



Evaluatie Pilot Jeugdconsulent In 2 Varianten

Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Datum: 2 oktober 2018

Auteur(s): Staf van Zeele en Alex Hekelaar

Vragen: onderzoek@rotterdam.nl

Samenvatting

In juli 2017 is de pilot jeugdconsulent in de variant jeugdverpleegkundige en de variant POH GGZ Jeugd van start gegaan. Aanleiding voor de pilot is dat de gemeente sinds de invoering van het nieuwe jeugdstelsel verantwoordelijk is voor inhoud en bekostiging van de jeugdhulp, maar tegelijkertijd geen invloed heeft op een deel van die kosten. Het gaat dan vooral om zorgkosten die ontstaan door verwijzingen naar de specialistische jeugd GGZ via de huisartsen. Het idee was dat de pilot jeugdconsulent de toeleiding naar de specialistische jeugd GGZ verbetert en de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en jeugdgezondheidszorg bevordert.

Beide varianten van de pilot duurden aanvankelijk een jaar; later is de pilot verlengd tot 1 januari 2019. De eerste variant betreft het koppelen van een jeugdverpleegkundige van het CJG aan een of meer huisartsenpraktijken. De tweede betreft een uitbreiding van de taken van de POH's GGZ (praktijkondersteuners huisartsen) naar jeugdzaken. Deze POH's werken onder verantwoordelijkheid en regie van de huisartsen. Aan de pilot deden in totaal 9 huisartsenpraktijken mee. De pilot jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige werd uitgevoerd in 3 gezondheidscentra. De pilot jeugdconsulent variant POH GGZ Jeugd werd uitgevoerd in 6 huisartsenpraktijken. Doelen van de pilot in beide varianten zijn onder meer het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ én gerichtere verwijzing naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder specialistische J-GGZ).

De afdeling Onderzoek en Business Intelligence van de gemeente Rotterdam heeft in opdracht van de afdeling Jeugd van het cluster Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Rotterdam een evaluatie gemaakt van deze pilot. Doel van de evaluatie is om te bezien of de werkwijze en de samenwerking die in beide varianten van de pilot worden uitgetoetst effectief zijn, wat belangrijke onderdelen van de werkwijze en samenwerking zijn en wat de voorwaarden zijn om een dergelijke samenwerking te implementeren. Om deze vragen te beantwoorden hebben we enerzijds een analyse gemaakt van de registratiesheets die de jeugdconsulenten hebben ingevuld. Anderzijds hebben we 20 interviews gehouden (12 met huisartsen en

jeugdconsulenten die meedoen aan de pilot, 3 met wijkteams en 5 met (ouders van) cliënten die in behandeling of begeleiding zijn geweest bij een jeugdconsulent).

Eén van de doelen van de pilot was dat er gericht zou worden verwezen naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder de specialistische jeugd-GGZ). Op basis van de verzamelde registratiegegevens en de gehouden interviews trekken wij de conclusie dat dit inderdaad is gebeurd in beide varianten. De kennis die de jeugdconsulent heeft van de GGZ en/of van het CJG en het wijkteam draagt bij aan een betere voorsoortering op een juiste plek voor een cliënt. Of er ook sprake is van minder doorverwijzingen is niet hard te maken. Een deel van de geïnterviewde professionals denkt van wel, maar niet iedereen heeft hierover dezelfde mening.

Het tweede doel van de pilot was het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ. Met name de jeugdverpleegkundige variant heeft bijgedragen aan een verbetering van die samenwerking. De jeugdconsulent variant POH-GGZ jeugd heeft weinig contact met en verwijst weinig naar CJG en wijkteam.

Een belangrijk gevolg van de pilot is dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor jongeren en hun ouders verbetert. Cliënten krijgen meer maatwerk en het bereik van de zorg wordt vergroot. Cruciale werkzame elementen van de interventie jeugdconsulent (in beide varianten) zijn de fysieke aanwezigheid van de jeugdconsulent, de nabijheid in de huisartsenpraktijk, de overlegmomenten met de huisarts en de laagdrempeligheid voor patiënten. De specifieke meerwaarde van de variant POH GGZ jeugd ligt in het beschikbaar komen in de huisartsenpraktijk van kennis en ervaring m.b.t. GGZ problematiek bij jongeren. Hierdoor wordt het mogelijk in de praktijk kortdurende behandelingen uit te voeren. De specifieke meerwaarde van de jeugdverpleegkundige variant is de koppeling van de ervaring, kennis en netwerken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg aan de huisartsenpraktijk. Dit geldt in het bijzonder voor de kennis over en de contacten die de jeugdverpleegkundige heeft bij het CJG.

De huisartsen en jeugdconsulenten zijn tevreden over hun deelname aan de pilot, de samenwerking die ze met elkaar hebben opgezet en de positieve gevolgen van de nieuwe werkwijze.

Naast professionals hebben we ook vijf cliënten (en/of hun ouders) geïnterviewd. Een cruciaal element als het gaat om de tevredenheid van de cliënten is dat zij zich gehoord voelen, in het bijzonder dat er voldoende aandacht en begrip is voor hun ongerustheid over de situatie van hun kind(eren) en onzekerheid over de eigen rol als opvoeder. Maar ook de mate waarin zij het gevoel krijgen dat de jeugdconsulent zich in praktische zin inzet voor hun gezin, is van belang.

In de interviews worden voorwaarden genoemd die de inzet van de jeugdconsulent succesvol kunnen maken. Een geschikte werkplek/spreekkamer met moderne faciliteiten is er daar één van. Voldoende tijd om te overleggen met de netwerkpartners een tweede. Naast deze meer logistieke voorwaarden worden ook andere genoemd: een stabiel wijknetwerk (bijv. wijkteam) met minder organisatie- en personeelsswisselingen en meer bekendheid over de jeugdconsulent bij het wijkteam. Twee andere belangrijke condities voor succes zijn een voldoende workload voor de

jeugdconsulent en een stabiele huisartsenpraktijk. Die laatste is van belang omdat een huisartsenpraktijk met teveel wisselingen van huisartsen niet goed is voor de bekendheid van de huisarts met de jeugdconsulent en ook niet goed is voor het vertrouwen van een patiënt in een huisarts om sociaal-psychische problemen bij kinderen aan te kaarten. Ten slotte is bij een vervolg op de pilot een blijvende financiering van de jeugdconsulent van belang en de mogelijkheid voor huisartsen om de overlegtijd met een jeugdconsulent te declareren.

Een belangrijke aanbeveling bij de uitrol van de pilot over de stad is dat de functie van jeugdconsulent goed wordt omschreven en afgestemd op taken en functies binnen de bestaande infrastructuur (zoals CJG, wijkteam en 2e lijns- en specialistische jeugdhulp GGZ). Van belang is ook dat de doelen van de interventie jeugdconsulent worden aangescherpt en meetbaar worden gemaakt. Voorts is een belangrijke aanbeveling dat het wijknetwerk, bijvoorbeeld de wijkteams, meer betrokken zijn bij opzet en implementatie van de interventie jeugdconsulent. Dit vereist inspanning aan beide kanten. Ten slotte is het van belang om de vaardigheden en het kennisniveau van de jeugdconsulenten op peil te houden en uit te breiden, bijvoorbeeld op het terrein van netwerkontwikkeling en samenwerking.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
1 INLEIDING	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Doelen en vraagstelling	9
1.3 Methoden van onderzoek	9
1.4 Leeswijzer	11
2 ACHTERGROND EN LITERATUUR	12
2.1 Achtergrond	12
2.2 Literatuur	13
3 REGISTRATIEGEGEVENS	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Aantallen en persoonskenmerken	17
3.3 Zorgvraag	19
3.4 Aanpak jeugdconsulent, verwijzingen en contacten met andere organisaties	20
3.5 Aantal contacten en trajectduur	22
3.6 Wijze beëindiging traject	23
3.7 Directe verwijzingen naar Jeugd GGZ door huisarts	24
3.8 Nulmeting en controlegroep	25
3.9 Conclusies	25
4 VARIANT POH GGZ JEUGD	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Achtergrond POH GGZ- Jeugdconsulenten	27

4.2.1	Opleiding en werkervaring	27
4.2.2	Deelname Pilot	27
4.3	Verwachtingen en probleemdefinitie	27
4.4	Werkwijze, samenwerking en doorverwijzing	28
4.4.1	Werkwijze	28
4.4.2	Samenwerking en doorverwijzing	30
4.5	Gevolgen	33
4.6	Essentiele elementen en meerwaarde	34
4.7	Tevredenheid en Voorwaarden	35
4.8	Conclusies	35
5	VARIANT JEUGDVERPLEEGKUNDIGE	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Achtergrond jeugdverpleegkundigen	37
5.2.1	Opleiding en werkervaring	37
5.2.2	Deelname Pilot	38
5.3	Verwachtingen en probleemdefinitie	38
5.4	Werkwijze, samenwerking en doorverwijzing	39
5.4.1	Werkwijze	39
5.4.2	Samenwerking en doorverwijzing	40
5.5	Gevolgen	41
5.6	Essentiele elementen en Meerwaarde	42
5.7	Tevredenheid en Voorwaarden	42
5.8	Conclusies	43
6	INTERMEZZO: WIJKTEAMS	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Samenwerking huisarts en wijkteam	45
6.3	Voorwaarden	45
6.4	Conclusies	46

7 CLIËNTPERSPECTIEF	47
7.1 Inleiding	47
7.2 Casusbeschrijvingen	47
7.3 Resultaten interviews cliënten	52
7.3.1 Aanmelding bij jeugdconsulent	52
7.3.2 Ervaringen met jeugdconsulent	53
7.3.3 Huidige situatie cliënt	54
7.4 Conclusies	57
8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	58
8.1 Inleiding	58
8.2 Conclusies	58
8.3 Aanbevelingen	60

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In juli 2017 is de pilot jeugdconsulent in de variant jeugdverpleegkundige en de variant POH GGZ Jeugd van start gegaan. Daarbij zijn een verpleegkundige en een POH GGZ Jeugd gekoppeld aan enkele huisartsenpraktijken. Doelen zijn onder meer het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ én gerichtere verwijzing naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder specialistische J-GGZ).

Beide varianten van de pilot duurden aanvankelijk een jaar; later is de pilot verlengd tot 1 januari 2019. De eerste variant betrof het koppelen van een jeugdverpleegkundige van het CJG aan een of meer huisartsenpraktijken. De tweede betrof een uitbreiding van de taken van de POH's GGZ (praktijkondersteuners huisartsen) naar jeugdzaken. Deze POH's werkten onder verantwoordelijkheid en regie van de huisartsen.

De pilot jeugdconsulent is één van de maatregelen uit Zorg voor elkaar, het Rotterdamse plan voor de doorontwikkeling zorg, welzijn en jeugdhulp uit 2016. Sinds de invoering van het nieuwe jeugdstelsel is de gemeente verantwoordelijk voor inhoud en bekostiging van de jeugdhulp. Maar tegelijkertijd verloopt circa 40% van de verwijzingen naar de specialistische J-GGZ via de huisartsen¹. Deze verwijzingen zorgen voor extra zorgkosten, waarop de gemeente geen invloed heeft. Vooral bij het vermoeden van complexe problematiek is het van essentieel belang dat huisarts, wijkteam, wijknetwerk en CJG samenwerken. Om deze samenwerking te bevorderen en de toeleiding naar de specialistische J-GGZ te verbeteren is de pilot jeugdconsulent in twee varianten ontwikkeld.

Variant Jeugdverpleegkundige

Kern van deze variant is dat een jeugdverpleegkundige van CJG zich verbindt aan een huisartsenpraktijk: deze

voert vanuit sociaal-medische invalshoek een brede analyse uit, biedt aan de hand van een vijf-gesprekken-model ondersteuning/ begeleiding bij opvoed- en opgroevragen en fungeert als schakel tussen huisarts, het wijkteam en het wijknetwerk. CJG heeft drie jeugdverpleegkundigen gekoppeld aan een huisartspraktijk (in totaal 16 uur per week). Deze inzet valt onder de basistaak JGZ.² De inzet is als volgt:

- Gezondheidscentrum 1 ('t Slag) 8 uur per week. Hier werken 8/9 huisartsen.
- Gezondheidscentrum 2 Zuiderkroon 4 uur per week voor 4 huisartsen binnen het centrum.
- Gezondheidscentrum 3 Noord (op Erasmusstraat) 4 uur per week. Hier werken 1/2 huisartsen.

Variant POH GGZ Jeugd

In navolging van een POH GGZ (18+) wordt een soort POH Jeugd (18-) ingezet onder regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Deze medewerker zet zich naast de reguliere taken zoals spreekuur draaien, triage, kortdurende behandeling en monitoring, ook in op het verbinden van de huisartsenzorg met het wijkteam en het achterveld (specialistische aanbieders). Bij deze variant worden de taken van de huidige POH GGZ uitgebreid naar Jeugd met 4 uur extra per week. POH GGZ Jeugd bestaat nog niet en de medewerkers die daarvoor ingezet worden krijgen eerst bijscholing. Deze bijscholing is in mei begonnen met negen POH GGZ (18+), die worden opgeleid voor het behandelen van jeugdcasuïstiek. Dit zijn de huisartsenpraktijken die met deze variant mee doen:

- Care XL B.V.
- Huisartsenpraktijk Overschie
- Huisartsenpraktijk Schenk
- Huisartsenpraktijk Jansen
- Huisartsenpraktijk Rotterdam Prinsenland
- Gezondheidscentrum Zevenkamp

¹ Jeugdhulp 2017, CBS, 2018.

² Althans, volgens de gemeente Rotterdam. Volgens het CJG betreft de inzet een verbreding van de basistaak JGZ.

Voor beide varianten geldt dat op gebiedsniveau de inzet gevolgd kan worden en de effecten ervan vergeleken kunnen worden.

De opdrachtgever van deze pilot heeft de afdeling Onderzoek en Business Intelligence van de gemeente Rotterdam gevraagd om evaluatie van de pilot. In deze rapportage wordt daarover verslag gedaan, waar nodig wordt daarbij een uitsplitsing gemaakt naar de beide varianten.

1.2 Doelen en vraagstelling

Doelen zijn onder meer het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ én gerichtere verwijzing naar de specialistische jeugdhulp (ihbz specialistische J-GGZ).

Doel van de evaluatie is om te bezien of de werkwijze en de samenwerking die in beide varianten van de pilot worden uitgetoetst effectief zijn, wat belangrijke onderdelen van de werkwijze en samenwerking zijn en wat de voorwaarden zijn om een dergelijke samenwerking te implementeren.

De centrale vraagstelling kan als volgt worden geformuleerd:

Wat zijn de (ervaren) resultaten van de werkwijze en samenwerking in beide varianten van de pilot? Wat zijn essentiële elementen in de varianten en wat zijn verbeterpunten? Welke voorwaarden zijn nodig om beide varianten van de pilot structureel te kunnen implementeren?

De deelvragen zijn opgesplitst in een kwantitatief en een kwalitatief deel.

Kwantitatief

- Hoeveel jongeren melden de huisartsen in beide varianten aan bij respectievelijk de jeugdverpleegkundige en bij de POH GGZ Jeugd, en met welke zorgvraag?
- Hoeveel jongeren worden door de huisartsen direct doorgestuurd naar specialistische J-GGZ, zonder

aanmelding/begeleiding bij jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd?

- Hoeveel jongeren worden na 1e analyse door jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd direct doorgeleid naar preventief veld (inclusief orthopedagoog), wijkteam of specialistische J-GGZ? En welke alsnog tijdens of na afloop van het begeleidingstraject? Welke andere partners in het wijknetwerk worden benaderd c.q. ingeschakeld (bijvoorbeeld school, SMW/IB, kinderopvang, jeugdarts)?
- Hoeveel jongeren komen uiteindelijk in behandeling bij specialistische J-GGZ via de huisartsen die meedoen aan de twee varianten in vergelijking met huisartsen die niet meedoen?

Kwalitatief

- In hoeverre dragen de twee varianten bij aan verbetering van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ én gerichtere verwijzing naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder specialistische J-GGZ)?
- Welke onbedoelde effecten worden door betrokkenen waargenomen?
- Wat zijn essentiële elementen van beide varianten, zoals 'korte lijnen', kennis en expertise, en casusregie? Wat zijn niet voorziene essentiële elementen?
- Wat zijn belangrijke condities voor de structurele implementatie van de twee varianten in termen van past het binnen het huidige stelsel, geld, ict, privacyregelingen, etc.?
- Hoe tevreden zijn de betrokken huisartsen, jeugdverpleegkundige, POH GGZ Jeugd en wijkteams?
- Wat zijn de ervaringen van de jongeren en hun ouders die in begeleiding zijn geweest bij jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd?

1.3 Methodes van onderzoek

De vraagstelling vereist een onderzoek naar zowel de resultaten van de pilot in beide varianten als het proces van samenwerking in de pilot. Gezien de aard van de pilots ligt een gecombineerd kwantitatieve en kwalitatieve aanpak van het onderzoek voor de hand.

Kwantitatief

De gegevens die nodig zijn om de meer kwantitatieve vragen te beantwoorden zijn bijgehouden en verzameld

door de jeugdconsulenten. We hebben gestreefd zoveel mogelijk naar uniformiteit van de bijgehouden registraties in verband met vergelijkbaarheid op onderdelen. Voor beide varianten van de pilot jeugdconsulent hebben wij de jeugdconsulenten gevraagd de volgende gegevens bij te houden om de resultaten te meten:

- De aanmeldingen door de huisartsen van jongeren/ouders bij verpleegkundige of POH GGZ Jeugd.
- De directe doorverwijzingen door de huisartsen naar specialistische J-GGZ, zonder dat jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd betrokken is.
- Per aanmelding het aantal consulten en de termijn waarin de begeleiding plaatsvindt (van eerste tot laatste consult/ afstemming); de verwijzingen die de jeugdverpleegkundige uitvoert.
- Overleg met derden zoals school, huisarts, specialist, wijkteam;
- Leeftijd en geslacht van de jeugdige.
- Per aanmelding de zorgvraag van kind/ouder zoals die door de jeugdconsulent is geformuleerd.

Hierbij gebruiken we de volgende indeling:

1. Fysieke klachten: motoriek

2. Fysieke klachten: spraak

3. Fysieke klachten: algemeen/overig
(bijv. adem inhouden, broekpoepen)

4. Gedragsproblemen: somberheid

5. Gedragsproblemen: concentratie

6. Gedragsproblemen: Autistisch spectrum

7. Gedragsproblemen: verslaving

8. Gedragsproblemen: overig

9. Leerproblemen

10. Externe factoren: Echtscheiding

11. Externe factoren: Psychiatrie ouder

12. Externe factoren: Huiselijk geweld

13. Externe factoren: Chronische ziekte ouder

14. Externe factoren: Opvoeding

15. Externe factoren: overig

De registratie van bovenstaande gegevens geeft een goed inzicht in de resultaten van beide varianten van de pilot. We willen echter ook weten of er in de deelnemende huisartsenpraktijken een daling in de tijd is van het aantal aanmeldingen bij de jeugd GGZ en of het aantal aanmeldingen bij de deelnemers (de experimentele groep) afwijkt van niet aan de pilot deelnemende huisartsen (controlegroep).

Om deze vergelijkingen te kunnen maken gebruiken we gegevens van de gemeente Rotterdam over de GGZ bestellingen voor jongeren t/m 17 jaar. De aan de pilot deelnemende huisartsenpraktijken delen we in in de buurten of gebieden waarin zij zijn gevestigd (de experimentele groep). Omdat we bovendien een controlegroep hebben van de overige buurten of gebieden van Rotterdam, waarin de pilot niet plaatsvindt, kunnen we een vergelijking maken tussen wel en niet deelnemen aan de pilot.

Voorwaarde voor deze aanpak is dat het aantal jongeren dat is behandeld of begeleid door de jeugdconsulenten gedurende de duur van de pilot groot genoeg is. Bovendien zullen de GGZ bestellingen van de gemeente Rotterdam beschikbaar moeten zijn.

Kwalitatief

De volgende onderzoeksactiviteiten zijn uitgevoerd om de pilot te evalueren:

- Vijftien interviews met direct betrokkenen bij beide varianten (jeugdverpleegkundige CJG, POH GGZ Jeugd, de huisarts, het wijkteamlid/leider). Met de direct betrokkenen zijn separate interviews gehouden over hun ervaringen met en visie op de werkwijze en samenwerking in de twee varianten van de pilot jeugdconsulent. Daarbij ging het zowel om de opbrengsten van de samenwerking als om de wijze van samenwerking. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. We hebben bij drie praktijken (variant jeugdverpleegkundige) apart gesproken met de jeugdconsulent en een huisarts. Bij zes praktijken (variant POH GGZ jeugd) hebben we of de jeugdconsulent of een huisarts gesproken. Daarnaast hebben we drie wijkteamleden/leiders geïnterviewd van een wijkteam dat deels hetzelfde werkgebied heeft als drie huisartsenpraktijken die aan de pilot meedoen.
- Vijf interviews met ouders (en/of een jongere) die aan het spreekuur van een jeugdconsulent hebben

deelgenomen en in begeleiding of behandeling van een jeugdconsulent zijn geweest. Wij hebben hen gevraagd naar hun ervaringen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de achtergrond van de pilot en presenteren we relevante literatuur. In hoofdstuk 3 worden de kwantitatieve vragen uit het onderzoek beantwoord aan de hand van de door de jeugdconsulent ingevulde registratiegegevens en van de gegevens van de gemeente Rotterdam over de jeugd GGZ bestellingen over 2017. In de daaropvolgende hoofdstukken worden op basis van de gesprekken met de betrokkenen de kwalitatieve vragen beantwoord. In hoofdstuk 4, 5, 6 staat het perspectief van de betrokken professionals op de pilot centraal (achtereenvolgens voor de variant POH GGZ jeugd, de variant jeugdverpleegkundige en van de wijkteammedewerkers). In hoofdstuk 7 volgt het perspectief van de cliënt en in hoofdstuk 8 trekken we conclusies.

2 Achtergrond en literatuur

In de hoofdstuk gaan we iets dieper in op de achtergrond van het ontstaan van beide varianten en geven we een kort overzicht van relevante literatuur.

2.1 Achtergrond

Medio 2016 is er een werkgroep gevormd die beide varianten van de pilot jeugdconsulent heeft uitgewerkt en de start heeft voorbereid. De werkgroep bestond uit gemeentebesturen en diverse partners uit het veld (huisartsen, LHV Rotterdam, Gezondheidscentrum Gezond op Zuid, IZER, CJG en wijkteam).³ De pilot zou zich richten op het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en wijkteam en zou moeten bijdragen aan een gerichtere verwijzing naar specialistische jeugdhulp. De werkgroep begon aanvankelijk met het uitwerken van twee scenario's:

- Het 1^e scenario werd ingebracht door de gemeente en had twee varianten. In variant 1 geeft een wijkteam-medewerker met J-GGZ achtergrond consult, trieert, en is een schakel tussen huisarts, wijkteam en specialistische jeugdhulpaanbieders. In variant 2 biedt een wijkteammedewerker met J&O (jeugd & opvoeding) achtergrond en met een brede kijk basishulp (of leidt daar naar toe) en is een schakel tussen huisarts, wijkteam en specialistische jeugdhulpaanbieders. Deze medewerker probeert problematiek te demedicaliseren en normaliseren.
- Het 2^e scenario werd door het CJG ingebracht. Een jeugdverpleegkundige van het CJG zou verbonden worden aan een huisartsenpraktijk. Zij voert vanuit sociaal-medische invalshoek een brede analyse uit, biedt aan de hand van een vijf-gesprekkenmodel ondersteuning/begeleiding bij opvoed- en opgroevragen en fungeert als schakel tussen huisarts, wijkteam en specialistische jeugdhulpaanbieders.

Het eerste scenario in beide varianten kreeg van de meerderheid van de werkgroep geen draagvlak, vooral niet van de betrokken huisartsen en de LHV. Voornaamste knelpunten zijn: geen toegang hebben tot het registratiesysteem van de huisarts en het niet ingezet kunnen worden onder regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Huisartsen willen een medewerker die met de huisartsen cultuur bekend is, toegang tot het registratiesysteem van de huisarts kan krijgen en aan het patiënten-overleg kan deelnemen. En vooral een medewerker die onder regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts ingezet kan worden. Voorts speelde een rol dat een wijkteamlid in de praktijk mogelijk de laagdrempeligheid van de praktijk in het geding zou brengen.

Tegelijkertijd werd er in de eerste bijeenkomsten van de werkgroep door de LHV Rotterdam een 3^e scenario ingebracht:

- In navolging van POH GGZ (18+) een soort POH Jeugd (18-) inzetten onder regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts maar betaald door de gemeente. Deze medewerker zet zich naast de reguliere taken zoals spreekuur draaien, triage, kortdurende behandeling en monitoring, ook in op het verbinden van de huisartsenzorg met het wijkteam en het achterveld (specialistische aanbieders).

Uiteindelijk zijn scenario twee en drie in de pilot uitgewerkt tot twee varianten. Van beide varianten geven we hieronder, ter aanvulling op de inleiding in hoofdstuk 1, nog even de doelen en de taken van de jeugdconsulent weer, zoals die in de projectplannen van beide varianten zijn benoemd.

³ LHV is Landelijke Huisartsen Vereniging; IZER is Integrale Zorggroep Eerstelijn Rijnmond; CJG is Centrum voor Jeugd en Gezin.

Jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige

Als doel van de pilot jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige formuleert het CJG⁴: een optimale inzet van preventie door een goed functionerend jeugdstelsel: huisarts, wijkteam en CJG weten elkaar goed te vinden en zetten elkaars expertise op de juiste wijze in. Daar waar preventieve ondersteuning voldoende is, wordt het opgepakt vanuit de JGZ, daar waar hulpverlening nodig is wordt efficiënt en effectief toegeleid naar het wijkteam of Jeugd-GGZ. Als taken van de jeugdconsulent in deze variant worden benoemd:

- Uitvoeren (contextgerichte) probleem- en vraagverheldering vanuit sociaal-medische invalshoek;
- Bieden van ondersteuning/ begeleiding bij opvoed- en opgroevragen aan de hand van het vijfgesprekkenmodel;
- Toeleiden van jeugdigen en gezinnen naar het wijkteam en verbinding naar het Consultatie en Diagnostiek team (CDT);
- Contactpersoon namens de huisarts naar het tweede en derde milieu, zoals scholen, kindercentra, vrijwilligersorganisaties etc. Vanuit het CJG heeft de jeugdverpleegkundige reeds frequent contact met deze partijen;

Jeugdconsulent variant POH GGZ jeugd

In een notitie van de LHV Rotterdam⁵ worden de volgende doelen voor de variant benoemd:

- Het organiseren en ontwikkelen van laagdrempelige jeugd GGZ binnen de huisartsenzorg;
- Het ontwikkelen van integrale systeemgerichte aanpak van jeugd GGZ binnen de huisartsenzorg;
- Optimale inzet van preventie en eerstelijnszorg ter verbetering van het functioneren van het jeugdstelsel.

De POH GGZ jeugd zou ingezet kunnen worden voor het uitvoeren van de POH GGZ functie voor jeugdigen, aldus de LHV Rotterdam. Tot het takenpakket van de POH GGZ behoren het signaleren, interveniëren en ondersteunen bij

psychische problemen (in samenwerking met de huisarts). De werkzaamheden van de POH GGZ zijn gericht op het helder krijgen van de psychische aspecten van gezondheidsproblematiek, goede doorverwijzing en urgentiebepaling (triage), kortdurende begeleiding en psycho-educatie (aldus de notitie).

2.2 Literatuur

Sinds de introductie van het nieuwe jeugdstelsel in 2015 zijn in veel gemeenten initiatieven genomen om de psychosociale hulp voor kinderen in de huisartsenpraktijk te versterken. Het onderzoeksrapport "De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd, een verkennende studie⁶ noemt onder andere projecten in 's Hertogenbosch, Gorinchem, Heerenvveen, Leeuwarden en Papendrecht. Het rapport vat een aantal evaluaties van de projecten in de genoemde gemeenten samen en hieronder willen wij een aantal elementen uit die samenvatting uitlichten.

"Over het algemeen zijn betrokkenen positief over de POH-Jeugdfunctie. Het bieden van laagdrempelige zorg wordt vaak als een succesfactor gezien. Voordelen van de POH-Jeugdfunctie die worden genoemd zijn sneller begeleiden, dichtbij huis, het persoonlijke contact en de korte lijnen, minder doorverwijzen en minder stigmatiseren. Andere succesfactoren zijn het beschikken over gedegen kennis van de sociale kaart en het contact tussen de POH-Jeugd en ketenpartners".⁷

"Uit alle evaluaties van de pilots komt naar voren dat om passende hulp te verlenen, de POH-Jeugdfunctie samenwerking inhoudt met de huisarts, ouders en kind en partijen zoals school, maatschappelijk werk, wijkteam, wijkagent, justitie, fysiotherapeut en specialisten. Over de samenwerking met de POH-Jeugd wordt geconcludeerd dat regelmatig overleg met de huisarts van ongekende waarde is. Voor de samenwerking met partijen buiten de huisartspraktijk is het van belang dat de POH-Jeugd goed op de hoogte is van de sociale kaart van de regio. Samenwerking moet groeien door elkaar beter te leren kennen. In de aanvangsperiode, maar ook daarna vraagt dat veel tijdsinvestering van de betrokkenen. In één van de pilots wordt genoemd

⁴ Uitwerking pilot jeugdconsulent door jeugdverpleegkundige CJG, versie 0.2 27 maart 2017

⁵ Uitwerking pilot POH GGZ jeugd, Kring Rotterdam, LHV, 24 maart 2017

⁶ De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd, een verkennende studie, Jonker, Knot-Dickscheit & Huygen, Rijksuniversiteit Groningen, december 2017

⁷ De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd, een verkennende studie (zie voetnoot hierboven). p. 12 en verder.

dat de POH-Jeugd ongeveer een kwart van de tijd besteedt aan netwerkcontacten. Het belang van de samenwerking tussen de POH-Jeugd en de scholen wordt benadrukt in diverse evaluaties. Geadviseerd wordt om scholen erbij te betrekken, omdat leerkrachten veel tijd doorbrengen met kinderen. De school is daardoor een belangrijke plek om problemen vroegtijdig te signaleren. Ook kunnen scholen een belangrijke rol spelen in het voorzien van informatie aan huisartsen en de POH-Jeugd over het functioneren van het kind op school. Het wijkteam is ook een belangrijke partij voor een POH-Jeugd om mee samen te werken. Het wijkteam heeft de mogelijkheid om bij het gezin thuis te komen, praktische zaken te regelen, door te verwijzen naar de basis GGZ of de specialistische GGZ en aanvragen te doen voor geïndiceerde zorg. Doordat er enige overlap is tussen de inhoud van het werk van de wijkteammedewerker en de POH-Jeugd is structureel overleg belangrijk. Ook wordt geconcludeerd dat privacy van de cliënt een belangrijk aandachtspunt is, maar dat samenwerking met inachtneming van de privacy goed mogelijk is”.

In de evaluaties worden ook knelpunten genoemd. Eén evaluatie constateert *“aanzienlijke verschillen tussen huisartsen in verwijzingen naar POH-jeugd. Enkele huisartsen in deze pilot verwezen nauwelijks naar POH-Jeugd, terwijl andere huisartsen vlot verwezen naar de POH-Jeugd. Betrokkenen benadrukten het belang dat alle deelnemende huisartsen goed op de hoogte moeten zijn van wat de POH-Jeugdfunctie inhoudt en dat er een adequate cliëntenoverdracht plaatsvindt van de huisarts naar de POH-Jeugd”.*

Een ander knelpunt is geografisch van aard. *“In verschillende pilots vormden geografische factoren belemmeringen bij het uitvoeren van de POH-Jeugdfunctie. In zowel Leeuwarden als ‘s Hertogenbosch kwam de geografische indeling van de wijkteams niet overeen met de dekking van de huisartsenpraktijk, waardoor de onderlinge samenwerking werd bemoeilijkt”.*

Naast de samenvatting die “De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd, een verkennende studie” geeft van bestaande evaluaties doet het rapport ook verslag van een vragenlijst-onderzoek en interviews onder met name POH's jeugd en huisartsen. De bevindingen sluiten voor een deel aan bij de hierboven genoemde samenvatting en zijn voor een ander deel nieuw. Nieuw is de constatering dat *“De POH-Jeugd constructies die in dit onderzoek het meest voorkomen res-*

pectievelijk detachering vanuit een GGZ-instelling en loondienst bij de huisarts zijn. POH's-jeugd kunnen ook als ZZP'er bij de huisarts werken of in een constructie waarbij professionals van het CJG of wijkteam samenwerken met de huisarts”. Overigens merken de onderzoekers terecht op dat onduidelijk is of het onderzoek representatief is voor de gehele populatie POH jeugd.

Uit dit onderzoek blijkt verder *“dat de POH-Jeugdfunctie wordt uitgevoerd door zowel HBO- als WO-geschoolde hulpverleners, met gemiddeld overwegend veel ervaring in de Jeugd-GGZ of KJP (kinder- en jeugd psychiatrie). De werkzame elementen van de begeleiding die de geïnterviewde POH-jeugd noemden zijn: cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en een aanpak waarin het systeem rondom het kind wordt betrokken”.*

De bevinding uit de samenvatting van de evaluaties dat regelmatig overleg tussen POH jeugd en huisarts van ongekende waarde is (zie hierboven) wordt ook in dit onderzoek gevonden: *“de belangrijkste belemmering in de samenwerking tussen POH jeugd en huisarts wordt gevormd door gebrek aan mogelijkheden voor overleg”.*

Andere interessante conclusies uit dit onderzoek zijn:

- De aard van de meest voorkomende hulpvragen zijn volgens de POH's-jeugd: angst, dwang en/of stemming; systeemproblemen; opvoedvragen; screening/-diagnostiek; gedragsproblemen; emotieregulatie en/of persoonlijkheidsproblematiek.
- De taken en verantwoordelijkheden die de POH's-jeugd uitvoeren en door POH's-jeugd en huisartsen het meest worden genoemd zijn: probleemverheldering, kortdurende behandeling, overdracht naar GGZ, laagdrempelige advisering, ondersteuning van huisarts en contactpersoon voor derden. De laatste taak wordt aanzienlijk minder vaak aangegeven dan de andere taken.
- *“Door de POH's-jeugd en de adviseur wordt in dit onderzoek aangegeven dat veel POH's-jeugd de beslissing om zelf te behandelen of door te verwijzen als moeilijk beschouwen”.* Dit blijkt ook uit ander onderzoek. De onderzoekers noemen het belang van een uitgebreidere POH-Jeugddopleiding en duidelijke richtlijnen.

- *“Van Dijk et al. (2013)⁸ bevelen aan een maximale behandelduur van acht consulten in te stellen omdat anders te ernstige problemen in de huisartspraktijk worden behandeld. In de huidige studie geven de POH's-jeugd aan maximaal tien tot twaalf consulten aan te houden, maar van een strikt maximum is volgens de POH's-jeugd en adviseur geen sprake. Duidelijke richtlijnen kunnen eenduidigheid bieden en helpen bij de afweging wat de POH-Jeugd wel en niet zelf behandelt”.*
- *“Wanneer de POH-Jeugd inschat dat adequate hulp niet binnen de huisartsenpraktijk geboden kan worden verwijst deze door. Een belemmering die POH's-jeugd hierbij ervaren zijn wachtlijsten bij GGZ-instellingen. POH's-jeugd komen in een lastige situatie wanneer cliënten onder hun verantwoordelijkheid vallen, terwijl door hen geen adequate behandeling kan worden gegeven. Mogelijkheden van overbruggingshulp zullen afhangen van de kennis en vaardigheden van de POH-Jeugd. Overleg en samenwerking tussen de POH's-Jeugd, de gemeente en de zorginstellingen zijn hiervoor essentieel”.*
- *“Uit de vragenlijsten blijkt dat zowel POH's-jeugd als huisartsen over het algemeen vinden dat de POH-Jeugd adequaat is toegerust op de functie en beiden geven aan dat de POH-Jeugd voldoende ondersteuning ontvangt. De belangrijkste steunbronnen blijken*

POH-Jeugdcollega's, intervisiegroepen en de KJP- of GGZ-instelling waarvoor de POH-Jeugd ook werkt”.

Tot zover dit onderzoek over de POH jeugd. Hierboven is reeds aangegeven dat de POH jeugd constructie waarbij een professional van het CJG samenwerkt met een huisarts minder vaak voorkomt dan de andere constructies. In de gemeente Epe is sinds eind 2017 een GZ-psycholoog door het CJG aangesteld die de samenwerking met huisartsen vorm gaat geven. Dit kan in de vorm van een spreekuur bij de huisarts of op een andere manier.⁹ In de gemeente Barendrecht heeft in 2016/2017 een pilot gedraaid, waarin een jeugdverpleegkundige voor een half jaar contactpersoon was bij een huisarts voor de jeugdgezondheidszorg en het wijkteam. In een evaluatie van deze pilot¹⁰ blijkt dat zowel het CJG Barendrecht als de huisartsenpraktijk hun samenwerking ervaren als zeer waardevol. De jeugdverpleegkundige heeft vanuit haar preventieve focus een groot deel van de casussen die waren aangedragen door de huisarts kunnen opvangen binnen de Jeugdgezondheidszorg en/of het SOT (school ondersteunings-team). Meer voorbeelden van samenwerking tussen CJG en huisartsen en van evaluaties van die samenwerking hebben wij niet kunnen vinden.

⁸ Dijk, M. van, Verhaak, P., & Zwaanswijk, M. (2013). *Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen*. Utrecht: Nivel.

⁹ <https://www.captise.nl/Zorg-Jeugd/ArtMID/504/ArticleID/1694/Gezondheidszorg-psycholoog-CJG-ingezet-bij-huisartsen-Epe>.

¹⁰ Evaluatie pilot Barendrecht CJG/huisarts, CJG, 1 maart 2017.

3 Registratiegegevens



3.1 Inleiding

De kwantitatieve deelvragen zijn:

- Hoeveel jongeren melden de huisartsen in beide varianten aan bij respectievelijk de jeugdverpleegkundige en bij de POH GGZ Jeugd, en met welke zorgvraag?
- Hoeveel jongeren worden door de huisartsen direct doorgestuurd naar specialistische J-GGZ, zonder aanmelding/begeleiding bij jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd?
- Hoeveel jongeren worden na 1e analyse door jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd direct doorgeleid naar preventief veld (inclusief orthopedagoog), wijkteam of specialistische J-GGZ? En welke alsnog tijdens of na afloop van het begeleidingstraject? Welke andere partners in het wijknetwerk worden benaderd cq. ingeschakeld (bijvoorbeeld school, SMW/IB, kinderopvang, jeugdarts)?
- Hoeveel jongeren komen uiteindelijk in behandeling bij specialistische J-GGZ via de huisartsen die meedoen aan de twee varianten in vergelijking met huisartsen die niet meedoen?

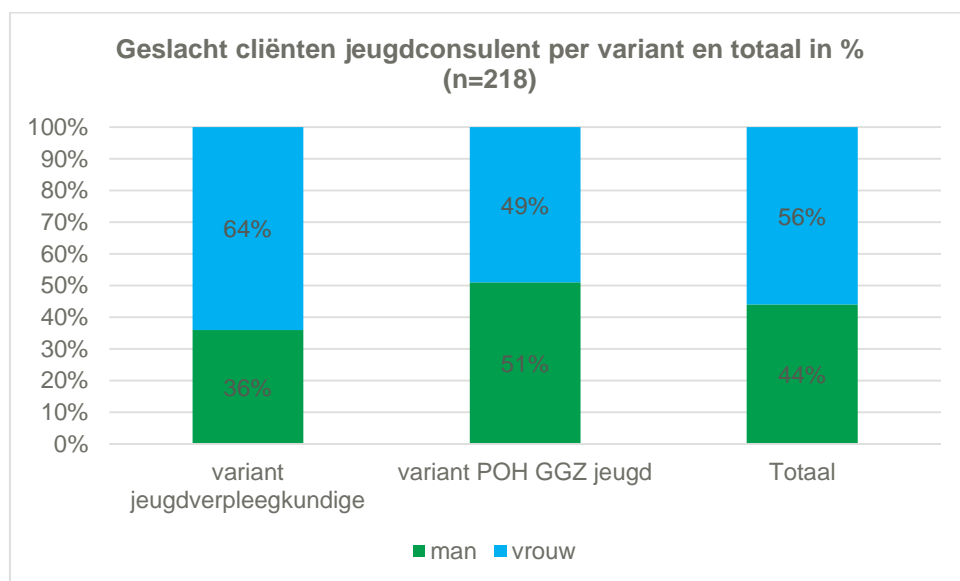
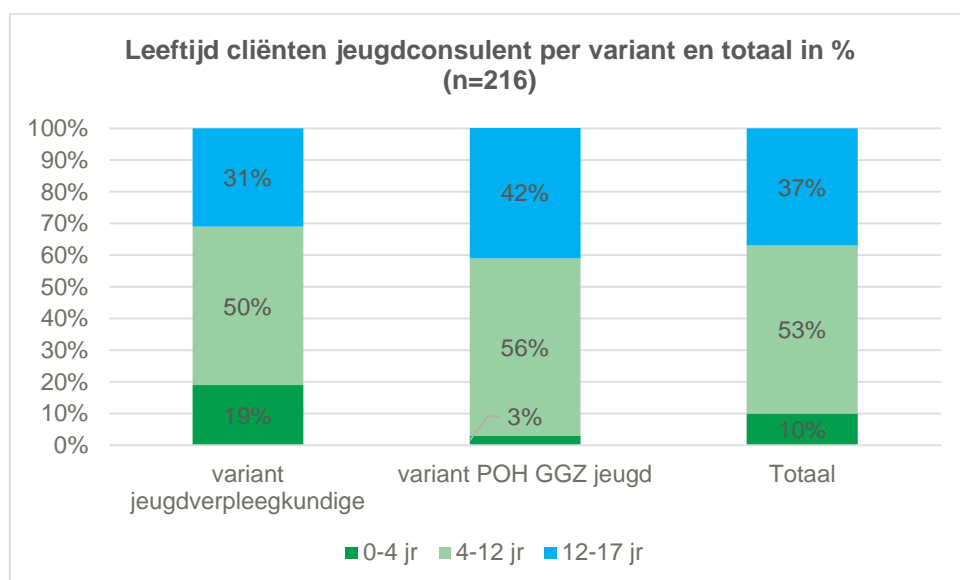
De eerste drie vragen hebben we beantwoord aan de hand van een registratiesheet dat de jeugdconsulenten hebben bijgehouden (3.2 t/m 3.7). De laatste vraag komt aan de orde in 3.8; hierbij hebben we gebruik gemaakt van de gegevens van de gemeente Rotterdam over de jeugd GGZ bestellingen over 2017.

3.2 Aantallen en persoonskenmerken

In het jaar van de pilot zijn 220 jongeren aangemeld bij de jeugdconsulenten. Meer dan de helft (53%) van de jongeren is tussen vier en twaalf jaar oud. In meer dan de helft van de casussen (56%) gaat het om een meisje of jonge vrouw (zie figuren hieronder).

Van de 220 casussen zijn er 104 (47% van het totaal) aangemeld bij de jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige en 116 (53%) bij de variant POH GGZ jeugd.

Het is opvallend dat het aandeel jonge kinderen dat is aangemeld bij de variant jeugdverpleegkundige fors hoger is dan bij de andere variant (19% versus 3%). Binnen deze variant concentreren de jonge aanmeldingen zich bij twee gezondheidscentra. Het gaat hierbij vooral om opvoedingsproblematiek. Een mogelijke verklaring voor het grote aandeel 0-4 jaar zou kunnen zijn dat verwijzende huisartsen de jeugdverpleegkundigen en het CJG vooral associëren met deze leeftijdscategorie en hiermee rekening houden bij hun verwijsgedrag.



Omdat wij eerder hebben gerapporteerd over het 1^e half jaar van de pilot, waren wij benieuwd hoe het aantal cliënten bij de jeugdconsulenten zich heeft ontwikkeld in het 2^e half jaar. Dit aantal is iets teruggelopen van 117 naar 100 cliënten in het 2^e half jaar (zie tabel). In de tabel is ook de ontwikkeling per huisartsenpraktijk weergegeven. In twee

huisartsenpraktijken (praktijknr. 1 en 8) is het aantal teruggelopen omdat de jeugdconsulenten door omstandigheden tijdelijk afwezig waren.

In de tabel hebben we ook het aantal cliënten van de jeugdconsulent als percentage van het aantal kinderen in de huisartsenpraktijk weergegeven. Het gemiddelde is 2% en het varieert van 1% tot 5,6% cliënten per praktijk.

Tabel Aantal cliënten jeugdconsulent per huisartsenpraktijk per periode

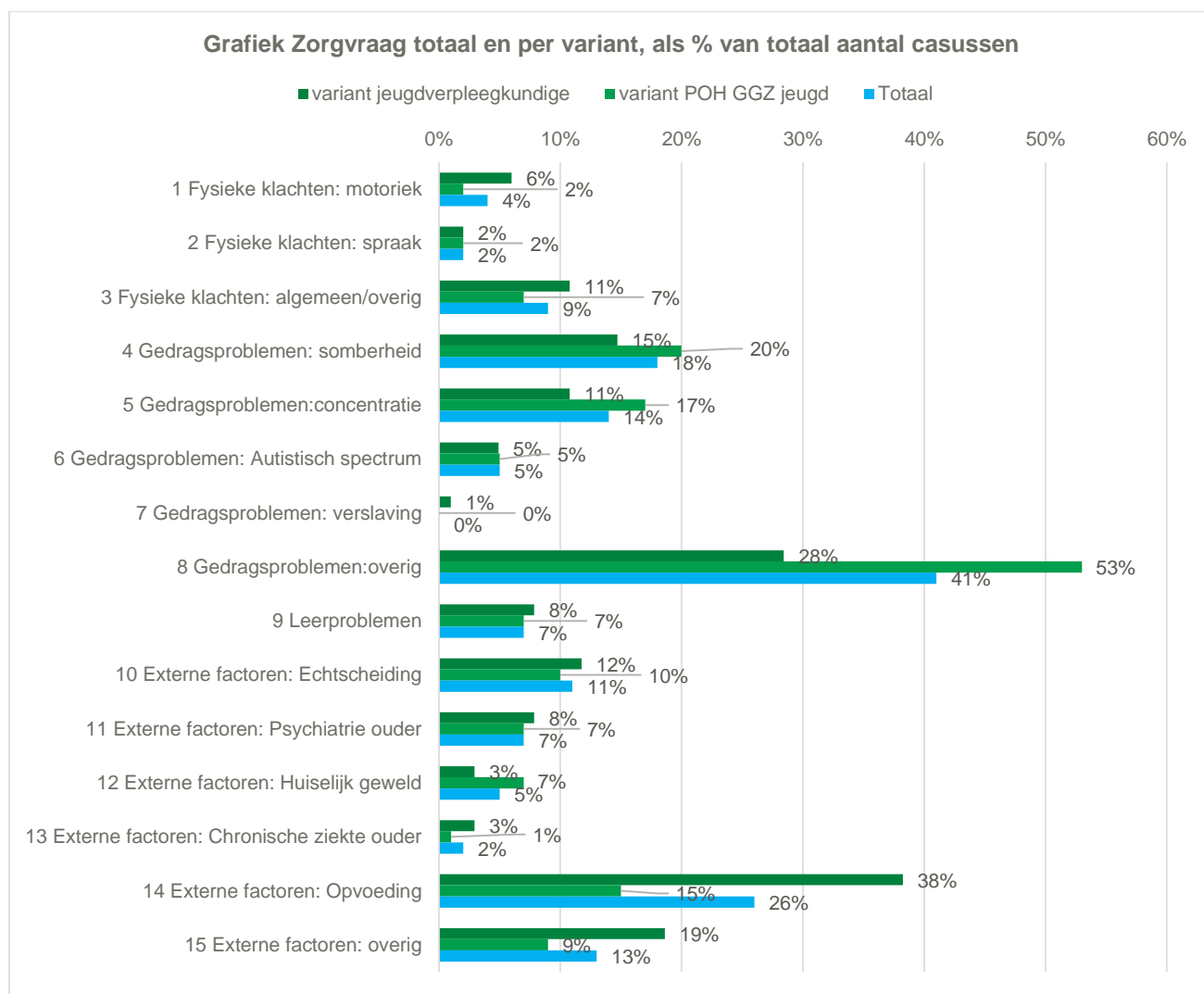
Huisartsen praktijknr.	variant jeugdconsulent	1e half jaar	2e half jaar	Onbe- kend	Totaal	kinderen t/m 17 jaar in huisartsen- praktijk ¹¹	ratio cliënten jeugd- consulent (n)/ kin- deren in praktijk (n)
		n	n	n	n	n	%
1	jeugdverpleegkundige	22	13	1	36	2.276	1,6%
2	jeugdverpleegkundige	21	17	2	40	1.470	2,7%
3	jeugdverpleegkundige	15	13	0	28	500	5,6%
4	POH GGZ jeugd	10	7	0	17	1.095	1,6%
5	POH GGZ jeugd	11	9	0	20	625	3,2%
6	POH GGZ jeugd	9	15	0	24	1.603	1,5%
7	POH GGZ jeugd	11	14	0	25	626	4,0%
8	POH GGZ jeugd	8	3	0	11	1.034	1,1%
9	POH GGZ jeugd	10	9	0	19	1.901	1,0%
	Totaal	117	100	3	220	11.130	2,0%

¹¹ Deze gegevens zijn voornamelijk afkomstig van de jeugdconsulenten; zij konden het beste inschatten welke huisartsen in een praktijk meededen aan de pilot.

3.3 Zorgvraag

De jeugdconsulenten hebben per cliënt die is aangemeld door de huisarts een aantal kenmerken geregistreerd. Eén daarvan is de zorgvraag van cliënt (en/of ouder) zoals die is geformuleerd door de jeugdconsulent.

De meeste zorgvragen liggen op het gebied 'overige gedragsproblemen' (41%; onder andere spannings- en angstklachten en woede-uitbarstingen) en opvoedingsproblematiek (26%). Iets minder vaak spelen somberheid (18%) en concentratieproblemen (14%) een rol (zie grafiek).



De percentages per variant tellen op tot meer dan 100% omdat een cliënt meerdere zorgvragen kan hebben.

In de tabel staan ook de verschillen per variant. De POH GGZ jeugd diagnosticeren vaker 'overige gedragsproblemen' (53% van het totaal aantal cliënten versus 28% van

het totaal aantal cliënten), terwijl de verpleegkundigen van het CJG vaker opvoedingsproblematiek signaleren (38% versus 15%).

3.4 Aanpak jeugdconsulent, verwijzingen en contacten met andere organisaties

Na het 1e consult van de jongere (en de ouder[s]) bij de jeugdconsulent maakt deze een behandelplan of begeleidingsplan. In 68% van de casussen kiest de jeugdconsulent voor een periode van zelf behandelen of begeleiden (zie tabel). Omdat een jeugdconsulent kan kiezen voor meerdere aanpakken tegelijkertijd tellen de percentages in de kolom op tot meer dan 100%. De POH GGZ jeugd kiest in driekwart van de casussen voor zelf behandelen of begeleiden (76%); de jeugdverpleegkundige van het CJG minder vaak (59%). Als een jeugdconsulent kiest voor zelf behandelen of begeleiden sluit dat niet uit dat zij ook nog

voor een andere optie kiest (een gecombineerde aanpak). In circa een derde van de casussen waarbij gekozen wordt voor zelf behandelen of begeleiden wordt ook nog een andere aanpak gekozen (cijfer niet opgenomen in tabel).

De overige opties in de tabel scoren ongeveer even hoog. Doorverwijzen naar de Jeugd GGZ gebeurt in 19% van de casussen, doorverwijzen naar het CJG en doorverwijzen Overig in elk 15% van de gevallen, en doorverwijzen naar het wijkteam in 12% van de gevallen. Ook deze opties kunnen in combinatie met een andere gekozen worden.

Tabel aanpak jeugdconsulent per casus en per variant

	variant jeugdverpleegkundige	variant POH GGZ jeugd	Totaal
	n (kolom %)	n (kolom %)	n (kolom %)
1 Zelf behandelen/ begeleiden (korte behandeling)	57 (59%)	84 (76%)	141 (68%)
2 Doorverwijzen naar J-GGZ	12 (12%)	28 (25%)	40 (19%)
3 Doorverwijzen naar het Wijkteam (bv bij schulden, schoolverzuim, onderontwikkelde vaardigheden, etc)	19 (20%)	6 (5%)	25 (12%)
4 CJG (orthopedagoog, jeugdarts, jeugdverpleegkundige)	30 (31%)	2 (2%)	32 (15%)
5 Overige (logopedie, wijknetwerk, school, etc)	20 (21%)	12 (11%)	32 (15%)
	97	111	208
Missing	7	5	12
Totaal	104	116	220

De percentages per variant tellen op tot meer dan 100% omdat een jeugdconsulent kan kiezen voor een meervoudige aanpak.

De verschillen tussen de varianten zijn interessant. De CJG verpleegkundige kiest vaker voor doorverwijzen naar de eigen collega's van het CJG (31%), doorverwijzen naar het wijkteam (20%) of voor doorverwijzen overig (21%) dan de POH GGZ jeugd. Daarentegen kiest de POH GGZ jeugd vaker voor doorverwijzen naar J-GGZ (25%) dan de CJG verpleegkundige.

We hebben gekeken of de aanpak verschilt naar soort zorgvraag. Dat is niet het geval. Voor de meest voorkomende zorgvragen zien we de variatie in de aanpak tussen de twee varianten van de jeugdconsulent nauwelijks verschillen van de variatie in de tabel hierboven.

De jeugdconsulenten hebben ook bijgehouden met welke organisaties zij contact hebben gehad gedurende hun behandeling of begeleiding (zie tabel). Met contact bedoelen we telefonisch of fysiek contact over een casus. De resultaten verschillen niet veel van die uit de vorige tabel. Opvallend is dat in meer dan een derde (38%) van de casussen een jeugdconsulent geen contact heeft gehad met een andere organisatie. Voor de jeugdconsulent variant POH

GGZ jeugd geldt dat zelfs voor de helft (52%) van de casussen, terwijl de jeugdconsulent variant jeugd-verpleegkundige in een kwart (24%) van de casussen geen contact heeft met een andere organisatie. Overigens is het aantal 'missing values' in deze tabel iets hoger dan in de andere tabellen in deze paragraaf. Dit wordt onder meer veroorzaakt doordat bij trajecten die nog 'lopen' (nog) niet is ingevuld wie er allemaal bij zijn betrokken.

Tabel Organisaties waarmee contact is geweest per casus en per variant jeugdconsulent

	variant jeugdverpleegkundige	variant POH GGZ jeugd	Totaal
	n (kolom %)	n (kolom %)	n (kolom %)
1 School	17 (19%)	13 (14%)	30 (17%)
2 Specialist (van het ziekenhuis)	4 (5%)	3 (3%)	7 (4%)
3 Wijkteam	17 (19%)	11 (12%)	28 (16%)
4 Jeugd GGZ (of volwassenen GGZ)	10 (11%)	12 (13%)	22 (12%)
5 CJG	35 (39%)	6 (7%)	41 (23%)
6 Andere organisatie (bv logopedist, SMW, jongerencoach)	17 (19%)	9 (10%)	26 (14%)
7 Geen enkele organisatie	21 (24%)	47 (52%)	68 (38%)
Subtotaal	89	91	180
Missing	15	25	40
Totaal	104	116	220

De percentages per variant tellen op tot meer dan 100% omdat met meerdere organisaties contact kan zijn geweest.

3.5 Aantal contacten en trajectduur

Elk traject dat een jeugdconsulent opstart bestaat uit een aantal contacten met cliënten en hun ouders. 40% van de trajecten bestaat uit één contact; bijna een kwart (24%) uit twee contacten (zie tabel). De helft van de trajecten die een jeugdconsulent van het CJG start bestaat uit één contact; dat geldt voor minder dan een derde (31%) van de trajecten die een POH GGZ jeugd begint. Bijna een kwart

(23%) van de trajecten van een POH GGZ jeugd bestaat uit vijf of meer contacten met cliënten.

Tabel Aantal contacten per traject jeugdconsulent totaal en per variant

	variant jeugdverpleegkundige	variant POH GGZ jeugd	Totaal
	n (kolom %)	n (kolom %)	n (kolom %)
0 contacten	4 (4%)	2 (2%)	6 (3%)
1 contacten	49 (50%)	35 (31%)	84 (40%)
2 contacten	25 (26%)	25 (22%)	50 (24%)
3 contacten	14 (14%)	18 (16%)	32 (15%)
4 contacten	5 (5%)	8 (7%)	13 (6%)
5 of meer contacten	1 (1%)	26 (23%)	27 (13%)
	98 (100%)	114 (100%)	212 (100%)
Missing	6	2	8
Totaal	104	116	220

Het aantal contacten per traject kan ook uitgedrukt worden in een gemiddelde. Het gemiddelde aantal contacten per traject bedraagt 2,4 contacten per traject (1,7 contacten voor de variant jeugdverpleegkundige en 3,1 contacten voor de variant POH GGZ jeugd). De verschillen per huisartsenpraktijk zijn fors. Het gemiddeld aantal contacten per huisartsenpraktijk variant jeugdverpleegkundige varieert van 1,3 tot 2,2 contacten per traject.

Bij de variant POH GGZ jeugd varieert het gemiddelde van 1,9 tot 4,3 contacten per traject.

Ook de duur van de trajecten varieert. De gemiddelde duur per traject bedraagt 30 dagen (12 dagen voor de variant jeugdverpleegkundige en 45 dagen voor de variant POH GGZ jeugd).

3.6 Wijze beëindiging traject

De jeugdconsulent heeft ook bijgehouden hoe de trajecten zijn beëindigd. 62% Van de trajecten zijn positief beëindigd (zie tabel). Van een positief beëindigd traject is sprake als de klachten van een cliënt geheel of gedeeltelijk zijn verdwenen of wanneer een (succesvolle) verwijzing heeft plaats gevonden. Deze beoordeling wordt gedaan door de jeugdconsulent. Zij bepaalt of een traject positief is afgesloten. Een klein deel van de trajecten wordt negatief afgesloten.

Hiervan is sprake als er geen overeenstemming is tussen cliënt (en/of ouders) en jeugdconsulent over de te volgen aanpak. 15% Van de trajecten wordt vroegtijdig beëindigd; dit zijn over het algemeen trajecten waarbij cliënt en of ouder(s) niet meer verschijnen op de eerstvolgende ingeplande afspraak met de jeugdconsulent.

Tabel Wijze beëindiging (of bijstelling) traject

	variant jeugdverpleegkundige	variant POH GGZ jeugd	Totaal
	n (kolom %)	n (kolom %)	n (kolom %)
1 1. Positief	57 (63%)	63 (61%)	120 (62%)
2 2. Negatief	3 (3%)	4 (4%)	7 (4%)
3 3. Vroegtijdig beëindigd	14 (15%)	16 (16%)	30 (15%)
4 4. plan is tussentijds veranderd en/of bijgesteld	7 (8%)	6 (6%)	13 (7%)
5 5. Loopt nog	10 (11%)	14 (14%)	24 (12%)
	91 (100%)	103 (100%)	194 (100%)
Missing	13	13	26
Totaal	104	116	220

Eveneens een klein gedeelte (7%) van de trajecten heeft een plan van aanpak dat tussentijds is veranderd of bijgesteld. Dit zijn voor het merendeel trajecten waarin in eerste instantie door de jeugdconsulent is gekozen om zelf te behandelen of te begeleiden, maar waarin later is doorverwezen naar een andere organisatie (kinderarts, CJG orthopedagoog, Veilig Thuis, SMW, jeugd GGZ en wijkteam). De

redenen hiervoor zijn verschillend, onder andere: blaasontsteking, weigering om aan een bepaalde interventie mee te doen, verminderde motivatie cliënt, problematiek uiteindelijk zwaarder dan gedacht, opname moeder in GGZ instelling.

3.7 Directe verwijzingen naar Jeugd GGZ door huisarts

Drie van de aan de pilot deelnemende huisartsenpraktijken hebben intern de afspraak gemaakt dat alle jongeren met een zorgvraag doorgestuurd worden naar de jeugdconsulent. Hiervan hebben er twee geen jongeren direct doorgestuurd (zonder consultatie van de jeugdconsulent) naar de specialistische J-GGZ. Eén heeft toch drie cliënten direct verwezen op basis van een verzoek van instellingen (zie tabel). Vier jeugdconsulenten hebben na het 1e halfjaar achteraf aan de deelnemende huisartsen gevraagd hoeveel jongeren zij direct hebben doorgestuurd (praktijken 2, 3, 7 en 8; zie tabel; hierin staat ook om welke variant het gaat). Dit zijn schattingen. Van de twee resterende huisartsenpraktijken hebben wij zelf schattingen gemaakt. Voor huisartsenpraktijk nr. 1 hebben we het totaal aantal berekend op basis van de directe doorsturingen van één huisarts. Voor huisartsenpraktijk nr. 9 hebben we het aantal berekend op basis van het gemiddelde over de andere acht praktijken.

Omdat de tabel voor een deel is gebaseerd op schattingen, willen we niet al te veel conclusies trekken op basis van de cijfers. Opvallend is in ieder geval dat huisartsenpraktijknr. 3 veel directe doorsturingen heeft in vergelijking met de (kinder-) praktijkgrootte (ratio=3,6%). Daarentegen zijn de directe doorsturingen en de ratio in de praktijken 4, 5 en 6 laag. De overige praktijken zitten daar tussenin.

We hebben ook nog gekeken of hoge directe doorsturingen mogelijkwerwijs gecompenseerd worden door lage aantallen verwijzingen naar de GGZ door de jeugdconsulent. Dat is ogenschijnlijk niet het geval. In de praktijken 1, 7 en 9 zijn de GGZ verwijzingen door de jeugdconsulent het hoogst (respectievelijk: 8, 8 en 9), terwijl zij wat betreft de directe doorsturingen in de buurt van het gemiddelde zitten. Hier willen wij het bij laten, omdat het aantal huisartsenpraktijken te laag is om gefundeerde uitspraken te kunnen doen.

Tabel Aantal directe doorsturingen per huisartsenpraktijk per periode

Huisartsen praktijknr.	variant jeugdconsulent	Directe doorsturingen naar GGZ (7/17 tot 7/18)	kinderen t/m 17 jaar in huis- artsenpraktijk	ratio directe doorstu- ringen (n)/ kinderen in praktijk (n)
		n	n	%
1	jeugdverpleegkundige	41	2.276	1,8%
2	jeugdverpleegkundige	24	1.470	1,6%
3	jeugdverpleegkundige	18	500	3,6%
4	POH GGZ jeugd	3	1.095	0,3%
5	POH GGZ jeugd	0	625	0,0%
6	POH GGZ jeugd	0	1.603	0,0%
7	POH GGZ jeugd	5	626	0,8%
8	POH GGZ jeugd	22	1.034	2,1%
9	POH GGZ jeugd	23	1.901	1,2%
Totaal		136	11.130	1,2%

3.8 Nulmeting en controlegroep

Is er in de deelnemende huisartsenpraktijken gedurende de pilotperiode een daling van het aantal aanmeldingen bij de jeugd GGZ ten opzichte van de periode daarvoor? En wijkt het aantal aanmeldingen bij de deelnemers (de experimentele groep) af van niet aan de pilot deelnemende huisartsen (controlegroep)?

Deze vragen hebben we geprobeerd te beantwoorden met behulp van gegevens van de gemeente Rotterdam over de GGZ bestellingen voor jongeren t/m 17 jaar. Maar dit is uiteindelijk niet gelukt. Een belangrijke reden is dat de gemeente vanaf januari 2018 gestart is met een andere wijze van inkoop van jeugdzorg producten door middel van arrangementen. Hierdoor zijn de GGZ bestellingen van vóór 2018 niet meer goed vergelijkbaar met de arrangementen die vanaf 2018 zijn ingekocht.

We hebben nog wel geprobeerd om voor het eerste half jaar van de pilot (de tweede helft van 2017) de vragen te beantwoorden, maar daar zaten de nodige haken en ogen aan. Zo constateerden we een lichte daling van het aantal GGZ bestellingen in de experimentele buurten (hier zijn de huisartsenpraktijken gevestigd die meedoen aan de pilot), maar ook een daling (en zelfs een sterkere) in de controle buurten. Dit was tegen de verwachting in. Tegelijkertijd constateerden we dat de periode van een half jaar te kort is om rekening te houden met effecten die pas maanden later kunnen optreden (een verwijzing naar de GGZ leidt pas maanden daarna tot een bestelling).

De conclusie luidt dat we geen daling van het aantal jeugd GGZ bestellingen in de experimentele buurten ten opzichte van de controle buurten kunnen aantonen.

3.9 Conclusies

- Gedurende het 1^e jaar van de pilot zijn 220 jongeren door de huisartsen aangemeld bij de jeugdconsulenten.
- De meeste zorgvragen van de jongeren liggen op het gebied 'overige gedragsproblemen' (41%; onder andere spannings- en angstklachten en woede-uitbarstingen) en opvoedingsproblematiek (26%).
- In 68% van de casussen kiest de jeugdconsulent voor een periode van zelf behandelen of begeleiden. Doorverwijzen naar de Jeugd GGZ gebeurt in 19% van de casussen, doorverwijzen naar het CJG en doorverwijzen Overig in elk 15% van de gevallen, en doorverwijzen naar het wijkteam in 12% van de gevallen.
- De jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige kiest vaker voor doorverwijzen naar de eigen collega's van het CJG (31%), doorverwijzen naar het wijkteam (20%) of voor doorverwijzen overig (21%) dan de jeugdconsulent POH GGZ Jeugd. Daarentegen kiest de jeugdconsulent POH GGZ Jeugd vaker voor doorverwijzen naar J-GGZ (25%) dan de jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige.
- Het gemiddelde aantal contacten van een jeugdconsulent met een cliënt bedraagt 2,4 contacten per traject (1,7 contacten voor de variant jeugdverpleegkundige en 3,1 contacten voor de variant POH GGZ jeugd).

4 Variant POH GGZ Jeugd



4.1 Inleiding

De variant POH GGZ Jeugd (18-) is in zes huisartspraktijken van start gegaan. De praktijken verschillen qua grootte en qua organisatievorm. In de tabel in H3.2 staat een overzicht van het aantal kinderen in de praktijk. De jeugdconsulenten werken in deze praktijken vier uur per week als jeugdconsulent. Naast de jeugdconsulenten zijn er nog andere POH'ers in de praktijken werkzaam, variërend van 1 of 2 POH'ers somatiek en één gezondheidscentrum heeft een tweede POH GGZ (volwassenen). Het aantal huisartsen waarvoor de jeugdconsulenten werken bedraagt 1 tot

6. In 1 geval zijn er 6 huisartsen in het gezondheidscentrum werkzaam die allen gebruik maken van de jeugdconsulent.

In iedere praktijk zijn interviews gehouden met één of meer professionals die er werken. Bij 3 huisartspraktijken is de jeugdconsulent geïnterviewd en bij de 3 andere praktijken is met de huisarts gesproken. In dit hoofdstuk geven we de uitkomsten van de interviews. Eerst volgt een korte beschrijving van de achtergrondkenmerken van de jeugdconsulenten.

4.2 Achtergrond POH GGZ- Jeugdconsulenten

In deze paragraaf gaan we nader in op de achtergrond van de jeugdconsulenten, zoals hun opleiding, werkervaring en reden voor deelname aan de pilot.

4.2.1 Opleiding en werkervaring

De geïnterviewde jeugdconsulenten hebben een afgeronde WO-opleiding psychologie (2 maal) en HBO-V (algemene verpleegkunde). Daarnaast hebben ze tal van cursussen en vervolgopleidingen gevolgd. Waaronder natuurlijk de kopstudie Kind-Jeugd POH GGZ.¹²

De jeugdconsulenten beschikken ook over de nodige werkervaring. De geïnterviewde jeugdconsulenten werken al respectievelijk ruim 1, 2 en 3 jaar als POH GGZ volwassenen. Daarnaast werkt een jeugdconsulent al 2 jaar en 10 maanden bij een 2e lijns-GGZ instelling (transculturele stichting), de ander heeft ervaring als verpleegkundige en werkt sinds ruim een jaar tevens als voorzorg verpleegkundige bij het CJG. De derde geïnterviewde jeugdconsulent heeft verder geen andere werkzaamheden maar wel ervaring als verpleegkundige, en als psycholoog, therapeut en intaker/indicatiesteller in de tweedelijns, en als specialist persoonlijkheidsstoornissen in de zogenaamde derdelijns, GGZ. Daarnaast zijn de geïnterviewde jeugdconsulenten werkzaam als POH'er GGZ voor de volwassenen.

De deelnemers hadden voordat ze aan de pilot deelnamen een beperkte kennis van jeugd-ggz. *“Tijdens de gewone psychologieopleiding heb je natuurlijk wel kind en jeugd gehad, maar ja, daarna dan ebt dat een beetje weg. En als je ze wel naar voren geschoven krijgt dan is het toch fijn om ook wat in handen te hebben. Dan voel je je toch wel wat meer, ja, competent om daar iets mee te doen”*. De kopstudie Kind-Jeugd POH GGZ moest en blijkt ook in deze kennisbehoefte te voorzien. Ze zijn (erg) tevreden over deze opleiding. De cursus was volgens hen inhoudelijk interessant en één van hen is ook expliciet positief over het lesmateriaal en de docenten *“Leuk. Leerzaam. Gewoon goede docenten en interessant lesmateriaal”*. (jeugdconsulent 8). De deelnemers zijn vooral tevreden over de handvatten die in de opleiding werden geboden voor het omgaan en behandelen van jeugdigen. Hoewel ze soms

wel wat overlap ervaren met de volwassenen GGZ, zijn ze van mening dat jeugd toch echt een andere ‘tak van sport is’. Zo is de noodzaak om breed te kijken, zoals naar het gezinssysteem, groter dan bij volwassenen. Daar wordt in de opleiding ook aandacht aan besteed.

Om ervaringen met elkaar te kunnen delen hebben de jeugdconsulenten een intervisiegroep opgezet. Dit wordt door hen als (zeer) waardevol gezien.

4.2.2 Deelname Pilot

De jeugdconsulenten waren al, op 1 consulent na, als POH-GGZ consulent werkzaam bij de praktijk waar ze als jeugdconsulent zijn aangesteld. Via deze praktijk zijn ze ook bij de pilot betrokken geraakt. Eén jeugdconsulent heeft een wat andere achtergrond. Zij werkt tevens bij het CJG als voorzorgverpleegkundige. Ze vindt het zelf een voordeel dat ze ook goed op de hoogte is van de werkwijze en het netwerk van het CJG.

De drie geïnterviewde jeugdconsulenten gaven aan dat voordat ze aan de pilot deelnamen in hun werk vaak geconfronteerd werden met jeugdigen waar ze ‘wat mee moesten’. De doelgroep jongeren had ook duidelijk hun interesse. Zo gaf een jeugdconsulent aan het erg leuk te vinden om met kinderen te werken en dat ze al voor de pilot probeerde te improviseren met bepaalde technieken bij kinderen en boeken las over de behandeling van kinderen. Daarom stond ze ook positief tegenover de pilot en heeft ze de functie geaccepteerd toen de huisarts haar hiervoor vroeg. Een tweede jeugdconsulent legde de nadruk op het feit dat ze met jeugdproblematiek werd geconfronteerd waarop ze zich onvoldoende competent voelde. De derde jeugdconsulent die tevens als CJG verpleegkundige werkzaam is, vertelde dat haar interesse voor de psychiatrie een aantrekkende factor was om zich op te geven voor de functie van POH GGZ-Jeugd.

4.3 Verwachtingen en probleemdefinitie

Het belangrijkste probleem waarvoor de pilot een oplossing zou moeten bieden is volgens de geïnterviewde huisartsen en jeugdconsulenten het feit dat aan kinderen en jongeren

¹² Speciaal voor deze pilot heeft de gemeente Rotterdam een kopstudie Kind-Jeugd POH GGZ voor de jeugdconsulenten POH GGZ jeugd georganiseerd.

met ggz-problematiek niet de juiste zorg kan worden geboden. *“Ik zag gewoon een onvoldoende passend aanbod voor kinderen eigenlijk wat betreft GGZ in Rotterdam. De toegang tot de psychiatrische en psychologische hulp was gewoon onvoldoende en de wachttijden veel te lang”* (huisarts 9). De POH'ers en huisartsen worden geconfronteerd met wachttijden van 6 maanden of langer bij de 2^e lijn specialistische GGZ-instellingen.

Deze huisarts noemt overigens het wegvallen van voorzieningen in de wijk als reden dat er onvoldoende passende hulpverlening is. Daarmee ligt de oplossing volgens haar ook in het terugbrengen van deze voorzieningen: *“Dat was vroeger beter. Het moet in de wijk terug, het consultatiebureau. Vroeger hadden we ook een fantastische kinderpsycholoog in de buurt. Als we dachten dit gezin loopt vast dan verwezen we naar de kinderpsycholoog. En die was gewoon in deze wijk en daar hadden we een hele warme relatie mee. Na 2015 heeft de gemeente alleen maar met de grote organisaties contracten afgesloten en niet meer met die kleine, want het is voor die kleine niet te doen.”* (huisarts 9).

De geïnterviewde huisartsen en jeugdconsulenten verwachten dat de POH-GGZ Jeugd ervoor kan zorgen dat kinderen/ jongeren en, zo nodig, hun gezinsleden sneller de juiste hulp krijgen doordat de jeugdconsulent eenvoudige jeugdproblematiek zelf behandelt of 'lager in de lijn' passende zorg inzet, zoals bij het CJG. Dit zou moeten bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten voor tweedelijnszorg en beter passende zorg voor de patiënten. *“Het belangrijkste probleem is dat het kind met psychische hulp op de juiste plaats wordt behandeld. En ten tweede dat die tijdig zijn of haar behandeling krijgt. En dat is waar POH GGZ jeugd zo waardevol is omdat deze ook de tools hebben gekregen via extra opleiding, dat zij die simpele, die makkelijke jeugdproblematiek zelf kan behandelen. Dat zij niet door hoeven te sturen naar een tweedelijns jeugd GGZ”.* (huisarts 5).

De POH GGZ jeugd zou deze rol kunnen vervullen omdat hij of zij veel ervaring en kennis heeft over hoe samen met de huisarts en patiënt bij ggz-problematiek te komen tot een passende diagnose, aanpak en eventuele doorverwijzing. Door scholing zou de POH-GGZ bovendien ook voldoende kennis verwerven over het jeugddomein.

4.4 Werkwijze, samenwerking en doorverwijzing

4.4.1 Werkwijze

De POH's GGZ jeugd houden in het gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk spreekuur op een vast dagdeel van de week. De eerste afspraak wordt meestal ingepland door de huisarts (eventueel via een doktersassistent. De vervolgsafspraken worden door de jeugdconsulent zelf gemaakt. Patiënten waarvan duidelijk is dat ze specialistische hulp nodig hebben, verwijst de huisarts direct door naar de 2^e lijn.

De jeugdconsulenten proberen hun werktijden af te passen op de schooltijden van de kinderen, d.w.z. er wordt getracht om de afspraken met kinderen zoveel mogelijk buiten de schooltijden om te plannen. Er is geen maximum gesteld aan het aantal gesprekken met een patiënt. De gesprekken duren ongeveer een half uur tot driekwartier. Bij jongere kinderen hebben langere gesprekken meestal ook geen zin. Bij complexere gevallen kan het gesprek een uur duren, zo geeft een jeugdconsulent aan. Dit is overigens dezelfde gespreksduur die ze in haar andere functie binnen een 2e lijnsorganisatie hanteert.

De kinderen die de jeugdconsulenten zien, kampen met gedragsproblematiek (autisme, hyperactiviteit, concentratieproblemen, agressie, sociaal-emotionele problemen, pesten en somberheid. Ze krijgen ook kinderen overgedragen die kampen met 'onverklaarbare' lichamelijke klachten: *“zoals hoofdpijn, buikpijn, het somatisch gedeelte is dan uitgesloten en dan kan er toch wel gekeken worden in de psychische hoek”.* (jeugdconsulent 4).

Bij de intake en probleemanalyse door de jeugdconsulenten wordt niet alleen gekeken naar de problematiek van het kind maar ook naar de omgeving, met name de gezinssituatie en opvoeding. Daarvoor wordt een aantal gesprekken gevoerd met het kind en de ouder(s) waarbij het winnen van vertrouwen een belangrijk onderdeel is. *“Wat ik eigenlijk doe: in eerste instantie werk ik heel erg aan de vertrouwensband om meer uit het kind te kunnen krijgen, ook van de ouders. Daar doe ik een sessie of twee per casus over”.* (jeugdconsulent 4)

De diagnostiek is anders dan bij volwassenen, zo geven jeugdconsulenten aan. Eén van hen vindt dat ze in principe in de opleiding tot jeugdconsulent voldoende hierover hebben geleerd maar ze merkt ook dat het iets is dat je in de

praktijk moet leren. *“Je kan op een gegeven moment blijven scholen, maar je moet op een gegeven moment gewoon heel veel ervaringen opdoen en ook ervaringen uitwisselen. Omdat je daar uiteindelijk dan jezelf door ontwikkelt en beter maakt.”*

Ze werkt ook niet met een standaard vragenlijst op papier, maar hanteert een manier van vragen die op ervaring is gebaseerd. *“niet op papier ... wel een systeem wat ik me eigen gemaakt heb in de loop der jaren. Ik heb geen checklistje waar ik dingen afkruis. Dat werkt vaak heel onpersoonlijk voor mensen. Dit zit meer in het hoofd”.* (jeugdconsulent 8).

Bij de intake en diagnose wordt door de jeugdconsulenten samengewerkt met de huisarts. Eén van de jeugdconsulenten heeft iedere week een overlegmomentje, zoals ze dat zelf noemt. Ze vertelt daar over haar observaties en welk beleid ze in gedachten heeft en vraagt de huisarts of hij aanvullingen heeft. Het kan ook minder gestructureerd gaan waarbij de jeugdconsulent bij de huisarts 'binnenstapt' op het moment dat dat nodig is en kan. Voor welke vorm dan ook is gekozen, deze overleggen worden door beide partijen als waardevol gezien.

De jeugdconsulent kan aanvullende informatie vinden in het cliëntdossier. *“Heel belangrijk is: we werken in hetzelfde dossier. We werken met het HIS, huisartseninformatiedossier. En we werken met dezelfde agenda. Dus, als er een ouder komt ... dan plan ik die afspraak gewoon al in, in haar agenda. We hebben afgesproken dat de huisarts de eerste afspraak inboekt. In het journaal, kun je vermelden ‘slaapproblemen kind’ dat kan zij dan inzien en dat stukje kan ze dan gebruiken in het gesprek met die ouder.”* (huisarts 9)

Niet alleen het probleem van het kind maar ook de gezinsituatie en opvoeding worden meegenomen in het behandeltraject. De insteek is pragmatisch. Er worden vragen van kinderen en ouders beantwoord, eventueel zorgen weggenomen, en inzichten en handvatten geboden om met de problemen om te gaan. Zo leren ouders bijvoorbeeld om kinderen meer structuur te bieden en hoe kinderen zich beter gehoord kunnen voelen. Een jeugdconsulent geeft aan dat haar behandelingen vaak zijn gericht op de coping vaardigheden van het kind en ze reikt ouders handvatten aan, bijvoorbeeld het bieden van structuur en consequent zijn, om met het gedrag van hun zoon of dochter om te gaan.

Voorts zien we in de benaderingswijze van de POH-GGZ jeugd kenmerken van het normaliseren van ggz-problematiek. Zo gaf een jeugdconsulent die werd geconfronteerd met een kind met duidelijke autistische trekken aan toch eerst te hebben gekeken naar wat het gedrag precies uitgelokt had. Ze kwam er uiteindelijk op uit dat de moeder wat extra thuisondersteuning bij de opvoeding kon gebruiken en heeft hiervoor een orthopedagoog van het CJG gevraagd. Ze is er namelijk geen voorstander van om mensen 'direct' een psychiatrische diagnose, een 'stempel' te geven. *“Nou, volgens mij kijk je altijd pedagogisch voordat je gelijk een stempel gaat geven of daar iets psychiatrisch aan de hand is. ... Ik probeer zo veel mogelijk te normaliseren en als dat niet werkt, dan zet ik door”.* (jeugdconsulent 7). Het kan voor haar ook een reden zijn om niet aan te melden bij het wijkteam. *“Dan geef je gelijk een stempel. Ik had het altijd naar de wijkteam kunnen sturen ... en dan zou die bijvoorbeeld door de Lucertis collega gezien worden maar goed, dan zou hij gelijk ook een dossier krijgen”.* Ook een andere jeugdconsulent wijst op het belang van het normaliseren van problematiek: *“Ouders hebben dan vooral zorgen van: ‘Gaaf het wel goed met mijn kind?’ Terwijl daar mogelijk misschien niet eens zo heel veel geks mee aan de hand is als het kind gewoon zijn stabiliteit en zijn rust krijgt. Ouders maken zich snel bezorgd.. Ik denk dat er wel een trend is van overdiagnosticeren. Dus, gesprekken kunnen best wel gaan over dat het gewoon een kind is. Of probeer eens zus of zo. Het normaliseren is al een belangrijk stuk van de oplossing. En soms is er ook echt wat goed mis, uiteraard”.* (jeugdconsulent 8). Echter, wanneer tijdens de behandeling sprake (b)lijkt van een psychiatrische stoornis, ernstige psychopathologie of een verstandelijke beperking, waar de jeugdconsulent en huisarts 'niets mee kunnen' of als wordt gemerkt dat er veel sessies nodig zijn vanwege de complexiteit van de problematiek, wordt de cliënt doorverwezen voor onderzoek of behandeling bij een specialistische instelling, zoals Lucertis en Stichting Mee.

De jeugdconsulent sluit het actieve behandeltraject af op het moment dat de klachten voldoende zijn afgenomen, c.q. de hulpvraag voldoende is beantwoord. Dit kan worden afgelezen aan de mate waarin het kind en de ouders nog met vragen en problemen komen. Ook een doorverwijzing naar een andere instantie, zoals een tweedelijns instelling binnen de jeugd-GGZ, kan het einde van het actieve hulpverlenings/ begeleidingstraject betekenen. Toch eindigt hiermee nog niet automatisch de betrokkenheid van de jeugdconsulent. *“Wanneer ik merk dat de klachten, de hulpvraag waarvoor de patiënt in het begin was gekomen,*

als dat begint te verminderen, als ik dat terugkrijg van de ouder, dan werk ik aan een terugvalpreventie. Dan probeer ik te kijken ok, stel dat het volgende keer gebeurt, lichamelijke signalen wijzen erop dat je weer agressief begint te worden. Welk plannetje maken we daarvoor? Dan besteed ik 1 of 2 gesprekjes daar aandacht aan en vervolgens merk je eigenlijk van beide kanten dat het goed gaat". Maar ook daarna blijven de jeugdconsulenten beschikbaar voor de ouders. *"Ik geef daarbij wel aan van, ik ben hier. Dus mocht er in de toekomst iets gebeuren, mocht je toch behoefte hebben aan gesprekken, dan kan dat"* ((jeugdconsulent 4)). En cliënten maken daar ook daadwerkelijk gebruik van, aldus deze jeugdconsulent

De beëindiging van het traject wordt besproken met en teruggekoppeld aan de huisarts. *"Dat je het afstemt met de huisartsen. Juist met kinderen. Die weet dan, oké, het is gesloten of het is doorverwezen. Dan weet je allebei waar je aan toe bent als er weer nieuwe signalen komen"* (jeugdconsulent 8). De terugkoppeling kan ook bestaan uit het vastleggen in een digitaal dossier. *"De POH GGZ jeugd werkt in datzelfde systeem als de huisarts. Alles wat de POH GGZ jeugd bespreekt met het kind wordt gewoon genoteerd in het zelfde dossier van het kind waar de huisarts ook zijn bevindingen noteert. Dus dat is allemaal in één dossier, dus terugkoppeling is niet nodig".* (huisarts 5)



De geïnterviewde jeugdconsulenten en huisartsen zijn tevreden over hun samenwerking en de wijze waarop ze het werkproces hebben georganiseerd (aanmelding, intake, terugkoppeling en nazorg). De verwachtingen wat betreft het aantal cliënten dat de jeugdconsulent zou krijgen aange-

meld, zijn echter niet uitgekomen. Er werden veel meer patiënten verwacht voor de jeugdconsulent. De professionals hebben er niet echt een verklaring voor. *"Het loopt niet storm kan ik je vertellen. Het zijn er niet heel veel. Waarom weet ik niet precies. Als we kijken naar hoeveel jongeren zijn er in dat voor mij dan ruim half jaar geweest. Tien, twaalf. Als ik dan kijk naar hoeveel volwassenen ik krijg en hoe dat gaat...Daar kan ik mijn agenda goed mee vullen. Ik had er meer van verwacht in die zin dat er meer kinderen zouden komen ... Het is niet alleen in mijn praktijk dat het niet zo'n storm loopt. Dat hoor ik bij mijn collega's ook terug. Dus, daar had ik meer van verwacht".* (jeugdconsulent 8). Een mogelijke oplossing is om meer huisartsen gebruik te laten maken van het aanbod van de jeugdconsulent. Zo voorzag een huisarts dit probleem en is daarom actief andere huisartsen uit de huisartsenpraktijk bij de pilot gaan betrekken. Zelf had hij namelijk niet voldoende patiënten gehad om de agenda van de jeugdconsulent te vullen, zo geeft hij aan.

4.4.2 Samenwerking en doorverwijzing

Samenwerking met CJG/Jeugdgezondheidszorg

Is de samenwerking met het CJG van de huisartsenpraktijken met een POH GGZ Jeugd verbeterd? Zijn er nu meer contacten met het CJG dan voor de start van de pilot? Uit de zes interviews met de deelnemende praktijken (drie met huisartsen en drie met POH GGZ Jeugd) ontstaat een gemêleerd beeld. Eén jeugdconsulent heeft geen contact met het CJG. Eén huisarts zegt dit ook. *"De afgelopen zeven jaar dat ik hier zit heb ik geen één CJG-medewerker op mijn praktijk gezien"* Tegelijkertijd geeft hij wel aan dat zijn POH GGZ Jeugd dat netwerk wil opbouwen. *"Want ik vind zelf ook dat de POH GGZ Jeugd dat netwerk van de wijk, het sociaal netwerk, de sociale kaart eigenlijk moet opzetten. En daar zijn we mee bezig"*. Een andere jeugdconsulent geeft aan dat ze een kennismakingsgesprek met het consultatiebureau (0-4 jarigen) van het CJG heeft gehad. *"Zij vinden het wel fijn om te horen wat wij doen. Soms zitten ze met een kind waarvan ze willen dat de moeder in zorg komt, of de vader, omdat daar het probleem zit. Nu weten ze dat ze ook kunnen verwijzen naar de huisarts, want daar zit iemand die voor jouw kind (en voor jezelf) wat kan betekenen. Alleen voor zo'n CJG ben ik één van de huisartsenpraktijken in de buurt. Dus zij weten niet of het overal kan, dus dan moet diegene wel maar net weer bij die praktijk aangesloten zijn. Maar het heeft wel wat opgeleverd. Ik moet wel eerlijk zeggen dat we daarna natuurlijk*

niet echt een wekelijks contact hebben. Maar het is wel een goed kennismakingsgesprek geweest en ik durf niet te zeggen of me dat nou heel veel meer cliënten heeft opgeleverd of niet, maar het was ... het is wel fijn, want je hebt toch even die verbinding gemaakt”.

Eén van de POH GGZ Jeugd weet het CJG heel goed te vinden. Dit komt omdat zij naast haar 4 uur POH GGZ Jeugd in een huisartsenpraktijk de rest van haar werkweek invult als CJG verpleegkundige. Hierdoor kent zij het CJG goed en weet zij, indien nodig, welke expertise zij van het CJG kan inschakelen. Zij geeft een voorbeeld: *“ik had laatst een 5-jarige binnen vorige week met semi-angstklachten en hij heeft gezegd dat hij met een judowedstrijd mee zou doen en op het moment zelf dacht hij: nee, dit vind ik te eng, doe ik niet en een stampij en uiteindelijk zijn de ouders weggegaan en die dachten: o jee, er is iets met ons kind aan de hand want die durft het niet. En ik zie die jongen en ik praat met hem en ik praat met vader, ik denk van nou, dat is gewoon een 5-jarige. Ja, ik denk: oké, misschien eisen die ouders indirect veel van hem maar zo komt het niet over. Zo’n casus draag ik over aan de pedagoog van het CJG dus dan bel ik de pedagoog en dan zeg ik: die en die, ik denk dat het geschikter is dat hij bij jou komt”.*

Een huisarts uit een andere praktijk zegt dat zij en haar POH GGZ Jeugd als gevolg van de pilot nu meer contacten hebben met de CJG verpleegkundigen voor de kinderen van 4 jaar en ouder. Niet met de verpleegkundigen voor 0 tot 4 jaar. Maar dit laatste heeft volgens haar te maken met het verdwijnen van het consultatiebureau uit de wijk. *“Voorheen was het consultatiebureau gewoon in deze wijk. Dan liep ik gewoon even om het gebouw heen en dan kon ik daar even met de verpleegkundige overleggen over een opvoedingsprobleem tussen 0 en 4 jaar. Die afstand is helaas te groot geworden, ook voor ouders, merk ik. Het vertrouwen is veel minder dan vroeger.”*

Samenwerking met Wijkteam

Het gemêleerde beeld dat we zien bij de zes pilot huisartsenpraktijken als het gaat om samenwerking met het CJG zien we ook terug rondom de samenwerking met het wijkteam. We zien ook een soort patroon in de samenwerking, variërend van geen of nauwelijks contacten tot beginnende contacten op casusniveau tot meerdere contacten, waarbij de mate van contacten van de verschillende huisartsenpraktijken met het CJG ruwweg hetzelfde is als de mate van contacten met het wijkteam.

Eén van de huisartsen mist het overleg van zijn POH GGZ Jeugd met het wijkteam. *“Er is geen contact met het wijkteam over kinderen die een psychisch probleem hebben. Ik zou wel willen dat de GGZ van het wijkteam een keertje contact heeft met onze POH GGZ jeugd. Dat is er nog niet geweest en dat vind ik wel jammer.”* Een andere huisarts vindt het contact en de manier van werken van het wijkteam bedroevend. Hij ervaart dat medewerkers niet terugbellen, dat ze bijeenkomsten organiseren op momenten dat hij spreekuur heeft en dat als hij een keer gaat hij er weinig aan heeft. *“Je moet veel meer gericht zijn op samenwerking, goeie afspraken maken over wat er speelt en concreet zaken aanpakken”,* zo is hij van mening. Overigens vindt deze huisarts het een “fantastisch idee” om iemand van het wijkteam een paar uur per week bij een huisarts in de praktijk te laten aanschuiven. *“Eigenlijk wat de jeugdconsulent doet, maar dan even aanwezig zijn. Zo’n multidisciplinaire aanpak is natuurlijk altijd goed. Alleen dat organiseren daarvan, daar hebben huisartsen vaak geen tijd voor want ze hebben het al veel te druk”.*



Twee POH's GGZ Jeugd zitten in de opbouwfase van hun contacten met het wijkteam. De één: *“Ik heb met twee wijkteams kennism gemaakt. Nou, dat was ook fijn. Ze zijn op zich goed benaderbaar. Ik heb weleens een keer een casus voorgelegd, inderdaad. Die konden daar wel wat mee. Dat was heel leuk. Alleen, toen werd er geweigerd vanuit de vaderkant. Maar goed, wel contact mee gehad.”* Volgens de andere jeugdconsulent verschilt de samenwerking per wijkteam. Ze geeft aan dat ze in het verleden weleens iemand had doorgestuurd naar een bepaald wijkteam maar daar geen terugkoppeling van kreeg. Dat vond ze vervelend. Met een ander wijkteam heeft ze laatst een gesprek gehad over wat ze voor elkaar kunnen betekenen en hoe het hulpverleningsproces kan worden versneld. *“Het is voor mij nu meer duidelijk wat het wijkteam doet en wat we aan elkaar hebben. Zo kan het wijkteam helpen als er*

sprake is van hoge nood en er wat intensievere begeleiding nodig is. Ze kunnen geen groot diagnostisch onderzoek doen maar bijvoorbeeld wel een IQ onderzoek. Achteraf vind ik het jammer dat het gesprek niet eerder heeft plaatsgevonden. Misschien is het ook handig voor de pilot, voor volgende keer, dat dergelijke samenwerkingsverbanden meteen aan het begin van zo'n traject aan de orde dienen te komen zodat alle partijen weten wat ze voor elkaar kunnen betekenen."

De derde POH GGZ Jeugd weet hoe ze het wijkteam moet bereiken omdat ze vanuit haar duobaan bij het CJG beschikt over een lijst met contactgegevens van de wijkteams. Ze heeft contact met verschillende wijkteams (ook van buiten Rotterdam), omdat cliënten verhuizen maar bij hun oude huisarts blijven. Zo heeft ze een keer via een wijkteam een pedagoog ingezet. Ze geeft ook aan wanneer ze voor het wijkteam kiest: *"Ik kies voor het wijkteam, als het iets complexer is en als ik denk dat de GGZ-er in het wijkteam alvast die gesprekken kan starten, dat het ook in gang komt. Dan weet ik in ieder geval dat cliënt gezien wordt door die collega en dat die op de wachtlijst van de GGZ wordt geplaatst maar dat het wel gemonitord wordt tot die tijd. En als ik denk van er speelt meer dan alleen dat het met het kind niet zo goed gaat, dat is ook een thuissituatieproblematiek, dan is het een goede reden om óók het wijkteam in te zetten."* Soms maakt ze ook de afweging tussen doorverwijzing naar het CJG of het wijkteam: *"stel nou dat er heel veel financiële dingen spelen, of een moeder die weinig structuur kan bieden, je zou het bij de pedagoog van het CJG kunnen zetten maar je zou ook kunnen zeggen van ik doe het naar het wijkteam want ik denk dat er meer aan de hand is waardoor die mevrouw de rust niet in haar hoofd heeft om het probleem goed aan te pakken of te overzien."*

De derde huisarts die we geïnterviewd hebben neemt voor casussen waarvoor Basis GGZ nodig is "zeer regelmatig" contact op met het wijkteam. *"Wij sturen naar het wijkteam, dat gaat dus nu beter dan in 2015. Toen ging dat niet goed"*. Volgens haar is de samenwerking met het wijkteam heel erg sterk verbeterd. Maar waarschijnlijk komt dat niet zozeer door de pilot Jeugdconsulent. *"Er is een andere wijkteamleider aangesteld. We maken gebruik van de secure mail, dat is een goede manier om beveiligd te communiceren met elkaar. Dus, die loopt beter en de rechtstreekse, onderlinge contacten zijn goed. We organiseren ook, één of twee keer per jaar, nascholing, dan nodigen we het wijkteam uit. Met als doel: je kunt samen leren en dan*

zie je elkaars gezichten ook gelijk". Ze heeft wel een oproep aan de gemeente: *"het is mijn wens dus dat jullie niet als gemeente om de drie jaar weer al die poppetjes van de wijk(teams) laten veranderen, want dan moet ik weer opnieuw leren weten wie nou goed is in dit en wie nou goed is in dat. Welk gezicht bij welk telefoonnummer hoort. Het helpt gewoon wel als je mensen kent"*.

Samenwerking en doorverwijzing naar GGZ

De wijze van samenwerken tussen de huisartspraktijken en de basis- en specialistische GGZ lijkt als gevolg van de pilot niet wezenlijk veranderd. Wel wordt er gericht doorverwezen. Eén van de huisartsen geeft aan dat de aanmelding bij de GGZ ongewijzigd digitaal verloopt via Zorgdomein (een digitaal platform waarop huisartsen zorg kunnen aanvragen en patiënten informatie kunnen uitwisselen). Maar hij is blij dat zijn POH GGZ Jeugd nu deze aanmelding kan doen en de vaardigheden heeft om de afweging te maken welke GGZ instelling het beste geschikt is voor een cliënt. *"Zij weet wat basis- en wat specialistische GGZ is; ik nauwelijks; ik stuurde vroeger gewoon iedereen naar Lucertis"*. De huisarts is tevreden over de manier van aanmelding en de terugkoppeling van GGZ instellingen.

Twee jeugdconsulenten nemen voor cliënten die ze zelf niet behandelen en een zwaardere problematiek hebben ook contact op met de GGZ medewerker in het wijkteam. *"Ze kunnen geen groot diagnostisch onderzoek doen maar bijvoorbeeld wel een IQ onderzoek"*, zegt de één. En de andere: *"de GGZ medewerker van het wijkteam kan soms alvast gesprekken in gang zetten als dat nodig is, zo kun je soms een beetje de wachtlijsten omzeilen"*.

Eén van de huisartsen heeft een uitgesproken mening over hoe het aantal verwijzingen naar de specialistische GGZ kan worden teruggebracht: *"de bedoeling is bezuinigen, minder verwijzingen naar de specialistische GGZ. Maar, ik schat in dat dat, ook door de manier hoe er nu gewerkt wordt, niet zozeer door die pilot, dat dat niet te realiseren is. Ik denk, als je minder verwijzingen wilt naar de specialistische GGZ, dan moet je inzetten dat het huiselijke geweld minder wordt. Dan moet je zorgen, bij het begin, dat er minder schuldenproblemen zijn, dan moet je zorgen dat er kinderen via school, wijk, heel makkelijk, laagdrempelig kunnen krijgen wat er nodig is. Dan moet je meer bemoeizorg inzetten, dat denk ik ook."*

Anderen zijn positiever over de invloed van de pilot op het terugbrengen van doorverwijzingen naar de 2^e lijn ggz. Een jeugdconsulent: *"ik denk dat sommigen die ik heb gezien*

juist niet bij de specialist zijn gekomen, omdat het niet nodig was en dat ze eigenlijk goed op weg geholpen zijn en het probleem niet ingewikkelder of groter gemaakt is dan dat nodig was. Ik denk dat het zeker minder verwijzingen gaat opleveren. Een stukje normalisering van bepaalde dingen. Geruststelling. Net als wat een huisarts eigenlijk ook doet hè. Negen van de tien consulten zijn toch ook geruststellend van aard, zeg maar. Nou wil ik mijn werk niet helemaal tot alleen maar geruststelling uitvlakken, maar wel dat je niet verder hoeft naar een specialist. En ik denk dat ik voor een deel ook wel mee heb kunnen kijken van, nou, zorg dan in ieder geval dat je kind op de juiste plek terecht komt, dus dat je niet een verkeerde verwijzing krijgt". Eén van de andere huisartsen denkt dat er sinds de pilot Jeugdconsulent minder verwijzingen zijn naar de GGZ. Hij wijst er wel op dat de jeugdconsulent deels meer aanbod creëert. *"Je zou natuurlijk qua cijfers kunnen kijken van hoeveel is er in het ene jaar verwezen naar specialistische zorg en hoeveel nu. Alleen dan moet je natuurlijk heel erg rekening houden met het feit dat als er nu vanuit de praktijk meer en eerder gesignaleerd wordt dan heb je ook meer aanbod. Dus dan is het ook duur. Maar het is wel wat je wilt want je wilt voorkomen dat die kinderen nog meer verzuimen in nog meer psychische problematiek en dan ben je nog verder van huis".*

4.5 Gevolgen

Naast de effecten van de pilot Jeugdconsulent op de samenwerking tussen de netwerkpartners hebben de geïnterviewden ook nog andere gevolgen genoemd. Het belangrijkste gevolg dat iedereen noemt is dat de pilot lijkt bij te dragen aan betere zorg voor de kinderen. Eén van de huisartsen zegt hierover: *"ik heb via mijn praktijkondersteuner, die altijd de dingen weer overlegt en terugkoppelt, van meerdere gevallen gezien dat het probleem is opgelost. Het kind trekt niet meer de haren uit zijn hoofd, letterlijk. Het kind heeft zijn rust gecreëerd en het gaat nu beter. Dat is natuurlijk heel mooi. En als ik dan van mijn praktijkondersteuner een aantal keer achter elkaar een heel succesvol verhaal hoor, dan ben ik daar heel blij mee en tevreden over".*

Naast betere zorg wordt ook snellere zorg genoemd. Een jeugdconsulent: *"wat ik goed vind gaan is dat kinderen redelijk snel terecht kunnen bij mij en dat wij redelijk snel kunnen kijken naar wat voor beleid kunnen we hanteren*

voor het kind?". En een andere huisarts: *"Ik vind dat cliënten beter geholpen worden sinds de pilot, omdat ze gewoon gelijk terecht kunnen".*

Een ander aspect dat genoemd wordt is dat de pilot leidt tot een grotere toegankelijkheid van de zorg. *"Ik vind dat hele concept van POH GGZ jeugd heel erg belangrijk omdat het heel erg toegankelijk is. Omdat mensen sowieso bij de huisarts komen, er is sprake van een vertrouwensband en dan zie je dat je heel snel toegang hebt tot het systeem, tot het kind en dat je ze op een snelle wijze kan helpen. De wachtlijsten bij de GGZ voor jeugd die lopen op tot 9 maanden en beginnen ongeveer bij 6 maanden. Het is heel fijn dat het kind daarin ter overbrugging of misschien al de volledige behandeling bij ons terecht kan."* Eén van de jeugdconsulenten vindt dat die toegankelijkheid ook belangrijk is voor migrantengroepen. *"Wat ik ook wel merk in de Turkse en Marokkaanse cultuur is dat er heel veel angst is voor de jeugdzorg. Wat gebeurt er? Wordt mijn kind afgepakt, ja of nee? Als dat een huisartspraktijk is, dan is er een bepaald vertrouwen. Ze kennen het. Ze zijn daar minder onzeker over. Daardoor denk ik dat we ook veel meer kinderen kunnen bereiken. Als we een vertrouwensband met hen hebben opgebouwd, dan kunnen wij ze eventueel doorverwijzen voor een intensievere begeleiding waar het kind andersom wellicht nooit zou kunnen komen."* Ze zegt dat het ook een voordeel is dat zijzelf afkomstig is uit een migrantengroep. *"Dat heeft ook wel zijn voordelen, zeker. Ik word ook aangesproken, jij lijkt op een familielid bijvoorbeeld. Dat is dan typisch iets cultuursensitiefs, want familie betekent dat je binnen bent. Je zit in ons vertrouwensgroepje. Daarmee kan je zoveel meer toegang hebben".*

Daarnaast is er ook sprake van meer maatwerk in de zorg. *"Mijn POH GGZ J differentieert cliënten naar waar ze het beste geholpen worden: of zelf behandelen of naar de ene of naar de andere sturen waar ze het beste geholpen worden".* En een ander: *ik denk dat ik bij heb gedragen om te zorgen dat kinderen op de juiste plek terechtkomen en dat ze niet een verkeerde verwijzing krijgen. Want, vaak kijken mensen inderdaad zelf op internet en hebben een diagnose uitgekozen van, dit is er aan de hand. En dan heb ik echt na een kwartier geluisterd te hebben in de intake, weet ik al dat dat het niet is. Maar je kunt ze wel helpen met helder krijgen wat het dan mogelijk wel is en ze daarvoor wel op de juiste plek te krijgen. Ik vind dat ook een belangrijke taak voor de POH, dat je mensen in één keer op de juiste plek krijgt".*

Naast bovenstaande zorginhoudelijke gevolgen noemen twee huisartsen dat de pilot geleid heeft tot minder belasting voor de praktijkvoering. *“Het voordeel is dat ik mijn tijd efficiënter kan indelen want je bent vaak heel veel tijd kwijt aan de geestelijke gezondheidszorgproblematiek en zeker als je met kinderen en gezinnen werkt en dat allemaal moet gaan uitvogelen”.*

De derde huisarts noemt nog een ongewenst gevolg. *“Nou, we kampen nu met ruimtegebrek. We moeten nu een kamer inrichten, want... Ja, waar iemand spreekuur houdt, heb je ook een spreekkamer nodig en die moet ook voldoen aan een geluiddichte deur. Maar, dat zijn logistieke problemen die je tegenkomt.”*

4.6 Essentiële elementen en meerwaarde

Essentieel voor de pilot is voor de meeste geïnterviewden dat mensen een basisvertrouwen hebben in de huisarts en daardoor gemakkelijker sociaal-psychische problematiek van hun kinderen willen bespreken en daarop actie willen ondernemen. Het is ook laagdrempelig en mensen kunnen een afspraak maken in de huisartsenpraktijk en hoeven niet ver weg naar de GGZ of naar het wijkteam. *“Het concept van POH GGZ jeugd vind ik belangrijk omdat het heel erg toegankelijk is. Omdat mensen sowieso bij de huisarts komen, er is sprake van een vertrouwensband en dan zie je dat je heel snel toegang hebt tot het systeem, tot het kind en dat je ze op een snelle wijze kan helpen”,* aldus een jeugdconsulent. Een huisarts zegt hierover: *“je komt sneller tot de kern als je er even tijd in stopt met een praktijkondersteuner omdat mensen al een soort basisvertrouwen hebben in wat hier gebeurt. Wij zitten het dichtst op de patiënt en de gezinssituatie, en kennen het hele gezin. Het komt niet vaak voor dat de helft van het gezin bij een huisarts zit en de andere helft bij een andere. Die zitten bij elkaar. In de loop van de jaren heb je continu contact met zo'n gezin.* Een deel van de kinderen die worden begeleid zou ook door het wijkteam geholpen kunnen worden maar de ouders willen dat niet, aldus een jeugdconsulent. Dit komt volgens haar door het negatieve imago van het wijkteam gebaseerd op slechte ervaringen van ouders uit het verleden of door verhalen van mensen die zij kennen. Ook bestaat angst bij ouders dat het wijkteam hun kinderen uit huis zal plaatsen. De huisarts heeft vaak wel het vertrouwen van ouders en kan er daardoor voor zorgen dat de hulpverlener (jeugdconsulent) toegang heeft tot het gezin. Ook een huisarts geeft aan patiënten die niet naar het wijkteam willen, door te zetten naar de eigen jeugdconsulent.

Twee jeugdconsulenten vinden het ook belangrijk dat het basisvertrouwen dat mensen al hebben bij de huisarts verder moet worden uitgebreid door kleine stapjes te zetten en flexibel te zijn. *“Zeker. Het vertrouwen in de huisarts is heel erg belangrijk. Maar dat moet verder worden opgebouwd. We hebben het niet op het eerste consult meteen al over wat het kind nodig heeft. Wanneer de ouder bijvoorbeeld al meteen vraagt of de jeugdzorg hierbij betrokken wordt voordat we überhaupt zijn begonnen, dan probeer ik ze gerust te stellen. Dat is heel belangrijk. Ik merk wel dat die angst begint te verminderen. Je hebt soms ouders die uit zichzelf komen die bijvoorbeeld zeggen dat hun kind emoties niet altijd even goed kan uitdrukken. Mag hij een paar gesprekjes hierover krijgen? Dat is dan zo laagdrempelig en dat moet dan meteen kunnen uiteraard.”* Aan het vertrouwen van het kind draagt ook een kindvriendelijke omgeving bij, met speeltjes, blokjes en autootjes, dit geeft hen vaak snel een goed gevoel.

Een andere jeugdconsulent noemt als essentieel dat zij meer tijd heeft om psychosociale vraagstukken onder de loep te nemen dan de huisarts of bijvoorbeeld het CJG. En hun manier van kijken is ook belangrijk. *“Je kijkt als je vanuit GGZ oogpunt kijkt, of er psychische klachten zijn, mogelijk psychische stoornissen. En vanuit het CJG gaat het over opvoedkundige problematiek en wordt er al vaak gekeken in gedragsproblemen. En ik denk dat je daarmee een aantal kinderen gewoon tekort doet, omdat somberheid, depressie, onzekerheid, angsten, ja, dat zijn geen gedragsproblemen. Dat zijn psychische klachten die iemand heeft. Maar, ook bepaalde gedragsuitingen, zoals die woedeaanvallen, ja, weet je, die komen soms gewoon van iets heel reëls vandaan en soms is het een uiting van een psychische klacht. En het CJG heeft helemaal geen tijd. De CJG mevrouw heeft mij uitgelegd hoeveel minuten ze per jaar per kind heeft. Nou, dat is ongeveer tien of zo. En voor ons is daar veel meer tijd voor. En die heb je nodig ook”.*

Deze jeugdconsulent wijst nog op een ander aspect van de pilot en haar nieuwe functie. *“Ik denk dat het een kans moet krijgen om het te laten groeien en ontwikkelen. En er gaat wel tijd overheen en ik weet, het werkt in de buurt gewoon zo dat er toch veel van mond tot mond gaat. Ja, mensen praten over je, zeg maar. Dat doen de volwassenen, dus dat doen dus ook ouders als het over de kinderen gaat. En ik denk dat het ook, ook bij de andere organisaties, de scholen, het schoolmaatschappelijk werk, de CJG's, ja, dat moet ook wat meer gaan leven. Net als dat*

het de POH voor volwassenen tijd heeft gekost heeft om te integreren in het geheel, kost het voor de jeugd dat ook.”

Op de vraag ‘heeft de inzet van de jeugdconsulent meerwaarde’ antwoordde één van de huisartsen: *“Ja, zeker vanwege ook de deskundigheid. Het maakt echt uit wie je aanstelt. Deskundigheid en ervaring. Ik denk dat je er niet komt met iemand, ook al heeft hij een cursus gevolgd, die net 23 is en die net van de schoolbanken af is, dan denk ik niet dat je deze problemen kunt tackelen in deze wijk. Dat je echt overwicht nodig hebt.”* Een van de andere huisartsen gaf een ander antwoord: *“ik vind essentieel dat het onder de verantwoordelijkheid van de huisarts gebeurt.”*

4.7 Tevredenheid en Voorwaarden

De huisartsen en jeugdconsulenten zijn tevreden over de pilot jeugdconsulent. *“Ik ben heel erg tevreden. Het voordeel is dat ik mijn tijd efficiënter kan indelen want je bent vaak heel veel tijd kwijt aan de geestelijke gezondheidszorgproblematiek. En ik zie de resultaten. Door het vertrouwen dat wij hebben bij patiënten spreken zij zich uit en kan de jeugdconsulent mensen helpen”,* vertelt een huisarts.

Het strikt naleven van de privacyregels is volgens een huisarts een belangrijke voorwaarde voor het vertrouwen in de jeugdconsulent. *“En, wat je ook nodig hebt, is het vertrouwen. Dus, dan leg ik ook uit dat het een medewerker is in dienst van de huisarts, die niets tegen bijvoorbeeld de andere ouder zou zeggen. Er wordt afgesproken dat er niets tegen derden wordt gezegd en bijvoorbeeld stel het kind komt bij de POH-GGZ, dan kijkt die niet het dossier van de ouder in. Tenzij die expliciet zegt: u mag ook even bij mij kijken.”*

Ook meer in detail, over de onderlinge samenwerking en de wijze waarop zij het werkproces (aanmelding, intake, terugkoppeling en nazorg) hebben geregeld, zijn de geïnterviewden tevreden.

Gevraagd naar de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de pilot structureel te implementeren noemen de geïnterviewden het volgende. Een geschikte werkplek/spreekkamer met moderne faciliteiten (internet en een gastvrije entree) worden door de meesten genoemd. Van belang hierbij is dat veel huisartsen gehuisvest zijn in centra of woonhuizen die al wat langer meegaan en onvoldoende zijn ingericht op uitbreiding van taken en personeel (POH's, praktijkplaatsen).

Eén van de huisartsen benadrukt dat de tijdsinvestering voor haar een belangrijke voorwaarde is voor succes. *“Mijn collega's hebben mij de kans gegeven om inderdaad hier tijd in te steken. Maar, als ik mijn collega's niet mee had gehad, dan had ik die tijd natuurlijk niet gehad. Want, ik heb het ook over het overleg met het wijkteam, overleg met het consultatiebureau, overleg met de gemeente. Dat is tijd die we eigenlijk niet hebben. Maar wij vinden dit met z'n allen belangrijk”.* Deze huisarts noemt nog twee andere voorwaarden. De eerste is dat de wijkteams minder vaak van samenstelling veranderen: *“ik vind het fijn om met vaste mensen samen te werken. Dus, wat mij betreft wisselen mensen niet om de drie jaar van plek, of korter. Want, dan weet ik eindelijk wie er gewoon iets goed kan en dan is hij weer weg”.* De tweede voorwaarde is dat een jeugdconsulent veel ervaring met en kennis van kinderen moet hebben. *“Ik denk dat het wel belangrijk is als jullie kijken naar adviezen voor de toekomst, dat jullie dus iemand nemen die echt veel ervaring heeft met kinderen. Geen pas afgestudeerd psycholoog of pedagoog. Wij hebben iemand in huis die twintig jaar ervaring heeft in de GGZ voor kinderen. Die kan dus vrij snel en zeer degelijk, op basis van haar ervaring en kennis, een inschatting maken van wat er nodig is voor een kind nodig.”*

Een andere huisarts zegt dat het overleg tussen huisartsen en gemeente beter moet. *“Ik vind zelf dat de samenwerking, dat structureel overleg tussen wijkteam en de huisartsen meer gestalte moet krijgen om dat beter, dus het sociaal domein, de gemeente met het medisch domein van de huisartsen elkaar te kunnen verbinden”.* Tevens geeft hij aan dat de gemeente bij een vervolg van de pilot doelbewust bij de wijkteams die werken in het gebied waar de pilotpraktijken liggen moet langsgaan om meer bekendheid te geven over de pilot.

4.8 Conclusies

Welke conclusies kunnen we op basis van het voorgaande trekken? Het is belangrijk om ons te realiseren dat de paragrafen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op uitspraken van professionals. In deze afsluitende paragraaf trekken we een aantal conclusies.

De kern van de jeugdconsulent variant POH GGZ jeugd is dat een huisartsenpraktijk een POH-er in dienst neemt (of op detacheringsbasis) die een aantal uren per week spreekuur houdt in de praktijk. Tijdens dat spreekuur spreekt en behandelt zij jongeren met sociaal-psychische

en opvoedproblemen die door de huisarts niet kunnen worden geholpen door een gebrek aan kennis en tijd. De jeugdconsulent heeft ervaring in een huisartsenpraktijk en heeft kennis en ervaring met de behandeling van jongeren met sociaal emotionele problemen. Op haar spreekuur inventariseert de jeugdconsulent de problematiek van de jongere (meestal in bijzijn van één van de ouders) en besluit of zelf kortdurende behandeling te geven, of door te verwijzen naar de jeugd GGZ. Het is ook mogelijk dat zij anderen inschakelt, bijvoorbeeld het wijkteam of het CJG. Combinaties hiervan zijn mogelijk en de jeugdconsulent kiest haar aanpak altijd in overleg met de huisarts.

De meerwaarde van de jeugdconsulent variant POH GGZ jeugd ligt in het beschikbaar komen van kennis en ervaring met GGZ problematiek bij jongeren in de huisartsenpraktijk waardoor het tevens mogelijk wordt in de praktijk kortdurende behandelingen uit te voeren. Cruciale elementen zijn verder de aanspraak die het maakt op het basisvertrouwen van patiënten in de huisarts, de laagdrempeligheid voor patiënten en de fysieke nabijheid in de huisartsenpraktijk. Verder noemen de geïnterviewde professionals: het kijken van de jeugdconsulent vanuit een GGZ oogpunt (zijn er psychische klachten?), de deskundigheid en ervaring van de jeugdconsulent, en de aansturing van de jeugdconsulent onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

De samenwerking met het CJG en het wijkteam vanuit de zes praktijken die een jeugdconsulent hebben varieert per

praktijk. We zien een patroon waarbij de samenwerking varieert van geen of nauwelijks contacten tot beginnende contacten op casusniveau tot meerdere contacten. Op basis van de gesprekken met de betrokken professionals concluderen we dat de wijze van samenwerken met de GGZ als gevolg van de inzet van de POH-GGZ jeugd niet wezenlijk is veranderd. Wel heeft diens inzet waarschijnlijk geleid tot gerichtere verwijzingen van jeugdigen naar de GGZ. Of de pilot heeft geleid tot minder verwijzingen naar de GGZ is niet goed vast te stellen. Een deel van de respondenten denkt van wel, anderen zijn daar minder van overtuigd.

Naast de gevolgen van de pilot voor de samenwerking met partners noemen de respondenten in de interviews nog andere gevolgen. Betere en snellere zorg, meer maatwerk en een grotere toegankelijkheid van de zorg. Twee huisartsen wijzen er op dat de pilot ook geleid heeft tot minder belasting voor de praktijkvoering.

In de interviews worden voorwaarden genoemd die de inzet van de jeugdconsulent succesvol kunnen maken. Een geschikte werkplek/spreekkamer met moderne faciliteiten is er daar één van. Voldoende tijd om te overleggen met netwerkpartners een tweede. Naast deze meer logistieke voorwaarden worden ook andere genoemd: een stabiel wijkteam met weinig personeelwisselingen, bekendheid over de jeugdconsulent bij het wijkteam, en ruime ervaring met en kennis van kinderen bij de jeugdconsulent.

5 Variant Jeugdverpleegkundige



5.1 Inleiding

De variant jeugdverpleegkundige is in drie huisartspraktijken van start gegaan. In één praktijk werkt de jeugdconsulent 8 uur per week, in de andere 4 uur per week. Ze zijn echter in dienst van het CJG en besteden daar ook de rest van hun contracturen. Twee jeugdconsulenten zijn werkzaam in gezondheidscentra, bestaande uit respectievelijk 8-9 en 4-6 huisartsen, de derde werkt in een klein gezondheidscentrum waar 1-2 huisartsen als ZZP'er werkzaam zijn. Naast de jeugdconsulenten zijn er diverse POH'ers in de praktijken werkzaam, variërend van 1 of meerdere POH'ers somatiek en 1 of meerdere POH'ers GGZ volwassenen.

In alle drie de praktijken hebben we interviews gehouden met de professionals die er werken. Per centrum hebben we twee interviews gehouden, één met een huisarts en één met een jeugdconsulent, in totaal zes interviews. Bij drie interviews is een tweede persoon aangeschoven: een manager, een praktijkondersteuner Somatiek of een praktijkondersteuner GGZ.

In dit hoofdstuk geven we de uitkomsten van de interviews.

5.2 Achtergrond jeugdverpleegkundigen

In deze paragraaf gaan we nader in op de achtergrond van de jeugdverpleegkundigen, zoals hun opleiding, werkervaring en reden voor deelname aan de pilot.

5.2.1 Opleiding en werkervaring

De geïnterviewde jeugdverpleegkundigen hebben een afgeronde HBO-opleiding: Maatschappelijke Gezondheidszorg en verpleegkunde (2 maal). Daarnaast hebben ze tal van cursussen en (vervolg)opleidingen gevolgd, zoals de HBO-plus opleiding Jeugdverpleegkunde nieuwe stijl en ICM Hoger management Zorg en Welzijn (bachelor niveau).

De jeugdconsulenten beschikken over een ruime werkervaring. Twee van hen werken respectievelijk 11 en 37 jaar bij het CJG. De derde jeugdconsulent is wat jonger.

De jeugdverpleegkundigen hebben, i.t.t. de POH's, overeenkomstig de projectopzet niet de kopstudie Kind-Jeugd POH GGZ gevolgd. De jeugdverpleegkundigen hebben als taakaccent de preventie van jeugdgezondheid en niet GGZ jeugd en kind. Volgens één van hen is de cursus ook niet nodig *"Het is eigenlijk gewoon de problematiek die we ook bij het CJG tegenkomen. Dus er zitten geen nieuwe dingen aan, nieuwe dingen bij. Interviewer: Behalve dan misschien de GGZ componenten? Om de GGZ te behandelen wel maar om GGZ te herkennen niet. Want dat hoort gewoon bij ons. Wij zijn heel breed op alle gebieden"* (jeugdconsulent 1). Wel houden de jeugdverpleegkundigen bijeenkomsten waarin ze hun ervaringen delen. Eens in de drie maanden komen ze bij elkaar om over de pilot te spreken en de dingen daaromheen. Daarnaast houden ze casusbesprekingen. Daarvan zijn er tot heden twee geweest.

5.2.2 Deelname Pilot

Twee jeugdverpleegkundigen hebben gesolliciteerd en één is er gevraagd voor de functie van jeugdconsulent door haar manager. Die vond dat wel iets voor haar omdat ze al met de doelgroep 0-18 werkte en als interventieverpleegkundige zich veel bezighoudt met problematiek op diverse leefgebieden. Ze heeft volgens eigen zeggen heel veel ervaring en veel kennis van de wijk. Daarnaast was een belangrijke reden om te accepteren dat ze 'er altijd wel voor in is om een nieuwe uitdaging aan te gaan'. De huisarts kende haar bovendien al. *"Ik kende haar gewoon al. Dus als ik een probleemkind heb of een gezin waarvan ik denk 'dat is een gezin met zoveel problematiek, daar is wat meer hup voor nodig' dan belde ik haar. Dat deed ik toch al. Gewoon omdat ik haar ken. Daar is nu een functie voor"*. Kennis van de wijk, zoals van scholen en lokale netwerken, was voor een andere jeugdverpleegkundige reden om te solliciteren. Ze dacht daarbij een belangrijk verschil te kunnen gaan maken omdat huisartsen daar niet zo mee bekend zijn. De derde jeugdconsulent heeft minder ervaring en kennis van de wijk, maar ziet wel mogelijkheden om daar op te investeren. Daarbij beschikt ze natuurlijk al over de contacten met de lokale vestiging van het CJG waar ze werkt.

5.3 Verwachtingen en probleemdefinitie

Welke verwachtingen van de inzet van de jeugdconsulenten hebben de betrokkenen? En voor welk probleem moet de jeugdconsulent een oplossing bieden? De jeugdconsulenten, die in de variant jeugdverpleegkundige in dienst zijn van het Centrum Jeugd & Gezin (CJG), verwachten hun eigen expertise en die van het CJG bij de huisartsen op de kaart te zetten, om beter zichtbaar te worden voor de huisarts. Zij kennen de wijk, hebben contacten op scholen en kunnen doorverwijzen naar de (ortho-) pedagogen van het CJG. Zij zijn een belangrijke spil in het wijknetwerk en in hun beleving zijn huisartsen vaak onbekend met dit wijknetwerk.

Eén van de jeugdconsulenten noemt als doel van de pilot ook een verlaging van de werkdruk van de huisartsen. Zij wijst er op dat als ouders met hun kind bij de huisarts komen en vragen stellen die de huisarts niet kan beantwoorden, dat het dan handig is als een jeugdconsulent samen met de ouders eens beter kijkt naar de opvoeding en andere dingen binnen de gezinsstructuur. Ook één van de huisartsen noemt een verlaging van de werkdruk als doel.

De andere jeugdconsulent verwacht dat de aanwezigheid van haar in het gezondheidscentrum de drempel kan verlagen bij patiënten om actief te praten en te werken aan opvoed- en psychosociale problematiek, omdat het voor de huisarts makkelijker is om naar haar door te verwijzen en direct een afspraak met haar in te plannen in het centrum. Eén van de geïnterviewde huisartsen noemt hetzelfde drempelverlagende effect van een jeugdconsulent in het centrum, maar zegt ook dat een jeugdconsulent op school of op een kinderdagverblijf misschien nog een betere optie is.

Twee huisartsen vinden het lastig om het probleem te benoemen waarvoor de jeugdconsulent een oplossing zou moeten zijn. Eén van hen: *"Of het een probleem was durf ik niet te zeggen. Het werd ons aangedragen van, zou dit iets zijn voor jullie praktijk? Het was niet zozeer iets waar we tegenaan liepen. We hadden het idee dat het mogelijk voor ons wel zou werken omdat we veel kinderen hebben met sociale problematiek. Maar of het echt een probleem was? We merkten wel dat we problemen hadden met verwijzen naar het wijkteam (Je hoort er nooit meer wat van. Ik verwijs en ik krijg nooit meer een bericht. De jeugdconsulent zou daar een rol in kunnen spelen om dat te verbeteren). Daar liepen we vaak*

tegenaan. Het is dan makkelijker als je iemand binnen de praktijk hebt die je kunt aanspreken. De lijntjes zijn korter”.

De derde huisarts benoemt het probleem als volgt: *“het probleem is de investering die het kost om goed in beeld te krijgen wie zich al met een kind of met een gezin bezig houden. Die tijd heb ik niet en ook de POH GGZ niet. Toen kwam deze pilot voorbij en toen waren wij erg gelukkig met de jeugdconsulent. Want die heeft tijd gekregen om als zij een aanmelding krijgt om zich te oriënteren op wie er al betrokken is bij een kind en op de beste insteek voor hulpverlening.”*

5.4 Werkwijze, samenwerking en doorverwijzing

5.4.1 Werkwijze

In alle drie de gezondheidscentra houden de jeugdconsulenten spreekuur op vaste dagdelen. De afspraken worden in twee centra meestal ingepland door één van de huisartsen (eventueel via een doktersassistent) of door een POH GGZ. In het derde centrum maakt de jeugdconsulent zelf de afspraken. Bij de kinderen die de jeugdconsulenten zien spelen gedragsproblematiek, psychosociale problematiek, pesten, opvoedproblemen en voedingsproblemen (niet willen eten). Eén van de huisartsen zegt: *“Ik denk dat ik het meest heb verwezen in verband met gedragsproblematiek van jonge kinderen en zorgen vanuit school of vanuit ouders. Bijvoorbeeld, is er mogelijk sprake van ADHD? Mijn kind is zo onrustig en kan zich niet concentreren. Ook verwijs ik bij slaapproblemen bij jonge kinderen en opvoedingsproblemen”.* Een andere huisarts verbaast zich erover dat de jeugdconsulent hele brede problematiek kan aanpakken. *“Ik heb weinig ervaring met jeugdverpleegkundigen. Ik vind het een beetje vaag waar de grens ligt. Wat doen ze wel en wat doen ze niet? Tot nu toe doet de jeugdconsulent echter alles dat ik heb voorgesteld. Dat verbaasde me. Dat zij eigenlijk heel breed gezinnen begeleidt”.*

In één van de gezondheidscentra komt het merendeel van de verwijzingen van de POH GGZ voor volwassenen. Het komt voor dat deze POH GGZ op het eigen spreekuur aanloopt tegen gezinsproblematiek waarbij kinderen betrokken zijn; het is dan vrij gemakkelijk voor de POH GGZ om een afspraak in te plannen bij de jeugdconsulent. In het tweede centrum zijn alle verwijzingen afkomstig van de huisartsen. De POH ('s) GGZ

en POH ('s) Somatiek die in dit centrum actief zijn hebben geen verwijzingen voor de jeugdconsulent. In het derde gezondheidscentrum is de samenwerking tussen de jeugdconsulent en de POH GGZ nog het meest intensief. Dit komt omdat deze POH GGZ zich niet alleen op volwassenen richt (zoals in de eerste twee centra) maar ook op kinderen. De artsen verwijzen in dit centrum in principe alle kinderen met psychosociale problematiek naar de jeugdconsulent die vervolgens een inventarisatie maakt en in overleg de POH GGZ kan inschakelen.

De standaardvraag die de jeugdconsulent stelt bij de intake is dat zij wil weten wat er aan de hand is en wat de gezinssituatie is. Als de ouders bijvoorbeeld de huur niet kunnen betalen dan kan sprake zijn van een meervoudig probleem en ligt een doorverwijzing naar het wijkteam in de rede. Als er een enkelvoudig probleem is (bijvoorbeeld bedplassen of opvoedingsproblemen) dan geeft de jeugdconsulent zelf adviezen. Bij bijvoorbeeld sociale angst consulteert de jeugdconsulent de orthopedagoog bij het CJG (dit is immers een collega van haar). Het sparren met de pedagogen en orthopedagogen bij het CJG noemt één van de jeugdconsulenten heel fijn: *“dit is mijn back-up”.* De jeugdconsulenten overleggen en koppelen terug naar de huisarts, meestal na afloop van het spreekuur. Als het nodig is overleggen ze ook per email met de huisartsen die op andere dagen werken dan de jeugdconsulent. Zoals gezegd kan in het derde gezondheidscentrum de jeugdconsulent ook de POH GGZ inschakelen. Dit doet zij bij wat zwaardere specifieke thema's, bijvoorbeeld wanneer kinderen te maken hebben met rouw- of traumaverwerking of echtscheidingsproblematiek.

De huisartsen en jeugdconsulenten zijn tevreden over de samenwerking met elkaar, en over de wijze waarop zij aanmelding, intake, terugkoppeling en nazorg hebben geregeld. In twee centra zijn de jeugdconsulenten ook tevreden met de samenwerking met de POH GGZ; in het derde centrum (waar weinig samenwerking is met de POH GGZ) is de jeugdconsulent wat minder tevreden. Waar de huisartsen en jeugdconsulenten in twee centra minder tevreden over zijn is het aantal aanmeldingen bij de jeugdconsulent, dat achterblijft bij hun verwachtingen en dat leidt tot een te lage workload. *“In alle eerlijkheid moet ik je vertellen dat ik de laatste drie dagdelen dat ik ben geweest een lege agenda had. Dat is zonde”,* zo zegt een jeugdconsulent. De huisartsen beamen dat het aantal verwijzingen tegenvalt. *“We hebben alles gedaan*

wat we kunnen; de jeugdconsulent heeft zich voorgesteld met een flyer en we hebben de POH GGZ ingeschakeld. Maar misschien zijn er veel minder kinderen die een probleem hebben”. Als gevolg van deze te lage workload is inmiddels in één van deze twee centra het aantal uren dat de jeugdconsulent spreekuur heeft verminderd.



5.4.2 Samenwerking en doorverwijzing

Door de positionering van een jeugdverpleegkundige als jeugdconsulent in de huisartsenpraktijk heeft de samenwerking van huisarts met de jeugdgezondheidszorg (oftewel het Centrum voor Jeugd & Gezin) een stimulans gekregen, aldus de gesproken professionals. Niet alleen kunnen zij gemakkelijk contact leggen met collega's van het CJG (jeugdarts, (ortho)pedagoog), maar ook kennen zij de wijken en buurt goed omdat zij naast hun uren als jeugdconsulent in de rest van hun werkweek scholen bezoeken als jeugdverpleegkundige. Ondanks de link die de jeugdconsulent legt tussen huisartsenpraktijk en jeugdgezondheidszorg, is de samenwerking op dit moment nog persoonsafhankelijk. Op de vraag aan een huisarts of de samenwerking beter is geworden, antwoordt deze: *“Nee, want die is er eigenlijk nog steeds niet. Er is wel mijn samenwerking met de jeugdconsulent maar het heeft niet de samenwerking met het JGZ of het wijkteam of wat dan ook veranderd. Wij hebben niet meer contact gekregen”, als je dan de praktijk in z'n geheel bekijkt. Op het moment dat de jeugdconsulent hier zit wordt via haar de samenwerking met JGZ opgekrikt, maar dat doet zij dan. Wij zien daar niks van. Ik heb nog nooit een schoolarts aan de telefoon gehad. De samenwerking met het CJG is er überhaupt niet. Maar zij kan een orthopedagoog inschakelen voor een cliënt.*

Dat is wel wat zij voor ons doet dus het is een meerwaarde voor de patiënt. Voor de pilot waren er geen contacten. Wij verwezen naar het wijkteam en daarna hoorde wij helemaal niets. Of we gaven bij jongere kinderen het advies om een afspraak te maken op het consultatiebureau¹³ bij bepaalde vragen. Een orthopedagoog, ik weet er niet eens het telefoonnummer van. Ik weet niet waar ze zitten. Ik zou ze zelf ook niet kunnen vinden. Dat is wel het fijne van een jeugdconsulent, die heeft al haar connecties die kan mensen inschakelen”.

Zoals al bleek uit het vorige citaat geldt voor de samenwerking van huisarts met het wijkteam voor een deel hetzelfde als voor de samenwerking van huisarts met de jeugdgezondheidszorg. De contacten met en verwijzingen naar het wijkteam liggen bij de jeugdconsulent, en minder bij de huisarts. Een huisarts: *“Ik moet zeggen, ik heb het afgelopen jaar geen verwijzingen meer geschreven voor het wijkteam omdat het nu via de jeugdconsulent gaat. We proberen alles bij de jeugdconsulent onder te brengen. De jeugdconsulent kent ook meer mensen binnen het wijkteam. Die heeft telefoonnummers en kan mensen direct bellen”.* De jeugdconsulenten zelf zien zich ook hier als schakel tussen huisarts en wijkteam, maar hebben toch meer moeite om het wijkteam te bereiken dan contact te leggen met hun collega's binnen het CJG. Per saldo zijn er ook niet zoveel contacten met en aanmeldingen bij het wijkteam. Eén van de jeugdconsulenten wijst er op dat er veel wisselingen zijn in de samenstelling van de wijkteams en dat contacten moeilijk gaan. De jeugdconsulent heeft zo haar eigen contactpersonen en weet deze te vinden als ze ze nodig heeft, bijvoorbeeld als het gaat om het inschakelen van een jongerencoach. Twee jeugdconsulenten geven aan dat ze de doorverwijzing naar en de samenwerking met de wijkteams proberen te verbeteren. Eén van de jeugdconsulenten heeft tegen haar huisartsen gezegd dat zij kinderen waarvan ze denken dat ze bij het wijkteam terecht horen, ook naar het spreekuur van de jeugdconsulent kunnen sturen omdat zij de contacten met het wijkteam heeft. De ander heeft het initiatief genomen voor een gesprek van wijkteamleider en manager gezondheidscentrum, waarbij onderlinge afspraken zijn gemaakt. Deze jeugdconsulent zegt dat de samenwerking hierdoor mogelijk wel is verbeterd. De derde jeugdconsulent geeft aan de wijkteams best wel goed te kennen. *“Er zijn er zijn drie waar ik intensief mee samenwerk,*

¹³ Onderdeel van het CJG

want daar komen de meeste patiënten vandaan, daar ken ik, nou, heel veel medewerkers ook en hulpverleners. Ik merk dat ik voor de wijkteams ook de lijntjes korter kan maken. Als er een probleem is op medisch gebied of op verwijzingsgebied dan kan ik vaak gelijk zeggen: stuur even een mailtje naar deze huisarts. En ik kan ook naar de huisarts lopen en zeggen: joh, dit en dit wil het wijkteam”.

Over de samenwerking met en de verwijzingen naar de basis- en specialistische jeugd GGZ heeft één van de jeugdconsulenten een duidelijke mening. “Er is nu minder doorverwezen. Van alle aanmeldingen die ik heb gehad, is er uiteindelijk één cliënt via de orthopedagoog naar de GGZ doorverwezen. Ik denk dat dat tot nu toe het enige geval is. Ik heb haar eerst doorverwezen naar de orthopedagoog en ik denk dat die tussenstap voor het meisje en het gezin een enorme eyeopener is geweest. Daardoor is de overbrugging van de wachttijd beter te doen, omdat ze al punten hebben waarmee ze aan de slag kunnen gaan. Ze hebben van die orthopedagogen al handvatten aangereikt gekregen, voor hoe ze in die situatie beter met elkaar om kunnen gaan. Ze worden wel doorverwezen naar de GGZ, maar daardoor is de ergste druk er wel van af. Dat helpt natuurlijk wel. Er is al richting aan gegeven”. Een andere jeugdconsulent en een huisarts ondersteunt deze mening. De huisarts: “Voor de jeugdconsulent hier werkte waren er meer verwijzingen, denk ik. Als een kind dan kwam met een vraag, mogelijk ADHD, dan verwees ik niet naar het wijkteam maar dan verwees ik zelf naar de basis GGZ. Een wijkteam kan nu al een eerste schifting doen om te kijken of het nodig is of niet. Veel kinderen hebben het niet nodig om meteen de GGZ in te gaan. Bovendien zijn daar wachttijden van enkele maanden dus dan is deze weg vaak sneller”. Toch heeft niet iedereen dezelfde mening. Een andere huisarts denkt eigenlijk niet dat het aantal verwijzingen naar de GGZ is afgenomen. “Dat weet ik niet zo goed in cijfers te vangen. Wat wel is verbeterd is dat de verwijzing daadwerkelijk gebeurd en zinvol is. Voor mij is het gewoon fijn dat ik een kind kan doorsturen naar de jeugdconsulent en kan vragen aan welke insteek met dit kind denk jij?”

5.5 Gevolgen

Wat zijn de belangrijkste gevolgen van de pilot jeugdconsulent in de variant jeugdverpleegkundige volgens

de betrokken professionals (huisartsen en jeugdconsulenten)? Hierboven noemden we al:

- een verbetering in de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en jeugdgezondheidszorg;
- een lichte verbetering in de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en wijkteam;
- minder doorverwijzingen naar de basis- en specialistische jeugd GGZ.

Andere gevolgen zijn volgens de huisartsen en jeugdconsulenten:

- Meer maatwerk voor cliënten. Misschien mag je wel, volgens een jeugdconsulent, zeggen dat cliënten beter af zijn dan vroeger. Door een tussenstap bij de jeugdconsulent krijgen kinderen en hun ouders al handvatten om een probleem aan te pakken en leren ze dat hulp vragen helemaal niet eng is. Verder is de hulp persoonlijker, omdat de jeugdconsulent meer tijd heeft voor een patiënt. Zij kan zaken oppakken en op basis van kennis van problematiek en kontakten in het wijknetwerk goed doorverwijzen omtrent bijvoorbeeld opvoeding en andere problematiek waarover de huisarts minder of geen kennis heeft, dan wel onvoldoende tijd voor heeft.
- Door de nabijheid van de jeugdconsulent in de huisartsenpraktijk is het gemakkelijker voor een huisarts om door te verwijzen. Ook zijn de korte lijnen waardevol. Het maakt het ook gemakkelijker voor cliënten om dichtbij, in de huisartsenpraktijk een afspraak te accepteren. Het werkt drempelverlagend, omdat de GGZ toch een drempel kan zijn en maakt daardoor de hulp toegankelijker.
- De huisarts heeft meer kennis gekregen van wat de jeugdconsulent van het CJG voor patiënten kan betekenen en kan oppakken. Dit zijn zaken die niet tot de taken behoren van de huisarts of waar de huisarts geen tijd voor heeft, bijvoorbeeld gezinsproblemen en opvoedingsproblemen maar ook bij aanpak van problemen op school (zoals pesten) of bij gebruik medicijnen (therapietrouw). Ook kan het leiden tot meer bekendheid bij ouders dat zij voor opvoedingsvragen ook bij het CJG terecht kunnen.
- Snellere doorverwijzing naar de GGZ en andere hulpverleners. De jeugdconsulent heeft kortere lijnen en kent de weg en kan zorgen dat mensen wat eerder aan de beurt zijn. Zij kan bij wachtlijsten bij

de GGZ tijdens de wachtperiode de cliënt begeleiden.

Naast deze positieve gevolgen noemt één van de huisartsen een ongewenst gevolg van de inzet van de jeugdconsulent. Het overleg met de jeugdconsulent over cliënten kost de huisarts namelijk tijd, die zij niet kan declareren (zie ook 4.7).

5.6 Essentiële elementen en Meerwaarde

In de voorgaande paragrafen zijn we uitgebreid ingegaan op een aantal kenmerken van de inzet van jeugdconsulenten en de resultaten die dat heeft opgeleverd.

Meerwaarde van de jeugdconsulent in het gezondheidscentrum ligt vooral in diens fysieke aanwezigheid. Dat maakt het voor patiënten, huisarts en POH makkelijker om contact te hebben en even iets te vragen. Naast deze laagdrempeligheid en nabijheid is een belangrijke meerwaarde dat de jeugdconsulent het jeugdnetwerk (in de buurt) goed kent en veel weet van de ontwikkeling van kinderen. Daarmee kan zij ook in preventieve zin in belangrijke mate bijdragen aan de gezondheid van kinderen.

Essentieel is ook dat de huisarts meer kennis heeft gekregen van wat de jeugdconsulent van het CJG voor patiënten kan betekenen en deze zaken oppakt. De zichtbaarheid bij de huisarts van de jeugdconsulent als schakel naar het wijknetwerk en professionele hulpverleners is toegenomen. Ook de samenwerking van de huisarts met de jeugdgezondheidszorg is verbeterd, alhoewel een groot deel van die samenwerking afhankelijk is van de jeugdconsulent.

Naast deze organisatorische verbeteringen zien we in de beleving van de gesproken professionals ook zorginhoudelijke verbeteringen optreden. Vroegsignalering, meer passende hulp en maatwerk, en een grotere toegankelijkheid van de hulp zijn elementen van zorg die de betrokkenen benoemen. Daar komt nog eens bij dat (een deel van) de geïnterviewde professionals van mening zijn dat de inzet van de jeugdconsulent bijdraagt aan een vermindering van de verwijzingen van jongeren naar de basis- en specialistische GGZ.

5.7 Tevredenheid en Voorwaarden

De huisartsen en jeugdconsulenten zijn in grote lijnen tevreden over de inzet van de jeugdconsulent in de huisartsenpraktijken. Ze zijn blij met hun samenwerking en noemen een aantal positieve gevolgen, die we al eerder hebben besproken. Niettemin geven de professionals in twee van de drie gezondheidscentra aan dat hun verwachtingen niet helemaal zijn uitgekomen. Dit heeft te maken met het aantal patiënten dat uiteindelijk op de spreekuren van de jeugdconsulenten is terecht gekomen. Iedereen had verwacht dat dit hoger zou zijn dan uiteindelijk is gerealiseerd.

Alle drie de huisartsen die we hebben geïnterviewd noemen het hebben van een fysieke ruimte voor de jeugdconsulent een belangrijke voorwaarde waaraan voldaan moet zijn. Veel huisartsenpraktijken hebben een ruimtegebrek, en soms is zelfs een kamer voor 4 uur per week (de werktijd van een jeugdconsulent) teveel. Eén van hen: *“Ik heb ook wel eens aan de jeugdconsulent gevraagd of ze afspraken heeft en dat ik anders haar ruimte wil gebruiken. Dat zie je bij veel huisartsenpraktijken, dat alles heel vol zit”*.

Huisarts en jeugdconsulent uit één gezondheidscentrum noemen verder als voorwaarde dat de jeugdconsulent toegang zou moeten hebben tot de agenda in Medicom (het huisartsenregistratiesysteem), zodat collega's haar afspraken kunnen zien, kunnen maken en eventueel kunnen verzetten.

Twee huisartsen merken op dat het overleg met de jeugdconsulent over cliënten tijd kost die ze niet kunnen declareren: *“We kunnen niks declareren en de tijd wordt wel besteed aan een patiënt. Alle patiënten worden overlegd en dat mag je niet declareren. Dat is wel tijd die je uiteindelijk kwijt bent. Ja, ik krijg er niks voor. Als ik een patiënt met een dubbele afspraak zou zien voor eet- of slaapproblemen dan declareer ik dat wel omdat ik die patiënt heb gezien. Daar zit qua financiën wel een verschil in”*. Verder merkt een huisarts op dat een vergoeding van de inzet van jeugdconsulenten in de toekomst belangrijk is om de samenwerking uit te bouwen.

Een belangrijke voorwaarde die zowel de huisartsen als de jeugdconsulenten in twee gezondheidscentra noemen is dat er voldoende jongeren bij de jeugdconsulent worden aangemeld. In beide gezondheidscentra is dat

momenteel niet het geval, zo zeggen zij. De reden hiervoor is niet duidelijk. *“Er zijn er nu niet genoeg aanmeldingen om de agenda van de jeugdconsulent te vullen. Wij zien natuurlijk vooral de kinderen in verband met koorts, en huidproblemen. Er moet een hulpvraag zijn van ouders en die hulpvraag krijg je niet snel. Er moet een aanleiding zijn om dat te doen. Er wordt meer naar de somatische kant gekeken en daarvoor ga je naar de dokter. Je kunt niet zeggen als hier kinderen schreeuwend door de gang lopen van, u bent wat druk. Soms doe ik dat wel. Ik heb wel patiënten verwezen naar de jeugdconsulent puur vanwege het feit dat ze hier de spreekkamer afbraken. Dan heb je wel een aanleiding. Van, hoe gaat het thuis? Lukt het een beetje?”*

Twee jeugdconsulenten noemen voorts als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een stabiele huisartsenpraktijk. Er zijn momenteel teveel wisselingen en vacatures in twee gezondheidscentra, en dat betekent dat patiënten niet altijd dezelfde huisarts hebben. Dit maakt het zowel voor de huisartsen als voor ouders lastiger om psychosociale problematiek bij kinderen te bespreken en door te verwijzen naar de jeugdconsulent.



5.8 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we uitgebreid verslag gedaan van de interviews met de professionals die hebben deelgenomen aan de pilot Jeugdconsulent in de jeugdverpleegkundige variant. In deze paragraaf trekken we enkele conclusies.

De kern van de jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige is dat een jeugdverpleegkundige in dienst van het CJG voor een aantal uren per week spreekuur heeft in een huisartsenpraktijk. Tijdens dat spreekuur spreekt

en begeleidt zij jongeren met sociaal-psychische en opvoedproblemen die door de huisarts of een praktijkondersteuner niet kunnen worden geholpen door een gebrek aan kennis, netwerken en tijd. De jeugdverpleegkundige van het CJG is goed bekend in de wijk waarin de huisartsenpraktijk ligt, heeft korte lijntjes met haar collega's bij het CJG (pedagogen, orthopedagogen en schoolverpleegkundigen) en heeft contacten met scholen en de wijkteams. Op haar spreekuur inventariseert de jeugdconsulent de problematiek van de jongere (meestal in bijzijn van één van de ouders) en besluit of zelf kortdurende begeleiding te geven, of door te verwijzen naar haar collega's bij het CJG, naar het wijkteam of naar de jeugd GGZ. Combinaties hiervan zijn mogelijk en de jeugdconsulent kiest haar aanpak altijd in overleg met huisarts en praktijkondersteuner.

De belangrijkste meerwaarde van de jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige is de koppeling van de ervaring, kennis en netwerken van de jeugdconsulent aan de huisartsenpraktijk. De huisartsen zijn niet zo bekend met het CJG en hebben weinig contacten met het CJG en het wijkteam. De jeugdverpleegkundigen hebben deze wel en kunnen oplossingen op maat aangeven voor de klachten van de jongeren die zij zien. Cruciale elementen van de variant zijn verder de fysieke aanwezigheid van de jeugdconsulent, de nabijheid in de huisartsenpraktijk en de laagdrempeligheid voor patiënten.

De jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige is actief in drie gezondheidscentra. Het samenwerkingsmodel met de jeugdconsulent verschilt per centrum. In één centrum is een POH GGZ actief die ook kinderen begeleidt. De jeugdconsulent werkt actief met deze POH samen en het komt voor dat de jeugdconsulent na inventarisatie voorstelt dat de POH de begeleiding overneemt. In de twee andere centra zijn weliswaar ook POH's GGZ maar deze behandelen alleen volwassenen. In één van deze centra komt het voor dat de POH GGZ een jongere verwijst naar de jeugdconsulent, in de tweede komt dit niet voor. Deze verschillen treden dus op binnen één variant.

In alle drie de gezondheidscentra waar een jeugdconsulent actief is verbeterd de samenwerking met het CJG; dit geldt ook, maar wel in iets mindere mate, voor de samenwerking met het wijkteam. Het is vooral de jeugdconsulent die hiervoor verantwoordelijk is, omdat deze de weg weet en de contacten heeft. De verbetering van de samenwerking blijkt niet alleen uit de interviews maar

ook uit de registratiesheets die de jeugdconsulenten hebben bijgehouden: bij een respectabel aantal casussen wordt het CJG en in mindere mate ook het wijkteam betrokken.

Alle professionals denken dat het aantal verwijzingen naar de GGZ is afgenomen door de inzet van de jeugdconsulent. Of er sprake is van gerichtere verwijzingen naar de GGZ is moeilijk te zeggen. In ieder geval geven de professionals wel aan dat cliënten meer maatwerk krijgen en dat zij anticiperen op de hoge wachttijden bij de specialistische GGZ en oplossingen zoeken die minder ingrijpend zijn en tijdelijk een hoge wachttijd kunnen overbruggen.

De respondenten noemen een aantal belangrijke voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de inzet van

een jeugdconsulent tot een succes te maken. Een spreekkamer voor de jeugdconsulent is er daar één van; een blijvende financiering van de jeugdconsulent is een tweede. En de mogelijkheid voor een huisarts om de overlegtijd met een jeugdconsulent te declareren is een derde. Twee andere belangrijke condities voor succes zijn een voldoende workload voor de jeugdconsulent en een stabiele huisartsenpraktijk. De eerste is van belang omdat er in twee gezondheidscentra te weinig aanmeldingen zijn om de werkuren van de jeugdconsulent te vullen. De tweede is van belang omdat een huisartsenpraktijk met teveel wisselingen van huisartsen niet goed is voor de bekendheid van de huisarts met de jeugdconsulent en ook niet goed is voor het vertrouwen van een patiënt in een huisarts om sociaal-psychische problemen bij kinderen aan te kaarten.

6 Intermezzo: wijkteams

6.1 Inleiding

Naast de twaalf interviews met huisartsen en jeugdconsulenten in de huisartsenpraktijken die meegedaan hebben aan de pilot hebben we drie interviews gehouden met medewerkers van wijkteams. Deze wijkteams zijn operationeel in drie wijken waarin een huisartsenpraktijk is gevestigd die meedoet aan de pilot. Het betreft twee praktijken met een jeugdconsulent variant POH GGZ jeugd en één praktijk met jeugdconsulent variant jeugdverpleegkundige. De interviews waren met twee wijkteamleiders en één wijkteammedewerker. Eén van de wijkteamleiders is betrokken geweest bij de opzet van de pilot. Zij heeft meegedacht in de voorbereidingsgroep die de twee varianten van de jeugdconsulent heeft bedacht. De tweede wijkteamleider kende de pilot niet totdat hij vanwege een andere reden met de jeugdconsulent in contact kwam. Zij en de manager hebben hem verteld wat de pilot inhield en hij heeft verder wel overleg gehad, ook met de manager, maar dit heeft weinig opgeleverd, vindt hij, slechts 3 of 4 aanmeldingen Jeugd door de jeugdconsulent. De derde geïnterviewde, een wijkteammedewerker en jeugd- en gezinscoach, dacht dat zij contact heeft gehad met een jeugdconsulent, maar dit bleek op een misverstand te berusten. Zij kende de pilot niet.

Alhoewel de kennis en ervaring van de geïnterviewden met de pilot dus relatief beperkt was gaan we in dit hoofdstuk in op een aantal relevante onderwerpen die ter sprake zijn gekomen. Allereerst gaan we kort in op hun uitspraken over de samenwerking tussen huisarts en wijkteam, daarna benoemen we een aantal voorwaarden aan de pilot die zij belangrijk vonden.

6.2 Samenwerking huisarts en wijkteam

De wijkteamleider die bij de voorbereiding van de pilot betrokken is geweest noemt de aanmeldingen van cliënten door de huisarts bij het wijkteam heel divers. “Voor volwassenen melden ze ook aan maar voor jeugd was het gewoon echt heel weinig. En dat is niet meer geworden. Nee.

De aanmeldingen die we krijgen, zijn meestal via de scholen. Mijn jeugd-GGZ'er, die probeert steeds in contact te komen met de POH GGZ jeugd, maar het lukt niet. Komt niet van de grond”. Toen zij in 2016 wijkteamleider werd heeft zij veel geïnvesteerd in contacten met de twee gezondheidscentra in de wijk. “We hebben verteld wat we deden als wijkteam, ook verteld dat we een GGZ jeugd medewerker in het wijkteam hadden en dat ik heel graag alle aanmeldingen richting de GGZ eerst in het wijkteam wilde hebben om een brede uitvraag te doen en te kijken of het echt kind problemen waren of mogelijk omgevingsproblematiek. Nou, dit is niet van de grond gekomen”. Maar nu, twee jaar later, zijn de relaties beter. Met één van de gezondheidscentra is afgesproken dat de GGZ specialist uit het wijkteam gaat aansluiten bij POH overleggen, bij de andere (het gezondheidscentrum dat meedoet aan de pilot jeugdconsulent) is dat er nog niet van gekomen.

De tweede wijkteamleider heeft in zijn wijk een tijd geëxperimenteerd met een redelijk intensief model van samenwerking met de huisartsen. “Eind 2014 hebben een aantal huisartsen mij benaderd en die hebben gevraagd om samen te werken. Ik vond het een prachtig idee en waar we op uitkwamen was, dat we drie jaar lang op de woensdagmiddagen bij de huisartsen zaten, in twee praktijken. Hoe werkte dat? De huisarts had een kamer voor ons en die plande de afspraken in waarvan hij dacht dat het iets was voor het wijkteam. Als het inderdaad een match of de hulpvraag wijkteamwaardig was dan namen we het mee en werd het opgepakt door het wijkteam. (zowel volwassenen als jeugd). Dat vond ik een heel goed systeem”.

De derde geïnterviewde, die de pilot jeugdconsulent niet kende, geeft aan dat zij vooral vindt dat de communicatie tussen en de wederzijdse bereikbaarheid van huisarts en wijkteam beter kunnen.

6.3 Voorwaarden

De wijkteamleider uit de voorbereidingsgroep noemt een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de pilot succesvol te noemen. In de eerste plaats moet duidelijk

zijn, zo zegt zij, dat kinderen goed geholpen zijn. *“Hoe is de kwaliteit van de hulpverlening door de jeugdconsulent? Is de juiste groep aangemeld of zijn er kinderen aangemeld en behandeld, die eigenlijk gelijk door hadden moeten naar specialistische hulp? Heeft het inderdaad het traject qua hulpverlening verkort? Is de training voor de POH's echt voldoende geweest om goede hulp aan deze kinderen te bieden of zijn er nog dingen die ze gemist hebben?”* En: *“De jeugdconsulenten moeten mijns inziens een jeugdachtergrond hebben en in eerste instantie alle leefgebieden moeten uitvragen. Zodat je een goede inschatting kan maken of het kind op de juiste plek zit.”*

Ook de tweede wijkteamleider wijst er op dat een jeugdconsulent breed moet kijken. Liever zou hij iemand hebben uit het wijkteam, omdat die een bredere kijk heeft op de problematieken die er zijn. Niet een CJG-er of iemand uit de GGZ, want het komt nog wel eens voor dat die niet vragen naar schulden of huiselijk geweld.

De huisarts uit de voorbereidingsgroep vindt dat de jeugdconsulent zoals het nu is opgezet een betere aansluiting moet hebben met de wijkteams, in ieder geval met de GGZ jeugd specialist in het wijkteam. *“In mijn ogen was deze pilot opgezet om het wijkteam te omzeilen. Ja. Dat ze niet naar de GGZ specialist in het wijkteam hoefden. Maar het zelf of in de huisartsenpraktijk dichtbij met korte lijntjes, konden regelen. En nou ja, ik moet zeggen: oké, als dat ook zo gebeurt en ze doen wat ze moeten doen, waar ze goed in zijn. Maar dan blijft staan dat je wel die verbinding met de wijkteams moet gaan krijgen”.*

De derde geïnterviewde, de wijkteammedewerker, geeft er de voorkeur aan om een wijkteammedewerker voor een aantal uren per week onder te brengen bij de huisarts. *“Ik denk dat je beter, in plaats van een jeugdconsulent zou je beter kunnen kijken: kan je iemand van jeugd van de wijkteams neerzetten, of van de GGZ-kant? Want, dan betrek je de wijkteams die daadwerkelijk hier zitten, dan worden die lijntjes nog korter, je leert die mensen kennen, wij leren de huisartsen echt face-to-face kennen. Want, nu zet je weer een poppetje bij de huisarts en eigenlijk wat nu al gebeurt en wat we allebei net al zeiden: via de huisarts is dat lekker laagdrempelig, maar voor het wijkteam weer totaal niet. Dus, dan krijg je weer die twee eilanden terwijl we eigenlijk als doel hebben elkaar verbinden”.* Dit model lijkt op het model waarmee de tweede wijkteamleider in zijn wijk een tijd geëxperimenteerd (zie de vorige paragraaf, 5.2).

6.4 Conclusies

Van de drie geïnterviewde medewerkers van wijkteams heeft er één contact gehad met een jeugdconsulent die meedeelde aan de pilot. Alle drie vinden het belangrijk dat er meer verbinding ontstaat tussen huisarts/jeugdconsulent en het wijkteam. Onder hen is er voorts twijfel over de opleiding van de jeugdconsulent en of een jeugdconsulent voldoende ‘breed’ kijkt naar de problematiek van een cliënt (het hele systeem bij de analyse betreft).

7 Cliëntperspectief



7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de ervaringen van de jongeren en/of hun ouders die in begeleiding zijn geweest bij de jeugdverpleegkundige of POH GGZ Jeugd. Eerst volgt een illustratie van de werkwijze van de jeugdconsulent aan de hand van de casusbeschrijvingen die zij hebben geleverd. Vervolgens beschrijven we wat de cliënten, met name de ouders, vonden van de wijze waarop ze zijn geholpen. In de concluderende paragraaf noemen we een aantal kenmerken in de aanpak van jeugdconsulenten die cliënten belangrijk vinden. De jeugdconsulenten hebben zowel de casussen als de door ons geïnterviewde cliënten geselecteerd.¹⁴

De bevindingen in dit hoofdstuk moeten gezien de beperkte omvang en selectiviteit van de onderzoeksgroep, niet gezien worden als een representatief beeld van alle

hulpverleningssituaties en ervaringen die cliënten met de jeugdconsulenten hebben opgedaan. Ze zijn vooral illustratief voor een aantal hulpverleningssituaties, waarbij in de pilot mogelijk andere keuzes zijn gemaakt dan in de gangbare situatie (zonder jeugdconsulent). De waarde van deze ervaringen is dat ze aanwijzingen bevat over wat cliënten, met name ouders, belangrijk vinden in de hulpverlening door de jeugdconsulent en de elementen die bijdragen aan hun tevredenheid hierover.

7.2 Casusbeschrijvingen

We hebben iedere jeugdconsulent gevraagd om één casusbeschrijving te maken. We hebben 6 casusbeschrijvingen over cliënten ontvangen. Twee casussen hebben betrekking op de CJG-variant en vier casussen op de POH-variant van de pilot jeugdconsulent.

¹⁴ We hebben de jeugdconsulenten vrij gelaten in de keuze van casus en interviewpartner. Wat betreft de casusbeschrijving hebben we gevraagd om een korte beschrijving van de vraag van een cliënt, hoe de jeugdconsulent geholpen heeft en wie betrokken zijn geweest bij de casus. Voor

de selectie van een interviewpartner hebben we gevraagd om een cliënt en/of ouder die bereid is en in staat is om te vertellen over de ervaringen met de hulp van de jeugdconsulent.

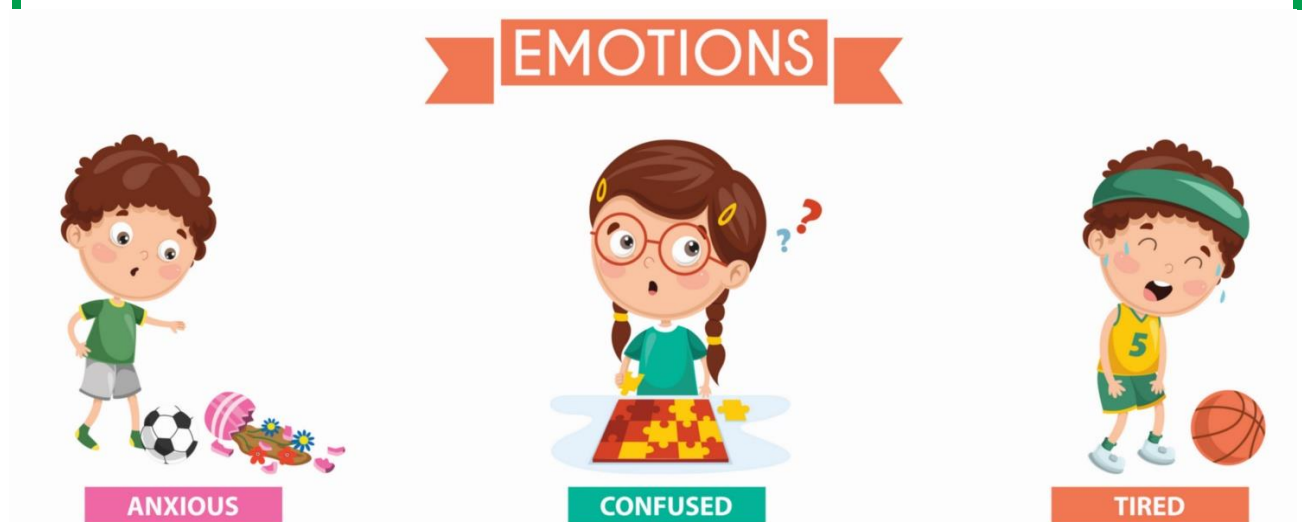
Casus 1 (door een CJG verpleegkundige)

Jongen van 11 jaar komt bij mij samen met zijn moeder, op doorverwijzing van de huisarts, op mijn spreekuur. Het probleem waar hij voor komt, is dat hij nog in zijn bed plast. Doordat ik met jongen en zijn moeder in gesprek ga, wordt mij nog meer duidelijk. Hij blijkt te gaan slapen wanneer hij uit school komt en gaat dan 's avonds laat naar zijn bed. Ook heeft hij daardoor een afwijkend eet patroon. Hij eet 's avonds veel. Ik ken deze jongen ook van de basisschool waar hij op zit en heb hem vorig schooljaar gesproken toen hij in groep 7 zat. Moeder was toen niet bij dat gesprek aanwezig en mij was niet bekend dat hij nog in bed plaste.

Ik geef moeder en zoon adviezen hoe zij het beste hun dagritme kunnen aanpassen en bespreek een beloningssysteem voor het bedplassen.

Tijdens het 2de gesprek blijkt dat hij vooruitgang heeft geboekt. Hij plast niet meer alle nachten in zijn bed en hij slaapt niet meer als hij uit school komt. Ook probeert hij om in de avond niet meer zo veel te drinken. Moeder vertelt dat zij het beloningssysteem nu ook is gaan gebruiken voor haar 3-jarige dochter die nog niet zindelijk is. Haar dochter is enthousiast.

Na het 3e gesprek sluit ik het af. De jongen plast dan nog maar gemiddeld 1 keer per week in bed. Hij voelt zich beter en fitter. BMI is keurig gezakt van obesitas graad 1 naar overgewicht. Moeder en zoon zijn tevreden. Moeder is blij dat ook haar dochter zindelijk is geworden en dat ging makkelijker dan ze dacht.



Casus 2 (door een CJG verpleegkundige)

Moeder komt met zoon van 8 bij jeugdconsulent met de volgende vraagstelling:

Mijn zoon is nieuw op school en wordt gepest.

Na verdere uitvraging is het volgende besproken:

Moeder is in mei jongstleden van Rotterdam Zuid, naar Noord verhuisd. Kent de wijk nog niet en voelt zich ook nog niet helemaal thuis. Heeft 3 kinderen, is 4 jaar geleden gescheiden.

Contact met vader is nihil. Zoon van 8 mist hem heel erg. Mist ook een vaderfiguur in zijn leven.

Zoon wordt regelmatig gepest op school. Moeder heeft dit besproken op school, maar heeft het gevoel dat school hier weinig mee doet. Moeder voelt zich ook een klaag moeder.

Moeder denkt er ook aan om de kinderen weer op de oude school terug te zetten. Maar kan hun niet dagelijks halen en brengen (financieel). Maakt zich eigenlijk zorgen om haar 3 kinderen:

- Zoon wordt gepest, mist zijn vader en heeft behoefte aan een vaderfiguur. Lijkt voor moeder wat gesloten.
- Dochter van 7: lijkt haar ware gevoelens niet te uiten, moeder heeft het gevoel dat haar dochter niet gelukkig is, houdt haar gevoelens wat oppervlakkig.
- Dochter van 5 kan geen aansluiting vinden met haar klasgenootjes, voelt zich alleen.

Interventies jeugdconsulent:

Contact met school gehad om te kijken hoe het pesten aangepakt kan worden. Stichting Humanitas voor moeder ingeschakeld voor ondersteuning thuis: wat is er in de wijk en hoe kan moeder verder ondersteund worden, ook met haar 3 kinderen. Maatjes project ingeschakeld voor haar zoon van 8. Gesprek gehad met dochter van 7, om verder te kijken wat zij nodig heeft. Dit geldt ook voor haar dochter van 5. Mogelijk wordt moeder nog doorverwezen naar de pedagoog. De casus loopt nog en er staan een aantal vervolgspraken gepland.

Casus 3 (beschrijving door een POH GGZ jeugd)

Jongen T. van 16 meldt zich met zijn moeder bij de huisarts met somberheidsklachten. Hij slaapt slecht doordat hij in bed veel piekert. Ook geeft hij aan weinig vrienden te hebben. De huisarts verwijst T. naar de Praktijk-ondersteuner GGZ Jeugd.

T. zit in Havo 3 en geeft aan weinig aansluiting te hebben met zijn klasgenoten. Hij komt bij mij gesloten en teruggetrokken over. T. blijkt het afgelopen jaar thuis veel naars te hebben meegemaakt met zijn oudere broer die een poos suïcidaal is geweest en een ernstige psychose heeft gehad waar T. getuige van was. Ouders lijken in die periode niet in staat te zijn geweest om er te zijn voor T.

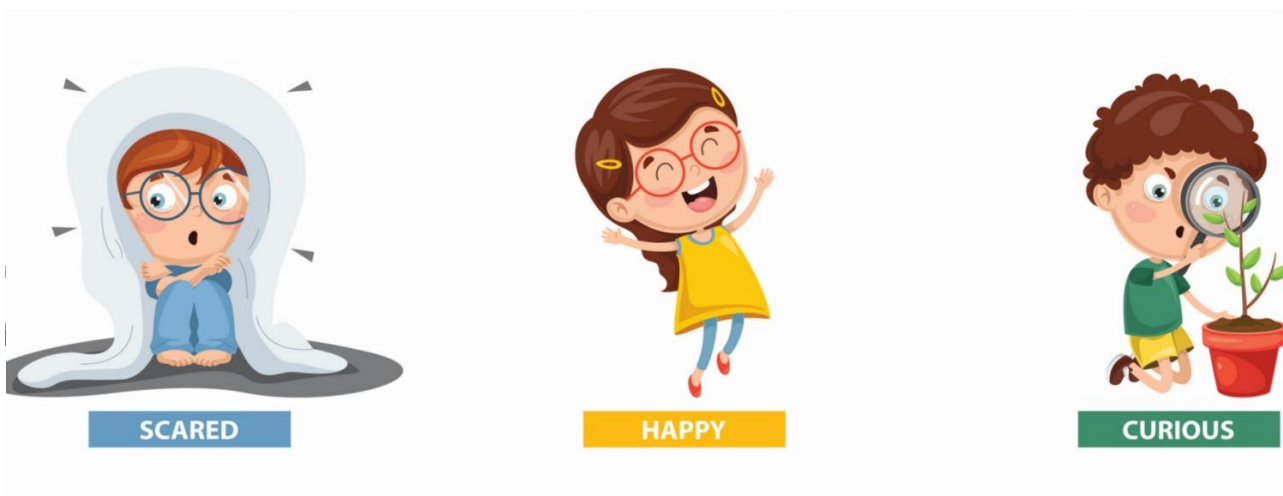
T. vindt het moeilijk om te praten over zijn gevoelens, hij is niet gewend zich te uiten. Thuis laat hij niet zien dat hij niet goed in zijn vel zit; hij blijkt zich erg verantwoordelijk te voelen voor zijn ouders, wil hen niet belasten met zijn problemen.

Op school heeft T. niemand iets verteld over zijn thuissituatie. Hij voelt zich niet thuis bij zijn klasgenoten, denkt dat hij niet interessant genoeg is als persoon.

Tijdens de gesprekken met T. is aandacht besteed aan het volgende:

- Het praten over zijn emoties en over wat hem bezighoudt. Ook stimuleer ik hem om steun te zoeken bij zijn ouders.
- Ik betrek moeder bij één van de gesprekken; moeder ziet in dat zij als ouders teveel op T. geleund hebben. T. komt weer in zijn rol als kind.
- T. ziet in dat hij door zijn somberheid en teruggetrokken houding niet goed in staat was om contact te maken met zijn klasgenoten. Ik stimuleer hem om iets leuks te doen met een oude schoolvriend van vroeger.
- Na de zomer komt hij in een nieuwe klas, maakt hij al snel nieuwe vrienden en krijgt hij meer zelfvertrouwen.
- Na enige gesprekken wordt duidelijk dat T. met een PTSS te kampt;
- Hij heeft last van herbelevingen van gebeurtenissen m.b.t. zijn broer, gebeurtenissen die hij pas na enkele gesprekken durfde te vertellen.

T. staat open voor verwijzing naar de Jeugd GGZ voor een trauma behandeling. In zijn bijzijn maak ik voor hem een intake afspraak bij een jeugd ggz instantie.



Casus 4 (door een POH GGZ jeugd)

Dit gezin bestaat uit een alleenstaande moeder met haar zoontje van 3 jaar.

Moeder geeft aan dat het niet meer te houden is met haar zoontje. Hij is brutaal (zoontje accepteert nooit nee als antwoord maar vraagt door waarom niet, etc.). Hij vertoont stemmingswisselingen. Hij kan uit het niets boos worden. Wanneer hij uit bed komt, kan hij al een slecht humeur hebben. De gastouder maakt zich zorgen over zijn ontwikkeling. Soms weigert hij om met andere kinderen te spelen of trekt zich terug zonder duidelijke aanleiding. Hij kan zijn omgeving ook negeren.

Het zoontje kent geen grenzen, blijft doen wat hij aan het doen was al wordt hij hierin gecorrigeerd. Ook speelt hij altijd wild en vernielt spullen om niks. Naar bed brengen en slapen gaat gepaard met veel drama en gehuil. Zo erg dat regelmatig buren aanbellen om te checken of het daar wel goed gaat, terwijl hij gewoon op zijn kamer is.

Hij is erg dwangmatig. In sommige gevallen, in de bus, wil hij altijd de rode stoel. Als de stoel al bezet is, wordt hij boos en is hierin moeilijk te corrigeren. De nieuwe vriend van zijn moeder accepteert hij niet, hij claimt zijn moeder als de vriend er is. Situatie speelt afgelopen 6 maanden.

In het verleden was er sprake van huiselijk geweld door de biologische vader van het kind. De jongen vertoonde toen soortgelijk gedrag. In het verleden hebben ze al opvoedondersteuning gehad van CJG (hij was toen 2 jaar), wat tijdelijk succes had.

Moeder is nu radeloos. Haar sociale leven lijdt eronder en haar vriend dreigt hun relatie op te zeggen vanwege het gedrag van haar zoontje.

Acties: informatie inwinnen bij CJG. Desnoods nieuwe observatie door de orthopedagoog. Afhankelijk van bevinding orthopedagoog, doorwijzing ENVER. Eventueel doorverwijzing Indigo/ Incredible years. Groepstraining aan ouders en kinderen 3-6 jaar. Gericht op oppositioneel-opstandig of antisociale gedragsstoornis of risico lopen deze stoornissen te ontwikkelen.



SAD



ANGRY



CRY

Casus 5 (door een POH GGZ jeugd)

Moeder komt met haar 7-jarige dochter (A.). Moeder geeft aan dat zij zich zorgen maakt om A. Volgens moeder zou sprake zijn van gedragsproblemen bij haar dochter. Ze noemt als voorbeeld dat haar dochter zich niet aan de huisregels wil houden. Dochter vertoont veel opstand tegen moeder, waardoor moeder af en toe niet weet wat voor houding zij hiertegenover zou moeten aannemen.

Het is enkele keren voorgekomen dat A. gevaarlijk gedrag vertoonde, zoals het lopen naar een meer, waardoor de ouders zijn geschrokken. Volgens A. zat hier geen enkele gevaarlijke intentie achter en wilde zij even naar het water kijken.

A. is tevens vaak jaloers op haar zusje waardoor vaak sprake is van een discussie tussen hen. A. heeft vaak het idee dat haar zusje wordt voorgetrokken door moeder en dat zusje haar bewust probeert te pesten door haar speelgoed af te pakken.

Het gezin van A. bestaat uit vader, moeder en een zusje van 3 jaar. Vader werkt en is hierdoor voornamelijk in de avonden thuis. De moeder werkt niet waardoor zij zo veel mogelijk tijd met haar kinderen kan doorbrengen.

M.b.t. de schoolresultaten komt naar voren dat A. goede cijfers haalt en haar sociale contacten op school goed onderhoudt.

Na enkele gesprekken is het duidelijk dat A. heel jaloers op haar zusje is, waardoor zij op verschillende wijzen aandacht probeert te zoeken bij haar ouders. Daarnaast voelt zij zich niet begrepen door haar ouders. Er zijn enkele inzicht gevende systeemgesprekken gevoerd met zowel de moeder als met de vader. Tijdens deze gesprekken is in overleg met A. besloten wat met de ouders gedeeld zal worden. Er zijn duidelijke afspraken met de ouders en het kind gemaakt. Hierna is grote verbetering in het gedrag van A. te zien. A. is momenteel nog in behandeling, momenteel voornamelijk in het kader van terugvalpreventie.

Casus 6 (door een POH GGZ jeugd)

Een meisje van 14 jaar meldt zich bij de huisarts met de klacht moeilijk te kunnen slikken. Ze eet hierdoor de afgelopen weken weinig, en heeft gewicht verloren. Ze ervaart tijdens het slikken pijn in haar keel. De klachten zijn begonnen nadat het meisje zich verslikte, waarnaar zij het gevoel had dat er iets in haar keel bleef hangen. Dit leidde op dat moment tot paniek. Deze gebeurtenis viel samen met de dag waarop zij te horen had gekregen dat haar opa, waarmee zij een hechte band had, was overleden.

Gedurende de afgelopen weken heeft ze steeds meer moeite gekregen met het eten volgens haar normale voedingspatroon. Ze vindt veel soorten eten spannend om te eten uit angst dat het in haar keel blijft hangen. De huisarts, het meisje en de moeder van het meisje komen tijdens het eerste consult bij de huisarts overeen dat de klachten mogelijk met spanning samenhangen. Hierop wordt het meisje doorverwezen naar mij als POH-GGZ Jeugd.

Na de klachten met het meisje te hebben uitgediept en zo de aanleiding van de klachten en verdere verloop hiervan in kaart te hebben gebracht concludeer ik een vermoeden van een opgebouwde slikangst bij het meisje. Ik geef het meisje tijdens het eerste consult psycho-educatie over de werking van angst. Ik leg haar uit hoe de spanning die bij angst komt kijken tot pijn tijdens het slikken en moeite met slikken kan leiden. Het meisje lijkt hiervoor ontvankelijk en het te begrijpen. Ik leg haar uit dat ik graag met haar wil kijken of ik haar kan helpen door haar te leren ontspannen tijdens het eten, afleiding in te zetten om angst te verminderen en niet-functionele gedachten voor helpende gedachten te vervangen (CGT technieken). Het meisje gaat hiermee akkoord en gaat thuis aan de slag met ontspanningsoefeningen en een registratieopdracht voor haar niet-functionele gedachten. Het meisje boekt binnen 3 consulten duidelijke vooruitgang. Ze gaat nog eenmaal naar de huisarts voor het uitsluiten van een fysieke oorzaak, deels ter geruststelling. Binnen 5 consulten zijn de klachten van het meisje naar tevredenheid verminderd. Zij eet nog enkele producten niet makkelijk en is nog niet naar tevredenheid terug aangekomen. Moeite met slikken is significant verminderd. We maken nog één afspraak met een langere tussentijdse periode voor de zekerheid.

Uit de casusbeschrijvingen zien we het beeld uit de vorige hoofdstukken naar voren komen van een variëteit aan gezondheid, gedrags-, sociale en psychische problemen bij kinderen en jongeren van verschillende leeftijden. Kenmerkend aan de aanpak is dat middels een beperkt aantal gesprekken met kinderen en ouders het probleem samen met hen wordt opgelost of hanteerbaar wordt gemaakt. Ouders en kinderen krijgen inzicht en praktische tips die ze toepassen en waarvan het effect wordt besproken. Bij vermoedens van ernstigere (psychiatrische) problematiek, zoals bij

casus 2 en 3, wordt gericht specialistische expertise gezocht. De jeugdconsulent houdt na afronding van een traject de vinger aan de pols.

Zoals ook uit de vorige hoofdstukken bleek, is de verwachting dat de aanpak van de jeugdconsulenten bijdraagt aan maatwerk in de hulpverlening en de eigen kracht van het kind en het gezin. Dit zou dan ook tot een hogere cliënttevredenheid moeten leiden. De vraag is in hoeverre we dit ook terugzien in de ervaringen en tevredenheid van de cliënten of dat er mogelijk (hiernaast nog) andere factoren zijn die hierop van invloed zijn.



7.3 Resultaten interviews cliënten

We hebben vijf ouders van cliënten en in 1 geval de cliënt (het kind) zelf, geïnterviewd. Van drie cliënten hebben we ook een casusbeschrijving. Twee cliënten werden geholpen door een CJG-verpleegkundige (cliënten 2 en 3) en drie door een POH-GGZ jeugd (cliënten 1, 4 en 5).

Achtereenvolgens gaan we in op de reden waarom en de wijze waarop de cliënt volgens de ouder(s) of eigen zeggen bij de jeugdconsulent is aangemeld, de ervaringen met de hulpverlening door de jeugdconsulent en de huidige situatie. Drie geïnterviewden maken deel uit van een eenouder gezin (alleenstaande moeder) en twee behoren tot een tweeoudergezin (een gezin met vader en moeder). De gezinnen hebben 1 tot 5 kinderen en de kinderen zijn tussen de 1 en 21 jaar oud. De cliënten zijn tussen de 7 en 13 jaar oud en betreffen zowel jongens als meisjes.

7.3.1 Aanmelding bij jeugdconsulent

Hoewel alle kinderen uiteindelijk via de huisarts bij de jeugdconsulent zijn gekomen, is er variatie in de voorgeschiedenis. Ofwel ouders gingen naar de huisarts vanwege eigen lichamelijke en/of psychische klachten. De huisarts

of de POH GGZ voor volwassenen had vervolgens het vermoeden dat de klachten samenhangen met zorgen over hun kind(eren). Ofwel ouders gingen direct, al of niet met hun kind, naar de huisarts om problemen m.b.t. hun kind(eren) te bespreken. Het gaat daarbij om opvoedingsproblemen (bijv. niet luisteren), problemen op school (bijv. gepest worden, slechte schoolprestaties) of zorgen rondom afwijkende gedachten en gedrag van het kind (bijv. dwangmatige, angstige, gevaarlijke, ongezonde of zelfdestructieve gedachten en gedragingen).

De rode draad die door de interviews loopt als het gaat om de reden dat ouders hulp zoeken, is onzekerheid over het gedrag van hun kind en over hun aanpak als opvoeder. Vaak gaat het om de vraag of het gedrag van het kind 'normaal' is. Dat wil zeggen normaal gezien de omstandigheden (bijvoorbeeld na een echtscheiding) of passend bij ontwikkelingsfase van een kind (bijvoorbeeld puberteit). Of dat er meer aan de hand is. Zo vraagt een alleenstaande moeder zich af of haar dochter een ongezond zelfbeeld heeft. In de telefoon van haar dochter las ze namelijk een bericht aan een vriendin waarin haar dochter aangaf dat ze een test had gedaan op internet waaruit kwam dat ze misschien depressief is. Haar dochter had bij de spiegel bovendien allemaal negatieve woorden over zichzelf opge-

schreven. Daarbij eet ze slecht en is vaak erg moe. Moeder vraagt zich af in hoeverre deze gedachten en dit gedrag normaal zijn voor een puber of dat er meer aan de hand is. *Toen zag ik allemaal woorden. Dan ga je misschien een beetje teveel nadenken, maar ja tegenwoordig zijn ze allemaal met hun figuurtje bezig. Wat moet ik hiervan denken? Mijn dochter die zit nu in de pubertijd en ze is best wel gesloten. Ik weet het zelf niet. Ga ik twijfelen aan mezelf van oké ga ik niet te ver? Je moet je ook niet te druk maken. Hoort dit bij de pubertijd? (cliënt 2)*

Er wordt veelvuldig getwijfeld aan de eigen rol als opvoeder. *Doe ik het wel goed? Ik heb angst om te falen. Mijn huwelijk is niet goed gegaan en de kinderen hebben nu geen vader en ik voel me daar niet zo goed over. Ik ben bang dat ik meer fouten ga maken als moeder. En niet kleine fouten, want die maak ik wel. Maar grote fouten weer. Dat het een effect gaat hebben op de kinderen. Bij de geïnterviewde alleenstaande moeders ontbreekt ook vaak de mogelijkheid om feedback te krijgen uit de omgeving. Soms maak ik keuzes, maar ik heb niemand om mijn keuzes terug te kaatsen van 'Vind je dat goed?' Ik zit altijd alleen, en als ik het goed of niet goed doe...Ik krijg geen compliment. Ik krijg geen kritiek. Dus blijf ik altijd met een vraagteken: 'doe ik het goed of niet?' (cliënt 3)* Ze hebben geen familie of vrienden die dat kunnen geven *Mijn moeder is er niet meer. Normaal zeg je ma wat moet ik doen? (cliënt 2)* Ouders hebben behoefte aan deskundig advies. *Ik dacht als ik naar de huisarts ga, zullen ze mij doorverwijzen naar een psycholoog. Waar ik mezelf kan uiten, want ik heb niemand in mijn omgeving waar ik me zelf kan uiten. Ik heb wel mensen. Maar hun mening is niet veel waard, als ik het zo mag zeggen. Interviewer: je had echt iemand nodig die er ook verstand van heeft, om het maar zo te zeggen. Respondent: Precies, die mij goede feedback of goed advies kan geven. En mensen in mijn omgeving... ik ben degene die het goede advies geeft. (cliënt 3)*

Het feit dat de aanmelding bij de jeugdconsulent via de huisarts loopt en dat de jeugdconsulent in de huisartspraktijk of gezondheidscentrum zit, geeft vertrouwen bij cliënten. *Ik weet dat mijn huisarts me niet zomaar aan <naam jeugdconsulent> zou doorverwijzen. (cliënt 4)*

Er wordt ook gewezen op de drempel die er bij andere ouders zou zijn om naar het CJG of het Wijkteam te gaan. De angst zou bestaan dat ze daar beoordeeld worden op hun rol als ouder en dat hun kind(eren) uit huis wordt geplaatst. *Centrum Jeugd en Gezin, mensen gaan daar niet makkelijk heen. Wijkteam klinkt ook niet leuk voor mensen. Mensen hebben het idee van Kinderbescherming. Dat ze komen*

controleren. Straks gaan ze Kinderbescherming of zo inschakelen. Ze komen mijn kinderen afpakken, (cliënt 2).

7.3.2 Ervaringen met jeugdconsulent

Werkwijze

Op basis van de vijf interviews zien we variatie in de werkwijze van de jeugdconsulenten in de mate waarin: de aanpak is gericht op individuen of op het (gezin)systeem als geheel, de jeugdconsulent zelf behandeld, het aantal gesprekken en de mate waarin een beroep wordt gedaan op specialisten uit de 2^e lijn. Er is niet altijd een duidelijk verband te zien tussen de gekozen werkwijze en de aard en zwaarte van de problematiek. Op basis van de ervaringen van de respondenten zien we in ieder geval wel een duidelijk verschil in werkwijze tussen de jeugdverpleegkundigen en de POH'ers. De jeugdverpleegkundigen voeren minder gesprekken, sluiten sneller af, behandelen minder zelf en verwijzen meer door binnen de eerste lijn dan de POH-GGZ-jeugdconsulenten.

Overigens zien we ook in de verhalen van de respondenten wederom het probleem van de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ: *... ze heeft mij ook bij <naam 2^e lijns GGZ-instelling> aangemeld...maar die zijn hartstikke langzaam. Ik moest twee maanden wachten voor een afspraak, en toen bij die afspraak kwamen ze erachter dat ik bij de verkeerde was en nu moet ik weer twee maanden wachten voor een andere afspraak (cliënt 3).*

Tevredenheid

Drie van de vijf respondenten zijn tevreden over de jeugdconsulent. In alle gevallen betreft het de POH-GGZ jeugdvariant. Opvallend is overigens dat er geen onlosmakelijke één op één relatie is tussen het behaalde resultaat en de mate van tevredenheid met de jeugdconsulent. Zo blijkt een ouder ontevreden over de jeugdconsulent ondanks dat het probleem waarvoor ze met haar kind kwam bijna is opgelost. Terwijl een andere ouder volledig tevreden is over de jeugdconsulent ondanks dat er in de situatie van haar kind vrijwel niets is veranderd. In het eerste geval voelde de ouder zich niet gehoord en had geen goed beeld van wat de jeugdconsulent had gedaan. In het tweede geval voelde de moeder zich begrepen en had het gevoel dat zij en de jeugdconsulent op één lijn zaten.

Cliënt 1 (kind) geeft aan dat ze de jeugdconsulent heel aardig vindt en dat ze het 'echt' leuk vindt met haar. Het

meisje denkt dat ook andere kinderen de gesprekken met de jeugdconsulent leuk kunnen vinden.

Cliënt 4 vindt het vooral goed dat de jeugdconsulent haar zoon stimuleert om dat te doen waar hij bang voor is. *“Ze stimuleert hem. Ze zegt: je moet het zo doen en zo doen. Je moet het proberen en een beloning krijgen. Bijvoorbeeld, je krijgt een beloning van moeder of van vader als je dit doet. Als je dat niet doet dan krijg je niks.”* Hoewel de vorderingen van hun zoon klein zijn, zijn de ouders toch tevreden met de jeugdconsulent vanwege haar inzet en praktische insteek (bijvoorbeeld beloningsysteem). *“Zij doet het eigenlijk goed. Ze praat met hem van waarom ben je bang en er is niks aan de hand en waarom slaap je niet alleen, probeer dat, doe dat. Heel veel dingen. Zij doet haar best, wij doen ons best.”* Daarbij hebben ze ook een goed contact met de jeugdconsulent. Ze hebben het gevoel dat de jeugdconsulent hen begrijpt en dat hun zoon de jeugdconsulent vertrouwt. Ze vragen zich nog wel af waar de angsten en het vermijdende gedrag vandaan komen en hoe zich dat in de toekomst zal ontwikkelen: *Ik weet niet. Is moeilijk. Hij heeft nu angst en ik weet niet, gaat het weer weg of blijft dat?*

Cliënt 5 heeft alleen maar positieve ervaringen met de jeugdconsulent en geen negatieve, zo geeft ze aan. Ze heeft ook geen verbeterpunten. De jeugdconsulent was in staat om haar gerust te stellen en ze had het gevoel dat de jeugdconsulent haar goed begreep. Ze merkt daarin duidelijk verschil met de tweedelijns GGZ-instelling waar de onderzoeken bij haar dochter nu plaatsvinden. *Ik ben altijd heel erg menselijk en dat ging vrij standaard. Daar is het gewoon: back to business en we gaan dit doen, dat doen. Het gaat om vragenlijst, nog een vragenlijst, nog een vragenlijst en je dochter moet deze opdrachten gaan doen. Ik snap het helemaal. Maar ja, het gaat wel om mijn kind. Ze vindt het overigens wel fijn dat de jeugdconsulent zaken laat onderzoeken: Zij heeft mij uiteindelijk geadviseerd om wat dingetjes te laten onderzoeken. En ik vond het heel fijn om dat via haar te doen omdat de drempels zijn toch even wat lager.* Ze vindt het ook prettig om met iemand, een professional zoals de jeugdconsulent, te spreken die verstand heeft van zaken zoals ADHD. Ze zou graag willen dat de jeugdconsulent ook na het actieve hulpverleningstraject betrokken blijft. Ten slotte is ze ook tevreden over hoe er is samengewerkt tussen jeugdconsulent, huisarts en tweedelijns GGZ. *Ik had de indruk dat dat wel gestroomlijnd ging, dat die contacten wel oké zijn onderling.*

Twee van de vijf cliënten zijn niet (geheel) tevreden over de jeugdconsulent. Het betreft in beide gevallen de CJG-variant.

Cliënt 2 is niet tevreden over de jeugdconsulent. Haar ongerustheid over het eetgedrag en zelfbeeld van haar dochter is niet weggenomen omdat ze twijfelt of de jeugdconsulent in 1 gesprek kan vaststellen dat er niets ernstigs aan de hand is. *“Kan je wel echt in één gesprek zeggen van ja het is de pubertijd en het gaat goed? In één gesprek kan je dan al weten dat het wel goed zit? Daarover heb ik nog mijn twijfels.”*

Cliënt 3 vindt dat de jeugdconsulent niet zoveel voor haar heeft gedaan en is ontevreden over hoe er met haar is gecommuniceerd. Zo is voor haar onduidelijk waarover de jeugdconsulent met school heeft gesproken en welk effect dit had op het pestgedrag. Ze is overigens ook ontevreden over hoe school hierover met haar heeft gecommuniceerd. De cliënt heeft ook niet het gevoel dat de jeugdconsulent haar begreep. Zo voelt ze zich onzeker over het gedrag van haar kinderen: Is dit normaal of niet? En voelde zich op dit punt niet begrepen. *Ze gaf mij het gevoel dat zij mij niet begreep. Ik vraag bijvoorbeeld ‘de kinderen dit en dat is dat normaal?’ En dan gaat ze: oké, m-hm, ja. Dan blijft ze een beetje kijken. Ik verwacht een antwoord.* Ze maakt zich ook zorgen over haar jongste kind. Die vraagt veel aandacht en is brutaal. De jeugdconsulent wilde hier echter niet mee aan de slag voordat het traject met haar zoon is afgerond. Mevrouw is het daar niet mee eens. Allebei haar kinderen hebben hun problemen en ook met de situatie van haar dochter wil ze geholpen worden.

7.3.3 Huidige situatie cliënt

Twee van de vijf trajecten lijken afgerond. In het ene traject is de situatie van de cliënt aanmerkelijk verbeterd t.a.v. het oorspronkelijke probleem, in het andere traject niet. In beide gevallen gaat het om de CJG variant. De overige drie trajecten die worden uitgevoerd door de POH-jeugdconsulent lopen waarschijnlijk nog. In 1 geval is het directe probleem opgelost en in de andere 2 trajecten is er (voorzichtig) vooruitgang te zien in de situatie.

Traject

Uit de verhalen van de geïnterviewden valt niet altijd met zekerheid op te maken in welke fase het hulpverleningstraject van de jeugdconsulent zich bevindt. Bij 2 trajecten lijkt het erop dat de actieve hulpverlening is beëindigd en nazorg wordt geboden. Die nazorg bestaat uit het (per email) informeren van de cliënt over de gang van zaken en het beantwoorden van vragen.

Een traject lijkt te zijn afgerond wanneer de jeugdconsulent geen afwijkend gedrag (meer) ziet, andere instanties de benodigde hulpverlening gaan bieden of het (opvoed)probleem hanteerbaar is geworden voor de ouders.

Opvallend is wel het verschil in hoe ver de jeugdconsulent gaat bij de aanpak van een probleem. De jeugdconsulenten van het CJG richten zich vooral op het beantwoorden van de directe hulpvraag waarvoor men is aangemeld. Als de vraag is beantwoord, het directe probleem is opgelost of belegd bij een andere organisatie wordt het (actieve) traject beëindigd. Terwijl de POH-jeugdconsulenten de gezinnen intensiever en langduriger zelf begeleiden en behandelen.

De eerste aanpak leidt tot kortere trajecten van de jeugdconsulent, maar dit lijkt wel ten koste te gaan van de tevredenheid van cliënten. Het hier geconstateerde verschil in aanpak tussen beide typen jeugdconsulenten is overigens niet meer dan een opvallendheid die nader onderzoek verdiend. Het gaat hier geenszins om een empirisch hard gegeven.

Van 1 traject is de status onduidelijk. Er vinden nog steeds gesprekken plaats met de cliënt, hoewel het traject formeel (volgens de registratie) is beëindigd en alleen nog terugvalpreventie plaatsvindt. Twee andere trajecten zijn duidelijk nog actief. Bij 1 van deze lopende trajecten wordt de cliënt op dit moment onderzocht door een tweedelijsorganisatie. Als dat onderzoek is afgerond wordt het traject weer verder opgepakt door de jeugdconsulent. In het andere traject blijft de jeugdconsulent samen met kind en ouders in kleine stapjes werken aan het verminderen van de angsten van het kind en is de jeugdconsulent van plan om een keer in de thuissituatie het gedrag van het kind te observeren en begeleiding te bieden. De ouders vinden dat een goed idee omdat hun zoon buitenshuis een ander gedrag zou laten zien. Hun zoon schaamt zich voor zijn angsten en houdt ze daarom buitenhuis zoveel mogelijk verborgen.

Probleem

Het probleem waarvoor men bij de jeugdconsulent kwam, is in de huidige situatie in 1 geval opgelost (nazorgfase). Het vermeende gevaarlijke gedrag van het kind heeft zich niet meer voorgedaan. Er bleek hier geen sprake van een onderliggende psychische ziekte of afwijking. Het kind wilde aandacht met dit gedrag, was jaloers op haar zusje.

Dit probleem is en wordt met behandeling van kind en opvoedingstips aan ouders aangepakt en het kind vindt dat de relatie met haar moeder en zusje ook duidelijk is verbeterd (met haar vader had ze volgens eigen zeggen al een goede band): *Mijn moeder is een beetje liever geworden. En mijn zusje ook (cliënt 1).* Onduidelijk is of haar ouders nog behoeften hebben, aangezien we alleen het kind hebben geïnterviewd. Die wil in ieder geval graag contact houden met de jeugdconsulent.

Voor twee cliënten is het oorspronkelijke probleem nog niet opgelost, maar is het traject nog volop gaande. In het ene geval zijn al wat veranderingen in de situatie aangebracht die mogelijk helpen bij het oplossen van het probleem dat haar dochter heeft met het maken van bepaalde toetsen op school. *Uiteindelijk houdt school nu ook meer rekening. Ze mag apart gaan zitten, dat het wat rustiger is. En ze houden me wat meer op de hoogte over wanneer de toets is. Dat ik daar een beetje extra, op tijd naar bed, of ik met haar wat extra leuks doe ter ontspanning (cliënt 5).*

In het andere geval is de situatie volgens de ouders iets verbeterd. Hun zoon kampt al 2 jaar, sinds een ernstig ongeluk, met ingrijpende angsten, zoals verlatingsangst. *Interviewer: Maar merkt u wel, gaat het nu beter sinds hij bij <naam jeugdconsulent> is of blijft het een beetje hetzelfde, de angst? Respondent: Kleine dingen. Niet zo echt. Maar vroeger, helemaal niet in de douche en nu wel. Maar met de deur open, niet helemaal dicht. Maar de stapjes zijn dus klein en moeder ervaart het soms best als een last dat haar zoon zo vaak een beroep op haar doet. Ik kan bijna geen kant. Alleen als hij is bij school. Als hij is bij school dan is het wel. Dan kan ik boodschappen, daar kan ik iets anders doen.*

In 1 geval is onduidelijk in hoeverre het probleem is opgelost aangezien de cliënt en jeugdconsulent hierover van mening verschillen en het traject te kort geleden is afgesloten om duidelijk effecten te kunnen zien. Het betreft de moeder die zich zorgen maakt over het zelfbeeld en gedrag van haar kind. Haar dochter is vaak somber, moe en eet slecht. Volgens de jeugdconsulent gaat het om normaal pubergedrag en zijn de klachten vooral het gevolg van een gebrek aan vitamine d. Ze heeft daarover afspraken gemaakt met dochter en tips gegeven hoe dochter ervoor kan zorgen dat ze de vitamine d trouw op het voorgeschreven moment inneemt. Onduidelijk is of dochter dit al doet en of dit het gewenste effect heeft. Daarvoor heeft het gesprek ook te kort geleden plaatsgevonden. Voor moeder is nog onvoldoende uitgezocht of er niet meer aan de hand

is, maar dit heeft ze nog niet aan de jeugdconsulent kunnen vertellen.

Behoeften

De geïnterviewde ouders zouden graag meer willen weten over wat de oorzaak is van het gedrag van hun kinderen, wat de vooruitzichten zijn en wat hier verder aan gedaan kan worden. Vooral ook door henzelf. Zoals eerder aangegeven is er een duidelijke behoefte aan inzicht, duidelijkheid en geruststelling als het gaat om de problematiek van hun kind(eren) en hun eigen rol daarin.

Bij de aanpak hebben cliënten de behoefte dat er naar hen wordt geluisterd, dat ze begrepen worden *In sommige gevallen wordt er teveel uit het boekje gewerkt. Het is niet een boekje wat je op school leert. Elk kind is anders. Elke situatie is anders. Bekijk dat per situatie en niet vanuit een boekje. Als er een hulpverlener bij mij komt, dan is het even de kat uit de boom kijken: hoe is die persoon en hoe wil ze te werk gaan? En merk ik van dat het een boekjeswerk wordt, dan kan ik al niet met je overweg. Elk mens is uniek, elke ADHD'er is uniek. En dat is gewoon wat ik echt belangrijk vind: dat iemand zich echt in kan leven in de situatie (cliënt 2).*

Ten slotte, kwamen er in de gesprekken met ouders soms behoeften naar voren die niet zozeer betrekking hebben op de inzet van de jeugdconsulent en die mogelijk ook buiten het takenpakket of de invloedssfeer van de jeugdconsulent vallen. Het gaat hier om behoeften die te maken hebben met het ontlasten van de ouder.

Omdat hier niet expliciet naar is gevraagd, is ook niet voor alle geïnterviewden bekend in hoeverre zij deze behoeften delen. Niettemin, worden ze hier genoemd omdat ze mogelijk van invloed kunnen zijn op de mate waarin ouders zelfstandig de opvoeding kunnen blijven dragen, problemen escaleren en zwaardere zorg nodig is in de toekomst.

Er zijn twee ouders die het alleen opvoeden van hun kinderen zonder mogelijkheden van (deskundige) feedback en eigen ontspanning als zwaar ervaren. Dit geldt temeer door het ontbreken van een sociaal netwerk die in deze behoefte kan voorzien, en omdat er problemen op meerdere leefgebieden spelen (financiën, eigen gezondheid) en met meerdere gezinsgenoten. Overigens zien we in een aantal casussen dat het wijkteam en de POH-GGZ (volwassenen) zich actief op een aantal van deze aspecten richten en daarmee ouders wat 'verlichting' geven.

Zo vindt cliënt 2 het moederschap soms best zwaar. Ze moet veel regelen, weet niet altijd de weg en heeft zorgen

met name over haar andere dochter (ze heeft 3 kinderen) waarvoor ze ook hulp krijgt maar dan van het wijkteam. Ze kent veel mensen in de buurt, maar heeft geen mensen in haar netwerk die haar kunnen helpen door bijvoorbeeld even op de kinderen passen. *Weet je wat het is meneer? Iedereen kan luisteren, maar niemand kan helpen. Snap je? Het zou fijn zijn als er een keer opgepast kon worden. Maar niet iedereen kan dat zeg maar.*

Beide ouders zouden willen dat er zo af en toe even geen beroep op hen wordt gedaan als ouder. Zo geeft cliënt 3 aan dat ze weleens wat meer tijd voor zichzelf zou willen hebben. Maar ze heeft geen oppas. *Ik zou dat heel graag willen, dat ze voor mij zouden kunnen oppassen. Dat ik even uit kan gaan dansen.* Cliënt 2 heeft afleiding door haar vrijwilligerswerk bij de buurtpreventie en de zelfhulpgroep van moeders met kinderen met een onzichtbare beperking, waar ze sinds kort naartoe gaat. Het wijkteam heeft haar hierbij geholpen. *Wat ik wel doe, dat is gewoon mijn ding, is met de buurtpreventie meelopen. Dat is mijn uurtje van: ik ben er niet, ik ben geen mama. Dan is hun vader er en dan ben ik even weg. Dat ik echt zoiets heb van gesprek voeren met volwassenen en niet meer met de kinderen. En geen mama, mama, mama. Je bent onder de volwassenen.*

Ze doen de aanbeveling naar de gemeente om de opvang van kinderen te faciliteren, zodat ouders even iets voor zichzelf kunnen doen, zonder hun kinderen. Zo denkt cliënt 3 dat het goed zou zijn als moeders elkaars kinderen zo af en toe opvangen. *Ik neem je kinderen voor een dag, en ga jij rustig je dingen doen. Dan komen mijn kinderen bij jou, dan heb ik een beetje tijd. Een beetje exchange, maar dan met normale mensen.* Een andere tip die ze voor de gemeente heeft, is ervoor zorgen dat (alleenstaande) ouders simpelweg af en toe met iemand kunnen praten, hun verhaal kunnen doen.

Het 'probleemgedrag' van haar kinderen heeft volgens haar soms ook te maken met het feit dat ze zelf overbelast is en dit op haar kinderen afreageert; verkeerd communiceert met haar kinderen. Die nemen het gedrag van haar over, zo geeft ze aan. *Er was een tijd dat ik zo, mijn emmer was gewoon zo vol dat ik over alles ging schreeuwen. En op een gegeven moment zag ik mijn kinderen ook zo doen. Ja, maar het is gewoon altijd heel moeilijk om een voorbeeld te zijn als je geen energie hebt.*

Overigens bleken achteraf veel van deze stress-klachten samen te hangen met financiële problemen. Ze is erg tevreden over de POH-GGZ volwassenen die haar hiermee, en met veel andere zaken, heeft geholpen. *Zij heeft mij het*

beste geholpen. Want door haar heb ik de hulp gekregen die ik nodig had. En ik hoefde uiteindelijk niet naar de psycholoog. Het gaat gewoon goed. Want uiteindelijk was gewoon de basis van al mijn problemen mijn schulden. Ik ben bezig met schuldsanering (cliënt 2).

7.4 Conclusies

Het blijkt dat van de 5 geïnterviewde cliënten er 3 tevreden en 2 ontevreden zijn over hun jeugdconsulent. De ontevreden ouders worden begeleid door een CJG-verpleegkundige, de tevreden ouders door een POH GGZ-jeugdconsulent. Door de kleine aantallen kunnen hieruit echter geen conclusies getrokken worden over de gehele groep cliënten die door de jeugdconsulenten zijn of worden begeleid. Wel bieden de interviews inzicht in aspecten die samenhangen met de tevredenheid van cliënten.

Bepalend voor de (on)tevredenheid over de jeugdconsulent is de mate waarin die, in de beleving van de ouders, voldoende aandacht besteedt aan hun ongerustheid over de situatie van hun kind en onzekerheid over de eigen rol als opvoeder. Ook de mate waarin de cliënt het gevoel heeft dat de jeugdconsulent zich voor het gezin inzet, is van belang. Dit alles lijkt nog belangrijker voor hun tevredenheid dan het behaalde resultaat.

Wat alle geïnterviewden gemeen hebben, is dat ze een persoonlijke (niet gestandaardiseerde) aanpak van de jeugdconsulent en de laagdrempelige toegang via de huisartspraktijk of gezondheidscentrum positief waarderen. Het vertrouwen dat de huisarts bij cliënten geniet, is daarbij een belangrijke factor. De huisarts kent de gezinnen meestal goed en ouders hebben vertrouwen in de huisarts, en daardoor ook in (de doorverwijzing naar) de jeugdconsulent.



8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk trekken we conclusies over de mate waarin de pilot is geslaagd in het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts, wijkteam en JGZ en het gericht verwijzen naar de specialistische jeugdhulp (in het bijzonder de specialistische jeugd-GGZ). Als deze doelen (deels) zijn gerealiseerd dan beoordelen wij de pilot als effectief. Daarbij noemen we tevens de belangrijkste werkzame onderdelen, verbeterpunten en voorwaarden voor implementatie. Specifieke aandacht gaat uit naar de verschillen tussen de beide varianten (jeugdverpleegkundige en POH-GGZ Jeugd). Ten slotte volgen aanbevelingen voor verdere ontwikkeling en toepassing van de interventie Jeugdconsulent.

8.2 Conclusies

1. Effectiviteit I : gerichtere verwijzingen aannemelijk

Is er gedurende de pilot gericht verwezen naar de specialistische jeugdhulp? Omdat we niet exact weten hoe de huisartsen verwezen vóór de pilot, kunnen we niet met cijfers staven of er een verandering heeft plaatsgevonden. Wel weten we uit de registratiegegevens dat tijdens de pilot 68% van de 220 cliënten zelf is behandeld of begeleid door de jeugdconsulent (zie H3.4). Dit was vóór de pilot, zonder jeugdconsulent, niet mogelijk. Ook weten we dat de jeugdconsulenten tijdens de pilot 19% van de cliënten heeft doorverwezen naar de specialistische jeugd-GGZ. Als we deze cijfers met elkaar vergelijken dan is het merendeel van de cliënten door de jeugdconsulent zelf geholpen en is slechts een klein gedeelte doorverwezen naar de GGZ. We trekken hieruit de voorzichtige conclusie dat er gericht is verwezen, omdat het aannemelijk is dat de jeugdconsulenten alleen degenen waarvoor het echt nodig was hebben doorgestuurd naar de GGZ. Ook uit de interviews die we in H4 en H5 hebben beschreven blijkt dat de pilot heeft bijgedragen aan een gerichtere verwijzing. Een jeugdconsulent heeft vaak meer kennis van de GGZ dan de huisarts en kan beter

voorsorteren op de juiste plek voor een cliënt. Ook kennis van het CJG en het wijkteam levert hieraan een bijdrage.

Naast de vraag of de pilot heeft geleid tot gerichtere verwijzingen hebben we de vraag proberen te beantwoorden of de pilot heeft geleid tot minder verwijzingen naar de specialistische jeugd-GGZ. Dit is niet gelukt. Het is namelijk niet mogelijk om de daarvoor benodigde vergelijking te maken met de situatie voordat de pilot van start ging (nulmeting) en met vergelijkbare praktijken zonder jeugdconsulent (controlegroep). De interviews hebben meer aanwijzingen gegeven voor een afname. De professionals in de praktijken die hebben meegedaan aan de jeugdverpleegkundige variant denken dat het aantal verwijzingen naar de GGZ door de inzet van de jeugdconsulent is afgenomen. De professionals in de variant POH GGZ jeugd zijn verdeeld: een deel denkt van wel, anderen zijn daar minder van overtuigd.

2. Effectiviteit II: samenwerking in jeugdverpleegkundige variant verbeterd, in POH GGZ variant nauwelijks

Op basis van het cijfermateriaal en de interviewresultaten zijn er redenen om te veronderstellen dat met name de jeugdverpleegkundige variant heeft bijgedragen aan de samenwerking van de huisartspraktijk met het CJG en, in iets mindere mate, met het wijkteam. Daarentegen heeft de jeugdconsulent variant POH-GGZ jeugd weinig contact met het CJG en het wijkteam, en verwijst cliënten daar zelden naartoe. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat met de komst van de jeugdconsulent de samenwerking tussen de huisartspraktijken en wijkteams weliswaar is verbeterd maar niettemin toch vaak moeizaam blijft. Vooral de informatie-uitwisseling over cliënten/patiënten, zoals een gebrekkige bereikbaarheid en onvoldoende terugkoppeling, wordt aan beide kanten als probleem ervaren. Daarnaast belemmert een onjuist beeld of negatief imago van de wijkteams bij een deel van de cliënten en huisartsen de samenwerking.

3. **Verbetering kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg**

Professionals geven aan dat door de inzet van de jeugdconsulenten cliënten meer maatwerk kan worden geboden, dat jeugdconsulenten anticiperen op de hoge wachttijden bij de specialistische GGZ en oplossingen zoeken die minder ingrijpend zijn en tijdelijk een hoge wachttijd kunnen overbruggen. Voorts zouden mogelijk cliënten worden bereikt die normaal gesproken, door een gebrek aan vertrouwen, buiten beeld blijven van instanties zoals het wijkteam. Dit laatste kan tot gevolg hebben dat het aantal doorverwijzingen naar de 2^e lijnszorg juist toeneemt.

4. **Werkzame ingrediënten: vertrouwen, korte lijnen, overleg, deskundigheid en cliëntgerichtheid**

Cruciale elementen van de interventie jeugdconsulent zijn de fysieke aanwezigheid van de jeugdconsulent, de nabijheid in de huisartsenpraktijk, de overlegmomenten met de huisarts, de aanspraak die het maakt op het basisvertrouwen van patiënten in de huisarts en de laagdrempeligheid voor patiënten.

De specifieke meerwaarde van de variant POH GGZ jeugd ligt in het beschikbaar komen in de huisartsenpraktijk van kennis en ervaring m.b.t. GGZ problematiek bij jongeren waardoor het mogelijk wordt in de praktijk kortdurende behandelingen uit te voeren.

De specifieke meerwaarde van de jeugdverpleegkundige variant is de koppeling van de ervaring, kennis en netwerken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg aan de huisartsenpraktijk. Dit geldt in het bijzonder voor de kennis en contacten die de jeugdverpleegkundige heeft t.a.v. het CJG. De huisartsen zijn niet altijd zo bekend met het CJG en hebben hier weinig contact hiermee. De jeugdconsulenten hebben deze contacten wel en kunnen oplossingen op maat aangeven voor de klachten van de jongeren die zij zien.

5. **Werkzame ingrediënten: tevredenheid professionals**

De huisartsen en jeugdconsulenten zijn tevreden over hun deelname aan de pilot, de samenwerking die ze met elkaar hebben opgezet en de positieve gevolgen van de nieuwe werkwijze. In twee gezondheidscentra werd de tevredenheid getemperd door een minder hoog aantal aanmeldingen van cliënten dan verwacht.

6. **Werkzame ingrediënten cliënttevredenheid: persoonlijke benadering en praktische hulp**

Een cruciaal element als het gaat om de tevredenheid van de cliënten is dat zij zich gehoord voelen, in het bijzonder dat er voldoende aandacht en begrip is voor hun ongerustheid over de situatie van hun kind(eren) en onzekerheid over de eigen rol als opvoeder. Maar ook de mate waarin zij het gevoel krijgen dat de jeugdconsulent zich in praktische zin inzet voor hun gezin, is van belang. Cliënten waarderen de persoonlijke (niet gestandaardiseerde) aanpak van de jeugdconsulent, zeker in vergelijking met hun ervaringen met tweedelijns ggz-organisaties.

Het is mogelijk dat de variant jeugdverpleegkundige, onder andere vanwege de snellere doorverwijzing en het kleinere aantal contactmomenten, minder ruimte biedt voor een dergelijke cliëntgerichte aanpak en daardoor gepaard gaat met een lagere cliënttevredenheid dan de POH-variant.

7. **Voorwaarden organisatie: werkruimte, tijd, geld, aanmeldingen en stabiliteit**

In de interviews worden voorwaarden genoemd die de inzet van de jeugdconsulent succesvol kunnen maken. Een geschikte werkplek/spreekkamer met moderne faciliteiten is er daar één van. Voldoende tijd om te overleggen met de netwerkpartners een tweede. Naast deze meer logistieke voorwaarden worden ook andere genoemd: een stabiel wijknetwerk (bijv. wijkteam) met minder organisatie- en personeelwisselingen en meer bekendheid over de jeugdconsulent bij het wijkteam.

Twee andere belangrijke condities voor succes zijn een voldoende workload voor de jeugdconsulent en een stabiele huisartsenpraktijk. In twee gezondheidscentra waren te weinig aanmeldingen om de werkuren van de jeugdconsulent te vullen. De tweede conditie is van belang omdat een huisartsenpraktijk met teveel wisselingen van huisartsen niet goed is voor de bekendheid van de huisarts met de jeugdconsulent en ook niet goed is voor het vertrouwen van een patiënt in een huisarts om sociaal-psychische problemen bij kinderen aan te kaarten. Ten slotte is bij een vervolg op de pilot een blijvende financiering van de jeugdconsulent van belang en de mogelijkheid voor huisartsen om de overlegtijd met een jeugdconsulent te declareren.

8.3 Aanbevelingen

1. Jeugdconsulent waardevolle schakel

De jeugdconsulent kan een waardevolle schakel zijn in de zorgketen voor jongeren met sociaal-psychische problemen. Bij de eventuele uitrol van de jeugdconsulent over de stad is het belangrijk om de functie van jeugdconsulent goed te omschrijven. Heeft de jeugdconsulent alleen een inventariserende rol of ook een behandelende rol? Wat betekent 'breed kijken' naar gezinsproblematiek voor de jeugdconsulent? En welke rol is er op specifieke terreinen als opvoedproblematiek, enkelvoudige en meervoudige problematiek? Het lijkt hierbij efficiënt om rekening te houden met bestaande infrastructuur (onder andere CJG, wijkteams en 2^e lijns- en specialistische jeugdhulp).

2. Scholing en intervisie

Gezien de positieve ervaringen en het belang dat wordt gehecht aan de opleiding tot jeugdconsulent verdient het aanbeveling dit voort te zetten. Daarbij bestaat behoefte aan periodieke opfris- en bijscholingscursussen. Daarnaast is van belang dat jeugdconsulenten leren op basis van hun ervaringen, bijvoorbeeld door het bespreken van casussen met andere jeugdconsulenten en eventueel professionals (bijvoorbeeld 2^e lijns ggz-specialisten).

3. Grenzen van zelf doen

Het is opvallend hoeveel variatie er is in de wijze en intensiteit van begeleiden van cliënten door de jeugdconsulent. Bij ogenschijnlijk gelijksoortige problematiek gaat de ene consulent veel verder in het zelf behandelen dan de ander. De vraag is waar de grenzen liggen. Wanneer dient een consulent zelf te behandelen en wanneer dient de consulent de cliënt te verwijzen? Het is belangrijk dat hier meer duidelijkheid over komt. Ook de beschikbare literatuur wijst hier op. Een antwoord op deze vraag bepaalt ook voor welke variant er kan worden gekozen. Wanneer de nadruk ligt op het zelf behandelen van (ggz-)problematiek door de jeugdconsulent is dat de POH-GGZ Jeugd variant.

4. Betrekken wijknetwerk

Het is van belang dat het wijknetwerk, bijvoorbeeld de wijkteams, meer zijn betrokken bij de opzet en implementatie van de interventie jeugdconsulent. Dat vraagt

inspanning aan beide kanten (huisartspraktijk/jeugdconsulent en netwerkpartners in de wijk).

Om de samenwerking met het wijknetwerk te verbeteren dient de jeugdconsulent een gedegen kennis te hebben van de sociale kaart en de nodige energie en tijd te steken in de netwerkcontacten. Het belang hiervan zou moeten terugkomen in de functieomschrijving en het takenpakket van de jeugdconsulent. Bijvoorbeeld, dat hierin de benodigde ruimte (uren) is vastgelegd voor netwerkactiviteiten. En ook in het leerproces (opleiding, intervisie ed) van de jeugdconsulent dient netwerkontwikkeling en samenwerking een belangrijke plaats te hebben.

5. Kennis over neerwaartse druk

De doelstellingen, met name het terugdringen van het aantal meldingen bij specialistische jeugdhulp, vragen kennis en vaardigheden van de jeugdconsulent hoe neerwaartse druk op het aanbod uit te voeren. Dat wil zeggen een aanpak waarbij zoveel mogelijk wordt voorkomen dat (dure) specialistische zorg wordt ingezet en zoveel mogelijk oplossingen worden georganiseerd met hulp van lichte formele (basishulp) of informele zorg. Zowel in de scholing als in de praktijk is het belangrijk te kijken naar werkzame methoden. Tegelijkertijd vraagt dit ook aandacht voor mogelijk negatieve gevolgen, zoals het te laat inschakelen van 2^e lijns zorg waardoor problematiek escaleert en op langere termijn mogelijk zelfs een grotere inzet van specialisten nodig is.

6. Inzicht in effectiviteit

Om de effectiviteit van de interventie jeugdconsulent te kunnen bepalen en verbeteren dienen de benodigde gegevens aanwezig te zijn. De wijze waarop die gegevens zouden moeten worden verkregen zou al voor de implementatie van de interventie moeten worden vastgelegd. Het gaat dan bijvoorbeeld om kenmerken van de cliënt, de huisartspraktijk, de jeugdconsulenten, de wijken, de werkwijze en het resultaat (inclusief het aantal directe doorverwijzingen naar de GGZ zonder tussenkomst van de jeugdconsulent). Daarbij is het belangrijk dat een nulmeting wordt gehouden, zodat er later een vergelijking kan worden gemaakt. Hieraan voorafgaand is van belang dat de doelstellingen van de interventie jeugdconsulent worden aangescherpt tot een aantal heldere (meetbare) doelen en een beschrijving wordt gemaakt van hoe de interventie jeugdconsulent wordt geacht bij te dragen

aan het behalen van die doelstellingen (interventietheorie). Dit vormt de basis voor het verder ontwikkelen van een effectieve aanpak.

Kennis voor een sterk Rotterdams beleid

Onderzoek en Business Intelligence is een afdeling binnen de gemeente Rotterdam.

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

Auteurs



Staf van Zeele



Alex Hekelaar

