zonder inzet van de POH-J bij een casus. Het volgende fragment geeft een idee hoe het inschakelen van een POH-J verloopt:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P1 = participant 1]

P1: 'En die huisarts zegt op dit moment vrij snel: we hebben een poh-jeugd, vind je het goed dat we daar dan een afspraak maken?'

Suggestie vervolgonderzoek

Twee participanten benoemden dat ze een terugkoppeling willen uit de tweedelijnszorg om daarvan te leren bij toekomstige verwijzingen. Wat is helpend in het voortraject bij de specialistische jeugdhulp waarin een POH-J al voorwerk heeft gedaan. Er werd aangekaart dat zij ook behoefte hebben aan feedback of hun werk wel efficiënt is voor Accare. In het volgende fragment kwam dit aan de orde:

[Fragment uit het interview met een POH-J , P5 = participant 5]

P5: 'Wat is helpend wat is niet helpend, maar ook wel een beetje in het voortraject van Accare, wat verwachten ze daarin van je.'

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvraag en de deelvragen van deze scriptie beantwoord. Tevens wordt een antwoord gegeven op de geformuleerde verwachtingen. Aansluitend worden de beperkingen en sterke punten van het onderzoek besproken en worden enkele aanbevelingen gedaan voor nader onderzoek.

5.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag, deelvragen en verwachtingen

Binnen het kader van deze scriptie is gepoogd een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: *Verschillen de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen met een doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp van huisartsenpraktijken met een POH-J van die van jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder een POH-J?*

Aan de hand van de deelvragen zal de hoofdvraag beantwoord worden.

De eerste deelvraag die werd gesteld was: *Verschillen de achtergrondkenmerken van de jeugdigen aangemeld door een huisartsenpraktijk met POH-J van de jeugdigen die aangemeld zijn door een huisartsenpraktijk zonder POH-J?*

De achtergrondkenmerken zijn binnen het kader van dit onderzoek gedefinieerd als leeftijd en geslacht. Er zijn geen significante verschillen gevonden op basis van achtergrondkenmerken. Vooralsnog lijkt er geen effect te zijn van een POH-J op de leeftijd of het geslacht van de jeugdigen die worden doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp.

De tweede deelvraag die gesteld werd was: *Verschilt de vervolgzorg van de jeugdigen die zijn aangemeld door een huisartsenpraktijk met POH-J van de jeugdigen die zijn aangemeld door een huisartsenpraktijk zonder POH-J?*

Vervolgzorg is binnen het kader van dit onderzoek als volgt gedefinieerd: de kenmerken van het voortraject tussen het momenten van aanmelding en start van de behandeling bij Accare. In deze scriptie betrof het de wachttijden uitgesplitst in verschillende fasen, de te besteden tijd door professionals van Accare voordat de behandeling kon starten en hoeveel afspraken nodig waren voor de aanvang van de behandeling. In de wachttijd tussen aanmelding en intake, de wachttijd tijdens de diagnostieefase en de directe tijd die is besteed aan een jeugdige zijn geen significante verschillen gevonden tussen de jeugdige doorverwezen door een huisartsenpraktijk met POH-J en zonder POH-J. Wel zijn significante verschillen gevonden in tijd die een jeugdige moet wachten tussen het moment dat de jeugdige een diagnose/adviesgesprek heeft gehad en aanvang van de behandeling. Ook bij de indirecte tijd die is besteed aan een jeugdige alvorens de behandeling van start is gegaan is een significant verschil gevonden. Tot slot is ook een significant verschil gevonden in het aantal afspraken dat benodigd is voordat een jeugdige zijn eerste behandelcontact heeft. Het effect van de aanwezigheid van een POH-J in de huisartsenpraktijk op deze variabelen was echter wel klein. De verwachting dat het voortraject

korter zou zijn voor jeugdigen die zijn doorverwezen door een huisartsenpraktijk met POH-J lijkt deels uit te komen voor de bovengenoemde variabelen.

De derde deelvraag die gesteld werd was: *Verschilt type, ernst en impact van de problematiek van de jeugdigen aangemeld door een huisartsenpraktijk met POH-J van de jeugdigen die zijn aangemeld door een huisarts zonder POH-J?*

Op basis van de analyse zijn geen significante verschillen gevonden in type, ernst en impact van de problematiek van de jeugdigen aangemeld door een huisarts met of zonder POH-J in de praktijk. Voor de verwachting dat door een betere screening en triage huisartsenpraktijken met POH-J een ander type problematiek en gemiddeld ernstigere problematiek doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp dan huisartsenpraktijken zonder POH-J is geen significant bewijs gevonden.

Om verklaringen te vinden voor het ontbreken van verschillen zijn de bevindingen uit de kwantitatieve analyse voorgelegd aan een vijftal POH's-J. De participanten gaven hiervoor meerdere redenen aan. Als reden werd genoemd dat Accare zelf de verwijzingen beoordeelt voordat deze geaccepteerd worden. Daarnaast werden als redenen genoemd dat de POH-J en huisarts gelijkwaardig zijn in het inschatten van de problematiek en de soms sterke wens van ouders of jeugdigen om een diagnose te krijgen van de specialistische jeugdhulp. Tot slot werd als reden genoemd dat soms op pragmatische gronden werd besloten om sneller door te verwijzen.

Omdat de onderzoeker al na de eerste interviews informatie kreeg over het bestaan van een aanmeldbureau bij Accare, is bij de resterende interviews de topiclijst aangepast. De participanten werd nog ruimer de gelegenheid gegeven te vertellen waarom naar hun mening wel verschillen te verwachten waren. Ruimere behandelmogelijkheden in de praktijk en meer tijd voor de jeugdige werden als meerwaarde genoemd op basis waarvan wel verschillen werden verwacht.

Samenvattend is het antwoord op de onderzoeksvraag van deze scriptie dan ook, na beantwoording van de deelvragen, dat de kenmerken en vervolgzorg van jeugdigen met een doorverwijzing naar de specialistisch jeugdhulp van huisartsenpraktijken met een POH-J maar gedeeltelijk verschillen van die van jeugdigen die doorverwezen zijn door huisartsenpraktijken zonder een POH-J. Op basis van de beschikbare informatie binnen dit onderzoek kan niet de conclusie worden getrokken dat de inzet van de POH-J een verschil laat zien maar het onderzoek heeft wel de nodige inzichten opgeleverd. Er is wel andere data nodig om de rol van de POH-J bij het verwijsproces beter te kunnen duiden.

5.2 Inhoudelijke discussie van de resultaten

Ten eerste worden de gevonden kwantitatieve verschillen bediscussieerd. Van de drie gevonden verschillen in de vervolgzorg worden eerst het aantal afspraken en het aantal bestede minuten besproken en aansluitend de wachttijd tussen diagnose en eerste behandelcontact. Er is een significant verschil

gevonden in het aantal afspraken en het aantal minuten dat administratief aan de jeugdige is besteed voordat het eerste behandelcontact heeft plaatsgevonden. Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat de POH-J beter screent en triageert en daarmee mogelijk bij de verwijzing waardevolle informatie heeft verstrekt aan Accare die van invloed is op de duur van de vervolgzorg. Dit is in lijn met het onderzoek van Aydin en collega's (2023) waarin is aangegeven dat wanneer een verwijsbrief volledig is, dit kan helpen in het diagnostisch onderzoek en de daaropvolgende adequate zorgverlening. Tegen deze verklaring pleit dat het bij administratief bestede minuten gaat om indirecte tijd zoals multidisciplinair overleg, extern overleg met andere partijen en no shows. Dit laatste wil zeggen dat een afspraak die normaliter op directe tijd voor de jeugdige wordt geboekt, bij het niet verschijnen op indirecte tijd wordt geschreven. Er kunnen meerdere redenen zijn waarom er op deze indirecte tijd wordt geregistreerd waardoor toerekening van het verschil aan inzet van de POH-J met de nodige voorzichtigheid moet worden bekeken.

Uit de data-analyse blijkt ook een significant verschil in de duur van de wachttijd tussen adviesgesprek/diagnose en de start van de behandeling van jeugdigen doorverwezen door een huisartsenpraktijk met en zonder POH-J. Een mogelijke verklaring voor de kortere wachttijd voor jeugdigen verwezen door een huisartsenpraktijk met POH-J kan zijn dat de kortere wachttijd een logisch gevolg is van minder benodigde indirecte tijd en een geringer aantal afspraken dat nodig is voor aanvang behandeling.

Daarentegen laten de wachttijd tussen aanmelding en intake en de wachttijd tijdens de diagnostiekfase geen significante verschillen zien. De minder benodigde tijd en het geringere aantal afspraken zouden dan naar verwachting ook invloed moeten hebben gehad op deze wachttijden. Op bovenstaande drie significante verschillen na zijn bij de analyse van de kwantitatieve data wel verschillen geconstateerd maar deze waren niet significant. Het is interessant om na te gaan waarom de verwachtingen van dit onderzoek grotendeels niet zijn uitgekomen.

Een eerst mogelijke verklaring kan zijn dat de dataset alleen gegevens bevat van verwijzingen van jeugdigen door huisartsenpraktijken die door Accare zijn geaccepteerd. Deze dataset bevat de gegevens van verwijzingen van jeugdigen door huisartsenpraktijken met of zonder POH-J. Dit zijn echter niet de verwijzingen zoals deze initieel door de huisartsenpraktijken zijn gedaan. Volgens verklaringen van twee van de vijf POH's-J die de onderzoeker geïnterviewd heeft, beoordeelt Accare zelfstandig de verwijsbrieven alvorens de verwijzing door Accare wordt geaccepteerd. Mocht het voorkomen dat Accare de verwijzing als niet passend beoordeelt, dan neemt Accare contact op met de huisartsenpraktijk om te overleggen welke behandelalternatieven passender zijn. De verwijzingen van jeugdigen voor specialistische jeugdhulp worden door Accare dus niet altijd geaccepteerd. Dit betekent dat in de aan de onderzoeker gepresenteerde dataset alleen die verwijzingen zijn opgenomen die Accare heeft geaccepteerd voor specialistische jeugdhulp. Niet geaccepteerde verwijzingen zijn derhalve niet in de dataset terug te vinden. De verkregen informatie uit de interviews leidt tot de vraag of de screening van Accare van invloed is geweest op het vinden van wel of geen verschillen. Ook roept het de vraag

op of jeugdigen soms niet door Accare behandeld worden terwijl een POH-J wel bij de verwijzing betrokken is geweest. Het zicht op de werking van een POH-J binnen dit onderzoek wordt hierdoor vertroebeld.

De onderzoeker heeft in een informeel gesprek aan het einde van een vergadering, waarbij negen medewerkers van het aanmeldbureau Groningen aanwezig waren, gevraagd of zij verschillen zagen in de aanmeldingen (verwijzingen) van huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Ook werd gevraagd of verwijzingen vaak werden afgewezen. Aangegeven werd dat uit de verwijfsbrief niet altijd is op te maken of er een POH-J bij de verwijzing is betrokken. Verder konden de medewerkers op dat moment geen eenduidig antwoord geven op de gestelde vragen van de onderzoeker. Een van de medewerkers van het aanmeldbureau gaf aan dat daar pas iets over gezegd kan worden als er een tijdlang gericht gegevens worden bijgehouden. Verondersteld kan worden dat de zelfstandige beoordeling van de verwijzingen door Accare van invloed is geweest op het feit dat de verwachtingen van het onderzoek niet zijn uitgekomen. Er is echter niet bekend hoe vaak het aanmeldbureau jeugdigen in de onderzochte periode heeft afgewezen.

Een hiermee samenhangende verklaring zou kunnen zijn dat de screening door Accare een leereffect tot gevolg heeft voor huisartsenpraktijken. Één van de geïnterviewde POH's-J, die ook werkzaam is bij een aanmeldbureau van Accare, gaf aan dat bij afwijzing van de jeugdige, contact wordt opgenomen met de huisartsenpraktijk om te wijzen op andere instanties die mogelijk logischer zijn om naar te verwijzen. Mogelijk heeft daarmee de screening door Accare ook een leereffect tot gevolg voor huisartsenpraktijken indien jeugdigen (te vaak) door Accare worden afgewezen. Wellicht dat huisartsen hierdoor kritischer zijn geweest op voorgenomen verwijzingen en dat zij meer bekend zijn geworden met andere behandelinstanties. Verschillen in verwijfsgedrag tussen huisartsenpraktijk met en zonder POH-J kunnen hierdoor minder naar voren zijn gekomen.

Een andere mogelijke verklaring waarom er maar beperkte verschillen zijn waar te nemen tussen de doorverwezen jeugdigen kan zijn omdat de functie van de POH-J nog relatief nieuw is en daarmee tevens nog in ontwikkeling is. Zo blijkt ook uit de interviews met de participanten waarin zij aangaven dat er nog geen kaders zijn voor hun functie. Zij geven allen op hun eigen manier en op basis van eigen verworven inzichten en ervaringen invulling aan de functie. Een hiermee samenhangend punt is dat er voor de functie van POH-J nog geen specifieke opleiding is. Het ontbreken van de juiste opleiding en functiekaders kan met zich meebrengen dat POH's-J niet hun stempel op het verwijfsgedrag kunnen drukken zoals de onderzoeker verwacht. Mogelijk is er hierdoor veel variatie in de wijze hoe POH's-J hun functie invullen en komen om deze reden er weinig tot geen verschillen tot uiting in het verwijfsgedrag van huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Ook in het rapport van Spijk- de Jonge en collega's (2019) is verwoord dat functiekaders gewenst zijn om de continue kwaliteit van de hulpverlening te waarborgen. In veel vacatures is een hbo-opleiding als minimale vooropleiding vereist (Hadoks, z.d; SGE, 2019). Daarnaast worden er initiatieven ontwikkeld om post-hbo modules aan te bieden aan startende POH's-J, maar dit is optioneel (Forta Opleidingen, 2023).

Medicalisering kan ook als reden genoemd worden waarom de verwachtingen van dit onderzoek grotendeels niet zijn uitgekomen. In de inleiding van deze scriptie is de gemeente genoemd als een van de partijen die een belang hebben bij het verbeteren van het verwijzingsproces. De belangen van de gemeente zijn omschreven als de juiste zorg voor de jeugdigen op de juiste plaats en mogelijke een kostenbesparing door introductie van de POH-J. Het vroegtijdig signaleren van beginnende problematiek bij jeugdigen door een POH-J en het in goede banen leiden daarvan zijn voorbeelden van secundaire preventie die tot minder doorverwijzingen naar specialistische jeugdhulp zou moeten leiden. De vraag is dan waarom de rol van de POH-J niet zichtbaar lijkt in het verwijzingsgedrag van huisartsenpraktijken naar de specialistische jeugdhulp.

Een mogelijke verklaring kan zijn dat de inzet van een POH-J juist leidt tot medicalisering, de keerzijde van secundaire preventie. Een POH in de huisartsenpraktijk neemt de huisarts geen werk uit handen maar biedt juist extra zorg aan mensen die ze voorheen waarschijnlijk niet hadden gekregen (Magnée et al., 2018). Een tweede aanwijzing voor medicalisering kan zijn dat het grotere aanbod van psychosociale hulp binnen de huisartsenpraktijk ook de vraag naar deze vorm van hulp zal verhogen (Den Butter, 1993; Van Yperen et al., 2019; Van Schaaik et al., 2022). In de interviews gaven twee participanten ook aan dat ‘de agenda al wekenlang vol zat’. Deze verruiming in zorgverlening en de toegenomen vraag naar zorg, door de mogelijke aanzuigende werking van de POH-J, kunnen tot gevolg hebben dat deze overbezet raakt. De te volle agenda kan met zich meebrengen dat de tijd ontbreekt voor de POH-J om een goede screening en triage uit te voeren.

Een hiermee samenhangende verklaring dat de verwachtingen van dit onderzoek grotendeels niet zijn uitgekomen kan veroorzaakt zijn door de pragmatische redenen die een aantal participanten hebben genoemd om door te verwijzen. De genoemde volle agenda werd ook veroorzaakt door het voeren van overbruggingsgesprekken met jeugdigen die al verwezen zijn naar de specialistische jeugdhulp maar nog op een wachtlijst staan. Overbruggingshulp, waar overbruggingsgesprekken ook onder vallen, betreft alle vormen van hulp om wachttijden bij andere organisaties te overbruggen (Spijk-de Jonge et al., 2019). Een professional in de eerste lijn neemt dan, noodgedwongen in verband met de wachttijd, taken over die eigenlijk in de tweedelijnszorg thuis horen. Het gevolg kan zijn dat er minder ruimte is voor hulpverlening en behandeling van jeugdigen die zich melden bij de POH-J en dat er ook wachttijden bij de POH-J ontstaan. De laagdrempeligheid van de hulpverlening komt hierdoor ook onder druk te staan. In het rapport van Spijk-de Jonge en collega's (2019) werd dit al als risico gezien. Een participant in het huidige onderzoek gaf in het interview aan dat de wachtrijen een reden waren om meteen door te verwijzen. Door deze omstandigheden werkt de POH-J dus mogelijk medicaliserend door vanwege pragmatische door te verwijzen terwijl dit bij een meer normale werkdruk niet nodig was geweest. Daarom zijn misschien geen verschillen geconstateerd tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. In zekere zin zou kunnen worden gezegd dat de POH-J last heeft van zijn of haar eigen succes en door het verlenen van overbruggingszorg een probleem van de tweedelijnszorg krijgt toebedeeld.

De genoemde belangen van de gemeente, de juiste zorg voor de jeugdigen op de juiste plek en een mogelijke kostenbesparing, blijven dan mogelijk deels buiten beeld. Toegepast op het door Coleman ontwikkelde model wordt daarmee op maatschappelijk niveau de beoogde uitkomst niet gerealiseerd omdat de rol van de POH-J nog niet zichtbaar is in het verwijsgedrag van de huisartsenpraktijken naar de specialistische jeugdhulp.

5.3 Methodologische beschouwing van het onderzoek

Methodologische beperkingen

Een eerste methodologische beperking van het onderzoek is dat de dataset alleen informatie bevat over verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp. De dataset bevat geen informatie, indien de huisarts als verwijzer optreedt, of bij deze huisarts een POH-J in de praktijk werkzaam is. De onderzoeker heeft zelf in mei 2023, door het raadplegen van de websites van de verwijzende huisartsen, vastgesteld of er op dat moment een POH-J bij deze huisarts werkzaam is. In de onderzoeksopzet is ervan uitgegaan dat in de huisartsenpraktijken waarvan de onderzoeker heeft vastgesteld dat er een POH-J werkzaam is, de POH-J steeds betrokken is geweest bij verwijzingen van jeugdigen naar de specialistische jeugdhulp. Onbekend is echter of een POH-J ook in de onderzochte jaren 2020/2021 daadwerkelijk bij deze huisarts werkzaam is geweest. Tevens is onbekend of een huisartsenpraktijk met POH-J ook daadwerkelijk de POH-J bij iedere verwijzing van een jeugdige heeft betrokken.

Een tweede methodologische beperking van dit onderzoek is dat een controlegroep ontbreekt waardoor het niet met zekerheid te zeggen is of de verschillen in vervolgzorg zijn toe te schrijven aan de inzet van de POH-J. Het is interessant om de jeugdigen (en zijn of haar kenmerken) die niet zijn doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp ook in kaart te brengen bij huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Zijn de niet-verwezen jeugdigen met psychosociale problemen binnen de eigen huisartsenpraktijk behandeld of zijn zij behandeld binnen het lokale veld? Om deze gegevens te verzamelen zou men een aantal huisartsenpraktijken moeten benaderen met de vraag of het mogelijk is om geanonimiseerde gegevens te verkrijgen van alle jeugdigen met psychosociale problematiek. Dit zou kunnen door een representatief aantal praktijken te selecteren op basis van bepaalde karakteristieken (stedelijk versus landelijk, grootte van de praktijk en wel of geen POH-J).

Er kan dan een vergelijking worden gemaakt in hoeverre er verschillen zijn te constateren tussen de niet-verwezen jeugdigen door huisartsenpraktijken met en zonder POH-J en de rol van de POH-J op deze niet-verwijzing. Vervolgens kunnen de geconstateerde verschillen vergeleken worden met de jeugdigen die wel door deze huisartsenpraktijken zijn doorverwezen.

Een derde methodologische beperking is dat de jaren 2020/2021 waarover de cijfers zijn geanalyseerd midden in de coronapandemie vielen met alle beperkingen van dien. De cijfers die zijn weergegeven over de trajectkenmerken van de jeugdige kunnen daarom multi-interpretabel zijn. De duur van de wachttijden kan beïnvloed zijn door de coronapandemie. De wachttijd kan zijn opgelopen door ziekte (corona) van de jeugdige, gezinsleden of de professional van Accare, maar mogelijk waren ook

personele restricties van toepassing binnen Accare die de wachttijd deden oplopen. Mogelijk zijn meer afspraken online uitgevoerd via beeldbellen. Uit onderzoek van MEE, een zorgorganisatie, blijkt dat professionals via beeldbellen veel non-verbale communicatie missen, dat sommige jeugdigen moeilijk worden bereikt en dat contact minder persoonlijk is (MEE, 2020). Zorgprofessionals benoemen dat voor jeugdigen met angst, persoonlijkheids- en stemmingsproblematiek het online contact moeizaam kan verlopen omdat zij dit liever vermijden (Weeland & Van Rooij, 2021). Dit kan er mogelijk toe hebben geleid dat professionals meer tijd nodig hadden om de hulpvraag in kaart te brengen en dat het aantal afspraken en de wachttijd zijn opgelopen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de SER hebben geconstateerd dat bij sommige jeugdigen de problemen ernstiger werden en sommige langer hebben moeten wachten op hulp (NJI, 2020; SER, 2021). Dit kan samenhangen met het feit dat mensen tijdens deze periode terughoudender waren om de huisarts te bezoeken (Groenewegen et al., 2022). Mede omdat mensen de huisarts niet onnodig wilden belasten of omwille van het gegeven dat zij zich daar zelf niet veilig bij voelden (Khan et al., 2020). Er is door de onderzoeker een aantal significante verschillen geconstateerd in de trajectkenmerken, zoals verschil in wachttijd tussen diagnose en aanvang behandeling. Daar kunnen echter ook andere oorzaken van invloed op zijn geweest. Naast toegenomen wachttijden als gevolg van de coronapandemie, kunnen wachttijden ook zijn beïnvloed door tekorten aan personeel in de specialistische jeugdhulp (IGJ, 2022).

Een vierde methodologische beperking is dat het onderzoek is uitgevoerd op basis van een secundaire dataset. Met behulp van de dossierdata is gepoogd een eerste verkenning te doen wat de inzet van de POH-J kan betekenen voor de verwijzingen naar Accare. Op basis van deze data is ernaar gestreefd om hier uitspraken over te doen, maar er zijn redenen om te twijfelen aan de volledigheid van de data om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Er ontbreken variabelen om op relevante kenmerken van de jeugdige te kunnen corrigeren. Denk hierbij aan opleidingsniveau, migratieachtergrond, medische voorgeschiedenis van de jeugdige, maar ook gegevens over de omvang van de huisartsenpraktijk (eenmanspraktijk of groepspraktijk), de vestigingsplaats van de praktijk en gegevens over de inzet van een POH-J bij de jeugdige in de huisartsenpraktijk. Deze datagegevens worden niet standaard verzameld en daarom ontbreken ze bij de beschikbare secundaire dataset die aan de onderzoeker ter beschikking is gesteld. Ook de definiëring van de gemeten variabelen was al bepaald. Een voorbeeld hiervan is dat als er een eerste behandelcontact plaatsvond zonder een voorafgaand adviesgesprek/diagnosegesprek met de jeugdige, de wachttijd duur tot eerste behandelcontact op nul dagen werd geregistreerd. Dit komt omdat het eerste behandelcontact dan als eindpunt van de wachttijd tijdens de diagnostiekfase (W2) werd geregistreerd.

Als vijfde methodologische beperking kan worden aangegeven dat aanvankelijk bij geen enkele variabele een significant resultaat was gevonden. Bij de trajectkenmerken heeft de onderzoeker abusievelijk geen Mann-Whitney U test uitgevoerd. Bij het alsnog uitvoeren van de Mann-Whitney U test werd bij drie variabelen significantie vastgesteld. Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd op basis van de aanvankelijke uitkomst van het onderzoek dat er geen significant resultaat is gevonden. Dit heeft

tot gevolg gehad dat de alsnog vastgestelde significante verschillen niet aan de participanten zijn voorgelegd. Zij hebben over deze verschillen op de drie variabelen dan ook geen verklaring kunnen afleggen.

Tot slot was het binnen het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek met name interessant om de externe validiteit te beoordelen. Dat wil zeggen, zijn de gevonden resultaten representatief en kunnen deze worden toegepast naar een andere context of tijd (Billiet & Waege, 2003; Creswell, 2003). Bij het doen van kwantitatief onderzoek is betrouwbaarheid van een onderzoek een voorwaarde om ook een uitspraak te kunnen doen over de validiteit van het onderzoek. In dit onderzoek is sprake van een validiteitsprobleem. Met name door het aanmeldbureau dat de verwijzingen zelfstandig beoordeelde en de onzekerheid of een POH-J daadwerkelijk in de praktijk werkzaam was dan wel bij de verwijzing betrokken was heeft de onderzoeker mogelijk niet gemeten wat ze wilde meten. Op grond van de aangehaalde methodologische beperkingen kent het onderzoek de nodige haken en ogen en is daarom niet generaliseerbaar.

Sterke punten van het onderzoek

Als eerste kan de betrouwbaarheid van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek als sterk punt worden benoemd. Binnen het onderzoek is gestreefd naar het minimaliseren van toevallige vertekeningen om een zo betrouwbaar mogelijk kwalitatief onderzoek uit te voeren (Van Zwieten & Willems, 2004). De interne betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd omdat alle interviews door één onderzoeker zijn afgenomen, waardoor de topic-lijst telkens op dezelfde manier is gebruikt en er dus geen verschillen zijn geweest in manier van interviewen (Van Zwieten & Willems, 2004). Daarnaast is de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd door tijdens de interviews regelmatig na te gaan of de informatie op de juiste manier wordt geïnterpreteerd door de gegeven antwoorden van de participanten te parafaseren. Of door sommige vragen opnieuw te stellen met een andere formulering. Daarbij is de onderzoeker zich ook bewust geweest van de manier waarop vragen zijn gesteld. De onderzoeker heeft geprobeerd om tijdens het vragen niet suggestief en dus niet sturend te zijn in de manier van vragen (Billiet & Waege, 2003).

Ten tweede is een sterk punt van het kwalitatieve onderzoeksdeel dat tijdens de data-analyse met de externe stagebegeleider is gekeken hoe de codes zijn onderverdeeld onder axiale codes in de codeboom. Tijdens het overleg is onder andere gediscussieerd over de redenen waarom er bepaalde codes zijn toegekend aan fragmenten en waarom bepaalde codes wel of niet relevant waren om te presenteren in de resultatensectie. Verder zijn er geanonimiseerde citaten gepresenteerd in de kwalitatieve rapportages van de resultatensectie. Het presenteren van citaten heeft eenzelfde functie als tabellen omdat het de verbinding kan leggen tussen de ruwe data en de interpretatie daarvan (Zwieten & Willems, 2004).

De interne validiteit van het kwalitatieve onderzoek gaat over de vraag of daadwerkelijk is onderzocht wat er onderzocht moest worden (Plochg & Van Zwieten, 2007). Door de interviews af te

nemen in een natuurlijke setting waarbij de participanten zich op hun gemak voelden kan worden aangenomen dat de gegeven antwoorden realistisch zijn waarmee de interne validiteit is versterkt. Verder is door de onderzoeker gepoogd om objectiviteit te bewaren door te interpreteren op basis van de verkregen antwoorden en niet op basis van vooroordelen (Verhoeven, 2018)

Een ander sterk punt van het onderzoek is dat gebruik is gemaakt van een Mixed Methods design. Deze onderzoeksopzet heeft bijvoorbeeld opgeleverd dat uit interviews naar voren is gekomen dat Accare gebruik maakt van een aanmeldbureau dat de verwijzingen zelfstandig screent. Dit heeft voor de onderzoeker informatie opgeleverd bij de duiding van de onderzoeksresultaten. Bij een louter kwantitatief onderzoek was deze informatie niet bekend geworden. De Mixed Methods opzet maakte het voor de onderzoeker mogelijk de topiclijst aan te passen na de verkregen informatie over het aanmeldbureau. Op deze manier werd door de interviewer ruimte gegeven aan de participanten om persoonlijke ervaringen te vertellen. Mogelijk kwam daarmee informatie naar voren die kon wijzen op verschillen in verwijsgedrag tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-J. Uit de interviews is mede daardoor relevante informatie naar voren gekomen die ook heeft bijgedragen aan suggesties voor vervolgonderzoek.

Een laatste sterk punt is dat de onderzoeker heeft getracht de verkregen informatie over het aanmeldbureau nader te duiden. De onderzoeker heeft deelgenomen aan een vergadering van Accare waarbij negen medewerkers van het aanmeldbureau aanwezig waren. Zij heeft de medewerkers van het aanmeldbureau gevraagd of zij de onderzoeker informatie konden geven ter beantwoording van de onderzoeksvraag. De medewerkers van het aanmeldbureau konden de onderzoeker geen concrete informatie verstrekken, maar hebben wel bijgedragen aan ideeën voor vervolgonderzoek.

5.4 Aanbevelingen

De verwachtingen opgesteld naar aanleiding van de onderzoeksvraag zijn voor het merendeel niet uitgekomen. Echter, het onderzoek heeft waardevolle informatie opgeleverd over hoe POH's-J in de praktijk uitvoering geven aan hun functie en de belemmeringen die zij daarbij ervaren. Zo wordt bij invulling van de functie nadrukkelijk geleund op eerdere werkervaring en ervaren de POH's-J het als belemmerend dat duidelijke functieaders ontbreken. Ook zouden de POH's-J graag zien dat de specialistische jeugdhulp aangeeft welke werkzaamheden van de POH-J behulpzaam zijn bij verwijzing. Daarnaast hebben de participanten in de interviews nuttige suggesties gedaan hoe de samenwerking met de specialistische jeugdhulp te verbeteren. Om de rol van de POH-J op de verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp met een grotere mate van waarschijnlijkheid te kunnen duiden en de bijdrage van de POH-J in het verwijzingsproces te versterken worden de volgende aanbevelingen gedaan.

Een eerste aanbeveling om de vragen die open zijn gebleven te kunnen beantwoorden is het prospectief volgen van de jeugdigen. Een mogelijkheid is om een aantal huisartsenpraktijken te selecteren, waarvan de helft een POH-J in de praktijk heeft en de andere helft niet. Aan alle nieuwe jeugdigen die zich melden met psychosociale problemen wordt gevraagd om deel te nemen aan het

onderzoek. Het voordeel van een prospectieve aanpak op deze manier is dat ook de controlegroep mee kan worden genomen door de niet-verwezen jeugdigen ook te volgen. Om de deelvragen en daarmee de onderzoeksvraag beter te kunnen beantwoorden dienen minimaal de volgende gegevens te worden vastgelegd. De leeftijd, geslacht en opleiding van de jeugdige. Daarnaast dient te worden vastgelegd of de POH-J betrokken is geweest bij de verwijzing en hoe intensief deze betrokkenheid is geweest. Als wordt besloten om de jeugdige niet door te verwijzen worden ook de gegevens over het alternatieve behandeltraject verzameld. Tot slot wordt vastgelegd wat de reden is als een verwijzing niet wordt geaccepteerd door de specialistische jeugdhulp. Waar de onderzoeksvraag niet het verwachte antwoord heeft opgeleverd, mede als gevolg van de methodologische beperkingen, zou vervolgonderzoek op basis van de aldus verzamelde data mogelijk een duidelijker antwoord kunnen geven op de vraag wat de rol is van de POH-J in het verwijzingsproces naar de specialistische jeugdhulp.

Een tweede aanbeveling is dat de contacten tussen de POH-J en (het aanmeldbureau van) de specialistische jeugdhulp worden geïntensiveerd om meer aansluiting tussen deze partijen te creëren. Uit de gesprekken met de POH's-J kwam namelijk naar voren dat zij graag zien dat de tweedelijnszorg aangeeft welke informatie de POH's-J kunnen verstrekken om het traject van de jeugdige bij de specialistische jeugdhulp te optimaliseren. Daarnaast is het aanmeldbureau niet altijd op de hoogte van de betrokkenheid van een POH-J bij de verwijzing. Als partijen op regelmatige basis contact hebben kan beter worden geprofiteerd van het voorwerk dat de POH-J al gedaan heeft. Een eerste stap om dit vorm te geven zou kunnen zijn dat er overleg plaatsvindt tussen de professionals van de specialistische jeugdhulp en de POH's-J om de onderlinge wensen en behoeftes op elkaar af te stemmen. Een suggestie om de informatieoverdracht in dit verband te verbeteren is om in de verwijzingsbrief op te nemen welke informatie over de jeugdige al door de POH-J is verzameld. Op deze wijze komt de al verzamelde informatie beschikbaar voor de jeugdhulp. Mogelijk kan op termijn de onderlinge afstemming uitmonden in een praktische handleiding voor de POH-J die behulpzaam kan zijn bij de optimalisatie van het verwijzingsproces. Dit zou uiteindelijk weer van invloed kunnen zijn op de duur van het vervolgetraject van de jeugdige bij de specialistische jeugdhulp.

Een derde aanbeveling is om kritisch te kijken naar de afbakening van de functie en te overwegen om een opleiding in het leven te roepen voor de functie van een POH-J. Een eigen opleiding voor de POH's-J geeft richting hoe de functie op een meer uniforme wijze kan worden uitgeoefend. Uit de gesprekken met de POH's-J bleek dat zij zoekende zijn naar wat behulpzaam is voor een jeugdige en dat zij niet werken volgens vaste standaarden. Dit sluit aan op het rapport 'Jeugdhulp bij de huisarts' uit 2019 dat ook beschrijft dat functiekaders dienen worden te ontwikkeld. Jonker en collega's (2020) pleitten eerder al voor een opleiding voor de POH's-J, omdat deze kan bijdragen aan harmonisatie van beleid en werkwijze met als uiteindelijk doel dat verwijzing naar de specialistische jeugdhulp plaatsvindt voor de juiste problematiek (optimale triage).

De voorgestelde aanbevelingen kunnen mogelijk leiden tot een efficiëntere werkwijze in het verwijzingsproces van jeugdigen naar de specialistische jeugdhulp waarbij de rol van de POH-J zichtbaarder

wordt. Afsluitend hoop ik dat ik met deze scriptie een bijdrage heb kunnen leveren aan de verkenning van de inzet van een POH-J in de huisartsenpraktijk. Veel vragen zullen nog beantwoord moeten worden maar het onderzoek heeft toch nuttige inzichten opgeleverd waar de onderzoekers en de praktijk mee verder kunnen.

Referenties

- Aakster, C. W., & Groothoff, J. W. (2003). *Medische sociologie*. (6^e editie). Wolters-Noordhoff.
- AEF. (2020). *Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Geraadpleegd van, <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ac85f86d-f8a4-4e60-a418-8a327f01780a/pdf>
- Aydin, S., Crone, M., Siebelink, B., Vermeiren, R., Numans, M., & Westenberg, M. (2021). Angststoornissen bij jongeren herkennen. *Huisarts en Wetenschap*, 64(9), 24-27. <https://doi.org/10.1007/s12445-021-1237-5>
- Aydin, S., Crone, M. R., Siebelink, B. M., Numans, M. E., Vermeiren, R. R. J. M., & Westenberg, P. M. (2023). Informative value of referral letters from general practice for child and adolescent mental healthcare. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 303-315. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01859-7>
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2019). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Bakker, R. (2022, 29 april). *Jeugdhulp 2021*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van, <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2022/jeugdhulp-2021?onepage=true>
- Bakker, R. (2023, 23 april). *Jeugdhulp 2022*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van, <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/jeugdhulp-2022?onepage=true>
- Billiet, J., & Waage, H. (2003). *Een samenleving onderzocht: methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. De Boeck.
- Benda, L., Diepstraten, M., van Eijkel, R., & Remmerswaal, M. (2020, december). *Wijkteams en praktijkondersteuners in de jeugdzorg*. Centraal Planbureau. Geraadpleegd van, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-Wijkteams-en-praktijkondersteuners-in-de-jeugdzorg.pdf>
- Beerling, R. F. (1973). Delen en gehelen - Naar aanleiding van het z.g. methodologisch individualisme. *Sociologische Gids*, 20(4), 243-254.
- Berger, M., Gercama, A., van Halteren, M., Hogendorp, J., Kramer, A., Lobo, C., & Brugge, A. T. (2008). De ideale huisarts voor de jeugd: een betrokken gezinsarts. *Huisarts en Wetenschap*, 51, 669-673. <https://doi.org/10.1007/BF03086992>
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Onderwijs.
- Bos, C. (2021, 10 maart). *NJI-onderzoek: De potentie van preventie in het jeugdveld*. Sociaal Werk Nederland. Geraadpleegd van, <https://www.sociaalwerknederland.nl/thema/jeugd-opgroeien/nieuws/10018-nji-onderzoek-de-potentie-van-preventie-in-het-jeugdveld>
- Boumans, J., Michon, H., Hulsbosch, L., Knispel, A., & de Lange, A. (2018). *Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen. Perspectieven van panelleden en re-integratieprofessionals*. Trimbos-Instituut. Geraadpleegd van, <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/01/AF1650-5-LMA2018-Deelonderzoek-5-Achterblijvende-arbeidsparticipatie-onder-mensen-met-psychische-problemen.pdf>

- Bower, P., Garralda, E., Kramer, T., Harrington, R., & Sibbald, B. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Family Practice*, 18(4), 373-382. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.373>
- Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R., & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 96, 342-347. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0205-3>
- CBS. (2021, 5 november). *Jongeren met jeugdzorg; persoonskenmerken, 2015-2020*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84135NED>
- CBS. (2022, 17 oktober). *Helpt zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog*. Geraadpleegd van, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helpt-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog>
- Conrad, P., & Slodden, C. (2013). The medicalization of mental disorder. *Handbook of the sociology of mental health*, 61-73.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social theory*. University Press.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative and Quantitative and Mixed Approaches*. (2nd ed.). Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, (3rd ed.). 203-225.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Sage Publications.
- De Haan, A., Keij, M. & Lammers, J. (2021, januari). *Handreiking Bevordering mentale gezondheid jeugd*. Trimbos instituut en Pharos. Geraadpleegd van, <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1853-Handreiking-bevordering-mentale-gezondheid-jeugd.pdf>
- De Jong, J., Korevaar, J., Kroneman, M., van Dijk, C., Bouwhuis, S., & de Bakker, D. (2016). *Substitutiepotentieel tussen eerste-en tweedelijns zorg*. Nivel. Geraadpleegd van, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf>
- De Koster, Y. (2019, 24 april). *Het aantal jongeren in jeugdhulp in stijgt met 12,1 procent*. Binnenlands Bestuur. Geraadpleegd van, <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/volumegroei-jeugdhulp-van-121-procent>
- De Lara Kroon, N. C., van Efferen-Wiersma, E. S., Kohnstamm, R., Goossens, L., Kouwenhoven, K., & Van der Molen, H. T. (2010). *Psychosociale problemen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- De Swaan, A. (2004). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Uitgeverij Bert Bakker.
- Den Butter, F. A. G. (1993). Het aanbodeffect van de sociale zekerheid. *Economisch Statistische Berichten*, 78, 496-499.
- Denys, D. (2020). *Het tekort van het teveel: de paradox van de mentale zorg*. Singel Uitgeverijen.

- Dorlo, C. (2020, 18 oktober). *Ggz: mentale gezondheid in gevaar door corona, jongeren kunnen 'door ijs zakken'*. NOS Nieuws. Geraadpleegd van, <https://nos.nl/artikel/2352807-ggz-mentale-gezondheid-in-gevaar-door-corona-jongeren-kunnen-door-ijs-zakken>
- Engbersen, R., & Uyterlinde, M. (2017). *Regionale verschillen geduid: Exploratief onderzoek naar hoog voorzieningengebruik in het sociale domein*. Platform 31. Geraadpleegd van, https://vng.nl/sites/default/files/knowledge_base_compliance//Rapport_201703_Verschillen_social_domein_Platform_31.pdf
- Forta Opleidingen. (2023). *Poh-GGZ Jeugd & Gezin (7 dagen)*. Geraadpleegd van, <https://fortaopleidingen.nl/opleidingen/poh-ggz-jeugd-gezin-7-dagen/>
- Friele, R.D., Bruning, M.R., Bastiaanssen, I.L.W., Boer, R. de, Bucx, A.J.E.H., Groot, J.F. de, Pehlivan, T., Rutjes, L., Sondeijker, F., Yperen, T.A. van, Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: na de transitie nu de transformatie*. ZonMw. Geraadpleegd van, https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/evaluatie_jeugdwet_webversie_2.pdf
- Friele, R. D., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman, R., & Zwaan, J. (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen*. Nivel en Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van, https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/De_jeugd_GGZ_na_de_Jeugdwet.pdf
- Garralda, E. (2001). Child and adolescent psychiatry in general practice. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 308-314. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00904.x>
- GGZ Standaarden. (2019, 14 maart). *Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ*. Geraadpleegd van, https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_79cc4f92-7b4a-4bdf-84d4-3478e141bd7a_landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz__authorized-at_14-03-2019.pdf
- Gilsing, R. & Stoutjesdijk, F. (2018). *Personeelstekorten in het 'zwaardere segment' van de jeugdhulp in Amsterdam*. Verwey-Jonker Instituut. Geraadpleegd van, https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/217016_Personeelstekorten-in-het-zwaardere-segment-van-de-Jeugdhulp-in-Amsterdam_WEB.pdf
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press.
- Gromada, A., Rees, G., & Chzhen, Y. (2020). *Worlds of influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries*. Unicef. Geraadpleegd van, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Report-Card-16-Worlds-of-Influence-child-wellbeing.pdf>
- Groenewegen, P.P. (1992). *Micro-Macro vraagstukken: problemen en oplossingen in de sociologie en sociale geografie*. Geraadpleegd van, <https://postprint.nivel.nl/PPpp2216.pdf>
- Groenewegen, P., van den Muijsenbergh, M., Batenburg, R., Van Poel, E., van den Broek, S., Bussche, P. V., & Willems, S. (2022). Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de

- coronapandemie. *Huisarts en Wetenschap*, 65(5), 16-20. <https://doi.org/10.1007/s12445-022-1439-5>
- Hadoks. (z.d.). *Praktijkondersteuner GGZ Jeugd*. Geraadpleegd van, <https://www.hadoks.nl/vacatures/praktijkondersteuner-ggz-jeugd/>
- Hageraats, R., Van den Berg, G., & Van den Berg, B. (2020). *Betere zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen in de meest kwetsbare omstandigheden en/of met de meest complexe problemen*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-07/Betere-zorg-voor-kinderen-jongeren-gezinnen-in-meest-kwetsbare-omstandigheden-en-met-meest-complexe-problemen.pdf>
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. Sage Publications.
- Hinrichs, S., Owens, M., Dunn, V., & Goodyer, I. (2012). General practitioner experience and perception of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) care pathways: a multimethod research study. *BMJ open*, 2(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001573>
- HiraSing, R. (2014). Meer dan het gewone. *JGZ Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 46, 1-1. <https://doi.org/10.1007/s12452-014-0001-7>
- IGJ. (2021, 15 maart). *Onvoldoende hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen*. Geraadpleegd van, <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/03/15/onvoldoende-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen>
- IGJ. (2022, 13 oktober). *Problemen door tekort aan personeel in zorg en jeugdhulp*. Geraadpleegd van, <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2022/10/13/problemen-door-tekort-aan-personeel-in-zorg-en-jeugdhulp>
- Inchley, J., Currie, D., & Young, T. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey* (Nr. 7). World Health Organization.
- Jabaaij, L., de Bakker, D., Timmermans, A., & Bindels, P. (2007). Is de huisarts nog gezinsarts? *Huisarts en Wetenschap*, 50, 563-564. <https://doi.org/10.1007/BF03085255>
- Jeugdhulp bij de huisarts. (2022). *Jeugdhulp bij de huisarts*. Geraadpleegd van, <https://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl>
- Jeugdzorg Nederland. (z.d.). *Jeugdzorg uitgelegd*. Geraadpleegd van, <https://www.jeugdzorgnederland.nl/meer-weten/jeugdzorguitgelegd/>
- 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, 33-37. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0854-8>
- Keeley, B. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind -- Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. Unicef. Geraadpleegd van, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED615261.pdf>

- Kelle, U., & Erzberger, C. (2003). Making inferences in mixed methods: The rules of integration. In Tashakkori, A. & Teddlie, C. (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 457-488). Sage Publications.
- Khan, N., Jones, D., Grice, A., Alderson, S., Bradley, S., Carder, P., & Neal, R. (2020). A brave new world: the new normal for general practice after the COVID-19 pandemic. *BJGP Open*, 4(3). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101103>
- Koet, L. B., Bennenbroek, J. J., Bruggeman, A. Y., de Schepper, E. I., Bohnen, A. M., Bindels, P. J., & Gerger, H. (2022). GPs' and practice nurses' views on their management of paediatric anxiety problems: an interview study. *BMC Primary Care*, 23(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01802-y>
- Kruiter, A., Den Outer, B. & Van den Berg, M. (2020, 29 juni). *Van grip naar begrip*. Binnenlands Bestuur. Geraadpleegd van, <https://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/jb-lorenz/besturen-het-sociaal-domein>
- LHV. (2021, 1 juli). *Huisartsen delen hun zorgen over jeugdhulp*. Geraadpleegd van, <https://www.lhv.nl/nieuws/huisartsen-delen-hun-zorgen-over-jeugdhulp/>
- LHV. (2023, 20 april). *Hopelijk snel aan de slag met hervorming jeugdhulp*. Geraadpleegd van, <https://www.lhv.nl/nieuws/hopelijk-snel-aan-de-slag-met-hervorming-jeugdhulp/>
- Lionarons GGZ. (2020). *Screening aan de voordeur zorgt voor snellere toeleiding tot passende zorg*. Geraadpleegd van, https://www.lionarons-ggz.nl/public/files/lionarons_artikelen/05_12_19%20def%20Screening%20aan%20de%20voordeur%20zorgt%20voor%20snellere%20toeleiding%20tot%20passende%20zorg.pdf
- Loketgezondleven. (z.d.). *Wat is preventie?* Geraadpleegd van, <https://www.loketgezondleven.nl/aanpak-gezonde-gemeente/landelijk-beleid-en-programmas/wat-is-preventie#2>
- Magnée, T., & Verhaak, P. (2015). *Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg"*. Nivel. Geraadpleegd van, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-evaluatie-Huisarts-in-praktijk-jeugdzorg-2015.pdf>
- Magnée, T., de Beurs, D., Schellevis, F., & Verhaak, P. (2018). Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts en Wetenschap*, 61, 14-17. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0286-x>
- McKim, C. A. (2017). The value of mixed methods research: A mixed methods study. *Journal of Mixed Methods Research*, 11(2), 202-222. <https://doi.org/10.1177/1558689815607096>
- MEE. (2020). *Kwetsbare jongeren in coronatijd: Signaleringsrapport onder professionals in de jeugdzorg*. Geraadpleegd van, <https://www.mee.nl/assets/uploads/downloads/Rapporten-MEE-NL/MEE-Signaleringsrapport-Kwetsbare-Jongeren-in-Coronatijd.pdf>

- Mudde, L. (2022, 20 mei). *Jeugdzorg: wat vinden we nu eigenlijk normaal?* Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Geraadpleegd van, <https://vng.nl/artikelen/jeugdzorg-wat-vinden-we-nu-eigenlijk-normaal>
- NHG. (2019, mei). *Angst*. Geraadpleegd van, <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst>
- Nieuweboer, C. & Floris, M. (2019, december). *POH-GGZ Kind en Jeugd Purmerend*. Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd van, <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/jeugdggz-voorveld/poh-ggz-kind-jeugd-purmerend/>
- Nivel & Prismant. (2019). *Zicht op regionale capaciteit en arbeidsmarktvragestukken huisartsenzorg: Huisartsenzorg in de arbeidsmarktregio Groningen*. Nivel en Prismant. Geraadpleegd van, https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/9_Arbeidsmarktregio_Groningen.pdf
- NJI. (z.d.). *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/instrumenten/strengths-and-difficulties-questionnaire-sdq>
- NJI. (2020, 9 september). *Inspectie: Corona had grote gevolgen voor jeugdhulp*. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/nieuws/inspectie-corona-had-grote-gevolgen-voor-jeugdhulp>
- NJI. (2022a, 29 april). *Cijfers over jeugdhulp*. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/cijfers/jeugdhulp>
- NJI. (2022b, 21 september). *Cijfers over gedragsproblemen*. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/cijfers/gedragsproblemen>
- Otten, E., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Koopman, I. (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven*, 34, 596-615. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0347-x>
- Overheid. (2023a, juni). *Protocol ‘Jeugdhulp na verwijzing door huisarts, medisch specialist en jeugdarts’*. Geraadpleegd van, <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR623429>
- Overheid. (2023b, juni). *Jeugdwet*. Geraadpleegd van, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2023-07-01>
- Overheid. (2023c, juni). *Verdrag inzake de rechten van het kind, New York, 20-11-1989*. Geraadpleegd van, https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2
- Plochg, T., & Van Zwieten, M. C. B. (2007). Kwalitatief onderzoek. In Plochg, T., Juttmann R.E., Klazinga, N.S., & Mackenbach, J.P. (Red.), *Handboek gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77-93). Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Geraadpleegd van, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Rijksoverheid. (2012). *Bruggen slaan Regeerakkoord VVD - PvdA*. Geraadpleegd van, <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-archief-059a0058-3042-4f38-b307-7f67e8c815a8/pdf>
- Rijksoverheid. (2021, 22 april). *Kabinet stelt ruim € 600 miljoen extra beschikbaar voor jeugdzorg*. Geraadpleegd van, <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/04/22/kabinet-stelt-ruim-€600-miljoen-extra-beschikbaar-voor-jeugdzorg>

- Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage Publications.
- RIVM. (2023). *Mentale klachten uitgelegd door jongeren zelf*. Geraadpleegd van, <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren/mentale-gezondheid/uitgelegd-door-jongeren-zelf>
- RMO. (2014). *Samen verder, verder samen*. Geraadpleegd van, <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2014/12/01/samen-verder-verder-samen>
- Rushton, J., Bruckman, D., & Kelleher, K. (2002). Primary care referral of children with psychosocial problems. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 592-598. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.592>
- RVS. (2017). Recept voor maatschappelijk probleem. *Medicalisering van levensfasen*. Geraadpleegd van, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-805354.pdf>
- Sampson, R., Cooper, J., Barbour, R., Polson, R., & Wilson, P. (2015). Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008708>
- Schellingerhout, R., Ooms, I., Eggink, E., & Boelhouwer, J. (2020). *Jeugdhulp in de wijk*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd van, <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/03/05/jeugdhulp-in-de-wijk>
- SER. (2021, mei). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn*. (Nr. 5). Geraadpleegd van, <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/van-systemen-naar-mensen.pdf>
- Serra, M. (2020). *Praktijkondersteuner jeugd bij de huisarts: betere zorg én geld besparen*. Geraadpleegd van <http://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl/wp-content/uploads/2020/07/TvO-2020-2-Column-Praktijkondersteuner-jeugd-bij-de-huisarts-1.pdf>
- SGE. (2019). *Praktijkondersteuner GGZ Jeugd v/m*. Geraadpleegd van, https://strijp.sge.nl/documents/Vacatures%202019/20190709_%20NIEUW%20Vacature%20POH%20Jeugd%20april%202019%20extern.pdf
- Smeeke, D., Hogendorp, J., van der Gaarden, N., & Claassen, N. (2022). *Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek*. In Een, LHV, NHG en Psychag. Geraadpleegd van, <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/11/Definitief-Visie-Huisartsenzorg-voor-patienten-met-psychische-problematiek.pdf>
- Smelt, A., & de Vetten, A. (2015). Gemiddelde, mediaan en spreidingsmaten. *Huisarts en Wetenschap*, 58, 521-521. <https://doi.org/10.1007/s12445-015-0279-y>
- Spaanjaars, N. L., Groenier, M., van de Ven, M. O., & Witteman, C. L. (2014). Experience and diagnostic anchors in referral letters. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(4), 280-286. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000235>

- Spijk-de Jonge, M. (2021). Het palet van de poh-jeugd. *TvPO*, 16(5), 16-17. <https://doi.org/10.1007/s12503-021-0893-z>
- Spijk-de Jonge, M., Boelhouwer, M., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Serra, M. (2019). *Jeugdhulp bij de huisarts. Onderzoek naar inzet en effect van de Praktijkondersteuner Jeugd*. Accare Child Study Center. Geraadpleegd van, <https://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl/wp-content/uploads/2019/11/Rapport-onderzoek-Jeugdhulp-bij-de-Huisarts-november-2019-Accare-Molendrift-Karakter-1.pdf>
- Stevenson, H. (2019). *Eindrapportage Pilots Ondersteuning Jeugd en Gezin*. Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten.
- Stevens, G., Rombouts, M., Maes, M., Zondervan., A., van Dorsselaer, S., Schouten., F. & Scheffers-van Schayck, T. (2023). *Jong na corona*. Universiteit Utrecht. Geraadpleegd van, <https://www.uu.nl/sites/default/files/Jong-na-corona.pdf>
- Swaan, A. D. (1996). Rationele keuze als proces. Nut en onnut van formele theorie in de historische sociologie. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 22(4), 593-609
- Therapieland. (2022, 21 juli). *Preventie en jeugdhulp: de rol van de prestatie maatschappij en het onderwijs*. Geraadpleegd van, <https://therapieland.nl/nieuws/preventie-en-jeugdhulp-de-rol-van-de-prestatie maatschappij-en-het-onderwijs-bert-wienen/>
- Theunissen, M. H., de Wolff, M. S., van Grieken, A., & Mieloo, C. (2016). *Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire binnen de Jeugd gezondheidszorg*. TNO. Geraadpleegd van, https://www.captise.nl/Portals/1/Downloads/SDQ_Handleiding%20SDQ.pdf?ver=2016-10-28-053202-200
- Theunissen, M. H., Dijkshoorn, J. J., & Klein Velderman, M. (2018). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd: verbindingen maken in het sociale domein. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 96, 354-60. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0206-2>
- Theunissen, M., de Wolff, M., Vugteveen, J., Timmerman, M. E., & de Bildt, A. (2019). *Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire bij adolescenten (12-17 jaar) binnen de Jeugd gezondheidszorg*. TNO. Geraadpleegd van, <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/a299fba5-d5e3-4c96-8d90-0605c185b0d9.pdf>
- Trimbos-Instituut. (2022, 14 september). *Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes*. Geraadpleegd van, <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/forse-verslechtering-mentale-gezondheid-meisjes/>
- Tromp, B. (2007). *De wetenschap der politiek*. Amsterdam University Press. Geraadpleegd van, https://www.dbnl.org/tekst/trom003wete02_01/trom003wete02_01_0009.php
- Udo, N. (2019). *Samenwerking tussen huisarts en wijkteam*. Jeugdprofessionals bij de huisarts: Praktijkkennis in beeld. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van,

- <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Samenwerking-tussen-huisarts-en-wijkteam-praktijkkennis-in-beeld.pdf>
- Uunk, W. J. G., Groenewegen, P. P., & Dekker, J. (1992). Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. *Mens en Maatschappij*, 67(4), 389-411.
- Van Avendonk, M. (2018). Huisartsen hebben unieke waarde bij psychische problematiek. *Huisarts en Wetenschap*, 61, 18-19. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0307-9>
- Van de Weijenberg, A. (2018). Ongemak. *Management Kinderopvang*, 24(7), 17-17. <https://doi.org/10.1007/s41190-018-0135-y>
- Van Dodeweerd, M. (2020, april). *Zicht op Jeugdzorg*. Divosa. Geraadpleegd van, https://www.captise.nl/DesktopModules/Bring2mind/DMX/API/Entries/Download?EntryId=19903&Command=Core_Download&language=nl-NL&PortalId=1&TabId=123
- Van Lieshout, F., Jacobs, G. C., & Cardiff, S. (2021). *Actieonderzoek: Principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen*. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Van Manen, J., Vink, C., & Valkestijn, M. (2018). *Participatie van jongeren met psychische problemen. Hoe lokale voorzieningen en initiatieven kunnen bijdragen aan de mentale gezondheid van jongeren*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Participation-of-young-people-with-mental-health-issues.pdf>
- Van Oosterom, T. (2019, 4 februari). *Wat is het verschil tussen jeugdzorg en jeugdhulp?* Sociaal Werk Nederland. Geraadpleegd van, <https://www.sociaalwerknederland.nl/actueel/nieuws/6783-wat-is-het-verschil-tussen-jeugdzorg-en-jeugdhulp>
- Van Schaaik, A., Flinterman, L., De Geit, E., Keuper, J., Vis, E., & Batenburg, R. (2022). *De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: Diversiteit en capaciteit, najaar 2021*. Nivel. Geraadpleegd van, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>
- Van Spanje-Hennes, A., & Blokland, L. (2020). *Drempels verlagen: Een verdiepend onderzoek naar de Specialistische Ondersteuner Huisarts (SOH) en de Praktijkondersteuner Huisarts-jeugd (POH-jeugd)*. Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht Lectoraat Jeugd.
- Van Steijn, L., De Winter, A. F., & Reijneveld, S. A. (2014). Stabiliteit en verandering van psychosociale gezondheid en leefstijl bij adolescenten en mogelijkheden voor interventies. *Bouwstenen voor het Extra Contactmoment Adolescenten*. UMCG en Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Venrooij, L. T., Barnhoorn, P. C., Barnhoorn-Bos, A. M., Vermeiren, R. R., & Crone, M. R. (2022). General practitioners' everyday clinical decision-making on psychosocial problems of children and youth in the Netherlands. *Plos One*, 17(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278314>
- Van Yperen, T., Van de Maat, A., & Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en Aanpak*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Het-groeiend-jeugdzorggebruik-Duiding-en-aanpak.pdf>

- Van Yperen, T., Hofdstede, K., Hageraats, R. & van de Maat., A. (2023). *Andere kijk op groeiend jeugdzorggebruik*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van, <https://www.nji.nl/sites/default/files/2023-04/Andere-kijk-op-groeiend-jeugdzorggebruik.pdf>
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 38-43. <https://doi.org/10.1007/BF03083653>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek. Praktijkboek methoden en technieken*. (2^{de} editie). Boom.
- Verschoor, B. (2022, februari). *Evaluatie pilot Praktijkondersteuner GGZ Jeugd bij huisartsen in Wassenaar*. Gemeente Wassenaar. Geraadpleegd van, <https://cuatro.sim-cdn.nl/wassenaar/uploads/039-bijlage-1-evaluatierapport-pilot-praktijkondersteuner-ggz-jeugd-bij-de-huisartsen-in-wassenaar.pdf>
- VNG. (2022, 30 mei). *Maatregelen jeugdhulp 2022*. Geraadpleegd van, <https://vng.nl/sites/default/files/2022-05/lbr22033-Rapportage-Onderzoek-Maatregelen-Jeugdhulp-2022.pdf>
- Vogels, A. G. C., Crone, M. R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S. A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. TNO.
- Vugteveen, J., de Bildt, A., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., & Timmerman, M. E. (2021). The combined self-and parent rated SDQ score profile predicts care use and psychiatric diagnoses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(12), 1983-1994. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01667-5>
- V&VN. (2023). *Preventie*. Geraadpleegd van, <https://www.venvn.nl/thema-s/preventie/>
- Weeland, J., & van Rooij, F. (2021). Jeugdhulp in tijden van corona: Ervaringen tijdens de eerste golf. *Kind & Adolescent Praktijk*, 20, 14-21. <https://doi.org/10.1007/s12454-021-0637-9>
- Wippler, R., & Lindenberg, S. (1987). *Collective phenomena and rational choice. The micro-macro link*, 135-152.
- WRR. (2021, 15 september). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Geraadpleegd van, <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg*. Geraadpleegd van, <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-fd05c13ac5ac4177f0ba7c67746e5d1a32c164ca/pdf>
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Van Der Ende, J., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2006). Change in children's emotional and behavioural problems over a one-year period: associations with parental problem recognition and service use. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 127-131. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0513-4>
- Zwaanswijk, M., van Dijk, C. E., & Verheij, R. A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC Family Practice*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-133>

Zwaanswijk, M., Geuijen, P., Boelhouwer, M., Spijk- de Jonge, M. & Serra, M. (2020). Verwijspatronen bij praktijkondersteuners jeugd. *Huisarts en Wetenschap*, 63(5), 14-18. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0578-9>

Zwaanswijk, M., & van den Meijdenberg, J. (2022). Praktijkondersteuners jeugd bij de huisarts: Wat levert dat op? *Kind & Adolescent Praktijk*, 21(3), 32-38. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-1202->

x

Bijlage A Toelichting op de decentralisatie en veranderingen in de jeugdhulp

De toenemende druk op de jeugdhulp heeft per 1 januari 2015 geleid tot invoering van de Jeugdwet (CBS, 2021). De zorg voor de jeugd is gedecentraliseerd en de verantwoordelijkheid ligt nu bij de gemeenten waar deze voordien bij de provincie en de zorgverzekeraars lag (Jeugdhulpbijdehuisarts, z.d.). De gedachte achter de decentralisatie was om de eigen kracht, het sociale netwerk en de voorzieningen in de gemeenten beter te benutten en de uitgaven voor de jeugdzorg terug te brengen (Rijksoverheid, 2012). Zoals in de Jeugdwet beschreven betreft jeugdhulp de zorg en hulp aan jeugdigen (en hun ouders) bij mentale, psychosociale, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige of opvoedingsproblemen van de ouders (CBS, 2021).

De gemeenten zijn financieel verantwoordelijk voor de kosten van de jeugdhulp waaronder begrepen intensieve- en specialistische jeugdhulp. Dit gegeven moet de gemeenten stimuleren om te investeren in preventie en vormen van ondersteuning op laagdrempelige wijze door vroegtijdig te signaleren en te interveniëren zodat de jeugdige snel ondersteuning kan krijgen (Bucx et al., 2018; Ministerie van VWS, 2020). Op deze manier kan de hulpvraag tijdig worden onderkend en zijn mogelijk minder intensieve vormen van hulp, zoals specialistische jeugdhulp, nodig (Ministerie van VWS, 2020). Binnen de wettelijke kaders zijn de gemeenten vrij om zelf voorzieningen op te starten die per wijk van elkaar kunnen verschillen (Schellingerhout et al., 2020).

In overeenstemming met de Jeugdwet moeten gemeenten aansturen op het normaliseren van problemen en op het breder kijken dan alleen de eerste hulpvraag van ouders en het kind (Theunissen et al., 2016). Normaliseren houdt in dit geval in dat ook het ‘gewone leven’ van het kind niet vergeten moet worden afgezien van de situatie van het kind en de benodigde specialistische zorg (RMO, 2014). Maar ook krijgen jeugdigen op dit moment nog vaak jeugdhulp waar de situatie ‘normaal gesproken’ niet zo dringend is (Mudde, 2022). In Nederland wordt algemeen gedacht dat voor alles wat afwijkend is van de norm een specialist moet worden ingeschakeld die dan wordt betaald door de gemeente. Maar niet alles wat afwijkt van de norm hoeft per definitie te leiden tot professionele zorg (Therapieland, 2022). Jeugdigen die in deze situaties verkeren, zouden ook hoofdzakelijk kunnen worden geholpen door middel van onderwijs of in het gezin, zonder dat dure en gespecialiseerde medische professionals nodig zijn (Therapieland, 2022). Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn dat de juiste expertise aan het begin al betrokken is en dat de hulp die volgens professionals nodig is, ook beschikbaar is en dat wij met elkaar in gesprek gaan over wat voor samenleving we willen en wat we al dan niet normaal vinden (IGJ, 2021).

In veel gemeenten zijn wijkteams opgericht om als eerste aanspreekpunt voor jeugdigen of ouders van jeugdigen met een hulpvraag te fungeren. Lokale teams zijn toegankelijke en samengestelde multidisciplinaire teams met professionals uit diverse instellingen. Zij houden zich onder andere bezig met preventie, bieden zelf ook lichte hulp en ondersteuning en kunnen tevens verantwoordelijk zijn voor de verwijzing tot specialistische jeugdhulp (Hageraats et al., 2020; SER, 2021). Lokale teams worden steeds meer een essentieel onderdeel in de jeugdhulp, zowel in samenwerking met specialistische

professionals als de basisvoorzieningen en netwerken die in de wijk aanwezig zijn (Hageraats et al., 2020). Ook huisartsen zien hun patiënten graag behandeld in de lokale gemeenschap en met lokale instellingen. Maar ook de inzet van een POH-J in de huisartsenpraktijk speelt dus een cruciale rol in het traject van een jeugdige die kampt met een hulpvraag. Een POH-J beschikt vaak niet alleen over kennis van de jeugd-ggz maar ook van de sociale kaart in de betreffende gemeente (Friele et al., 2019). Omdat de expertise binnen lokale teams om complexe problematiek te constateren van wisselend niveau is, kan het gevolg zijn dat te snel, te laat of ten onrechte wel of niet wordt doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp (SER, 2021). Een initiatief van het kabinet uit 2021 om meer geld per gemeente ter beschikking te stellen voor een POH-J (Rijksoverheid, 2021) benadrukt het belang van een POH-J in de huisartsenpraktijk. Het nieuwe aanbod van de POH-J leidt mogelijk ook tot meer zorgvragen. De laagdrempeligheid van de POH-J zorgt er mogelijk voor dat bepaalde jeugdigen hulp zoeken die dat eerder niet deden (Spijk-de Jonge et al., 2021).

Bijlage B Topiclijst interview met de Praktijkondersteuner Jeugd

Introductie

- Social talk om het ijs te breken en bedanken dat ze mee wil werken aan het onderzoek en met mij mee wil denken
- Voorafgaand aan het interview: is het toestemmingsformulier duidelijk?
Nogmaals herhalen dat alles wat wordt gezegd, wordt geanonimiseerd. En dat er toestemming is gegeven (door de respondent) om een geluidsopname te maken, zonder video-opname.
- Kan je wat vertellen over je achtergrond wat betreft opleiding en eerdere werkervaring?
 - Wat is de leeftijd van de respondent?
 - Opleidingsniveau van de respondent?
 - Welke opleiding heeft de respondent gevolgd?
 - Hoeveel werkervaring heeft de respondent vooraf in het werken met de jeugd opgebouwd?
 - Hoeveel uur werkt de respondent binnen de functie als Praktijkondersteuner Jeugd?
 - In welke regio is de respondent als Praktijkondersteuner Jeugd werkzaam?
- Heb jij naar aanleiding van wat je hebt gelezen in de informatiebrief al prangende vragen of opmerkingen die je wil delen?

Dan zal ik eerst even nog kort wat vertellen over mijn onderzoek, wat ik tot nu toe heb gedaan, mijn verwachtingen en wat er uit het onderzoek naar voren is gekomen.

- Kan jij mij helpen om de gevonden resultaten te beschrijven, hoe het komt dat ik geen verschillen heb gevonden in de data?

Ondersteunende vragen, indien nodig

1. Kun je beschrijven hoe zo'n beslisproces tot stand komt, wie zijn er allemaal betrokken bij zo'n besluit als het gaat om het al dan niet doorverwijzen? Wiens stem wordt gehoord tijdens zo'n besluit?
2. Wat is jouw ervaring met hoe huisartsen jouw advies wegen of meewegen in het eindoordeel? Dus om uiteindelijk wel of niet door te verwijzen?
3. Welke indicatoren let je nog meer op bij het al dan niet verwijzen van een jeugdige?
(*gezinssituatie, meerdere hulpvragen van een jongere?*)
4. Wat zijn jouw ervaringen met de wachttijden bij de specialistische jeugdhulp? Als iemand is doorverwezen, hoe gaan zij daarmee om?

Afsluiting

- Heb je nog opmerkingen/vragen?
- Aangeven dat wanneer mijn onderzoek is afgerond, zij indien ze dat willen, een update krijgen met alle gevonden resultaten
- Bedanken voor deelname

Bijlage C Codeboom kwalitatieve onderzoeksdeel

Hoofcode	Axiale code	Open code	
Geen verschillen tussen huisartsen met en zonder praktijkondersteuners Jeugd	<i>Triage en screening bij Accare</i>	Aanmeldbureau bij Accare	
		Diagnostiekproces bij Accare	
	<i>Praktijkondersteuner Jeugd en huisarts zijn gelijkwaardig bij het inschatten van evident zware en evident lichte problematiek</i>	Evidente zorgvragen in de huisartsenpraktijk	
		Huisarts bewust bezig met triageren	
	<i>Pragmatische redenen om door te verwijzen</i>	Overvolle agenda van Praktijkondersteuner	
		Praktijkondersteuner is zoekende in waarheen te verwijzen	
	<i>Diagnostiekwens van de ouders/jeugdigen</i>	Ouders willen diagnostiek	
		Ouders schatten hulpvraag goed in	
		Praktijkondersteuner blokkeert wens niet	
		Ouders onbekend met alternatieven	
Wel verschillen tussen huisartsen met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd	<i>De meerwaarde van een Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk</i>	Praktijkondersteuner Jeugd heeft gerichtere kennis over wat er nodig is	
		Praktijkondersteuner Jeugd heeft meer behandelingsmogelijkheden in de praktijk	
		De Praktijkondersteuner Jeugd heeft meer tijd voor de jeugdige	
Onderwerpen die naast deze verklaringen ook vaak aan bod kwamen	<i>Variatie in expertise (functie uitoefening)</i>	Ontbreken uniforme werkwijze	
		Invloed van werkervaring als Praktijkondersteuner Jeugd	
		Andere beroepsmatige achtergrond	
		Ontbreken van bepaalde beroepsvaardigheden	
		<i>Samenwerking tussen de huisarts en praktijkondersteuner</i>	Samenwerking tussen de huisarts en praktijkondersteuner
		<i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	Belangstelling voor terugkoppeling van Accare over de effectiviteit van de Praktijkondersteuner Jeugd voor het verdere traject

Bijlage D Informatiebrief voor de Praktijkondersteuners Jeugd

Beste,

Mijn naam is Manon Brouwer en ik ben verpleegkundige en student aan de Rijksuniversiteit Groningen. Voor mijn Master Sociologie van Gezondheid, Welzijn en Zorg mag ik mijn afstudeeronderzoek uit te voeren bij Accare. Het onderzoek gaat over de Praktijkondersteuner Jeugd (POH-Jeugd en Ondersteuner Jeugd en Gezin) in de provincie Groningen.

De functie van Praktijkondersteuner Jeugd is nog relatief nieuw, en de Praktijkondersteuner Jeugd zit op een belangrijke plek om jeugdigen snel te helpen en verergering van problemen te voorkomen. Daarom doen we bij het Accare Child Study Center veel onderzoek naar de functies. Zo hopen we jullie te ondersteunen om de functie steeds verder te onderbouwen en ontwikkelen.

We kregen van verschillende kanten de vraag of we er bij Accare ook iets van merken wanneer jeugdigen worden verwezen door een Praktijkondersteuner Jeugd: merken collega's bijvoorbeeld dat er al voorwerk is gedaan in de probleemanalyse? Is de problematiek van verwezen jongeren anders dan voorheen, omdat de Praktijkondersteuner Jeugd zelf ook hulpvragen oppakt? Daarom gaat mijn scriptie over de vraag wat de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd betekent voor de verwijzingen naar Accare vanuit huisartsen.

Vervolgens wil ik interviews uitvoeren (kwalitatief onderzoek), waarbij ik dus graag in gesprek zou willen gaan met jou omdat je werkzaam bent als Praktijkondersteuner Jeugd. In dit gesprek draait het om het inzichtelijk maken van de uitkomsten die ik vind in het kwantitatieve onderzoeksdeel. Het is belangrijk om duiding te geven aan wat ik vind. Daarnaast heb ik vragen die ik niet met de data kan beantwoorden. Ik zal bijvoorbeeld vragen naar welk effect jij ziet op de verwijzingen naar Accare.

Waar bestaat het onderzoek uit?

Er zal één interview worden afgenomen dat ongeveer 30 minuten tot uiterlijk 45 minuten duurt. Ik zou deze interviews graag in de laatste week van mei en eerste twee weken van juni online plannen. Via Microsoft Teams zal ik jou een uitnodigen versturen nadat wij samen een moment hebben gepland. Deelname is volledig vrijwillig maar je moet wel toestemming geven. Wanneer je meedoet, kan jij tijdens het interview stoppen als je dat wilt zonder dat je aangeeft waarom je stopt. Je hebt na het interview nog 7 dagen de tijd om aan te geven dat jouw interview toch niet gebruikt mag worden voor het onderzoek. Ook dan hoeft je geen reden op te geven. Het stoppen met deelname aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor jou. De gegevens van de interviews worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De gegevens zijn op een veilige plek opgeslagen. Ook zal de uitwerking van het interview

worden geanonimiseerd zodat het niet meer herleidbaar is naar jou als persoon. Als je hiermee akkoord gaat, dan vraag ik je het bijgevoegde toestemmingsformulier in te vullen en naar mij te sturen.

Hoe gaan we met de gegevens om?

Ik word begeleid door Marieke Spijk- de Jonge en Danielle Jansen, beiden werkzaam bij Accare en Danielle Jansen is ook vanuit de RUG mijn begeleider. Alleen wij hebben toegang tot de uitgeschreven interviews. De resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt voor het schrijven van mijn scriptie en kunnen mogelijk worden verwerkt in een wetenschappelijke publicatie. Als je dat wilt ontvang je een samenvatting van de uitkomsten van het onderzoek.

Via Microsoft Teams op een laptop van Accare wordt er een geluidsopname gestart die alleen voor dit onderzoek wordt gebruikt. Na het uitwerken van het interview wordt deze geluidsopname meteen verwijderd. Wil je niet dat het interview wordt opgenomen, dan zullen er aantekeningen worden gemaakt van wat je zegt.

De dingen die je tijdens het interview hebt verteld kunnen niet met jou in verband worden gebracht omdat je naam niet zal worden genoemd. Het interview wordt op zo'n manier uitgeschreven dat deze op geen enkele wijze herleidbaar is naar jou.

Ik hoop dat je na het lezen van deze informatiebrief nog steeds geïnteresseerd bent en mij zou willen helpen. Na een week neem ik weer contact met je op en hopelijk kunnen we dan een interview plannen.

Hieronder staan mijn gegevens:

- Manon Brouwer: Stagiaire Accare Groningen. Telefoonnummer: XXXX. Email: m.n.t.brouwer@student.rug.nl

Alvast bedankt en hopelijk spreken we elkaar snel!

Bijlage E Toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek

- Ik begrijp dat mijn deelname aan het onderzoek vrijwillig is.
- Ik heb de informatiebrief over het onderzoek gelezen en begrepen. Wanneer ik iets niet had begrepen kon ik deze vragen toch nog stellen. De vragen die ik had zijn door de onderzoeker beantwoord.
- Ik weet dat ik tijdens het interview kan stoppen met meedoen aan het onderzoek zonder een reden te geven waarom ik stop.
- Ik weet dat ik tot 7 dagen na het interview kan aangeven dat mijn interview niet gebruikt mag worden voor het onderzoek. Ook dan hoeft ik niet aan te geven waarom ik stop en dit heeft verder geen gevolgen. Na deze 7 dagen wordt het interview uitgeschreven en wordt de opname verwijderd.
- Ik geef toestemming voor het gebruik van mijn antwoorden die ik tijdens het interview heb gegeven. Ik geef bij deze toestemming dat na het onderzoek de uitgewerkte onderzoeksgegevens 10 jaar worden bewaard. Ik weet dat de gegevens zonder namen worden opgeschreven en niet in verband kunnen worden gebracht met mij.
- Ik ben er van op de hoogte dat sommige mensen gegevens van mij kunnen inzien. De mensen die de gegevens van mij kunnen inzien, staan aangegeven in de informatiebrief voor de deelnemers van het onderzoek.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef:

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

- Ja, ik geef toestemming voor deelname
 Nee, ik geef geen toestemming

Toestemming voor het maken van een geluidsopname tijdens het onderzoek:

- Ja, ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname
 Nee, ik geef geen toestemming

Naam van de deelnemer

Handtekening van de deelnemer

Datum (dd/mm/jj)

E-mailadres van de deelnemer: _____

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het onderzoek:

Naam van de onderzoeker
(dd/mm/jj)

Handtekening van de onderzoeker

Datum

U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier

Bijlage F Tabellen van de subschalen van de SDQ

Tabel F1			
<i>Uitkomst van de subschaal emotionele problemen van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J</i>			
	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Subschaal Emotionele problemen N(%)	Met	Zonder	Totaal
Niet-klinisch	56 (30%)	154 (33%)	210 (32%)
Grenswaarde	23 (13%)	56 (12%)	79 (12%)
Klinisch	105 (57%)	262 (55%)	367 (56%)
Totaal	184	472	656

Noot. χ^2 (2, N = 656) = 0.30, p = .860.

Tabel F2			
<i>Uitkomst van de subschaal gedragsproblemen van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J</i>			
	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Subschaal Gedragsproblemen N(%)	Met	Zonder	Totaal
Niet-klinisch	136 (74%)	328 (70%)	464 (71%)
Grenswaarde	19 (10%)	38 (8%)	57 (9%)
Klinisch	29 (16%)	106 (22%)	135 (21%)
Totaal	184	472	656

Noot. χ^2 (2, N = 656) = 4.04, p = .133.

Tabel F3			
<i>Uitkomst van de subschaal hyperactiviteit van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J</i>			
	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		
Subschaal Hyperactiviteit N(%)	Met	Zonder	Totaal
Niet-klinisch	67 (36%)	173 (37%)	240 (37%)
Grenswaarde	29 (16%)	60 (13%)	89 (14%)
Klinisch	88 (48%)	239 (50%)	327 (50%)
Totaal	184	472	656

Noot. χ^2 (2, N = 656) = 1.12, p = .572.

Tabel F4

Uitkomst van de subschaal sociale problemen van jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J

Subschaal Sociale problemen N(%)	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		Totaal
	Met	Zonder	
Niet-klinisch	111 (60%)	310 (66%)	421 (64%)
Grenswaarde	36 (20%)	79 (17%)	115 (18%)
Klinisch	37 (20%)	83 (18%)	120 (18%)
Totaal	184	472	656

Noot. χ^2 (2, N = 656) = 1.66, p = .437.

Tabel F5

Uitkomst van de subschaal prosociaal gedrag jeugdigen tussen de 3-17 jaar oud verdeeld over huisartsenpraktijken met of zonder POH-J

Subschaal Prosociaal N(%)	Huisartsenpraktijk met of zonder POH-J		Totaal
	Met	Zonder	
Niet-klinisch	163 (89%)	395 (84%)	558 (85%)
Grenswaarde	14 (8%)	36 (8%)	50 (8%)
Klinisch	7 (4%)	41 (9%)	48 (7%)
Totaal	184	472	656

Noot. χ^2 (2, N = 656) = 4.69, p = .096.