Hogeschool van Amsterdam

Jeugd team

Evaluatie van de POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad

Lectoraat Jeugdzorg / KMR / faculteit Maatschappij en Recht

September 2023

Creating Tomorrow

Evaluatie van de POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad

Auteurs

Aurelie M. C. Lange

Lectoraat Jeugdzorg / KMR / faculteit Maatschappij en Recht

September 2023

© 2023 Copyright Hogeschool van Amsterdam
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Amsterdam.

Samenvatting

De Stichting Jeugdteam Zaanstad en de Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland hebben, in nauwe samenwerking met de gemeente Zaanstad, de handen ineen geslagen en gezamenlijk besloten POH's Jeugd en Gezin in te zetten in de gemeente. Op 1 januari 2023 is een pilotfase gestart met zeven huisartsenpraktijken en vijf POH's Jeugd en Gezin. Dit onderzoek evalueert het eerste half jaar van deze implementatie en heeft twee onderzoeksvragen: 1) Wat zijn de ervaringen van huisartsen, POH's Jeugd en Gezin en cliënten met het werken met/als een POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad? En 2) Hoe is de implementatie van de POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad verlopen? Er zijn 22 participanten geïnterviewd (vijf POH's Jeugd en Gezin, vijf huisartsen, drie cliënten, en negen partners betrokken bij de implementatie). Uit de interviews blijkt dat de POH Jeugd en Gezin ervaren wordt als passende en toegankelijke zorg. Huisartsen en POH's vinden de samenwerking over het algemeen prettig, maar zijn ook nog zoekende op welke manier ze goed contact met elkaar kunnen houden, voor welke vragen en problemen huisartsen kunnen doorsturen naar de POH Jeugd en Gezin, en wat de grenzen zijn van wat een POH Jeugd en Gezin kan. De implementatie werd tot nu toe positief beoordeeld, al werd ook erkend dat het nog te vroeg was om goed te kunnen beoordelen. Succesfactoren waren onder andere: het projectleiderschap; de tijdsinvestering in het ophalen van behoeftes en creëren van draagvlak; de goede onderlinge samenwerking; en dat de POH Jeugd en Gezin goed aansluit bij de visies van partners, bewegingen in de samenlevingen en oplossingen biedt voor bestaande problemen. Een belangrijke belemmerende factor was dat huisartsen veel werkdruk ervaren, zelfstandige ondernemers zijn (en dus zelf mogen besluiten of ze een POH Jeugd en Gezin willen) en er een gebrek was aan korte communicatielijnen met de huisartsen. Daarnaast waren de kosten voor de spreekkamer niet voor alle huisartsen kostendekkend, was er niet voor alle POH's een geschikte spreekkamer en wensten sommige huisartsen en POH's een gedeelde ICT infrastructuur.

Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd door de Hogeschool van Amsterdam in opdracht van en gefinancierd door Stichting Jeugdteam Zaanstad.

Dankbetuiging

Met dank aan Karlijn Hummel. Zij deed haar afstudeeronderzoek (master Preventieve Jeugdzorg, UvA) binnen dit project en was verantwoordelijk voor het onderzoeksdeel onder POH's jeugd, huisartsen en cliënten. Haar data en eindverslag zijn gebruikt voor dit rapport. Daarnaast wil ik alle geïnterviewden bedanken voor hun tijd.

Inhoudsopgave

Samenvatting **3**

Inhoudsopgave **4**

1. Achtergrond en aanleiding **5**

2. Onderzoeksvragen **6**

3. Methode **7**
3.1 Participanten 7
3.2 Procedure 7
3.3 Analyses 8

4. Resultaten **9**
4.1 Samenwerking huisarts en POH 9
4.2 Toegankelijkheid 10
4.3 Passende zorg 11
4.4 Algemene tevredenheid implementatie 11
4.5 Innovatie 12
4.6 Context 13
4.7 Organisatie 14
4.8 Individuen 14
4.9 Implementatieproces 15

5. Conclusie **18**
5.1 Samenvatting bevindingen 18
5.2 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek 20
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk 21

6. Referentielijst **22**

Bijlage 1: Implementatiefactoren POH Jeugd en Gezin Zaanstad **24**

1. Achtergrond en aanleiding

De huisarts is een toegankelijke en veel gebruikte locatie voor ouders en jongeren om hulp te zoeken bij psychosociale problemen (Theunissen e.a., 2018). Huisartsen ervaren echter soms problemen in het adequaat herkennen van psychosociale problemen, wat zorgt voor inadequate doorverwijzingen (Zwaanswijk e.a., 2005; Sayal & Taylor, 2004). Een goede samenwerking tussen huisartsen en lokale jeugdteams is cruciaal om de huisarts als verwijzer effectief te laten verlopen. Een manier om deze samenwerking vorm te geven is door middel van een Praktijkondersteuner (POH) Jeugd en Gezin (van Spanje-Hennes & Blokland, 2020). Dit is een geregistreerde jeugdhulpverlener die aanwezig is in de huisartsenpraktijk. De POH Jeugd en Gezin kan laagdrempelig zelf jeugdhulp bieden en waar nodig toe leiden naar de juiste hulp. Bovendien faciliteert de inzet van een POH de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en jeugdhulpverleners. Resultaten uit onderzoek in andere regio's bevestigen het beeld dat de inzet van een POH Jeugd en Gezin kan zorgen voor snellere en beter passende hulp (Spijk-de Jonge e.a., 2019; Zwaanswijk & vanden Meijdenberg, 2022).

Onderzoek in de gemeente Zaanstad beschrijft problemen in de samenwerking tussen huisartsen en jeugdhulpverleners vanwege een gebrek aan vertrouwen en mislopende verwijzingen (Schut, 2022). Om deze reden hebben de Stichting Jeugdteam Zaanstad en de Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland, in nauwe samenwerking met de gemeente Zaanstad, de handen ineen geslagen en gezamenlijk besloten POH's Jeugd en Gezin in te zetten in de gemeente. Er zijn in totaal zo'n 70 huisartsen en 50 huisartsenpraktijken in de gemeente Zaanstad. Op 1 januari 2023 is een pilotfase gestart met zeven huisartsenpraktijken en vijf POH's Jeugd en Gezin.

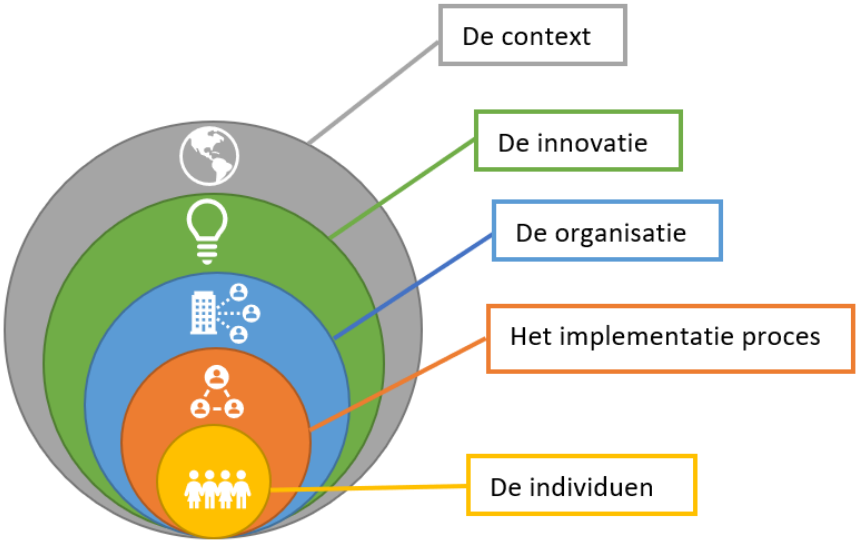
2. Onderzoeksvragen

Dit onderzoek evalueert het eerste half jaar van deze implementatie en heeft twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de ervaringen van huisartsen, POH's Jeugd en Gezin en cliënten met het werken met/als een POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad?
2. Hoe is de implementatie van de POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad verlopen?

De eerste onderzoeksvraag is geëvalueerd aan de hand van drie kenmerken van de eerstelijnszorg, namelijk samenwerking tussen professionals, toegankelijkheid van de zorg, en het bieden van passende zorg (Nederlands Jeugd Instituut, 2019; Zorginstituut Nederland, 2023). Eerstelijnszorg die aan deze kenmerken voldoet wordt gezien als kwalitatief goede zorg.

De tweede onderzoeksvraag is geëvalueerd aan de hand van het Consolidation Framework for Implementation Research (Damschroder e.a., 2009; 2022). Dit model maakt onderscheid tussen de vijf domeinen waarbinnen meerdere factoren van invloed zijn op de implementatie van een innovatie. Het gaat om kenmerken van: 1) de innovatie zelf (o.a. bron, evidence base, aanpasbaarheid, kosten), 2) de context (o.a. lokale condities, netwerken, regelgeving, financiering), 3) de organisatie (o.a. infrastructuur, communicatie, cultuur), 4) individuen die met de vernieuwing werken (o.a. teamleider, POH's, huisartsen) en 5) het gehanteerde implementatieproces (o.a. mate van planmatigheid, gehanteerde strategieën). Deze domeinen zijn als uitgangspunt genomen tijdens de interviews.



Figuur 1. Visualisatie van het Consolidated Framework for Implementation Research

3. Methode

3.1 Participanten

Er zijn 22 participanten geïnterviewd, te weten: vijf POH's Jeugd en Gezin, vijf huisartsen, drie cliënten, en negen partners betrokken bij de implementatie.

Alle POH's Jeugd en Gezin die deelnamen aan de pilot in de gemeente Zaanstad hebben deelgenomen aan een interview. De werkervaring van de POH's Jeugd en Gezin liep uiteen van 1 tot 38 jaar in de jeugdzorg. Alle POH's waren tevens werkzaam in het jeugdteam Zaanstad waar ze opvoedingsondersteuning boden aan gezinnen met milde tot complexe problemen. De POH's werkten allen, conform afspraak, één dagdeel in de week als POH Jeugd en Gezin. Op één POH na werkten de ze allen op locatie in de huisartsenpraktijk. Twee van de vijf POH's werkten bij twee huisartsenpraktijken.

Twee huisartsen hebben besloten niet deel te nemen aan het onderzoek. De werkervaring van de deelnemende huisartsen liep uiteen van 7 tot 30 jaar. Vier van de vijf huisartsen hadden eerder ervaring opgedaan met een POH GGZ.

Alle geïnterviewde cliënten waren 16 jaar of ouder. Er zijn geen bijzondere persoonsgegevens verzameld over de cliënten.

Alle partners die betrokken waren bij de implementatie hebben deelgenomen aan een interview. Dit betroffen de volgende betrokkenen: de projectleider, drie ambtenaren van de gemeente Zaanstad, drie leidinggevenden/managers uit het Jeugdteam, en twee professionals werkzaam binnen de Huisartsenvereniging Zaanstreek-Waterland.

3.2 Procedure

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde van de Universiteit van Amsterdam (FMG-1232_2023) en door de ethische commissie van de Faculteit Maatschappij en Recht van de Hogeschool van Amsterdam (kenmerk 2023-009848). Huisartsen en de partners betrokken bij de implementatie zijn benaderd voor deelname aan dit onderzoek via de projectleider van de pilot POH Jeugd en Gezin. POH's zijn direct door de onderzoekers benaderd, zowel via e-mail als persoonlijk tijdens een intervisiebijeenkomst. Cliënten werden benaderd door hun POH die een voor dit onderzoek ontwikkelde folder met uitleg gebruikten en meegaven.

Alle respondenten hebben een informatiebrief gelezen en *informed consent* gegeven voor deelname en gebruik van hun gegevens. Interviews vonden online of fysiek plaats, naar gelang de voorkeur van de respondenten. Jeugdigen werden telefonisch geïnterviewd. De interviews vonden plaats in de periode van maart tot en met mei 2023. Interviews met cliënten duurden 9 tot 14 minuten, met huisartsen 29 tot 39 minuten, met POH's 37 tot 50 minuten en met de betrokkenen bij de implementatie 19 tot 61 minuten.

De onderwerpen van de interviews verschilden per respondent. Met huisartsen, POH's en cliënten werd de toegankelijkheid en passendheid van de zorg besproken. Met huisartsen en POH's werd bovendien gesproken over de samenwerking tussen huisarts en POH en over de facilitaire ondersteuning. Met de implementatiepartners werd het implementatieproces besproken, met de vijf domeinen (innovatie, context, organisatie, individuen en implementatieproces) in het achterhoofd.

Door de interviews te voeren met verscheidene betrokkenen, is het proces van de implementatie en kwaliteit van de geïmplementeerde POH Jeugd en gezin vanuit meerdere perspectieven bekeken, wat zorgt voor triangulatie en versterking van de validiteit van de bevindingen (Baarda et al., 2007). De interviews met POHs, huisartsen en cliënten zijn afgenomen en geanalyseerd door een masterstudent Preventieve Jeugdhulp en Opvoeding van de Universiteit van Amsterdam (KH). De interviews met de implementatiepartners en met één huisarts zijn uitgevoerd en geanalyseerd door een onderzoeker van de Hogeschool van Amsterdam, lectoraat Jeugdzorg (AL). KH heeft het interviewen geoefend met AL, en heeft de vragenlijst voorgelegd aan verschillende collega onderzoekers, een opvoeder en een jeugdige.

3.3 Analyses

De interviews zijn na toestemming van de respondenten opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van MAXQDA (VERBI Software, 2021), gebruikmakend van een realistisch perspectief (Braun & Clarke, 2006). Deze benadering gaat ervan uit dat de woorden van participanten de realiteit (vanuit hun perspectief) reflecteren. De analyses bestonden uit verschillende stappen. Als eerste werden de transcripten open gecodeerd, waarbij voor ieder fragment een passende code gekozen werd (Boeije, 2015; Verhoef et al., 2019). Fragmenten konden enkele woorden tot een hele alinea beslaan.

De codes uit de interviews met POH's, huisartsen en cliënten zijn hierna door KH gerangschikt op basis van de vooropgestelde thema's, te weten samenwerking tussen huisarts en POH, toegankelijkheid van de zorg, en passendheid van de zorg. Aangezien deze thema's overeenkwamen met de hoofd- en subvragen van de interviews, heeft KH met name herstructurering van de codes toegepast (Boeije, 2015). Het analyseren was een cyclisch proces (Verhoef et al., 2019). KH heeft gedurende het proces op drie momenten afstemming over het coderen gehad met AL.

Fragmenten over het proces van implementatie zijn middels thematische analyse geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006). Na het bottom-up open coderen zijn vergelijkbare codes samen gevoegd tot meer overkoepelende codes. Vervolgens zijn deze nieuwe codes top-down gestructureerd naar de vijf domeinen van het CIFR: innovatie, context, organisatie, individuen en implementatieproces. Daarnaast is er bottom-up een thema ontstaan over de algemene tevredenheid met de implementatie. Om herleidbaarheid van de quotes te minimaliseren zijn bij de quotes van implementatiepartners geen functies benoemd.

4. Resultaten

Op basis van de monitorgegevens die de POH's invullen in een landelijk registratiesysteem, is de volgende informatie beschikbaar. In de periode van 1 januari t/m 31 mei 2023 zijn in totaal 56 cliënten gestart bij een POH Jeugd en Gezin en 11 zaken afgesloten. Er zijn 160 contactmomenten geweest. Cliënten werden voornamelijk aangemeld vanwege psychosociale problemen (50%) of vragen rondom het gezin en de opvoeding (30%).

Huisartsen gaven verschillende redenen om deel te nemen aan de pilot. De meest-genoemde reden was dat de POH Jeugd en Gezin een alternatief kon zijn voor de lange wachttijden binnen de jeugdzorg en jeugd-GGZ. Ook gaven huisartsen aan dat ze niet altijd wisten waar ze een gezin of jongere naar moesten verwijzen of wat de best passende hulp zou zijn. Huisartsen waren overwegend positief over hun ervaringen met de POH Jeugd en Gezin tot nu toe. Er werd echter ook aangegeven dat ze nog niet zoveel ervaring hadden en er daardoor nog niet zoveel over konden zeggen. Een huisarts had kritische vragen over de meerwaarde van de POH Jeugd en Gezin ten opzichte van een contactpersoon uit het Jeugdteam, omdat de POH Jeugd en Gezin geen toegevoegde kennis leek mee te brengen en weinig terugkoppeling gaf.

De POH's kregen een variatie aan problemen doorverwezen, zoals sombere gedachtes bij tienermeiden of opvoedkundige problemen van ouders/verzorgers. POH's konden cliënten soms met enkele gesprekken helpen, maar hebben ook cliënten toe geleid naar andere hulp omdat meer hulp nodig was. In een enkel geval was de hulp van de POH na een telefoongesprek met de client niet meer nodig. POH's hadden ten tijde van de interviews drie tot veertien cliënten per huisartsenpraktijk gesproken.

4.1 Samenwerking huisarts en POH

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen en POH's waren tevreden over het contact met elkaar en gaven aan dat verwijzingen soepel gingen of dat het contact aangenaam was. Tegelijkertijd loopt de samenwerking niet vanzelf. Het is wisselend hoeveel **contact** huisartsen en POH's Jeugd en Gezin met elkaar hebben. Sommige respondenten gaven aan dat het lastig was om elkaar te bereiken, bijvoorbeeld omdat de huisartsen druk zijn, of omdat het lastig was om elkaar telefonisch te bereiken. Er zijn aanwijzingen dat de samenwerking beter liep als hier meer in werd geïnvesteerd, bijvoorbeeld door regelmatige overleggen te hebben, of door elkaar actief op te zoeken. Het wordt dan ook als voordeel ervaren als de POH op locatie in de huisartsenpraktijk zit, omdat het dan makkelijker is om contact te leggen.

> *"Toch is het juist even bij elkaar binnenlopen hetgeen waar je het voor doet. Dat zij wordt gezien bij de koffiemomenten, dat de assistentes aan haar denken, dat de POH-GGZ volwassenen haar ziet. Dat is waarvoor je het doet. Je moet elkaar uiteindelijk gewoon zien."(huisarts).*

POH's en huisartsen zijn nog **zoekende wat de functie van POH** precies **inhoudt**, bijvoorbeeld als het gaat over de vragen en problemen waar een POH Jeugd en Gezin voor ingezet kan worden, of met betrekking tot welke informatie gedeeld kan worden. Hier zoeken ze elkaar nog niet altijd over op. Ook gaf een enkele POH aan dat huisartsen verwachten dat de POH een jeugdige sneller aan vervolghulp kan helpen, terwijl POH's aangaven dat zij de wachtlijsten niet kunnen versnellen.

Enkele huisartsen en POH's zeiden **elkaars expertise** te **gebruiken**. Huisartsen deelden met name voorgeschiedenis van het gezin met de POH, aangezien zij de cliënten vaak al jaren kennen. De huisartsen zagen het als een verrijking dat de POH inhoudelijke kennis kon delen, bijvoorbeeld over opvoeding of autisme, of beschikte over meer kennis van de sociale kaart voor jeugdigen in Zaanstad: *"Ze hebben ook nog allerlei andere programma's die wellicht dan beter zijn. Ik merk wel dat zij daarin veel meer weet van wat er allemaal mogelijk is. Zij weet meer dan dat ik als huisarts bij kan houden."(huisarts).* In veel gevallen werd er echter nog niet zoveel informatie gedeeld buiten het verwijzen en eventueel bespreken van cliënten. De POH's vertelden dat zij wel veel gebruik maakten van de expertise van collega's uit het jeugdteam en in sommige gevallen ook hun POH bespraken tijdens casus overleggen binnen het jeugdteam. Een POH gaf ook aan het fijn te vinden dat hij/zij ervaringen van huisartsen direct kon terugkoppelen naar het jeugdteam, om zo de samenwerking of communicatie tussen het jeugdteam en de huisartsen te verbeteren.

> *"Een huisarts maakte zich zorgen over een kind en of die wel hulp kreeg, want er was iets gebeurd. Hij zegt: "Het is zo erg, ik weet niet eens of hij hulp heeft." Dan kan ik teruggeven aan mijn collega's: "Jongens, we moeten de huisarts echt vaker op de hoogte stellen nu we erin zitten."" (POH)*

4.2 Toegankelijkheid

De zorg door een POH Jeugd en Gezin werd door de respondenten (huisartsen, POH's en cliënten) als laagdrempelig en toegankelijk ervaren. Dit kwam enerzijds doordat de huisartsenpraktijk ervaren wordt als veilige haven. Anderzijds was de hulp toegankelijk door de korte wachttijd. Zo zei een client: *"Die wachttijd viel me heel erg mee. Als je andere wachttijden ziet, dan is dit echt niks. Ik was heel blij dat het zo snel ging." (cliënt).* Een huisarts gaf bovendien aan dat hij/zij heldere verwachtingen kon uitspreken naar het gezin omdat het duidelijk was hoe het vervolg van het traject eruit zou zijn. Ook dit draagt bij aan de toegankelijkheid van de zorg.

> *"Het grootste verschil is: Iemand heeft een probleem en ik meld iemand aan [bij het Jeugdteam], dan heb ik heb geen idee wanneer diegene gebeld gaat worden, dus ik weet ook niet wat ik moet zeggen. Nu zeg ik: "Ik ga je aanmelden bij mijn POH en die gaat je binnen een week bellen". Dat doet ze ook. Ik maak een belofte die waargemaakt wordt." (Huisarts)*

Enkele huisartsen en POH's zeiden dat het niet altijd duidelijk is voor ouders wat een POH precies is. Er werd gesuggereerd om dit meer te communiceren, bijvoorbeeld door flyers of vermeldingen op het scherm in de wachtkamer. Een huisartsenpraktijk deed dit al. Belangrijk was om duidelijk te maken dat een POH geen langdurige of intensieve begeleiding/behandeling kan bieden.

4.3 Passende zorg

De **drie jongeren** die geïnterviewd zijn, **waren tevreden** over de hulp die ze ontvangen hadden. Ze hadden het contact als prettig ervaren, vonden het fijn om hun verhaal kwijt te kunnen, voelden zich begrepen, en vonden dat de POH goed met hen mee kon denken. De drie cliënten hadden geen verbeterpunten voor de POH.

> *"[POH] laat me mij gewoon op mijn gemak voelen. Ik weet [niet] precies hoe dat komt, maar ik weet gewoon dat het vertrouwd is." (Client)*

De meeste huisartsen vertelden dat ze de indruk hadden dat ze tijdens de pilot **minder doorverwezen** hadden naar het **Jeugdteam**. De meeste cliënten die nu naar de POH Jeugd en Gezin door verwezen werden, zouden anders naar het Jeugdteam gestuurd zijn. Een enkele huisarts gaf aan de wachtlijsten bij het Jeugdteam te lang te vinden, en zou daarom waarschijnlijk naar andere hulp hebben doorverwezen als er geen POH Jeugd en Gezin was geweest. Hiermee leek de POH **passende hulp** te kunnen bieden, omdat er sneller en preventiever hulp ingezet kon worden. In sommige gevallen kreeg dit vorm in overbruggingshulp terwijl een client op de wachtlijst stond voor andere hulp. Er werd ook door huisartsen en POH's genoemd dat de POH Jeugd en Gezin breder kan kijken dan de huisarts en daar ook meer de tijd voor kan nemen. Hierdoor kan de POH Jeugd en Gezin beter verwijzen dan de huisarts. Daarnaast werd genoemd dat de POH flexibel is in het aantal sessies dat hij/zij aanbiedt, en wie hij/zij in die sessies ziet (ouders, kinderen of allebei). Dit droeg ook bij aan passende zorg. Sommige POH's gaven terug nog zoekende te zijn naar de grenzen van hun rol als POH. Als POH zagen ze een preventieve rol voor zichzelf. Dit was soms lastig uit te voeren als er meer gespecialiseerde hulp nodig was, waar lange wachtlijsten voor zijn. Hoewel ze vonden dat de POH geen afsnijroute zou moeten zijn voor deze wachtlijsten, zochten ze wel naar mogelijkheden om de client toch eerder geholpen te krijgen.

4.4 Algemene tevredenheid implementatie

Alle partijen die betrokken waren bij de implementatie van de POH Jeugd en Gezin **waren tevreden over de start** van het project. Ze prezen de gedegen aanpak, waarbij er veel aandacht was geweest voor het vooraf in kaart brengen van de situatie (o.a. door interviews) en het creëren van draagvlak. Daarnaast werd genoemd dat er een goede start was gemaakt bij zeven huisartsen en dat alle betrokken professionals enthousiast leken over het project. Hier waren de respondenten erg over te spreken, met name vanwege mislukte eerdere pogingen om een POG Jeugd en Gezin te implementeren.

> *"Ik vind het echt onvoorstelbaar knap dat [naam] en [naam] erin geslaagd zijn om de samenwerking met de huisartsen te krijgen. Want die waren een gesloten bastion en niet meteen gecharmeerd van initiatieven van de gemeente Zaanstad." (Implementatiepartner)*

“Waar ik heel tevreden over ben, is dat het toch gelukt is - ook al is het maar bij zeven huisartsen - om die samenwerking een bepaalde vorm te geven. Want wat ik al zei: we zijn hier echt al jaren mee bezig.” (Implementatiepartner)

Daarnaast waren de betrokkenen **benieuwd naar het vervolg**. Ze konden nog niet beoordelen of de implementatie succesvol was geweest, omdat “*het project zichzelf moet gaan bewijzen en dat de olievlek zijn werk moet gaan doen*”. (*Implementatiepartner).* Enerzijds is er meer volume nodig, onder andere om te gaan voldoen aan de gestelde doelstelling dat aan het einde van 2023 ongeveer 20 tot 25 huisartsen van een POH Jeugd en Gezin zouden zijn voorzien. Hiervoor was het volgens deelnemers vooral belangrijk om de succesverhalen te gaan delen. Daarnaast waren geïnterviewden benieuwd naar de effecten van de POH Jeugd en Gezin; of het, zoals verwacht, leidt tot meer tevredenheid bij huisartsen, jeugdteamwerkers en cliënten, en tot minder verwijzingen naar het Jeugdteam en een vermindering van de kosten.

In bijlage 1 staan alle factoren van het CFIR model beschreven, evenals of deze factoren belemmerend of bevorderend werken volgens de geïnterviewde betrokkenen. Hieronder staan deze resultaten per domein uitgewerkt.

4.5 Innovatie

Bij een innovatie spelen factoren een rol zoals de bewijskracht en de flexibiliteit van de innovatie, alsook de kosten, duidelijkheid en flexibiliteit van de innovatie.

Zoals hierboven besproken bleek de innovatie voor de uitvoerende **partijen onvoldoende duidelijk** en ontstonden er vragen tijdens het werken met/als POH Jeugd en Gezin. Zowel huisartsen als POH’s wisten nog niet goed welke vragen en problemen het beste geholpen waren met een POH Jeugd en Gezin. Dit had volgens enkele POH’s Jeugd en Gezin en huisartsen ook invloed op cliënten, die hierdoor niet goed wisten wat ze van een POH Jeugd en Gezin mochten verwachten, of er verkeerde verwachtingen over hadden. De POH’s waren daarnaast zoekende naar de kaders en grenzen van hun werkzaamheden.

De **kosten** van de innovatie waren voor sommige huisartsen een **obstakel**[1]. Huisartsen zijn ondernemers en moeten dus zorgen dat ze geen verlies draaien. Dit leidde er onder andere toe dat huisartsen huur wilden ontvangen voor het gebruik van de spreekkamer door de POH Jeugd en Gezin. Ondanks dat de gemeente een tegemoetkoming voor de huur heeft vastgesteld, is dit nog niet voor iedereen voldoende. “*Ik heb het nu zo gemanaged dat het oké is, omdat ik wat dingen onder elkaar geschoven heb. Maar als ik dat niet meer op die manier kan regelen, dan ga ik het ook niet meer doen, want dat is mij veel te duur.” (Huisarts).* Voor één huisarts was de financiering van de werkruimte zelfs

[1] Ten tijde van het schrijven van het rapport is de vergoeding voor de huur verhoogd. Dit heeft twee extra huisartsenpraktijk overtuigd om deel te nemen aan de pilot.

een reden om de POH niet in de huisartsenpraktijk te vestigen. De huisarts had samen met de andere huisartsen besloten dat het niet rechtvaardig was tegenover de andere disciplines in de huisartsenpraktijk: "*Eigenlijk vonden we dat heel jammer, want we hadden wel graag die [POH] fysiek erbij gewild. Maar de financiële tegemoetkoming vanuit de gemeente vonden wij eigenlijk niet in proportie*." *(Huisarts).* Sommige implementatiepartners waren van mening dat er voldoende alternatieven waren, aangezien een huisarts ook een POH buiten zijn praktijk kon stationeren.

Betrokken partijen leken op de hoogte van de **voordelen** en het **bewijs naar de effectiviteit** van een POH Jeugd en Gezin. Implementatiepartners benoemden zowel voordelen als ook de effectiviteit als redenen om te kiezen voor een POH Jeugd en Gezin. Huisartsen noemden vooral praktische voordelen als reden, zoals het eerder kunnen aanbieden van hulp (i.p.v. lange wachtlijsten) en het in huis halen van kennis omtrent psychosociale problemen bij kinderen en jongeren.

Er is gekozen dat elke POH Jeugd en Gezin vier uur bij een huisartsenpraktijk werkt. Een implementatiepartner vroeg zich af waarom dit vast moest liggen en had hier graag meer **flexibiliteit** in gezien. De projectleider gaf aan dat het aantal uren gemonitord zou worden en uitbreiding of inkrimping tot de mogelijkheden behoort.

4.6 Context

De context heeft betrekking op het sociale een maatschappelijke veld waarin de innovatie plaatsvindt. Hierin spelen financiën een rol, alsook factoren die externe druk kunnen uitoefenen in het voordeel of juist het nadeel van de innovatie.

Het Jeugdteam had onlangs een organisatorische verandering doorgemaakt, waardoor er nog **geen volledig stabiele organisatorische context** was. "*Er is intern het een en ander gebeurd en wij merken dat de bodem om dit soort innovatieve processen te laten landen nog niet helemaal in orde is*." *(Implementatiepartner).* Ook de huisartsenvereniging was nieuw waardoor mogelijk niet alle huisartsen de vereniging goed wisten te vinden. Dit punt werd slechts kort benoemd en leek hiermee geen groot struikelblok voor de implementatie.

Als positief werd door veel implementatiepartners beschreven dat het **project aansloot bij de visie** van de verschillende partners. Daarnaast was er een **gedeelde ervaren druk** om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorgkosten te verminderen. Genoemd werd dat er een opdracht of noodzaak lag om de samenwerking tussen de huisartsen en het Jeugdteam te verbeteren, en verergering van problemen te voorkomen door eerder in te grijpen, zodat er uiteindelijk minder cliënten bij de specialistische zorg terecht komen. "*Eén van mijn opdrachten is om te kijken of we – doordat we er eerder bij zijn – wellicht kunnen voorkomen dat kinderen gebruik moeten maken van duurdere zorg." (Implementatiepartner)*

Een implementatiepartner benoemde dat de **financiering** vanuit de gemeente beperkt is. Hij/zij verwachtte dat dit "*ergens gaat knellen" (Implementatiepartner)*.

Een geïnterviewde benoemde dat de **gemeente** een grotere **voortrekkersrol** had mogen pakken en meer visie had mogen uitdragen, in plaats van alleen te faciliteren. Zo had de gemeente meer

financiële tegemoetkoming tegenover de huur van de spreekkamer moeten zetten, en meer preventieve partijen aan tafel moeten zetten. Ook een andere geïnterviewde noemde de bredere beweging waar de POH in past en dat dit samenwerking vergt met andere (toekomstige) partijen in het voorveld.

4.7 Organisatie

Het domein 'organisatie' heeft betrekking op tastbare en niet-tastbare factoren binnen de organisatie. Dit gaat over de werkruimte, infrastructuur en andere voorzieningen, maar ook over communicatie, samenwerking en cultuur binnen de organisaties die met de innovatie moeten werken.

De **ICT infrastructuur** was voor sommige geïnterviewden een kleine barrière. Enkele huisartsen en POH's zeiden het fijn te vinden als ze in hetzelfde systeem (bijvoorbeeld HIS of VIPlive) zouden kunnen werken, om 1) makkelijker contact te kunnen leggen met cliënten, 2) toegang te hebben tot relevante cliëntgegevens (voor de POH), 3) inhoudelijk betrokken te kunnen blijven bij de casus na overdracht (voor de huisarts) en 4) om de administratieve last te verminderen.

Huisartsen en POH's benoemden nog enkele andere kleine punten die betrekking hadden op de organisatorische context. Zo noemde een huisarts dat het fijn geweest was als de huisarts invloed had kunnen hebben op de **selectie van de POH** die aansluit bij diens praktijk.
POH's waren over het algemeen tevreden over de **werkruimte** die zij tot hun beschikking hebben, maar sommigen hadden ook de wens om de werkruimte gezelliger en minder klinisch in te richten. Daarnaast gaf één POH aan dat diens werkruimte klein en gehorig is. De POH dacht dat dit voor cliënten mogelijk onprettig kon voelen, aangezien er vertrouwelijke informatie gedeeld wordt. Ook een client beschreef de spreekkamer als *"een heel klein kantoortje, dus er is niet echt sfeer in die ruimte. De sfeer geeft niet echt ruimte om op gevoelige dingen in te gaan." (Cliënt).*

4.8 Individuen

Dit domein heeft betrekking op alle individuen die betrokken zijn bij de implementatie. Dit gaat zowel over individuen die betrokken zijn in het implementatieproces, als individuen die betrokken zijn bij uitvoering van de innovatie.

Alle partners waren zeer enthousiast over de **projectleider** en vertelden dat hij een belangrijke rol gespeeld had in het succes van het implementatieproces. Als positieve kenmerken van de huidige projectleider werd onder andere benoemd dat hij onafhankelijk was; iemand van de gemeente zou "*een bepaald stempel [te] dragen*" *(Implementatiepartner)*. De aanname was dat eerdere pogingen om een POH te implementeren weerstand hadden veroorzaakt bij huisartsen. Daarnaast werkte het bevorderend dat de projectleider specifiek op dit project was aangesteld en hier tijd voor had gekregen, omdat het enthousiasmeren van huisartsen veel tijd kost: "*Al die huisartsen zijn toch zelfstandig ondernemers en bepalen zelf hoe en wat in hun praktijk. Helemaal logisch, dus het is een arbeidsintensieve klus om echt een voet tussen de deur te krijgen. Dat kan je er als beleidsmedewerker niet even als taak bij doen*." *(Implementatiepartner).* Geïnterviewden prezen ook de ervaring en voortvarendheid van de projectleider.

"*Hij is heel voortvarend en dat werkt heel fijn. Hij pakt door, dan worden dingen ook gewoon gedaan*." *(Implementatiepartner).*

Een veelgenoemde belemmerende factor was de **terughoudendheid van huisartsen**. Huisartsen hebben volledig zeggenschap over of ze wel of niet met een POH Jeugd en Gezin in hun praktijk willen gaan werken. Er werd door geïnterviewden gesproken over de noodzaak tot het 'verleiden' van huisartsen door hen de voordelen te laten zien en bij hun behoeftes aan te sluiten. Het was immers niet mogelijk om de POH Jeugd en Gezin bij huisartsen op te leggen. De projectleider gaf aan dat sommige huisartsen vermoedelijk geen behoefte hadden aan een POH Jeugd en gezin, bijvoorbeeld doordat zij een oudere populatie hadden. Dit 'verleiden' werd verder bemoeilijkt doordat het lastig was om direct met huisartsen in contact te komen.

> "*Niet alle huisartsen zijn bevraagd en niet alle huisartsen hebben er zelf de tijd en aandacht aan gegeven. Dat snap ik ook, maar het wordt lastig als een huisarts niet meegaat in het beginproces en dan later op de lijn komt en aangeeft: 'Waarom is dit nu eigenlijk gedaan? Eigenlijk zie ik dat anders*.' *Dat komt ook doordat professional zelf met elkaar versnipperd zijn en wij het allemaal te druk hebben*." *(Implementatiepartner)*

Ook de andere kant op zorgde dit ervoor dat de andere partijen niet altijd goed begrip hadden voor de huisartsen. Zo begrepen sommige geïnterviewde implementatiepartners niet goed waarom de meeste huisartsen niet gereageerd hadden op de oproep voor een POH Jeugd en Gezin. Andere implementatiepartners vonden het moeilijk te begrijpen dat huisartsen zoveel eisen stelden aan de POH Jeugd en Gezin.

Een andere barrière was **de werkdruk van professionals**. Volgens de geïnterviewden was de werkdruk van huisartsen mogelijk een van de redenen waarom zij geen POH Jeugd en Gezin wilden of wilden overwegen. Voor het Jeugdteam was het een uitdaging om voldoende ervaren medewerkers vrij te spelen voor POH-taken. "*Het zijn vaak de ervaren mensen, niet altijd hoor. Maar die ervaren mensen hebben best [een] case load en complexe gezinnen, dus die moeten ze dan afstoten en dat is voor hen vaak lastig*." *(Implementatiepartner).* Er was daarom enige weerstand vanuit Jeugdteam managers telkens als er POH's 'geleverd' moesten worden. Betrokkenen hebben hier wel een positieve verandering in opgemerkt. "*En ik merk nu bijvoorbeeld dat die managers ook beter in positie zijn gekomen en veel beter begrijpen hoe we dit met elkaar moeten doen, en dat ze ook een verantwoordelijkheid hebben." (Implementatiepartner).* De werkdruk had ook een negatieve invloed op de samenwerking tussen POH en huisartsen; het bleek soms lastig om elkaar op te zoeken of regelmatig contact te hebben.

Huisartsen en POH's die met deze innovatie aan de slag waren gegaan, waren bijna allemaal enthousiast.

4.9 Implementatieproces

Er zijn verschillende factoren van invloed op het implementatieproces, waaronder de samenwerking, planning, het uitvoeren in kleine stappen, continue evalueren en aanpassen waar nodig, het inventariseren van behoeftes en het creëren van draagvlak.

De **samenwerking tussen partners** werd positief beoordeeld. Centraal stond de samenwerking binnen de commissie GGZ van de HZW; een samenwerking van de huisartsenvereniging, het jeugdteam en gemeente, waar de projectleider aan toe was gevoegd. Voor de projectleider bleek dat een constructieve club, waar de juiste partners aan tafel zaten en waar partners kritisch mee konden denken en konden adviseren. Daarnaast ervaarden de meeste betrokkenen dat er korte lijntjes waren tussen alle partijen. Hierdoor ontstond er onderling begrip en hadden alle partners het gevoel redelijk goed op de hoogte te zijn van het project. Partners hadden het gevoel dat er sprake was van co-creatie en samen optrekken doordat er een gedeelde visie was. "*Als je allemaal de neuzen dezelfde kant op hebt staan, en dat hadden we al vrij snel, dan komen we wel knelpunten tegen, maar dan kun je dat ook met elkaar bespreken en elkaar goed uitvragen. Dat is wel een hele belangrijke*." (*Implementatiepartner).*

Het **creëren van draagvlak** en **inventariseren van behoeftes** werd benoemd als belangrijke bevorderende factor. Hier was volgens geïnterviewden veel in geïnvesteerd en dat had z'n vruchten afgeworpen. Met name huisartsen moesten geënthousiasmeerd en verleid worden om deel te nemen aan de pilot. Echter, ook binnen het jeugdteam was het belangrijk om draagvlak te creëren, omdat het leveren van een POH vanuit het Jeugdteam beslag legde op beperkte capaciteiten.

> "*[Projectleider] heeft natuurlijk veel missionaris werken verricht, zowel bij de medewerkers als bij de managers [van het jeugdteam], om toch met elkaar te kijken en iets van draagvlak te krijgen onder dit project*." *(Implementatiepartner)*

> "*Het verleiden van die huisartsen is heel belangrijk. Dat je hen comfort biedt en meeneemt in wat je wilt. Daar is gewoon veel tijd in gaan zitten en om echt die relatie goed te krijgen met de koepel van huisartsen in Zaanstad.*" *(Implementatiepartner)*

Er werden verschillende factoren genoemd die hadden bijgedragen aan het creëren van draagvlak. Allereerst was er voldoende tijd uitgetrokken om in kaart te brengen wat de behoeftes, motivaties en attitudes van huisartsen waren. Daarnaast was het belangrijk om geduldig te blijven en te accepteren dat enthousiasmeren tijd kost. Tegelijkertijd was het belangrijk om vasthoudend te zijn en veel te herhalen. Geïnterviewden ervaarden het ook als bevorderend dat de communicatie via de huisartsenvereniging liep, omdat er al een natuurlijke communicatielijn lag tussen de huisartsenvereniging en de huisartsen.

De implementatiepartners vonden het ook positief dat het project flexibel was, en er **verschillende oplossingen en variaties** ontwikkeld waren om aan te sluiten bij de behoeftes van de betrokkenen, met name van de huisartsen. Zo is er een tegemoetkoming voor de huur van de spreekkamer van de POH voor de huisarts gekomen en is er een twee-sporen beleid ontwikkeld. Deze laatste hield in dat er naast de inzet van een POH Jeugd en Gezin, ook aan laagdrempeligere manieren van samenwerking en contact werd gewerkt. Hiervoor werden contactpersonen vanuit het Jeugdteam aan huisartspraktijken gekoppeld, werd er een plaat met de sociale jeugdkaart van de regio ontwikkeld, werd de verwijsroute vereenvoudigd is, en is er afgesproken dat hulpverleners van het Jeugdteam altijd een terugkoppeling geven. Verscheidene partners vonden het een meerwaarde dat deze verschillende opties er waren. Sommige benoemden ook dat succes op het ene spoor de acceptatie van een POH

Jeugd en Gezin (het andere spoor) kon stimuleren. Opvallend genoeg zijn deze verschillende sporen weinig door de geïnterviewde huisartsen en POH's genoemd.

Alle implementatiepartners benoemden de **te optimistische planning**. Het lukte niet om op het voorgestelde tempo het aantal deelnemende huisartsenpraktijken uit te breiden. Uit de interviews kwam naar voren dat verschillende partijen verschillende verwachtingen hadden omtrent een realistisch tempo. Door de goede samenwerking lijkt er flexibel op deze tegenslag gereageerd te zijn. Het lagere tempo van opname betekent wel dat het lastiger is om aan het benodigde volume te komen.

5. Conclusie

Dit onderzoek heeft zich gericht op de eerste zes maanden van de pilot POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad, waarin zeven huisartsenpraktijken gewerkt hebben met een POH Jeugd en Gezin. Het doel van het onderzoek was om in kaart te brengen wat de ervaringen waren van huisartsen, POH's Jeugd en Gezin en cliënten met deze innovatie, en hoe betrokken partners het implementatie proces hadden ervaren. Er kan geconcludeerd worden dat men overwegend positief is, maar dat het onderzoek ook te vroeg heeft plaatsgevonden om echt de opbrengsten te kunnen evalueren. Ten tijde van het schrijven van het onderzoek was het aantal aangemelde huisartsenpraktijken opgelopen tot 11, waarmee in totaal 33 huisartsen (gaan) werken met een POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad.

5.1 Samenvatting bevindingen

Ervaringen van huisartsen, POH's en cliënten

- Er zijn **eerste stappen** gezet in de **samenwerking** tussen de POH en de huisarts, maar dit verdient nog verdere versterking. Zo kan er meer gebruik gemaakt worden van elkaars expertise en het leren kennen van elkaars veld. De eerste ervaringen en uitwisselingen zijn positief.
- De POH Jeugd en Gezin wordt als **toegankelijk** ervaren door huisartsen, POH's en cliënten. Korte lijntjes en duidelijke afspraken met de huisarts kunnen dit mogelijk versterken, omdat de huisarts dan ook duidelijke verwachtingen bij de client kan scheppen.
- De inzet van de POH Jeugd en Gezin wordt door huisartsen, POH's en cliënten ervaren als een goede manier om **passende hulp** te kunnen bieden. Onder andere door snel en preventief hulp te kunnen bieden, maar ook doordat deze vorm van hulp flexibel is en daarmee kan aansluiten bij de behoeftes van de client.
- In overeenstemming met eerder onderzoek vertelden huisartsen dat ze het vermoeden hadden dat de pilot heeft gezorgd voor een **afname van doorverwijzingen** naar specialistische jeugdhulp (Magnée & Verhaak, 2015).

Implementatie algemeen

- De voorlopige **evaluatie** van het **implementatieproces** is **positief**. Betrokkenen zien het als een succes dat zeven huisartsenpraktijken met een POH Jeugd en Gezin gestart zijn. Tegelijkertijd wordt er nu uitgekeken naar het vergroten van de capaciteit en het observeren van de impact van de POH Jeugd en Gezin.

Innovatie

- De **functie** van POH Jeugd en Gezin is nog **niet voldoende duidelijk** voor huisartsen en POH's, en mogelijk daardoor ook voor sommige cliënten. Zo is er nog enige onduidelijkheid bij huisartsen

welke problematiek thuishoort bij de POH Jeugd en Gezin. POH's zoeken wat de grenzen van hun functie zijn. Ze streven ernaar om preventieve en passende zorg te bieden en lopen soms tegen de grenzen van de wachtlijsten voor vervolghulp aan. POH's zoeken dan naar alternatieven om hun cliënten toch zo goed mogelijk te helpen.

- De **kosten** voor de huur van de spreekkamer zijn **niet** voor alle huisartsen **voldoende** om de innovatie te willen implementeren.

Context

- De context was **grotendeels bevorderend** voor de implementatie.
- Een kleine belemmerende factor was de **instabiele organisatorische context** bij het Jeugdteam en de huisartsenvereniging. Deze leek volgens de geïnterviewden geen grote rol te spelen.
- Een geïnterviewde benoemde dat het **beperkte budget** mogelijk in de nabije toekomst een belemmering zou kunnen vormen.
- Een geinterviewde noemde dat de **gemeente** een **grotere voortrekkersrol** zou mogen spelen door proactiever voldoende middelen vrij te maken en meer preventieve partijen te betrekken.
- De gezamenlijke visie op hoe de zorg anders georganiseerd moet worden en de **(externe) druk** werkten **bevorderend** voor de implementatie; de POH Jeugd en Gezin werd door alle partijen als een oplossing voor de bestaande problemen gezien.

Organisatie

- Ook qua organisatie leken er geen grote belemmerende factoren te hebben gespeeld.
- Een kleine belemmering was het **gebrek** aan een **gedeelde ICT infrastructuur**.
- Een huisarts zei dat hij/zij graag betrokken was geweest bij de **selectie van de POH** Jeugd en Gezin voor diens praktijk, om zo een passende match te kunnen vinden. Het is op basis van het huidige onderzoek niet te zeggen of dit voor meer huisartsen geldt.
- Er waren enkele **opmerkingen** over de **spreekkamer** voor de POH's Jeugd en Gezin, door zowel enkele POH's als een client; de kamer was soms klein, gehorig of klinisch. Dit heeft mogelijk invloed op de mate waarin cliënten zich op hun gemak voelen om gevoelige of persoonlijke informatie te delen.

Individuen

- De individuen speelden een belangrijke rol in de implementatie van de POH Jeugd en Gezin.
- De **projectleider** werd door alle implementatiepartners als een invloedrijke **positieve factor** beschreven, met name vanwege diens toewijding, onafhankelijke positie en ervaring.
- **Huisartsen** waren **terughoudend** in hun deelname aan de POH Jeugd en Gezin. Het gebrek aan korte of directe communicatielijnen met de verschillende huisartsenpraktijken en de hoge werkdruk onder huisartsen speelden hier mogelijk een rol in. Aangezien alleen deelnemende

huisartsen geïnterviewd zijn, kan dit onderzoek geen uitspraak doen over de motivaties van niet-deelnemende huisartsen.

- **Werkdruk** onder professionals zorgde ook bij het Jeugdteam en in de samenwerking tussen huisartsen en POH's Jeugd en Gezin voor belemmeringen. Dit zorgde in het begin voor weerstand onder managers van het Jeugdteam.

Implementatieproces

- De **samenwerking** en de toewijding in het **inventariseren van behoeftes** en **creëren van draagvlak** werden allen als **positief** beoordeeld.
- De **planning** bleek **te optimistisch**; het project heeft te maken met een lagere opname van de innovatie dan verwacht. Ten tijde van het uitvoeren van de interviews was hier flexibel op ingespeeld, maar was nog onduidelijk of dit tot de gewenste volume-toename zou leiden.

5.2 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek betrof een beperkte pilot met negen implementatiepartners, vier huisartsen, vijf POH's Jeugd en Gezin en drie cliënten. De cliënten werden door de POH's geselecteerd. Het huidige onderzoek kan hierdoor geen representatief beeld van de ervaringen van cliënten geven. Hoewel binnen de andere respondentgroepen, (bijna) alle betrokkenen geïnterviewd zijn, representeert dit de voorhoede van de professionals die mogelijk in de toekomst met de innovatie gaan werken. Ervaringen van de voorhoede geven niet per definitie een goed beeld van de ervaringen van andere professionals die met de innovatie gaan werken.

Binnen deze beperking, is er wel gepoogd een zo volledig mogelijk beeld te creëren van de pilotfase van de POH Jeugd en Gezin in de gemeente Zaanstad door meerdere groepen respondenten te interviewen en semi-gestructureerde interviews te gebruiken.

Dit onderzoek heeft vrij vroeg in de pilotfase plaatsgevonden, waardoor meerdere respondenten vonden dat ze de pilot nog niet goed konden beoordelen. Het is daarom aan te raden om het onderzoek in een later stadium opnieuw uit te voeren. Hierbij is het aan te bevelen de aandacht te richten op de samenwerking tussen de POH's en huisartsen, en de ervaringen van cliënten.

In het huidige onderzoek bleek het lastig om cliënten aangemeld te krijgen voor het onderzoek. POH's voelden zich vaak bezwaard om een client te vragen of wilden eerst een relatie opbouwen. In een volgend onderzoek kan het onderzoek mogelijk al door de huisarts onder de aandacht van cliënten gebracht worden. Daarnaast is het aan te raden om actiever te investeren in de relatie met de POH's en hen meer te ondersteunen bij het informeren van cliënten. Ook zou informatie over het onderzoek in de wachtkamer gelegd kunnen worden, of met een uitnodigingsmail voor de intake meegestuurd kunnen worden. Als laatste zou een onderzoeker huisartsenpraktijken kunnen bezoeken om cliënten zelf te werven.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Innovatie

- Het is belangrijk dat er duidelijkheid is over de rol en functie van POH Jeugd en Gezin, inclusief welke informatie gedeeld mag worden.
    - Hier worden sporadisch al gesprekken over gevoerd tussen huisartsen en POH's. Het kan behulpzaam zijn om dit soort gesprekken breder te voeren of meer te faciliteren. Bijvoorbeeld over de vraag waar de grenzen liggen van de hulp die een POH kan bieden.
    - Het is aan te raden de functie, rol en werkwijze van een POH Jeugd en Gezin op papier te zetten. Enkele geïnterviewden spraken deze wens ook uit.
    - Bovenstaande is belangrijk om ook naar cliënten duidelijk te kunnen communiceren wat een POH Jeugd en Gezin inhoudt. Deze informatie kan zo nodig ook op papier gezet worden voor cliënten, in een folder of op het startscherm in de wachtruimte.
- Het is belangrijk dat de innovatie rendabel is voor de huisartsen. Het lijkt wenselijk dat hier voldoende financiële middelen beschikbaar voor gesteld worden (voor de huur van de spreekkamer).

Context

- Het is aan te bevelen om voldoende financiële middelen beschikbaar te (blijven) stellen voor de voortgang van het project, zeker gezien de vertraging in het werven van het beoogde aantal huisartsenpraktijken.

Organisatie

- Het is aan te bevelen aan huisartsen en POH's om actief te investeren in de onderlinge samenwerking en elkaar op te zoeken. Dit kan gestimuleerd worden door vaste overlegmomenten in te bouwen (Rumping et al., 2019).
- De voorzieningen lijken niet voor iedereen te voldoen. Er is bij sommige geïnterviewden een behoefte aan een gedeelde ICT infrastructuur en/of een meer geschikte spreekkamer.

Individuen

- Voor succesvolle voortzetting van het project lijkt het belangrijk dat er een toegewijde projectleider betrokken blijft.

Implementatieproces

- Er zijn geen aanbevelingen voor het implementatieproces

6. Referentielijst

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Boom onderwijs.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77-101.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*, 50.

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science, 17*, 75.

Magnée, T., & Verhaak, P. (2015). *Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg".* NIVEL. Geraadpleegd op 15 januari 2023, van https://www.nivel.nl/nl/publicatie/evaluatie-pilot-huisarts-de-praktijk-van-de-jeugdzorg-april-2015

Nederlands Jeugdinstituut (2019). *Samenwerking tussen huisarts en wijkteamJeugdprofessionals bij de huisarts: Praktijkkennis in beeld.* Geraadpleegd op 5 februari 2023 van https://www.nji.nl/publicaties/samenwerking-tussen-huisarts-en-wijkteam

Rumping, S., Boendermaker, L., & De Ruyter, D. J. (2019). Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community, 27*(2), 293–305. https://doi.org/10.1111/hsc.12589

Sayal, K., & Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice, 54(*502), 348–352.

Schut, T. (2022). *Advies over de samenwerking Jeugdteam en huisartsen en over de inbedding van jeugdprofessionals in de huisartsenpraktijk in Zaanstad*.

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

Theunissen, M. H. C., Dijkshoorn, J. & Klein Velderman, M. (2018). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd: Verbindingen maken in het sociale domein. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 96*, 354–360.

Van Spanje-Hennes, A., & Blokland, L. (2020). *Drempels verlagen: Een verdiepend onderzoek naar de Specialistische Ondersteuner Huisarts (SOH) en de Praktijkondersteuner Huisarts – jeugd (POH-jeugd).* Hogeschool Utrecht.

VERBI Software. (2021). MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., Rosendal, H., (2019). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek (tweede druk).* Boom uitgevers Amsterdam

Zorginstituut Nederland (2023). *Infographic – Wat is passende zorg*. Geraadpleegd op 17 juli 2023 van, https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg/wat-is-passende-zorg

Zwaanswijk, M., & Van den Meijdenberg, J. (2022). Praktijkondersteuners jeugd bij de huisarts. *Kind Adolescent Praktijk 21*, 32–38.

Zwaanswijk M., Van der Ende, J., Verhaak P. F. M., Bensing J., M., & Verhulst F. C. (2005). Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(12), 1292–1300.

Bijlage 1: Implementatiefactoren POH Jeugd en Gezin Zaanstad

Kleurcode:

Groen: Bevorderende factor

Oranje: Belemmerende factor

Grijs: Niet van toepassing

Blauw: Onbekend

I. INNOVATIE POH Jeugd en Gezin	
A. Bron of ontwikkelaar innovatie	Er is geen ontwikkelaar van de POH Jeugd en Gezin, maar deze werd geïmplementeerd en verspreid door de projectleider. De projectleider werd door iedereen als positief en onafhankelijk (dus vrij van eerdere negatieve ervaringen) beschouwd.
B. Bewijs effectiviteit innovatie	Ervaringen met POH Jeugd en Gezin in andere gemeente zijn positief. Jeugdteam, gemeente en huisartsenvereniging zijn (hierdoor) positief over de innovatie.
C. Voordeel van innovatie	Huidig samenwerking tussen huisartsen en het Jeugdteam is slecht en dat wordt door iedereen onderkend. Een POH Jeugd en Gezin lijkt ook andere voordelen te hebben, zoals een alternatief behandelaanbod te bieden zonder wachtlijst. Huisartsen die deelnemen, doen dit op basis van deze voordelen.
D. Mate waarin innovatie aangepast kan worden	De exacte vorm van een POH Jeugd en Gezin is verschillend in elke gemeente. Binnen de gemeente Zaandam is gekozen voor een vaste vorm. Dit wordt gemonitord en waar nodig aangepast.
E. Mate waarin innovatie kleinschalig uitgeprobeerd kan worden	De POH Jeugd en Gezin is als pilot gestart. Dit lijkt een goede strategie te zijn.
F. Complexiteit innovatie	POH is een relatief simpele interventie maar vraagt wel een investering van huisartsen en POH's om elkaar te leren kennen en goed samen te werken.
G. Coherentie of overdraagbaarheid innovatie	Er is geen vast omschreven innovatie. De uitvoerders en professionals die ermee werken (huisartsen en POH's) zijn hierdoor zoekende naar de exacte invulling van de functie, de grenzen en mogelijkheden.

H. Kosten van innovatie	Een huisarts moet kosten maken voor de verhuur van de spreekkamer voor 1 dagdeel per week. Dit wordt ervaren als een grote investering.
II. CONTEXT Samenleving en zorglandschap	
A. Kritieke gebeurtenissen	Er zijn geen kritieke gebeurtenissen geweest die het implementatie proces verstoord hebben.
B. Lokale attitudes	Alle partijen hadden een gezamenlijke visie op het belang van betere samenwerking in het voorveld en betere preventieve zorg om verwijzing naar specialistische zorg te verminderen.
C. Lokale omstandigheden	- Er is een landelijke beweging om dit soort innovaties te implementeren. De POH Jeugd en Gezin past daarmee in de huidige tijdsgeest rondom de organisatie van zorg voor jeugd.
C. Lokale omstandigheden	- De organisatorische context van de huisartsenvereniging en het Jeugdteam was nog niet volledig stabiel. - Een geïnterviewde was van mening dat de gemeente proactiever middelen en mensen zou moeten inzetten.
D. Partners en verbindingen	Alle direct belangrijke partners waren betrokken. Er is door een enkele geïnterviewde geopperd dat, te zijner tijd, meer partijen uit het voorveld betrokken moeten worden (e.g., scholen) om de POH Jeugd in Gezin goed in te passen in een goed functionerend systeem van signaleren en verwijzen.
E. Beleid en richtlijnen	Huisartsen zijn zelfstandige ondernemers. Dit betekent dat ze zelf kunnen besluiten of ze een POH Jeugd en Gezin in hun praktijk willen opnemen of niet. Dit kan door de huisartsenvereniging aanbevolen worden, maar niet opgelegd.
F. Financiering extern	Financiering voor het project is geborgd door gemeente. Er was bij een geïnterviewde twijfel of dit voldoende zal blijven.
G. Externe druk	Er was de noodzaak om verwijzingen naar specialistische jeugdzorg te verminderen om hiermee de kosten te verlagen.
III. ORGANISATIE Huisartsenpraktijken en Jeugdteams	
A. Structurele eigenschappen	

1. Fysieke infrastructuur	Niet alle huisartsenpraktijken konden een spreekkamer voor de POH regelen (vanwege financiële overwegingen). Als de spreekkamer buiten de huisartsenpraktijk gevestigd was, had dit een negatieve impact op de benodigde samenwerking tussen huisartsen en de POH Jeugd en Gezin. De beschikbare spreekkamer was in enkele gevallen niet volledig geschikt.
2. ICT infrastructuur	Samenwerking tussen de POH Jeugd en Gezin en huisartsen vraagt om het delen van data. Het goed organiseren hiervan is ingewikkeld. Er is een pragmatische oplossing voor gevonden. De meningen van geïnterviewde huisartsen en POH's varieerden hierover. Sommigen vonden dit voldoende, anderen zouden graag een gedeelde ICT infrastructuur hebben.
3. Werk infrastructuur	Hier lijken geen bijzonderheden.
B. Relaties en verbindingen	Samenwerking tussen huisartsen en POH's Jeugd en Gezin loopt nog niet overal even soepel. Hoewel beiden over het algemeen enthousiast zijn over elkaar, weten ze elkaar nog niet voldoende te vinden.
C. Communicatie	Huisartsen en POH's zijn nog zoekende hoe ze onderling willen en kunnen communiceren
D. Cultuur	- Binnen het Jeugdteam was er een duidelijke visie op de noodzaak voor een POH Jeugd en Gezin en 'commitment' om dit uit te voeren.
D. Cultuur	- Hoewel de deelnemende huisartsen overwegend positief zijn over POH Jeugd en Gezin, is de opname traag / laag. Dit doet vermoeden dat veel huisartsen in de gemeente Zaanstad een minder positieve houding hebben t.o.v. de POH Jeugd en Gezin. Deze groep is echter niet ondervraagd, waardoor we hier geen uitspraken over kunnen doen. Daarnaast willen sommige huisartsen graag een POH kunnen kiezen die past bij hun praktijk.
E. Behoefte aan of noodzaak voor verandering	Zowel bij de huisartsen als bij het Jeugdteam werd het belang van verandering onderschreven.
F. Compatibiliteit innovatie met huidige manier van werken	Op basis van de ervaringen van de huisartsen die nu met een POH Jeugd en Gezin werken, lijkt de POH compatibel te zijn met de manier van werken van huisartsen.

G. Prioritering innovatie	- De POH Jeugd en Gezin heeft grote prioriteit gekregen bij het Jeugdteam. Hierdoor lukt het hen telkens om medewerkers vrij te spelen voor de functie van POH Jeugd en Gezin, ondanks de bezwaren.
G. Prioritering innovatie	- De prioritering bij de huisartsen varieert. Gezien de lage opname tot nu toe, is de prioritering bij huisartsen laag.
H. Beloningssysteem	Er zijn geen 'beloningen' of 'straffen'.
I. Aansluiting bij overkoepelende missie of visie	De POH Jeugd en Gezin ligt in lijn met de missie van alle partners.
J. Beschikbare middelen	
1. Financiering intern	De spreekkamer wordt vergoed, maar dit is voor sommige huisartsen niet kostendekkend, waardoor zij besluiten om geen POH Jeugd en Gezin te nemen, of om de POH buiten hun eigen praktijk te vestigen.
2. Fysieke ruimte	Niet alle huisartsen hebben een (goede) spreekkamer beschikbaar.
3. Materialen	n.v.t.
K. Toegang tot kennis, training of informatie	Er ligt nog geen werkwijze op papier. Wel is er maandelijks overleg tussen alle POH's en is er een document met werkafspraken in opbouw.
IV INDIVIDUEN Personen	
A. Leiders op hoog niveau	Alle bestuurders waren enthousiast en hebben de implementatie van de POH Jeugd en Gezin gefaciliteerd.
B. Leiders op midden niveau	Managers van het Jeugdteam waren matig enthousiast; ze zagen het belang en wilden de implementatie van de POH Jeugd en Gezin graag faciliteren, maar vonden het ook moeilijk om jeugdwerkers vrij te spelen gezien de werkdruk en het personeelstekort.
C. Professionals die via informele routes attitudes kunnen beïnvloeden	POH's en huisartsen die gestart waren, waren enthousiast. Het plan is om deze succesverhalen te delen om ook andere professionals te enthousiasmeren. Bij uitvoering van dit onderzoek was dit nog niet gebeurd.

D. Facilitatoren van implementatie (individuen met kennis van zaken die ondersteunen)	nvt
E. Implementatie leider	Projectleider had kennis van zaken en bezat de juiste vaardigheden om het project voortvarend en succesvol te leiden.
F. Implementation team	Het kernteam was een productieve club die de implementatie goed kon ondersteunen en hierover kon adviseren.
G. Andere ondersteuning implementatie	n.v.t.
H. Uitvoerders innovatie	Deelnemende professionals zijn enthousiast
I. Ontvangers innovatie	Geïnterviewde cliënten zijn enthousiast. Door de kleine steekproef is het niet mogelijk deze uitspraken te generaliseren.
IV. INDIVIDUEN Eigenschappen project	
A. Behoefte aan innovatie	De innovatie biedt medewerkers van het Jeugdteam de gelegenheid om nieuwe uitdagingen aan te gaan of een diverser takenpakket op zich te nemen. Het vervult daarmee mogelijk een persoonlijke behoefte. Voor huisartsen vervult de innovatie een werkgerelateerde behoefte, omdat het tegemoetkomt aan problemen die ze ervaren als ze kinderen of jongeren zien met psychosociale problemen (bijvoorbeeld onwetendheid over waar ze de jongere naar moeten verwijzen, of het gebrek aan snel beschikbare hulp).
B. Benodigde vaardigheden	De professionals bezitten de benodigde vaardigheden om met/als POH Jeugd en Gezin te werken.
C. Capaciteit	Vanuit het Jeugdteam is er beperkte capaciteit om POH's Jeugd en Gezin te leveren. Hoewel dit tot nu toe elke keer gelukt is, geven managers van het Jeugdteam aan dat dit niet gemakkelijk is. Vanuit de huisartsen zorgt werkdruk voor beperkte mogelijkheden om zich te verdiepen in de innovatie en om de samenwerking met de POH Jeugd en Gezin goed vorm te geven.

D. Motivatie	De motivatie onder huisartsen is wisselend. De motivatie onder jeugdwerkers voor de rol als POH lijkt grotendeels positief.
V. IMPLEMENTATIE PROCES Implementation Process	
A. Samenwerking team	De samenwerking tussen alle betrokken partners was goed, constructief en in gezamenlijkheid.
B. In kaart brengen van de behoeftes	Er zijn interviews gehouden om de behoeftes van huisartsen in kaart te brengen.
C. In kaart brengen context (barrieres en bevorderende factoren)	Er zijn interviews gehouden met huisartsen en ook met andere gemeentes die met een POH Jeugd en Gezin werken.
D. Planning	Rollen, taken, verantwoordelijkheden en planning waren duidelijk. De planning bleek te optimistisch.
E. Aanpassen van strategieen	Implementatie strategieën sloten aan bij geanticipeerde barrières en waar nodig zijn strategieën aangepast. Zo zijn er verschillende sporen, naast de POH Jeugd en Gezin, opgezet om goede samenwerking te stimuleren. Het is onduidelijk in hoeverre alle huisartsen op de hoogte zijn van de verschillende sporen.
F. Draagvlak creëren	Er is veel geïnvesteerd in het creëren van draagvlak bij huisartsen en POH's.
G. Stapsgewijze en cyclische uitvoering	Er wordt stapsgewijs gewerkt en opgebouwd naar een groter aantal deelnemende huisartsenpraktijken. Tussentijds wordt geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
H. Reflectie en evaluatie	Er wordt data verzameld over de mate van succes van de implementatie en van de innovatie en dit wordt besproken.
I. Aanpassing van innovatie of binnenste context	Er zijn verschillende sporen ontwikkeld om aan te sluiten bij de context. De innovatie van de POH Jeugd en Gezin zelf is niet aangepast. Ook vinden er geen aanpassingen plaats bij de context.