



Eindrapportage project verwijsstroom huisartsen. De samenwerking en ondersteuning van huisartsen en het gebiedsteam 1.Hoorn.

J.J. Rözer, C.A.A. Kemmeren en M.M. de Lange (december 2022)

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Het project verwijfsroom huisartsen	6
3. Methoden	8
4. Een nadere omschrijving van de betrokkenen	10
5. Voorgaand onderzoek	19
6. De resultaten	21
7. Conclusie	26
8. Aanbevelingen	30
Referenties	32
Bijlage	33

Samenvatting

Met het project 'Verwijsstroom huisartsen' tracht de gemeente Hoorn de samenwerking op het gebied van jeugdproblematiek tussen huisartsen en het sociaal domein te vergroten. Hiervoor heeft de gemeente vanuit de gebiedsteams van 1.Hoorn vaste contactpersonen aangesteld die de samenwerking moeten verbeteren, een factsheet ontwikkeld en de aansluiting op ZorgDomein gerealiseerd zodat huisartsen eenvoudig (digitaal) naar het gebiedsteam kunnen verwijzen. Met de praktijkondersteuners jeugd (POH-J) van Vicino zijn daarnaast afspraken gemaakt om de samenwerking te versterken, inclusief een route voor overdracht. Daarnaast heeft de gemeente vanuit het gebiedsteam een orthopedagoog en een GZ-psycholoog in een huisartsenpraktijk geplaatst. Dit alles heeft tot doel om effectieve, passende, snelle, toegankelijke en duurzame zorg in te zetten voor gezinnen en jeugdigen.

Om het project te evalueren is gebruik gemaakt van een mixed-method benadering. Daarvoor hebben we onder andere effectencalculatorsessies gehouden en surveys onder huisartsen, POH-J en jeugd- en gezinswerkers van het gebiedsteam geanalyseerd.

De uitkomsten van de verschillende methoden zijn afzonderlijk gepubliceerd. In deze overkoepelende rapportage verbinden wij de uitkomsten en combineren deze met inzichten uit de literatuur. Wij sluiten vervolgens af met een algemene conclusie en aanbevelingen.

Al met al laat het project zien dat door gerichte inzet van de gemeente de samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein kan verbeteren, er vaker laagdrempelig behandeld kan worden, en er vaker en tijdig naar het sociaal domein verwezen kan worden. Dit biedt hoop voor een toekomst waarin we ondersteuning naar jeugdigen (en inwoners in haar algemeenheid) zo licht en laagdrempelig mogelijk willen organiseren.

1. Inleiding

In januari 2020 heeft de gemeente Hoorn het project verwijsstroom huisartsen opgezet. Met het project wilde de gemeente de samenwerking tussen de huisartsen en de gebiedsteams (genaamd 1.Hoorn) versterken waardoor er meer afstemming plaats zou vinden. De gedachte was dat hierdoor effectievere, passendere en duurzamere zorg kon worden ingezet waarbij er sneller problemen worden gesignaleerd en escalaties worden voorkomen. Om dit te bewerkstelligen heeft de gemeente onder andere vaste contactpersonen aangesteld en gerealiseerd dat praktijkondersteuners-jeugd (POH-J) extra uren hebben gekregen. Daarnaast zijn vanuit 1.Hoorn een orthopedagoog en GZ-psycholoog in een huisartsenpraktijk geplaatst.

Dergelijke initiatieven om jeugdproblematiek te tackelen zijn hard nodig. Volgens de laatste schattingen van het CBS (2022) voelde bijvoorbeeld 18 procent van de jongeren zich psychisch ongezond, terwijl het RIVM (2022) laat zien dat 40 procent van de jongeren (zeer) veel stress ervaart en 34 procent zich eenzaam voelt. Het netwerk GOR¹ (2022) laat daarnaast zien dat 17 procent van de jongeren serieus aan suïcide denkt. Er is landelijk nog veel ruimte voor verbetering om deze jeugdproblematiek aan te pakken. Zo heeft volgens het RIVM (2022) 18 procent van de jongeren behoefte aan extra hulp of steun en 9 procent van de jongeren te maken met uitgestelde zorg.

Ook weten we dat landelijk de samenwerking tussen de huisartsen en gebiedsteams vaak nog te wensen overlaat (Otten et al. 2018; Theunissen, 2018; Transitie autoriteit jeugd, 2018). De gemeente Hoorn was hiervan voorafgaand aan het project misschien wel een typisch voorbeeld, aangezien uit analyse van CBS dat bleek dat huisartsen bij jeugdproblematiek nog weinig naar hen doorverwezen (zie het projectplan). Daarnaast beoordeelden huisartsen in de regio Westfriesland, waarvan de gemeente Hoorn deel uitmaakt, voorafgaand aan het project het contact met het gebiedsteam met een 4 in 2019 en met een 5 in 2020 (zie Rözer, 2022a).

De noodzaak tot verbetering is tot veel gemeenten doorgedrongen. Met het project sluit de gemeente Hoorn dan ook aan bij een landelijke trend om de samenwerking tussen gebiedsteams en huisartsenpraktijken te versterken en om huisartsen te ondersteunen. Dit onder motto's zoals 'de juiste zorg op de juiste plaats', 'optimalisering van de doorstroom', 'verbetering samenwerking sociaal domein en huisartsen' en 'wijkgebonden preventie'. Weinig projecten zijn nog grondig geëvalueerd, maar de eerste resultaten van bestaande initiatieven zijn veelbelovend. Zij lijken onder andere te resulteren in betere zorg en samenwerking, een grotere tevredenheid van huisartsen, gebiedsteams en jeugdigen, en minder verwijzingen naar specialistische zorg (zie hoofdstuk 4).

Vanuit de Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving hebben wij het project Verwijsstroom Huisartsen van de gemeente Hoorn gevolgd. Dit hebben wij gedaan door een mixed-method benadering waarvoor wij onder andere effectencalculator sessies hebben georganiseerd (Kemmeren, de Lange en Rözer, 2022) en een survey hebben gehouden onder de jeugd- en gezinswerkers van het gebiedsteams en huisartsen en

¹ Dit is een samenwerking tussen het RIVM, GGD GHOR Nederland, het Nivel en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum.

praktijkondersteuners (Rözer, 2022a, 2022b). In deze rapportage zullen wij de overkoepelende resultaten bespreken en inbedden in de literatuur.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zullen wij als eerste het project nader toelichten, terwijl wij in het daaropvolgende hoofdstuk nader zullen ingaan op de gebruikte methode. In hoofdstuk 4 zullen wij de betrokkenen nader toelichten. Hiervoor zullen wij ook gebruik maken van data over de inzet van de praktijkondersteuners, orthopedagoog en GZ-psycholoog om zo onder andere te laten zien met welke vragen en problemen jeugdigen en ouders bij hen aankloppen en hoe vaak men doorverwijst. In hoofdstuk 5 zullen wij de belangrijkste conclusies uit onze verschillende studies op een rijtje zetten. Hoofdstuk 6 vormt de conclusie, terwijl wij in hoofdstuk 7 beleidsaanbevelingen zullen doen.

2. Het project verwijsstroom huisartsen

Aanleiding

Op 1 januari 2020 is de gemeente Hoorn van start gegaan met het project verwijsstroom huisartsen. De directe aanleiding voor het project was dat huisartsen vaker dan in andere regio's naar specialistische jeugdzorg verwezen, waarbij in veel gevallen jeugdigen niet gelijk bij de juiste zorgaanbieder terecht kwamen en een nieuwe doorverwijzing volgde.² Bij een verwijzing door de huisarts naar specialistische jeugdhulp werden de gebiedsteams (genaamd 1.Hoorn) vaak niet bij de zorg betrokken. Dit terwijl zij bij multiproblematiek vaak gepaste en waar mogelijk lichte zorg kunnen bieden. Bovendien was er door deze werkwijze vanuit de gemeente nauwelijks monitoring op de casussen waardoor het onduidelijk was of de geleverde zorg passend was.

Doelstelling van het project

Met het project wil de gemeente de samenwerking tussen de huisartsen en het gebiedsteam 1.Hoorn versterken. De bijbehorende doelstellingen zijn:

- Eerder signaleren en sneller passende zorg bieden, waar het kan lichte zorg inzetten en minder snel diagnosticeren.
- Het normaliseren van zorgvragen.
- Actief regie voeren op het resultaat waarbij gezin en professional betrokken zijn. Zeker in gevallen waarbij er sprake is van multiproblematiek.
- Escalaties en doorverwijzingen naar tweedelijnsvoorzieningen voorkomen.

Kortom, om effectieve, passende, snelle en duurzamere zorg in te zetten voor gezinnen en jeugdigen.

Algemene inzet

Om de doelstellingen te bereiken zijn de volgende algemene maatregelen genomen:

- Er is vanuit de drie gebiedsteams van 1.Hoorn vanuit team jeugd en team sociaal een vaste contactpersoon voor de huisartsen voor vragen of afstemming aangesteld.
- Met Vicino (de organisatie die bij veel huisartsen een POH-J plaatst) zijn afspraken gemaakt over de inzet van de POH-J bij het project om zo de samenwerking te verbeteren.
- Er is een factsheet 1.Hoorn ontwikkeld, waarop is weergegeven wat 1.Hoorn aanbiedt, op welke gebieden 1.Hoorn ondersteuning biedt en wat de routes zijn. Deze is met alle huisartsen gedeeld.
- Het is mogelijk gemaakt dat huisartsen digitaal naar 1.Hoorn kunnen verwijzen via ZorgDomein, hun eigen verwijsapplicatie.
- Via een nieuwsbrief en podcasts worden de betrokkenen over het project op de hoogte gehouden.

Drie gebied specifieke pilots

Naast deze algemene inzet zijn er drie pilots opgezet:

² Uit analyse van gegevens van het CBS kwam onder andere naar voren dat in 2018 in Hoorn in 39,8% van alle verwijzingen naar specialistische jeugdhulp via de huisartsen verliep en dat huisartsen vooral naar de JGGZ verwezen (85%) (zie het projectplan).

1. In de eerste pilot werden de rollen van het gebiedsteam en de huisarts gelaten zoals ze waren, maar werd wel doormiddel van de algemene inzet (zie hierboven) in de dialoog geïntensiveerd.
2. In de tweede pilot is ingezet op intensievere samenwerking met de POH-J. Dit vanuit de aanname dat de POH-J meer gaat verwijzen naar de gebiedsteams, een brugfunctie vervult tussen de huisarts en de gebiedsteams en naar welzijn vanuit de gedachte 'socialiseren in plaats van medicaliseren'. Hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld tussen Vicino en de gemeente, om de POH-J tijd te geven om te investeren in de samenwerking en deel te nemen aan de pilot.
3. In de derde pilot is vanuit 1.Hoorn een GZ-psycholoog in een huisartsenpraktijk ingezet. Vanaf april 2021 is in een andere huisartsenpraktijk een orthopedagoog toegevoegd. Beide personen bieden kortdurende begeleiding en behandeling, stemmen met het gebiedsteam af, en adviseren of eventuele passende specialistische jeugdhulp nodig is. Beiden zijn ingezet vanuit de gedachte om snel passende zorg te kunnen bieden binnen een vertrouwde omgeving en zijn gericht op socialiseren in plaats van medicaliseren.

3. Methodes

De gemeente Hoorn neemt deel aan de Werkplaats Sociaal Domein, waarvan het lectoraat Stedelijk Sociaal Werk van de Hogeschool van Amsterdam de penvoerder is. Verschillende onderzoekers van de HvA hebben het project gevolgd. Dit is gedaan door middel van een mixed-method benadering. Er is gebruik gemaakt van de volgende methodes:

- Analyse van data over de inzet van de praktijkondersteuners, orthopedagoog en GZ-psychooloog (zie hoofdstuk 4).
- Een survey onder de huisartsen en praktijkondersteuners. Als input is hiervoor de vragenlijst van twee eerdere regionale metingen gebruikt. Van de 37 aangeschreven huisartsen en praktijkondersteuners hebben er 20 gereageerd (54%) afkomstig van 10 van de 17 praktijken.
- Een survey onder de professionals van 1.Hoorn. De input betrof hier de eerdere vragenlijst onder de huisartsen. Daarnaast zijn er aparte vragen gesteld over de drie pilots. Van de 63 aangeschreven professionals van 1.Hoorn hebben er 35 gereageerd (56%).
- Effectencalculator sessies. Hierin zijn met betrokken professionals casussen besproken en gekeken of de pilots resulteerden in effectievere zorg. In totaal zijn 15 casussen besproken.
- Aanvullende observaties. Er zijn onder andere een drietal huisartsen geïnterviewd, teambijeenkomsten bijgewoond, 6 podcasts gemaakt met in totaal 8 betrokkenen en vanuit registratiesystemen bekeken naar wie de diverse professionals verwijzen.

Het perspectief van de jeugdigen en gezinnen

Uiteindelijk is het perspectief van de jeugdigen en gezinnen één van de belangrijkste maatstaven voor het succes van het project. Zijn bewoners jeugdigen en gezinnen bij voorbeeld tevreden met de extra inzet? En hoe ervaren zij de ondersteuning?

Bij de opzet van het project was de planning dat jeugdigen en/of gezinnen zouden aansluiten bij de effectencalculator sessies om hun perspectief in te brengen. Dit bleek echter moeilijk te realiseren. Door de coronacrisis is veruit het grootste gedeelte van de Effectencalculator sessies online uitgevoerd. De inschatting van de projectleider, professionals en onderzoekers was dat deze online omgeving geen veilige setting voor de jeugdigen en/of gezinnen was om hun casus mee te bespreken. Vandaar dat is besloten om hen niet direct in het onderzoek te betrekken. Het accent verschoof hierdoor naar de betekenis voor de professionals en de gemeente.

Wel hebben we de professionals bevroegd naar het perspectief van de jeugdigen en gezinnen. Hieruit komt het beeld naar voren dat zij de extra gepleegde inzet zeer waarderen. Deze tevredenheid heeft, aldus de professionals, te maken met de snelle beschikbaarheid van hulp in de directe omgeving en het contact met de POH-J, kinder- en jeugdpsycholoog en orthopedagoog. Dit kan natuurlijk te rooskleurig zijn doordat het afkomstig is van de professionals. Onderzoek naar vergelijkbare projecten waarbij jeugdigen of gezinnen wel direct zijn bevroegd onderschrijft echter dit beeld (zie hoofdstuk 5).

Daarnaast is het laatste driekwart jaar in pilot 3 ouders gevraagd om een tevredenheidsformulier in te vullen. De eerste resultaten laten hier ook een grote

tevredenheid zien.³ Ouders geven voornamelijk aan tevreden te zijn omdat de hulpverlening binnen de vertrouwde omgeving aangeboden kon worden en dat men snel kon starten.

³ Vicino komt nog met de cijfers.

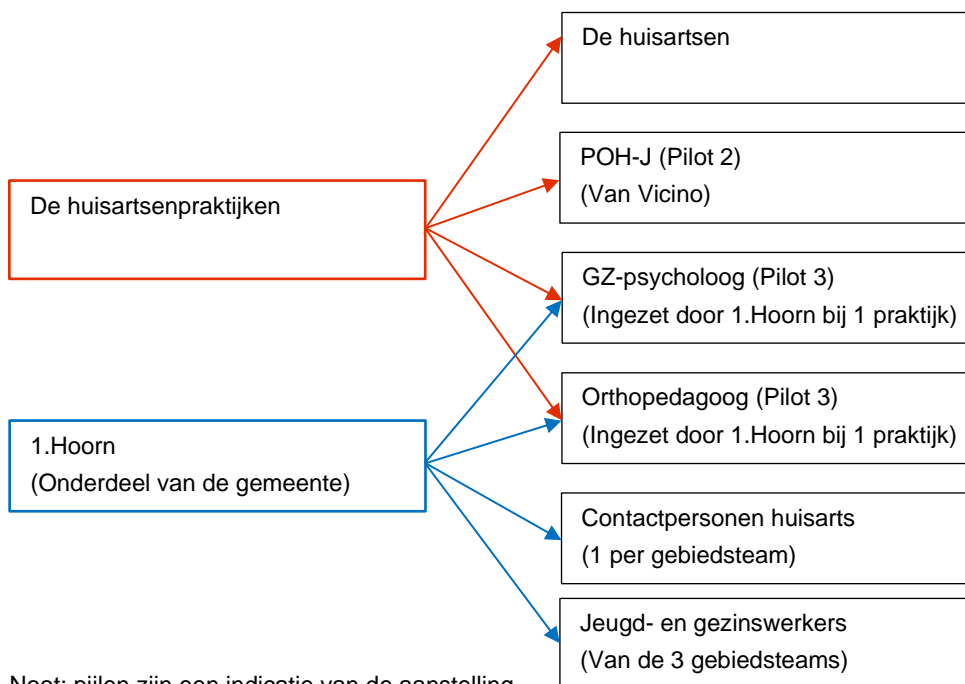
4. Een nadere omschrijving van de betrokkenen

De betrokken partijen

Zoals Figuur 1 laat zien, zijn binnen het project diverse partijen betrokken:

- **De huisartsen**, die voor de meeste inwoners het eerste aanspreekpunt zijn bij mentale en fysieke klachten.
- De drie **gebiedsteams** van 1.Hoorn. Zij zijn onderdeel van de gemeente Hoorn. Bij hen kunnen inwoners terecht met vragen rondom zorg en ondersteuning in de gemeente Hoorn. Te denken valt aan vragen over opvoeding en opgroeien, wonen en samenleven, geldzaken, zorg en hulpmiddelen, werk en activiteiten in de buurt. Binnen het project zijn vooral de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn betrokken. Zij kunnen bij vragen van inwoners als procesregisseur optreden. Bij het gebiedsteam werken voornamelijk sociaal werkers (met opleidingen zoals sociaal werk, maatschappelijk werk, sociaalpedagogische hulpverlening, cultureel maatschappelijke vorming, inrichtingswerk en jeugdwelzijnswerk).
- Alle drie de gebiedsteams hebben vaste **contactpersonen huisarts 1.Hoorn**. Vanuit team jeugd en team sociaal is er één aanspreekpunt voor de huisartsen.
- Verschillende **praktijkondersteuners jeugd** (POH-J), die in de huisartspraktijken werkzaam zijn en vanuit daar kortdurende psychosociale ondersteuning bieden aan kinderen, adolescenten en hun ouders. Vanuit daar bepalen ze of een doorverwijzing naar meer specialistische, langdurige ondersteuning nodig is. De praktijkondersteuners hebben ruime ervaring binnen de specialistische jeugdhulp. Veel voorkomende vooropleidingen zijn verpleegkunde, social work en (toegepaste) psychologie. Daarnaast bestaat er een apart Hbo-programma praktijkondersteuner.
- **De GZ-psycholoog** is een BIG geregistreerd GZ-psycholoog met een eigen praktijk. Zij heeft een ruime ervaring als psycholoog, zowel met jeugdigen als volwassenen. Naast individuele therapie geeft ze ook groepstrainingen. Vanuit de huisartsen bepaalt zij na een probleemverkenning welke zorg jeugdigen nodig hebben en of deze in de huisartsenpraktijk geboden kan worden of dat doorverwijzing nodig is. Indien zij zelf behandelt heeft zij de beschikking over zeven sessies van een uur.
- De **orthopedagoog** volgt op het moment ook een opleiding tot systeemtherapeut waarbij ze nadrukkelijk ook kijkt naar het systeem om een individu heen. Net als de GZ-psycholoog bepaalt zij vanuit de huisartsenpraktijk na een probleemverkenning welke zorg jeugdigen nodig hebben en of deze in de huisartsenpraktijk geboden kan worden of dat doorverwijzing nodig is. Indien zij zelf behandelt heeft zij ook de beschikking over zeven sessies van een uur.

Figuur 1. Overzicht van de betrokken partijen



Noot: pijlen zijn een indicatie van de aanstelling.

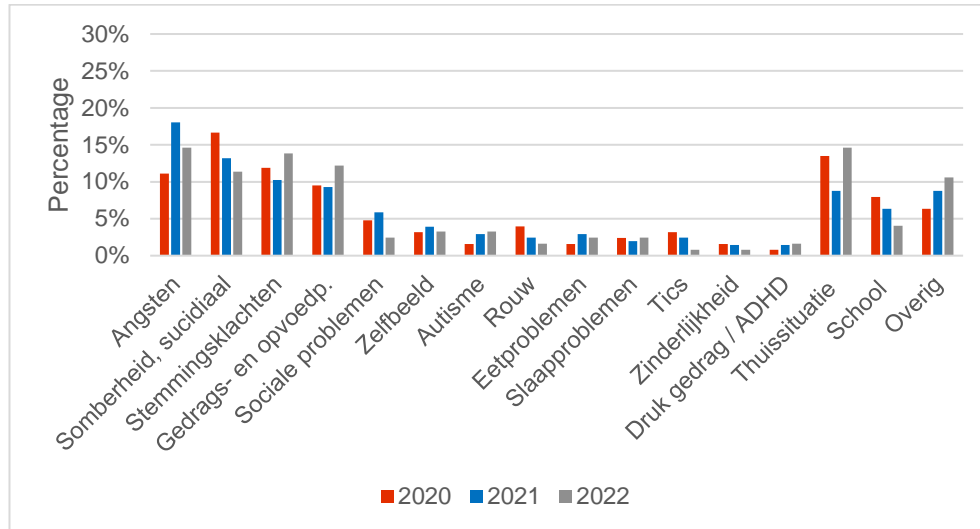
Veel vragen en problemen hebben met angst, somberheid en stemmingsklachten te maken

Aan de POH-J, de orthopedagoog en de GZ-psycholoog is periodiek gevraagd om een geanoniseerd overzicht aan te leveren met daarop informatie over het aantal cliënten, de leeftijd, de duur, het soort vraag en de wijze van afronding (geen vervolg, inzet specialistische jeugdhulp, overdracht naar 1.Hoorn, anders). Daarbij hebben ze door middel van een open vraag aangegeven welke vragen en problemen de jeugdigen/gezinnen hebben. Deze hebben wij geclassificeerd. Hierbij zijn wij zo dicht mogelijk bij de omschrijvingen van de professionals gebleven. Het was mogelijk dat één jeugdige/gezin vragen en problemen had op meerdere gebieden. De exacte cijfers van deze en de andere beschrijvingen in dit hoofdstuk zijn in de bijlage te vinden.

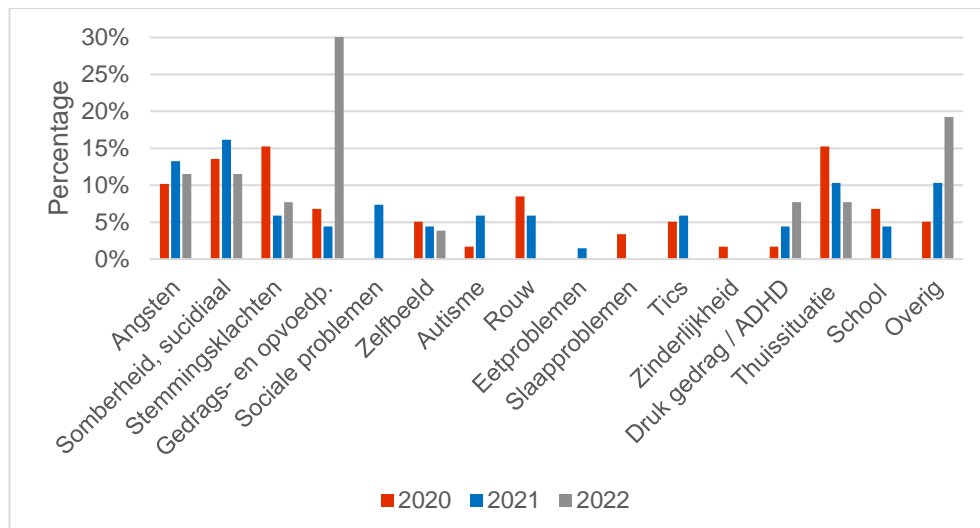
Figuur 2 geeft door de tijd het totaal aan vragen en problemen weer die zijn gerapporteerd. Wat blijkt is dat angsten (faalangst, prikangst, scheidingsangst) het meeste voorkwamen, gevolgd door somberheid en suïcidale gedachten. Stemmingsklachten (boosheid, woede) en gedrags- en opvoedklachten zijn ook veel benoemd. Ook problemen met betrekking tot de thuissituatie (bijvoorbeeld in verband met een scheiding) en in iets mindere mate school (bijvoorbeeld vanwege pesten) werden geregeld benoemd. De overige vragen en problemen gingen bijvoorbeeld over medicatie, de samenwerking en afstemming met andere organisaties, verwijzingen vanuit Veilig Thuis, seksueel misbruik, en hoogbegaafdheid. Door de tijd heen zijn angst gerelateerde vragen en problemen mogelijk toegenomen (met een piek in 2021), terwijl vragen over somberheid en suïcidaal gedrag afnamen. Ook werd de school als context van problemen door de tijd heen minder benoemd.

Figuur 2. De vragen en problemen van jeugdigen/gezinnen

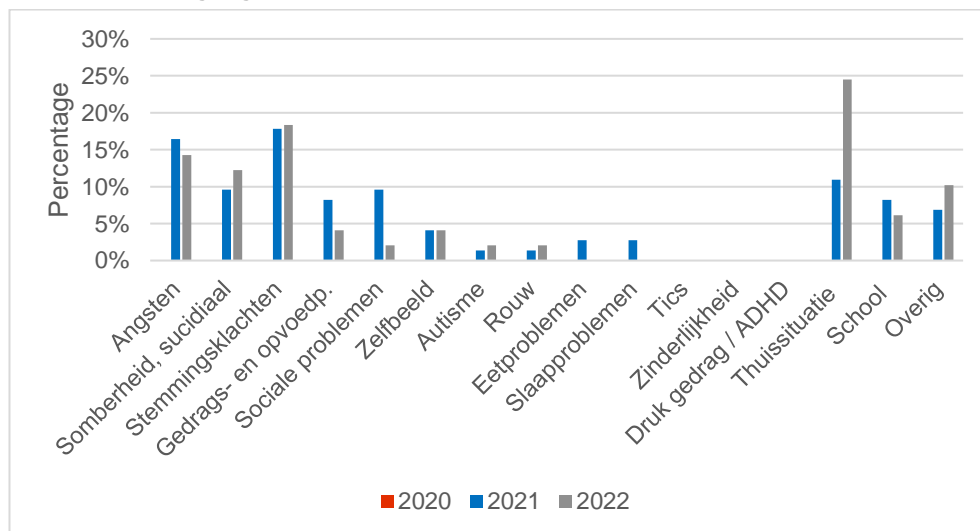
A. Totaal



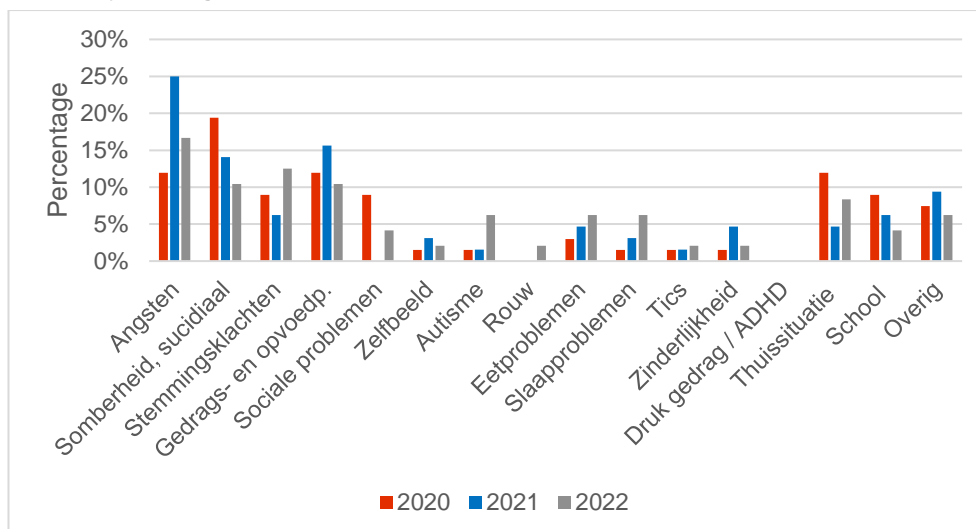
B. Praktijkondersteuners-jeugd (POH-J)



C. De orthopedagoog



D. GZ-psycholoog



Vergelijken we de antwoorden van de POH-J, de orthopedagoog en de GZ-psycholoog dan blijkt dat de POH-J vooral te maken hebben met gedrags- en opvoedproblemen (of dit tenminste relatief vaak zo labelen). De orthopedagoog benoemt vaker dat de vragen en problemen te maken hebben met de thuissituatie. Dit sluit aan bij het gegeven dat zij veel systemisch werkt en de context vaak betreft bij de hulpvraag. De GZ-psycholoog benoemt vaker dat de jeugdigen/gezinnen die zij ziet te maken hebben met angsten, somberheid en suïcidale gedachten. Dit zijn klachten waarvoor personen normaal gesproken ook eerder worden doorverwezen naar specialistische GGZ. De GZ-psycholoog maakt bij de behandeling van deze klachten onder andere gebruik van EMDR. Dit een methode die aansluit bij bepaalde hulpvragen en waarbij je in een korte periode veel vooruitgang kunt boeken. Het kan zijn dat de GZ-psycholoog bij deze klachten alsnog doorverwijst, bijvoorbeeld omdat zij maar beperkt mag behandelen (in principe zeven sessies).

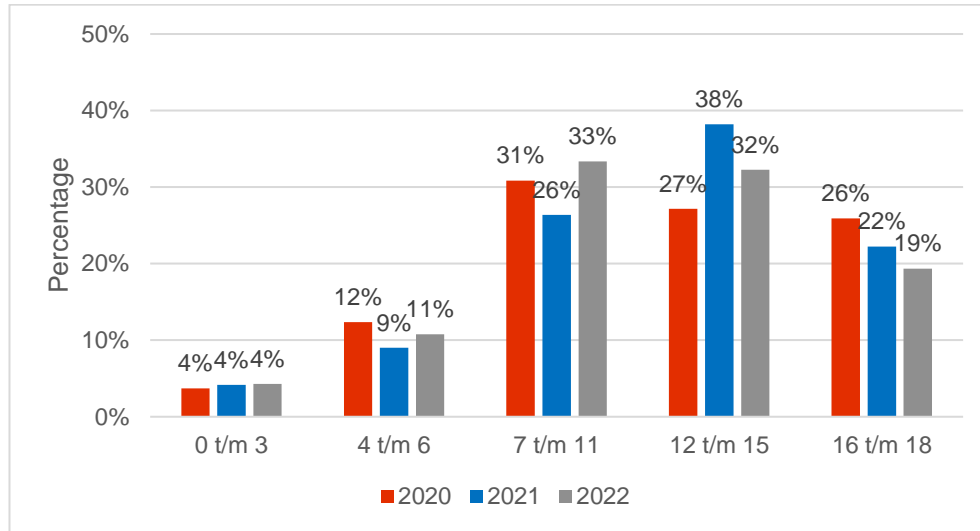
Het gaat vooral over wat oudere kinderen en jongeren

Figuur 3 geeft nader inzicht in de leeftijd van de jeugdigen. De grootste groep is tussen de 12 en 15 jaar, de leeftijd waarop men de overgang maakt van de basisschool naar de middelbare school. Daarna hebben de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog het meeste te maken met kinderen tussen de 7 en 11 jaar, gevolgd door jongeren tussen de 16 en 18 jaar. Men ziet relatief weinig 4 tot en met 7-jarigen en bijna geen baby's en peuters. Het aantal vragen en problemen van 12 tot 15-jarigen piekte in 2021. Mogelijk heeft dit te maken met de Covid maatregelen die extra hard aankwamen bij de groep die de overgang maakte van de basisschool naar de middelbare school.

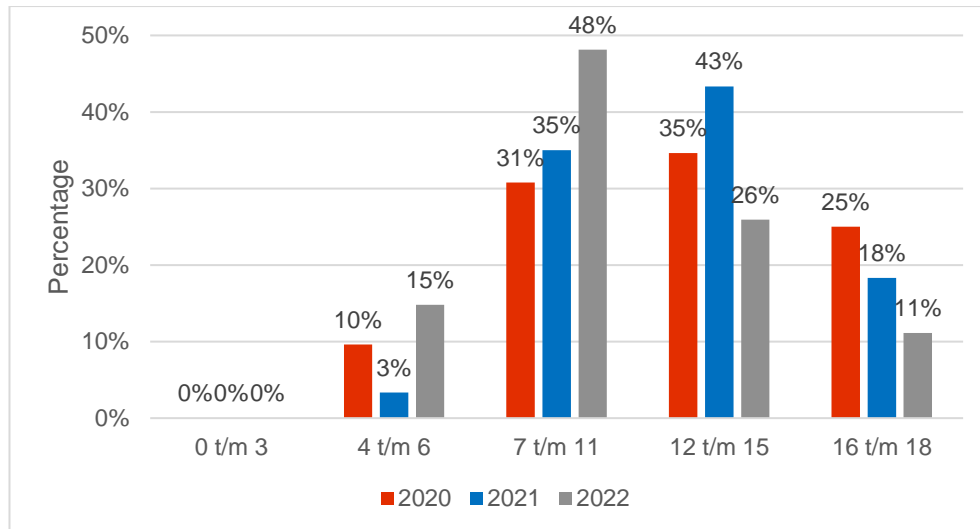
De vragen en problemen waarmee de jongste groep kwam betroffen onder andere eet- en slaapproblemen, zindelijkheid, scheidingsangst en loyaliteitsproblemen. De groep net daar boven (4 tot en met 6 jaar) had al wat vaker met stemmingsproblemen (zoals boosheid) te maken. Daarboven had men al vaker te maken met angsten en gedragsproblemen. Bij de oudere groepen zien we vaker problemen omtrent somberheid.

Figuur 3. De leeftijd van de jeugdigen

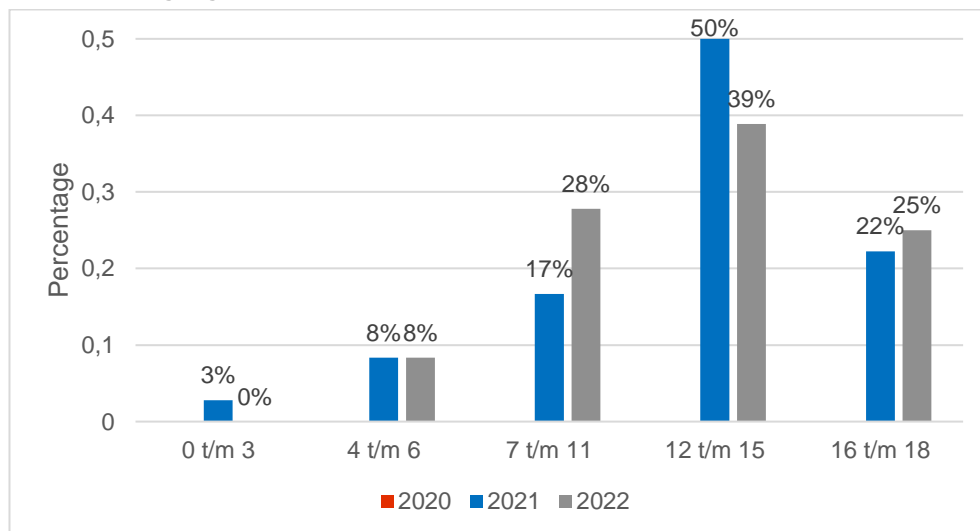
A. Totaal



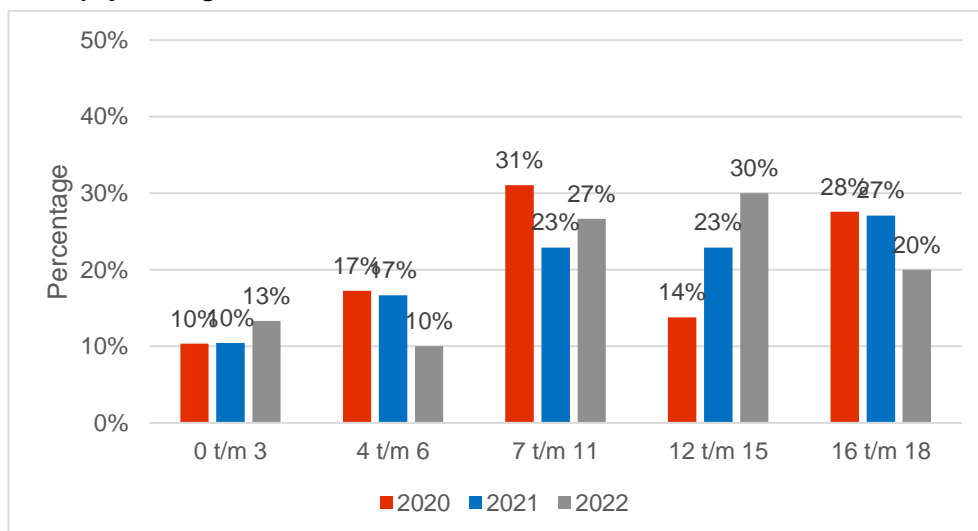
B. Praktijkondersteuners-jeugd (POH-J)



C. Orthopedagoog



D. GZ-psycholoog

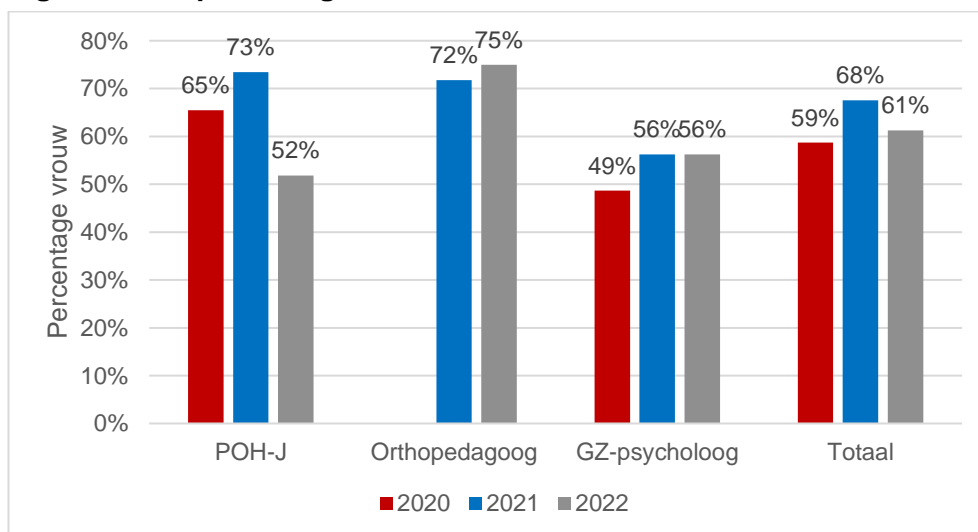


Kijken we specifieker naar de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog dan zien we dat de praktijkondersteuners vooral de groepen tussen de 7 en 15 jaar zagen, terwijl de orthopedagoog relatief veel 12 tot 15-jarigen zag. Ten opzichte van de praktijkondersteuners en orthopedagoog zag de GZ-psycholoog relatief veel baby's, peuters en kleuters. Dit is enigszins opmerkelijk omdat zeker een orthopedagoog hier ook voor is opgeleid.

Vrouwen en meisjes komen vaker dan mannen en jongens

De POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog zijn ook gevraagd om het geslacht van de personen die zij ondersteunen in te vullen.⁴ Figuur 4 geeft het percentage vrouwen/meisjes weer. In totaal registreerde in 63 procent van de gevallen de POH-J, orthopedagoog of GZ-psycholoog de jeugdige als vrouw (of meisje). Vooral in 2021 was het aandeel vrouwen/meisjes hoog (68 procent). Met name de orthopedagoog ziet veel vrouwen/meisjes, terwijl de GZ-psycholoog ongeveer net zoveel mannen/jongens als vrouwen/meisjes ziet.

Figuur 4. Het percentage vrouwen



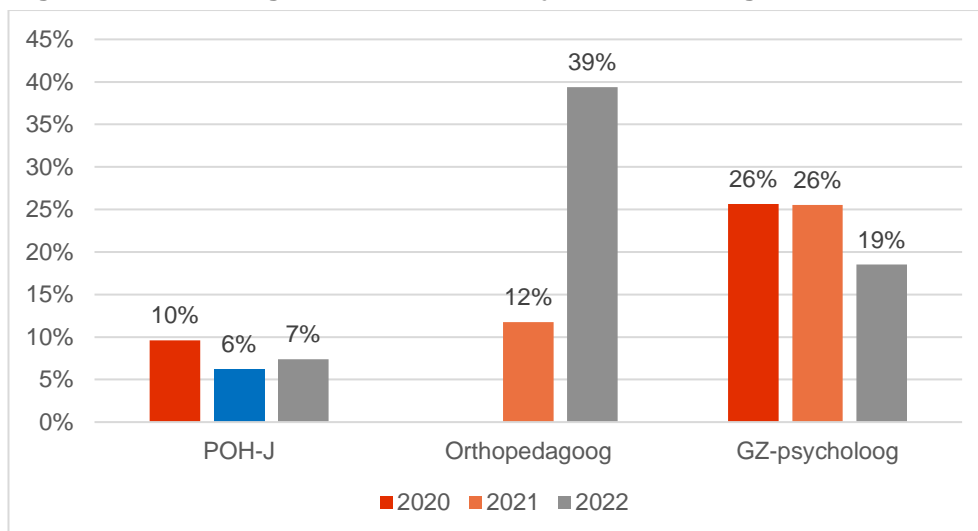
⁴ Er is niet specifiek naar gender gevraagd. De antwoord categorieën die zijn ingevuld betreffen man, jongen, vrouw en meisje. Ook is er in een aantal gevallen niks ingevuld. Het betrof dan bijvoorbeeld een ouder die vragen had over meerdere kinderen. Zover wij uit de antwoorden konden herleiden betrof het hier geen vragen betreffende genderidentiteit.

Er is steeds meer afstemming met 1.Hoorn

Om de samenwerking alvast nader in kaart te brengen hebben wij bekeken hoe vaak de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog afstemmen en verwijzen naar 1.Hoorn. Hiervoor moeten jeugdigen en gezinnen wel toestemming geven. Het kan dus zijn dat vanuit de kant van de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog de intentie over afstemmen en verwijzen er wel is, maar dat dit niet heeft plaatsgevonden. Gedurende onze gesprekken met de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog hebben zij allen aangegeven dat dit regelmatig voorkomt. Exacte aantallen hiervan hebben wij echter niet.

Figuur 5 geeft weer hoe vaak de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog gedurende een behandeltraject met 1.Hoorn daadwerkelijk afstemden over een casus – en de jeugdige of het gezin hier dus mee instemden. In 2022 stemde men aanzienlijk vaker af met 1.Hoorn dan de jaren ervoor. Dit komt grotendeels doordat de orthopedagoog in 2022 veel vaker met 1.Hoorn afstemde dan in 2021 (in 43 procent van de gevallen in 2022 versus in 12 procent van de gevallen 2021). In 2020 was zij nog niet bij het project betrekken. Het percentage gevallen waarbij de POH-J en GZ-psycholoog met 1.Hoorn afstemden daalde daarentegen licht door de jaren.

Figuur 5. Percentage casussen waarbij er afstemming is met 1.Hoorn



Men behandelt steeds vaker zelf en verwijst minder door

Figuur 6 geeft weer in hoeveel procent van de gevallen de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog een casus zelf afronden, doorverwezen naar 1.Hoorn of elders doorverwezen. Het betreft hier alle niet lopende casussen.⁵ Wat blijkt is dat het aantal zelf afgeronde behandelingen langzaam is toegenomen van 18 procent in 2020, naar 43 procent in 2021 en 46 procent in 2022. Tegelijkertijd is het aantal externe verwijzingen afgenomen van 62 procent in 2020 naar 44 procent in 2022. Het aantal verwijzingen naar 1.Hoorn daalde in dezelfde periode van 13 procent naar 8 procent. De 'overige' categorie daalde in dezelfde periode van

⁵ Soms gaf men aan bijvoorbeeld zowel naar 1.Hoorn te hebben doorverwezen als extern. In dat geval hebben wij dit gescoord als een doorverwijzing naar 1.Hoorn. Ook gaf men soms aan zowel een project te hebben afgerond als te hebben doorverwezen. In dat geval hebben wij dit gescoord als een doorverwijzing. Het aantal zelf afgeronde trajecten en externe doorverwijzingen worden dus iets onderschat. Het aantal dubbelingen was echter beperkt zodat het effect hiervan klein is. De ratio hiervan verschilde hiervan tevens niet significant door de jaren heen zodat (zeker) een vergelijking door de jaren heen goed mogelijk is.

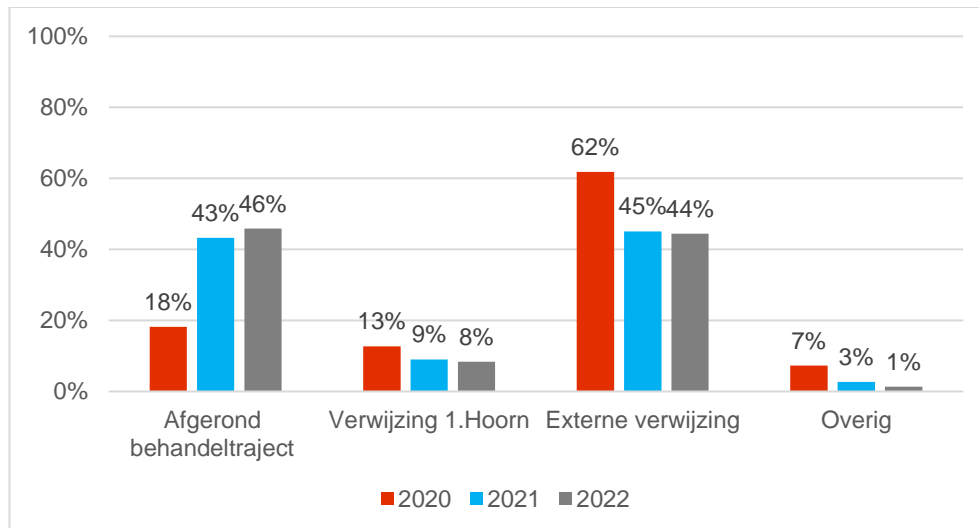
7 procent naar 1 procent. Dit betroffen casussen die waren afgebroken of waarbij er in eerste instantie al verkeerd werd doorverwezen, bijvoorbeeld omdat een cliënt al 18 jaar oud was.

Vooraf de afname van het aantal externe verwijfsingen was een belangrijke doelstelling van het project dat dus ook terug is te zien in de cijfers. Dit komt dus grotendeels doordat de POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog meer zelf zijn gaan begeleiden en behandelen (en casussen afronden). Dit kan ook verklaren waarom het aantal verwijfsingen naar 1.Hoorn is afgenomen. Van de verwijfsingen gaat door de jaren heen ongeveer hetzelfde percentage naar 1.Hoorn (rond de 16 procent).⁶ Dat de overige categorie zo sterk is afgenomen is een belangrijke indicatie dat er minder 'foute' verwijfsingen zijn en partijen beter weten wat ieders taken zijn. Dit komt vermoedelijk doordat er door de jaren heen steeds meer duidelijkheid omtrent het project en ieders rollen is gekomen.

Kijken we specifieker naar de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog dan zien we dat vooral het percentage externe verwijfsingen van de POH-J is afgenomen (van 62 procent naar 44 procent). Ook het aantal externe verwijfsingen van de orthopedagoog is afgenomen; van 60 procent in 2021 naar 50 procent in 2022. Van de GZ-psycholoog is het percentage daarentegen min of meer stabiel. Alle drie de partijen zijn ook meer zelf gaan begeleiden en behandelen, vooral de POH-J (van 18 procent naar 46 procent). Gezien het specialisme van de GZ-psycholoog is het ook niet verwonderlijk dat vooral zij zelf casussen afrondt (56 procent van de gevallen in 2022). Het percentage verwijfsingen naar 1.Hoorn is bij de POH-J min of meer gelijk gebleven, terwijl deze bij de orthopedagoog en GZ-psycholoog licht afnam, vooral dus doordat men zelf meer is gaan behandelen. De overige categorie is vooral bij de GZ-psycholoog afgenomen; van 13 procent in 2020 naar 0 procent in 2022. Dit is dus een indicatie dat vooral in 2020 nog het één en ander onduidelijk was over deze rol. De cijfers suggereren dat dit anno 2022 is verdwenen.

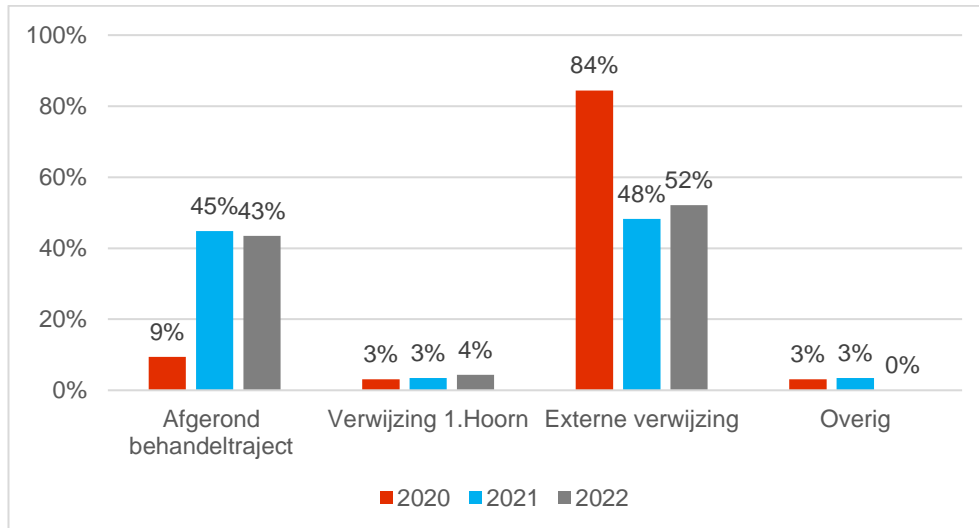
Figuur 6. Percentage zelf afgeronde behandelingen en verwijfsingen

A. Totaal

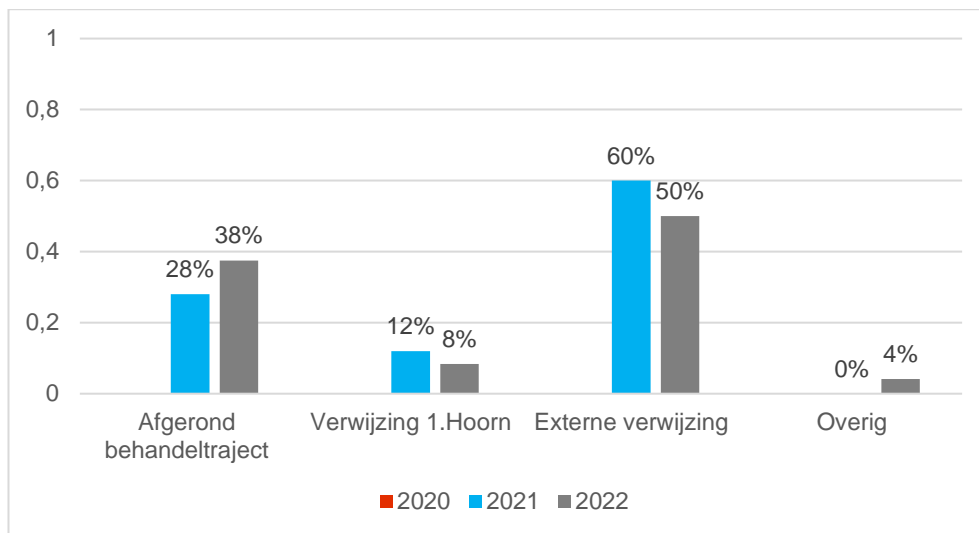


⁶ Dit is berekend door het aantal verwijfsingen naar 1.Hoorn te delen door het totaal aantal verwijfsingen en te vermenigvuldigen met 100 procent.

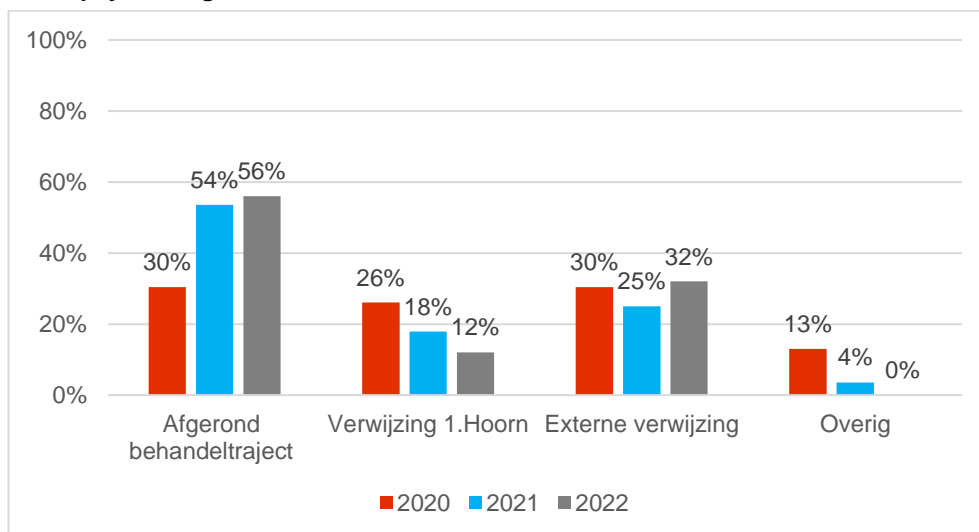
B. Praktijkondersteuners-jeugd (POH-J)



C. Orthopedagoog



D. GZ-psycholoog



5. Voorgaand onderzoek

Weinig vergelijkbare projecten zijn tot nu toe grondig geëvalueerd, maar de eerste resultaten van andere projecten zijn veelbelovend (zie het kader hieronder voor de resultaten per studie). Hierbij is vooral de rol van de inzet van een extra persoon bij de huisarts geëvalueerd, veelal een praktijkondersteuner-jeugd (POH-J) en een praktijkondersteuners-ggz (POH-ggz) die eventueel gespecialiseerd was in jeugdigen. Studies waren zowel kwalitatief als kwantitatief van aard, waarbij er over de studies zowel naar de ervaringen van de betrokken is gekeken als naar wat 'hardere' data (bijvoorbeeld verwijfsstromen). Tezamen geven deze studies een redelijke indicatie van de effecten van dergelijke projecten.

Bij alle geëvalueerde projecten zijn de betrokken professionals overwegend enthousiast. Een groot aantal voordelen van de extra inzet worden benoemd. Een voordeel wordt gezien in de laagdrempeligheid van de praktijkondersteuners. Hierdoor kunnen jeugdigen in een veilige omgeving worden ondersteund of behandeld. Ook wordt benoemd dat doordat de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk werken de hulp snel op gang kan komen. Betrokken professionals en jeugdigen benoemen de kwaliteit van de hulp als een groot pluspunt. Tevens wordt benoemd dat doordat de praktijkondersteuners vaak meer kennis hebben over de specifieke problematiek van de jeugdige dan de huisarts deze ook effectiever kan doorverwijzen als dit nodig is.

Hiernaast komt naar voren dat de praktijkondersteuners een belangrijke netwerkfunctie vervullen, onder andere om de contacten tussen de huisartsen en de gebiedsteams te versterken. Veelal wordt benoemd dat de samenwerking ook daadwerkelijk verbetert en dat er meer naar het gebiedsteam wordt doorverwezen en minder naar specialistische zorg. Ook wordt door professionals van de gebiedsteams de kennis van de praktijkondersteuners als een belangrijke meerwaarde benoemd. Hiervan kan men leren, onder andere door het gezamenlijk bespreken van casussen en door trainingen.

Knelpunten worden ook in diverse studies benoemd. In een enkel geval wordt aangegeven dat de verbindende functie van de praktijkondersteuners naar de gebiedsteams met de huisartsen nog sterker kan. Er waren in diverse studies aanwijzingen dat de samenwerking soms niet tot nauwelijks verbeterde door de extra inzet van een praktijkondersteuner. Meer is dus nodig om de samenwerking te vergroten. Daarnaast worden in de literatuur organisatorische knelpunten benoemd, zoals de financiering, een voldoende grote aanstelling van de praktijkondersteuners en samenwerkingsafspraken.

Beschrijving van de belangrijkste bevindingen van voorgaand onderzoek

- Bosch en Zelle (2014) beschrijven de resultaten van de inzet van een POH-ggz binnen het wijkteam in Nijmegen. Daarvoor hebben zij bij 10 betrokkenen semi-gestructureerde interviews afgenomen en een procesevaluatie aan de hand van 19 casussen uitgevoerd. De betrokkenen zijn overwegend positief en zien de meerwaarde van de inzet van de POH-ggz onder andere in het bevorderen van het contact tussen het wijkteam en de huisartsenpraktijken en diens extra kennis. Hierdoor wordt ook de kennis van de leden van het wijkteam vergroot en wordt er meer naar het wijkteam doorverwezen en minder naar specialistische zorg. De knelpunten die ervaren worden

zijn vooral van organisatorische aard, zoals de financiering, urencapaciteit en bereikbaarheid van de praktijkondersteuner in het wijkteam.

- Theunissen et al. (2018) beschrijven een projectevaluatie waarin de inzet van een jeugd-ggz-medewerker bij een huisartsenpraktijk, Centrum Jeugd of Gezin of lokaal team in de provincie Groningen ertoe heeft geleid dat slechts een klein gedeelte van de jeugdigen doorverwezen werd naar specialistische zorg.⁷ Een voldoende grote aanstelling van de specialistische ondersteuner en goede samenwerkingsafspraken tussen partners in het sociale domein lijken de belangrijkste aandachtspunten voor het succes van de initiatieven.
- Otten et al. (2018) evalueren de inzet van Specialistische Ondersteuners Huisartsen Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) in elf gemeenten en vinden dat deze praktijkondersteuners hoogwaardige zorg leveren, dat de jeugdigen en ouders zeer tevreden zijn met de inzet, en dat de huisartsenpraktijken waarin zij werken minder naar de GGZ (met name minder naar de generalistische basis GGZ) verwijzen.
- Speijk-de Jonge et al. (2019) hebben de resultaten van 51 ingezette POH-J onderzocht. Hiervoor hebben zij onder andere gegevens gebruikt van 51 betrokken professionals (zoals medewerkers van het wijkteam, huisartsen en praktijkondersteuner) en van 181 jeugdigen en ouders. De professionals zijn overwegend tevreden en zien de meerwaarde vooral in de mogelijkheid van laagdrempelige zorg, de kwaliteit van de zorg en een verbeterde samenwerking tussen de huisartsen en het gebiedsteam. De jeugdigen zijn in zeer grote mate tevreden, onder andere vanwege de laagdrempeligheid, de snelheid waarmee men geholpen kan worden en een goede behandelrelatie. Knelpunten zijn volgens de professionals de dossiervorming en de linking-pin functie van de POH-J tussen de huisartsen en de gebiedsteams.
- In onderzoek van Zwaansdijk et al. (2022) gaf de meerderheid van de 77 geïnterviewde betrokkenen (zoals huisartsen, medewerkers gebiedsteams, en interne begeleiders van een school) aan tevreden te zijn met de inzet van een SOH-JGGZ in zeven gemeenten in Gederland en Limburg. Hierbij vond 73 procent dat de inzet van de SOH-JGGZ bijdroeg aan passende zorg, 59,7 procent dat de zorg verbeterde en 70,1 procent dat de verwijzingen verbeterden. Wel vond slechts een kleine minderheid (48,1 procent) dat de samenwerking met het gebiedsteam verbeterde. Dit was ook het meeste genoemde aandachtspunt.
- Uit een recente enquête van het Nivel (2022) blijkt dat bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland inmiddels met tenminste één praktijkondersteuner werken waarbij het overgrote deel van de huisartsen aangeeft deze praktijkondersteuners te willen behouden of uit te breiden: 45 procent wil de POH-somantiek uitbreiden, 49 procent de POH-GGZ en 35 procent de POH-jeugd. Huisartsen lijken dus overwegend tevreden met deze extra ondersteuning.
- Ook net iets andere projecten laten vaak positieve effecten zien. Te denken valt aan welzijn op recept, het onderbrengen van huisartsen en gebiedsteams in eenzelfde accommodatie, en speciale spreekuren voor sociale klachten. Deze projecten blijken onder andere de samenwerking te vergroten, verwijzing te verbeteren en te zorgen voor minder instroom naar specialistische zorg (o.a. Been, & Hosper, 2018; Theunissen et al. 2018).

⁷ Door middel van een literatuurstudie en semi-gestructureerde interviews met contactpersonen zochten zij naar vergelijkbare projecten. In totaal vonden zij zeven projecten die aan hun criteria voldeden. Van twee andere pilots gaven de specialistische ondersteuners zelf aan tevreden te zijn over de pilot. Het betrof hier echter twee iets andersoortige projecten. Bij een project in Nijmegen werd een Specialistisch Ondersteuner Jeugd ingezet bij het onderwijs. Bij een project in Renkum werden twee gedragswetenschappers op GGD-locaties ingezet.

6. De resultaten

Om het project 'Verwijsstroom Huisartsen' te volgen hebben wij verschillende onderzoeken verricht, waaronder het analyseren van diverse effectencalculatorsessies en surveys onder huisartsen, POH-J en jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn. In dit hoofdstuk zullen wij de belangrijkste resultaten uit onze verschillende onderzoeken uitlichten en waar mogelijk overeenkomsten en verschillen benoemen.

Het project in zijn algemeenheid

- **De tevredenheid over de samenwerking tussen de huisartsen en de gebiedsteams lijkt gedurende het project te zijn toegenomen en is aan het einde van het project hoog.** Vooralsnog scoren de huisartsen en POH-J het contact met de gebiedsteams een 7,4. Dit is veel hoger dan de cijfers uit de eerdere regionale metingen (een 4 in 2019 en een 5 in 2020). Dit is een indicatie voor de toename in tevredenheid over het contact. De kwalitatieve gegevens en extra observaties ondersteunen dit beeld. Ook de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn lijken behoorlijk tevreden met de samenwerking. Zij beoordelen het contact gemiddeld met een 7,7. Ook dit wordt onderschreven door de kwalitatieve data.
- **Het project lijkt bij te dragen aan de frequentie van het contact** tussen 1.Hoorn en de huisartsenpraktijken. Dit blijkt uit de kwalitatieve gegevens en ook de surveys ondersteunen dit. Uit de surveys blijkt dat de meeste huisartsen en POH-J een aantal keren per maand met de gebiedsteams van 1.Hoorn contact hebben. Dit percentage is hoger dan in voorgaande regionale metingen. De POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog gegeven ook aan vaker met 1.Hoorn af te stemmen. Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat Jeugd- en gezinswerkers merken dat huisartsen steeds vaker elkaar adviseren om 1.Hoorn in te schakelen, terwijl huisartsen ook aangeven dat zij 1.Hoorn meer op het netvlies hebben. Uit de surveys blijkt dat de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn het meeste contact met de huisartsen hebben, gevolgd door de POH-J. Met de GZ-psycholoog en orthopedagoog is tegen het einde van het project nog wat minder contact, ook onder de professionals in het gebied waarin zij werkzaam zijn.
- **De belangrijkste voorspeller voor contact is of de betrokkenen elkaar kennen.** Dit blijkt uit de effectencalculatorsessies en ook de surveys bieden hiervoor aanknopingspunten omdat we zien dat ook zonder aanvullende inzet het contact aanzienlijk toenam. Het werk van de contactpersonen huisarts speelt hierin een belangrijke rol. Als spin in het web initiëren zij contacten tussen de verschillende partijen en informeren hen. Wel is er het vermoeden dat, boven op de rol van de contactpersoon huisarts, de POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog het contact verder verbeteren.
- **Gedurende het project is de kennis van huisartsen en POH-J over de werkwijze van de gebiedsteams, en de kennis van de gebiedsteams over de werkwijze van de huisartsen en POH-J aanzienlijk toegenomen,** zo blijkt uit de kwalitatieve analyses.
- **Gedurende het project wordt er bij casussen steeds meer met 1.Hoorn afgestemd** (zie Figuur 4).
- **Gedurende het project worden er steeds meer casussen zelf afgerond en wordt er steeds minder naar specialistische zorg doorverwezen** (zie Figuur 4). Uit de kwalitatieve gegevens blijkt bovendien dat door een betere afstemming er beter wordt nagedacht over de verwijzingen waardoor deze vaker passend zijn.

- Het aantal 'overige' verwijzingen neemt af en is in 2022 bijna 0 procent (zie Figuur 4). Dit is een belangrijke indicatie dat er **steeds meer duidelijkheid is over ieders rol in het project**. De kwalitatieve analyses ondersteunen dit.
- **Huisartsen verwijzen naar de jeugd en gezinswerkers van 1.Hoorn voornamelijk door omdat zij als procesregisseur kunnen optreden**, zo blijkt uit de effectencalculator sessies. Die rol van procesregisseur, van contacten stroomlijnen en organiseren is tijdrovend. Andere partijen hebben binnen hun arrangement (vaak) geen ruimte om die rol op zich te nemen, waar het voor de jeugd- en gezinswerker wel passend is. Ook wordt 1.Hoorn geregeld ingezet als een vorm van overbruggingszorg en zorg die wel relatief snel beschikbaar is in tegenstelling tot specialistische zorg waar vaak lange wachttijden zijn. Door de samenwerking hoeven jeugdigen en gezinnen niet in een gat te vallen als er wachtlijsten bestaan bij specialistische zorgaanbieders.
- **Het project draagt vermoedelijk bij aan efficiëntere, kwalitatief betere en passender zorg** zo blijkt uit de surveys, de effectencalculator sessies en aanvullende observaties. Zowel de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn als de huisartsen en POH-J beamen dit. Daarnaast zorgt de samenwerking voor een bredere kijk en waarderen zowel de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn als de huisartsen en POH-J dat ze met elkaar kunnen sparren over complexe problematiek en mogelijkheden van laagdrempelige en nabije ondersteuning.
- **De samenwerking met de huisartsenpraktijken versterkt het imago van 1.Hoorn** en biedt extra mogelijkheden om inwoners te bereiken.
- **De uitwisseling van gegevens door huisartsen en POH-J werd gedurende lange tijd als belangrijkste knelpunt ervaren**. Onze inschatting op basis van de laatste effectencalculator sessies en observaties is dat dit knelpunt minder urgent is geworden. Dit komt mede omdat uit de survey onder de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn bleek dat cliënten ongeveer 9 op de 10 keer toestemming geven voor het uitwisselen van gegevens met de huisarts. Hier waren eerder vragen over onder de huisartsen. Wel blijkt uit de latere effectencalculator sessies dat dit pijnpunt nog niet volledig is opgelost. Er blijft behoefte aan een betere uitwisseling van gegevens en terugkoppeling.
- **Ook zijn er bij diverse huisartsen en POH-J zorgen over de continuïteit van het contact en is er bij enkelen enige onduidelijkheid over de exacte rol van de gebiedsteams in het zorglandschap**, d.w.z. wat zij bijdragen ten opzichte van andere professionals. Dit blijkt onder andere uit de survey onder de huisartsen en POH-J.
- **Jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn ervaren vooral de continuïteit van het contact als belangrijkste knelpunt**, zo blijkt uit de survey onder jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn. Dit sluit aan bij de effectencalculator sessies waaruit blijkt dat het interpersoonlijke contact de belangrijkste voorspeller is van een goede samenwerking. In de survey benoemen de jeugd- en gezinswerkers ook geregeld dat men het lastig vindt om contact met de huisartsen (en mindere mate de POH-J) te maken en dat er onduidelijkheid is over de precieze rol van de POH-J door overlap met andere zorgverleners.
- **Volgens de jeugd- en gezinswerkers verwijzen huisartsen ondanks het project nog steeds te snel door naar de GGZ**, aldus de kwalitatieve gegevens. Dat komt ook omdat ouders soms deze concrete vraag neerleggen, soms op aanraden van school. De jeugd en gezinswerkers zouden willen dat huisartsen bij 1.Hoorn te rade zouden gaan of een verwijzing naar GGZ nodig is. Zij kunnen huisbezoeken doen en de vraag achter de vraag verhelderen.
- Uit de survey onder de huisartsen en POH-J blijkt dat oplossingen onder andere worden gezocht in het delen van lijsten met patiënten, uitwisseling van bijvoorbeeld telefoonnummers, één aanspreekpunt en het vergroten van het zicht op wat 1.Hoorn doet.

Jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn zien aanknopingspunten in verbetering vooral dat huisartsen aansluiten bij bijeenkomsten van 1 Gezin 1 Plan. Ook wil men beter weten wat huisartsen doen en wat zij van hen mogen verwachten.

Doordenking: zijn de positieve resultaten het gevolg van het project of van andere factoren?

Binnen het project zien we een hoge (en vermoedelijk toegenomen) tevredenheid en contactfrequentie. In de periode voorafgaand aan het project was de aandacht voor de samenwerking tussen het sociaal domein en huisartsen echter groot en deze bleef onverminderd groot gedurende het project. Exemplarisch hiervoor is dat veel andere gemeenten vergelijkbare projecten hebben geïmplementeerd (zie ook hoofdstuk 4). Het kan zijn dat deze landelijke aandacht al iets bij huisartsen en gebiedsteams heeft veranderd. Dit kan een gedeelte van de positieve effecten kan verklaren. Ons vermoeden is echter dat gezien de sterkte van de effecten het project, en alle aandacht die er gepleegd is, het project hierboven iets extra's heeft toegevoegd.⁸

Om sterkere causale uitspraken te doen was een explicietere vergelijking met andere regio's nodig geweest⁹ en nadrukkelijker nodig geweest om de verwijsstromen en de kosten daarvan te kwantificeren.¹⁰ Ook in ander onderzoek zien we dit niet (voldoende) terug. Meer vergelijkend en longitudinaal onderzoek¹¹ is dus nodig voor nog meer zekerheid over de sterkte en causaliteit van de relaties.

De betreffende pilots

- **De betrokkenen zijn overwegend enthousiast over alle drie de pilots**, zo blijkt uit alle gegevens die wij hebben verzameld. Uit de survey onder de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn komt echter het beeld naar voren dat men het enthousiast is over de inzet van de POH-J, gevolgd door de inzet van de GZ-psycholoog en orthopedagoog. De effectencalculator sessies onderschrijven dit beeld.
- **Jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn willen de inzet van de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog ook in grote mate voortzetten**, zo blijkt uit de surveys. Men denkt ook dat vooral de inzet van POH-J bijdraagt aan een betere samenwerking met de huisartsenpraktijken, gevolgd door de inzet van de GZ-psycholoog en orthopedagoog.
- Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat een niet te onderschatten meerwaarde van de samenwerking tussen 1.Hoorn en de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog is dat jeugdigen en gezinnen door de samenwerking **niet elke keer hun verhaal opnieuw hoeven te doen**, mits diegene toestemming geeft tot het delen van informatie. Door de extra korten lijnen is de doorgegeven kennis vaak ook groter dan als een orthopedagoog of GZ-psycholoog buiten de huisartsenpraktijk zou werken.
- In enkele gevallen dienen de POH-J, GZ-psycholoog en orthopedagoog ook als **'overbruggingszorg'** totdat er een plek is bij specialistische zorg. Ze verzachten hiermee de pijn die gepaard gaat bij de wachtlijsten in de zorg (vooral bij de ggz).
- **De zeer grote tevredenheid met de POH-J komt onder andere doordat de werk- en zienswijze van de POH-J en de jeugd- en gezinswerkers goed op elkaar aansluiten**,

⁸ Of exacter, en in statistische termen, 'een onafhankelijk positief effect' had.

⁹ Of exacter, 'de counterfactual'.

¹⁰ Te denken valt om verschillende type interventies (vergelijkbaar met de pilots) random over een groot aantal huisartsen te verdelen en in kaart te brengen hoe vaak men naar verschillende type specialistische zorg verwijst en wat daarvan de kosten zijn. Automatische registratiesystemen (van de huisartsen of op te vragen via Vectis) kunnen hierbij behulpzaam zijn. De scope van dit type onderzoek is echter veel groter dan het huidige (hier voorliggende) onderzoek en zover wij weten is dit ook nog niet ergens ander uitgevoerd.

¹¹ Dus door de tijd heen waarbij meerdere contexten (bijvoorbeeld gemeenten) worden vergeleken.

zo blijkt uit de kwalitatieve analyses. De kennis en mogelijkheden binnen hun werk die de professionals hebben zijn aanvullend op elkaar. Ook lijkt het verschil tussen de twee rollen goed te overbruggen en is er sprake van een begrip van en voor elkaars werk. Wat mogelijk ook meespeelt is dat de POH-J Hoorn breed worden ingezet waardoor de jeugd- en gezinswerkers bekender zijn met hun werkwijze dan die van de GZ-psycholoog en orthopedagoog. Gedurende het projecten lijken de POH-J ook de samenwerking met 1.Hoorn steeds meer te waarderen en dit als een betere en uiteindelijk goedkopere oplossing te zien. De samenwerking tussen 1.Hoorn en de POH-J lijkt ook het helderst en meest uitgekristalliseerd; er worden geen grote verbeterpunten meer aangegeven.

- **De meeste winst in de samenwerking is geboekt met de GZ-psycholoog en orthopedagoog**, zo blijkt uit de kwalitatieve en kwantitatieve analyses. In het begin van het traject was er nog veel onduidelijkheid over de samenwerking en meerwaarde. Later zijn er meer vormen van samenwerking ontstaan, zoals een heldere taakverdeling, waardoor de verschillende professionals complementair aan elkaar konden werken. Ook hebben ze meer kennis van elkaars mogelijkheden gekregen, zoals die van een laagdrempelige, informele weg naar de schoolmaatschappelijk werker van 1.Hoorn. Dit is cruciaal voor de GZ-psycholoog om te weten wanneer ze wel of niet 1.Hoorn bij een casus betreft.
- **Vooraf de orthopedagoog stemt veel af bij casussen met 1.Hoorn** (in bijna de helft van de gevallen).
- **De GZ-psycholoog verwijst het meeste door naar 1.Hoorn.**
- **Belangrijk voordeel van de GZ-psycholoog en de orthopedagoog ten opzichte van de POH-J is dat zij nadrukkelijker kunnen behandelen.** De psycholoog heeft ook een GZ-opleiding gevolgd en een eigen praktijk. **De GZ-psycholoog rondt dan ook de meeste casussen zelf af en verwijst het minste door naar specialistische zorg** (zie Figuur 3). Omdat de GZ-psycholoog in de huisartsenpraktijk alleen kortdurende ondersteuning kan bieden is een andere hulpverlener in diverse gevallen nog steeds nodig.
- **Huisartsen onderstrepen in de kwalitatieve analyses dat de GZ-psycholoog een kans biedt om vanuit de huisarts laagdrempelig hulp te bieden.** Dat is voor de huisarts positief, want verwijzing naar een GZ-psycholoog in huis is veel gemakkelijker dan verwijzen naar andere instellingen. Bovendien is die stap voor de cliënten best groot.
- **De GZ-psycholoog en orthopedagoog werken nadrukkelijk complementair aan 1.Hoorn, zo blijkt uit de kwalitatieve analyses.** De GZ-psycholoog en orthopedagoog versterken het psychisch welzijn van de jeugdigen en hun ouders in een kortdurend traject, terwijl de jeugd- en gezinswerkers voor andere leefgebieden kunnen zorgdragen en langere termijn passende kunnen inzetten.
- **Alles bij elkaar genomen zijn de professionals van 1.Hoorn slechts neutraal tot licht positief dat de pilots ook daadwerkelijk duurdere specialistische zorg voorkomen**, zo blijkt uit de survey onder professionals van 1.Hoorn. In de effectencalculator sessies zijn professionals ook voorzichtig of de pilots daadwerkelijk kosten hebben bespaard. De effectencalculator sessies geven aanwijzingen waarom. Zo blijkt dat wanneer bijvoorbeeld de POH-J er niet zouden zijn,¹² professionals van 1.Hoorn intern alsnog hulp proberen aan te bieden. De POH-J zijn dan vooral een beter en langduriger alternatief. Bovendien worden de POH-J soms als overbruggingszorg ingezet, waarna alsnog specialistische zorg nodig is. Wel helpt de inzet van de POH-J dan om problemen te verergeren en geeft het tijd om te zoeken naar de beste oplossing. Het draagt op deze manier wel bij aan betere zorg, zoals alle partijen ook in de surveys aangeven.

¹² Let op, het betreft hier dus een gedachtenexperiment om te kijken wat er zou gebeuren als men er niet is (de counterfactual in kaart te brengen). Het wil dus niet zeggen dat dit in de praktijk (veel) voorkomt.

- Met name de GZ-psycholoog en orthopedagoog zijn huiverig om veel terug te koppelen, zo blijkt uit de kwalitatieve analyses. Bij veel gezinnen bestaat de angst dat iemand gelinkt aan de gemeente informatie registreert. Gerelateerd hieraan **wordt de stap naar 1.Hoorn niet in alle gevallen als laagdrempelig ervaren.**

7. Conclusie

Middels het project verwijfsstroom huisartsen heeft de gemeente Hoorn de samenwerking tussen de gebiedsteams van 1.Hoorn en huisartsen proberen te vergroten en de jeugdige en het gezin tijdiger te voorzien van passende zorg. Hiervoor heeft de gemeente onder ander vanuit de gebiedsteams van 1.Hoorn vaste contactpersonen aangesteld, ingezet op een intensievere samenwerking met de praktijkondersteuners jeugd (POH-J) en vanuit het gebiedsteam een orthopedagoog en een GZ-psycholoog in een huisartsenpraktijk geplaatst. Door middel van een mixed-method benadering hebben wij het project gevolgd.

Wat nadrukkelijk uit de resultaten naar voren komt is de hoge mate van tevredenheid over het project en de samenwerking. De tevredenheid over de samenwerking tussen de gebiedsteams en huisartsen is aan het einde van het project hoog, zowel onder de professionals van het gebiedsteam als onder de huisartsen. Dit is een belangrijk resultaat omdat de huisartsen regionaal eerder de samenwerking nog onvoldoende vonden en wij hier in de eerste gesprekken ook binnen de gemeente Hoorn aanwijzingen voor zagen. De sterke toename van de tevredenheid is een belangrijk succes van het project.

Ook de frequentie van het contact tussen de huisartsen en het gebiedsteam is vermoedelijk aanzienlijk toegenomen. Tegelijkertijd constateren we dat de contactfrequentie tussen het gebiedsteam en met name de orthopedagoog en GZ-psycholoog mogelijk nog kan worden versterkt. De jeugd en gezinswerkers van het gebiedsteam hebben ten opzichte van het contact met de POH-J nog relatief weinig contact met hen. Toch hebben wij alles bij elkaar genomen de indruk dat de samenwerking sterker is verbeterd dan in vergelijkbare projecten. Mogelijk komt dit door de rol van de contactpersonen huisarts 1.Hoorn van het gebiedsteam die als spin in het web fungeren. Zover wij kunnen inschatten op basis van de literatuur was in veel andere projecten deze rol kleiner; óf hier was in de literatuur in ieder geval minder aandacht voor. Dit laat het belang zien van actieve contactpersonen huisarts 1.Hoorn.

De betrokkenen zijn ook tevreden over de inzet van de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog. De tevredenheid wordt breed en door alle partijen gedragen. Dit sluit naadloos aan op voorgaand onderzoek naar vergelijkbare projecten dat ook consistent een hoge mate van tevredenheid heeft laten zien. De betrokkenen willen dan ook in geruime mate zien dat de extra inzet blijft bestaan.

Het blijkt dat door de jaren heen de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog steeds meer met 1.Hoorn hebben afgestemd, meer zelf zijn gaan begeleiden en behandelen en minder zijn gaan doorverwijzen naar specialistische zorg. Vooral de orthopedagoog stemt veel af met 1.Hoorn, gevolgd door de GZ-psycholoog. De GZ-psycholoog daarentegen rondt de meeste casussen zelf af, gevolgd door de POH-J. Hiermee draagt het project naar alle waarschijnlijkheid bij aan een belangrijke doelstelling van de gemeente, namelijk om het opmerkelijk grote aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg te verkleinen en meer af te stemmen.

Tegelijkertijd reageren betrokkenen voorzichtig op de vraagstelling of er daadwerkelijk duurdere specialistische zorg wordt voorkomen. Enerzijds komt dit doordat huisartsen en het gebiedsteam anders ook lichte zorg hadden ingezet. Anderzijds doordat de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog vaak overbruggingszorg leveren waarna er alsnog

specialistische zorg nodig is. Een wezenlijk verschil is dat de ondersteuning, begeleiding en behandeling in de huisartsenpraktijk geboden wordt; voor veel mensen een vertrouwde, veilige, deskundige plek. Het voordeel is dat de hulp dan snel kan starten. Ook blijkt uit de analyses van de gegevens dat de POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog wel degelijk veel casussen zelf oplossen en veel (en steeds meer) naar 1.Hoorn doorverwijzen. Als een jeugdige een terugval heeft en zich later weer meldt bij bijvoorbeeld de POH-J, dan zijn stappen bovendien sneller gezet dan bij een externe aanbieder. De jeugdige en het gezin hoeven dan ook niet elke keer hun verhaal opnieuw te doen.

In de literatuur lezen we ook terug dat extra ingezette personen bij de huisarts (veelal een praktijkondersteuner-ggz en praktijkondersteuner-jeugd) veel bijdragen aan het vergroten van de kennis bij het gebiedsteam. Ook in de geanalyseerde casussen kwam sterk naar voren dat kennisuitwisseling voor alle betrokken professionals waardevol is en leidt tot meer passende zorg.

Grootste struikelpunt is om de intensieve aandacht voor de samenwerking te behouden en om de betrokkenen te behouden voor het project. Als de aandacht verslapt of de contactpersonen huisarts 1.Hoorn wegvallen kan de winst snel verdampen, zeker omdat het persoonlijke contacten en kennis van zo groot belang zijn. Wanneer er nieuwe inzet van professionals kwam zagen wij ook telkens dat veel van de geboekte winst verdampte. Inzetten op de (professionele) continuïteit is dan ook van groot belang, alsook om ruimte te creëren dat men elkaar kan blijven zien en meedenken. Zeker als de druk te groot is (zoals vaak het geval bij huisartsen en het gebiedsteam) schiet het werken aan een intensieve samenwerking er snel bij in. Daarnaast blijven zowel een aantal huisartsen, POH-J, als jeugd- en gezinswerkers aangeven dat ze (nog) beter willen weten wat de ander doet en wat de unieke meerwaarde van de ander is. Het blijven delen van deze informatie en het creëren van mogelijkheden om met elkaar in contact te treden blijft dus essentieel. Betrokkenen geven ook aan dat verwijzing naar 1.Hoorn soms nog als een (te) grote stap wordt ervaren. Hierbij speelt mee dat het om een verwijzing buiten de huisartsenpraktijk gaat en er vanuit 1.Hoorn perspectiefplannen worden opgesteld die soms als te uitgebreid worden gezien en daardoor afschrikken. Bovendien wordt 1.Hoorn door sommige jeugdigen en gezinnen als onderdeel van 'de overheid' gezien waar zij weinig vertrouwen in hebben. Wat dit betreft helpt het project ook. Door de samenwerking met de huisartsenpraktijken hebben de jeugd- en gezinswerkers van 1.Hoorn een extra en vertrouwde ingang bij de inwoners.

Al met al laat het project zien dat door gerichte inzet de samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein kan verbeteren, er meer naar het sociaal domein verwezen kan worden en bewoners sneller en meer in hun nabije omgeving geholpen kunnen worden. Dit biedt hoop voor een toekomst waarin we passende ondersteuning zo licht en laagdrempelig willen organiseren.

Doordenking: een POH-J versus een orthopedagoog en GZ-psycholoog

Uit het project komt nadrukkelijk naar voren dat zowel de POH-J als de plaatsing van een orthopedagoog en GZ-psycholoog bij een huisartsenpraktijk van meerwaarde kan zijn. Zo kan men bijdragen aan de samenwerking met de gemeente en gebiedsteams, vragen verhelderen en kennis inbrengen, motiveren, snel en dicht bij de bewoner behandelen en de huisarts ontlasten. De verschillende betrokkenen zijn dan ook zeer tevreden over de inzet van deze personen en willen graag zien dat de bestaande inzet wordt voortgezet. Toch zouden er keuzes gemaakt moeten worden wie (bij welke praktijk) moet worden

ingezet. Vandaar dat er naast de overeenkomsten (zoals de ondersteuning die men kan bieden) ook naar de verschillen dient te worden gekeken.

De GZ-psycholoog heeft vanuit haar GZ-opleiding (in ieder geval theoretisch) de meeste kennis en vaardigheden om bij een breed palet aan vraagstukken te behandelen, ook als de vragen wat zwaarder zijn. Binnen het project had de GZ-psycholoog ook al voor aanvang van het project geruime ervaring en kennis me het behandelen van kinderen en adolescenten. In het project rondde de GZ-psycholoog ook de meeste casussen zelf af. Ten opzichte van de orthopedagoog en POH-J ging het hier relatief veel om klachten met betrekking tot somberheid, angsten en stemming. Dit is een belangrijk voordeel voor de gemeente vanwege de doelstelling om minder door te verwijzen naar specialistische zorg en om laagdrempelige ondersteuning te bieden in de nabije omgeving van inwoners. Gerelateerd hieraan is een ander voordeel van de GZ-psycholoog dat de ziektekennis en bijpassende behandelmethoden (o.a. EMDR en meer ziekte-gericht/diagnostisch denken) mogelijk het dichtste aansluit bij die van een huisarts. Een GZ-psycholoog is in de regel echter ook het duurste. Bovendien is er een zeer grote schaarste aan GZ-psychologen waardoor de vraag rijst of het niet verstandiger is om hen ergens anders in te zetten.

De orthopedagoog is, in ieder geval vanuit de basisopleiding, het nadrukkelijkst opgeleid om ondersteuning te bieden aan kinderen en adolescenten. Orthopedagogen werken in de regel ook veel systemisch. Binnen het project volgde de orthopedagoog ook een opleiding tot systeemtherapeut die deze invalshoek versterkt. We zagen dan ook dat binnen het project de orthopedagoog het meeste de bredere context van het gezin, de school en vrienden als aandachtspunt benoemde. Ten opzichte van de GZ-psycholoog stemt deze werkwijze en kennis mogelijk ook dichter aan bij die van de jeugd- en gezinswerkers van het gebiedsteam, wat de samenwerking en afstemming met hen vergemakkelijkt. In het project zagen we dan ook dat de orthopedagoog het meeste afstemde met de gebiedsteams.

Praktijkondersteuners(-jeugd) zijn tot op heden de meest gebruikelijke vorm van ondersteuning vanuit een huisarts. Huisartsen zijn dan ook gewend om met hen samen te werken en zijn, zo blijkt uit de literatuur, in de regel zeer tevreden over hun inzet. De POH-J worden ook door de huisartsenpraktijk ingehuurd. Praktijkondersteuners hebben in de regel veel inzicht in de plaatselijke dynamiek en netwerken en hebben vaak opleidingen genoten die ook binnen de gebiedsteams gebruikelijk zijn, zoals verpleegkunde en social work. Daarnaast hebben ze een aanvullende opleiding tot praktijkondersteuner gevolgd. Hun kennis sluit wat dit betreft in de regel ook goed aan bij die van de gebiedsteams en huisartsen. In het project bleek dat vanuit de gebiedsteams de tevredenheid over de POH-J het grootste was. De POH-J zijn Hoorn breed vertegenwoordigd in de meeste praktijken. POH-J kunnen, ten opzichte van bijvoorbeeld de GZ-psycholoog, wel bij een iets kleiner palet aan vragen behandelen.

Kortom, alle drie de professionals hebben hun eigen kenmerken. De GZ-psycholoog kan bijvoorbeeld de zwaarste ondersteuning bieden en zo het meeste zelf behandelen (en het minste doorverwijzen), de orthopedagoog betreft het systeem het meeste, terwijl POH-J mogelijk het dichtst aansluiten bij de gebiedsteams. Veel hangt daarnaast ook af van persoonlijke factoren, zoals de voorkeur van de huisarts, de invulling van de professional (GZ-psycholoog, orthopedagoog of POH-J) en de al bestaande ervaringen met het gebiedsteam. Ook spelen de voorkeuren en hulpvragen van de bewoners een belangrijke rol. In wijken met veel 'zware' problematiek kan een GZ-psycholoog (en mogelijk in iets

mindere mate orthopedagoog) bijvoorbeeld een welkome aanvulling op de huisartsenpraktijk vormen, terwijl in andere wijken een POH-J afdoende is. Ook dient gekeken te worden naar het al bestaande team in een huisartsenpraktijk. Veel huisartsenpraktijken hebben bijvoorbeeld al één of meerdere praktijkondersteuners in dienst. Bij goede ervaringen is continuering logisch, terwijl bij uitbreiding een orthopedagoog of GZ-psycholoog als aanvulling kan worden overwogen. Al deze factoren dienen dus te worden meegenomen bij het bepalen wie (in welke praktijk) dient te worden ingezet.

8. Aanbevelingen

Aan de hand van onze resultaten en de literatuur kunnen wij een aantal aanbevelingen doen:

- **Blijf inzetten op een intensieve samenwerking** tussen huisartsen en 1.Hoorn aangezien dit vermoedelijk resulteert in kwalitatief hoogstaande en passende zorg. Blijf inzetten op actieve contactpersonen huisarts 1.Hoorn vanuit de gemeente en organiseer bijvoorbeeld één of twee keer per jaar een sessie waarin de samenwerking tussen 1.Hoorn en huisartsenpraktijken centraal staat, eventueel gevoed met actuele kennis hierover. Verspreid tenminste onder nieuwe huisartsen de factsheet over wat 1.Hoorn doet en ga met hen het gesprek aan. Een volgende stap in de samenwerking kan bijvoorbeeld zijn om structureel gezamenlijk casuïstiek te bespreken of cursussen te volgen.
- **Per doelstelling en huisartsenpraktijk dient er bekeken te worden wie wordt ingezet.** De praktijkondersteuners-jeugd, orthopedagoog en GZ-psycholoog hebben allen hun meerwaarde in de samenwerking met de gebiedsteams en het bieden van snelle, passende en laagdrempelige zorg. Zij hebben allen echter ook hun unieke kenmerken, bijvoorbeeld betreft het aantal zelf afgeronde behandelingen, het type klachten die zij behandelen, en de aansluiting bij het gebiedsteam. Daarnaast speelt persoonlijkheid en klik een grote rol in de tevredenheid en effectiviteit (zie ook de doordenking onderaan de conclusie).
- **Werk wijkgericht** en besteed extra aandacht aan de samenwerking met huisartsenpraktijken waar veel inwoners staan ingeschreven waarbij 1.Hoorn mogelijk afschrikt (zoals gezinnen met multiproblematiek). Dit omdat de samenwerking met huisartsenpraktijken bijdraagt aan het vertrouwen in 1.Hoorn en inwoners alsnog via de huisartsenpraktijk ondersteuning kunnen krijgen.
- **Blijf alle betrokkenen (jeugd- en gezinswerkers, huisartsen, POH-J, orthopedagoog en GZ-psycholoog) informeren over hun unieke positie in het veld.** Vooral bij nieuwe krachten is dit van belang. De factsheet 1.Hoorn is een mooi voorbeeld hoe betrokken kunnen worden geïnformeerd en zou wellicht breder kunnen worden ingezet. Het voortzetten van de nieuwsbrief en eventueel podcast kan hier ook aan bijdragen. De gemeente Hoorn is al bezig met plannen om huisartsen breder te informeren over ontwikkelingen die voor hen van belang zijn, als een nieuwsbrief voor verwijzers en een webinar over financiële problemen.
- **Zet in op de continuïteit en kennis van de betrokken partijen** aangezien dit de belangrijkste indicatie voor een intensieve samenwerking lijkt te zijn.
- **Maak ruimte voor contact.** Bij een te grote druk schiet dit er al snel bij in. Gezien de drukte bij de huisartsen en gebiedsteams is dit een heikel punt dat niet makkelijk valt op te lossen maar wel aandacht verdient.
- Stimuleer dat de gezins- en jeugdwerkers van 1.Hoorn zoveel mogelijk (en binnen de kaders van de AVG) casussen naar de huisartsen **terugkoppelen** en dit bijvoorbeeld niet laten liggen.
- **Geef ruimte aan samenwerkende professionals om de overdracht** indien passend zo warm mogelijk te maken, bijvoorbeeld met gezamenlijke gesprekken op de huisartsenpraktijk of gezamenlijke huisbezoeken.
- **Blijf stimuleren dat professionals ondersteuningsvormen vergelijken** (zoals is gedaan bij de effectencalculator sessies) en dat er hierbij zowel naar de kwaliteit van de ondersteuning als de kosten op de korte en lange termijn gekeken moet worden. De effectencalculator sessies bieden hiervoor een mooi handvat, maar het is in ieder geval

van belang dat de professionals de achterliggende principes kennen. Dit kan belegd worden bij de contactpersonen van het gebiedsteam en ook de POH-J en GZ-psychologen en orthopedagogen kunnen een rol spelen om deze kennis te verspreiden.

- **Blijf monitoren** of de bestaande positieve effecten blijven bestaan. Dit kan bijvoorbeeld door één keer in de twee jaar de samenwerking in kaart te brengen door middel van een vragenlijst. Besteed hierbij niet alleen aandacht aan de kwaliteit van de samenwerking, maar bevraag ook mogelijke knelpunten zoals wachtlijsten of extra kennis die nodig is. De vragenlijsten die in het huidige onderzoek zijn gebruikt (uitgezet bij de huisartsenpraktijken en de gebiedsteams) kunnen hiervoor als input dienen.

Referenties

- Been, de, M., & Hosper, K. (2018). Goede voorbeelden van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. *Bijblijven*, 34: 309–319.
- Bosch, M., & Zelle, S. (2014). *Evaluatie naar de waarde van de POH-GGZ in het sociaal wijkteam*. Radboud UMC.
- CBS (2022). *Mentale gezondheid jongeren afgenomen: Jeugdmonitor*. Toegang via: <https://jeugdmonitor.cbs.nl/publicaties/mentale-gezondheid-jongeren-afgenomen>
- Het netwerk GOR (2022). *Aantal jongeren met suïcidale gedachten onverminderd hoog*. Toegang via: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/aantal-jongeren-met-suïcidale-gedachten-onverminderd-hoog>.
- RIVM (2022). *Kwartaalonderzoek jongeren. Meting 2*. Toegang via: <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/resultaten-eerdere-metingen/jongeren-meting-2>.
- Transitie Autoriteit Jeugd (2018). *Vierde jaarrapportage aan minister VWS. Tussen droom en daad, op weg naar een volwassen jeugdinstelling*.
- Kemmeren, C., de Lange, M., & Rözer, J.J. (2022). *Verwijsstroom huisartsen bij jeugdigen in Hoorn. Uitkomsten van een effectencalculatorstudie*. Amsterdam: Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving / HvA.
- Nivel (2022). *Functie praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) waardevol: huisartsenpraktijken wensen behoud of uitbreiding*. Toegang via: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/functie-praktijkondersteuner-huisartsenzorg-poh-waardevol-huisartsenpraktijken-wensen-behoud>
- Otten, E., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Koopman, I. (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven*, 34:596–615.
- Rözer, J.J. (2022a). *Ervaringen van huisartsen en praktijkondersteuners met 1.Hoorn*. Amsterdam: Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving / HvA.
- Rözer, J.J. (2022b). *Het project verwijfsstroom huisartsen. De uitkomsten van een vragenlijst onder het gebiedsteam 1.Hoorn*. Amsterdam: Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving / HvA.
- Spijk-de Jonge, M.J., Boelhouwer, M., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Serra, M. (2019). *Jeugdhulp bij de huisarts. Onderzoek naar inzet en effect van de Praktijkondersteuner Jeugd*. Assen: Accare Child Study Center.
- Theunissen, M.H.C., Dijkshoorn, J.J., Klein Velderman, M. (2018). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd:verbindingen maken in het sociale domein. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 96:354–360.
- Zwaanswijk M, Ende J van der, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. (2005) Help-seeking for child psychopathology: pathways to informal and professional services in the Netherlands. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 44(12):1291–300.

Bijlage

A. Vragen en problemen

		Angsten	Somberh., suïcidaal	Stemmings- problemen	Gedrags- en opvoedp.	Sociale problemen	Zelfbeeld
POH-J	2020	6	8	9	4	0	3
POH-J	2021	9	11	4	3	5	3
POH-J	2022	3	3	2	8	0	1
Orthopedagoog	2020	0	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2021	12	7	13	6	7	3
Orthopedagoog	2022	7	6	10	2	1	2
GZ-psycholoog	2020	4	9	6	5	3	1
GZ-psycholoog	2021	16	9	4	10	0	2
GZ-psycholoog	2022	8	5	6	5	2	1
Totaal	2020	10	17	15	9	3	4
Totaal	2021	37	27	21	19	12	8
Totaal	2022	18	14	18	15	3	4
Totaal		65	58	54	43	18	16

		Autisme	Rouw	Eet- problemen	Slaapp.	Tics	Zinderlijkh.
POH-J	2020	1	5	0	2	3	1
POH-J	2021	4	4	1	0	4	0
POH-J	2022	0	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2020	0	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2021	1	1	2	2	0	0
Orthopedagoog	2022	1	1	0	0	0	0
GZ-psycholoog	2020	0	0	0	1	1	1
GZ-psycholoog	2021	1	0	3	2	1	3
GZ-psycholoog	2022	3	1	3	3	1	1
Totaal	2020	1	5	0	3	4	2
Totaal	2021	6	5	6	4	5	3
Totaal	2022	4	2	3	3	1	1
Totaal		11	12	9	10	10	6

		Druk gedrag	Thuiss.	School	Overig	Totaal
POH-J	2020	1	9	4	3	59
POH-J	2021	3	7	3	7	68
POH-J	2022	2	2	0	5	26
Orthopedagoog	2020	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2021	0	8	6	5	73
Orthopedagoog	2022	0	13	3	7	49
GZ-psycholoog	2020	0	6	4	4	67
GZ-psycholoog	2021	0	3	4	6	64
GZ-psycholoog	2022	0	4	2	3	48
Totaal	2020	1	15	8	7	126
Totaal	2021	3	18	13	18	205
Totaal	2022	2	19	5	15	123
Totaal		6	52	26	40	454

B. Leeftijd

		0 t/m		12 t/m		16 t/m	Totaal
		3	4 t/m 6	7 t/m 11	15	18	
POH-J	2020	0	5	16	18	13	52
POH-J	2021	0	2	21	26	11	60
POH-J	2022	0	4	13	7	3	27
Orthopedagoog	2020	0	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2021	1	3	6	18	8	36
Orthopedagoog	2022	0	3	10	14	9	36
GZ-psycholoog	2020	3	5	9	4	8	29
GZ-psycholoog	2021	5	8	11	11	13	48
GZ-psycholoog	2022	4	3	8	9	6	30
Totaal	2020	3	10	25	22	21	81
Totaal	2021	6	13	38	55	32	144
Totaal	2022	4	10	31	30	18	93
Totaal		13	33	94	107	71	318

C. Geslacht

		Vrouw		Man	Totaal
POH-J	2020	36	19	55	
POH-J	2021	47	17	64	
POH-J	2022	14	13	27	
Orthopedagoog	2020	0	0	0	
Orthopedagoog	2021	28	11	39	
Orthopedagoog	2022	27	9	36	
GZ-psycholoog	2020	18	19	37	
GZ-psycholoog	2021	27	21	48	
GZ-psycholoog	2022	27	21	48	
Totaal	2020	54	38	92	
Totaal	2021	102	49	151	
Totaal	2022	68	43	111	
Totaal		224	130	354	

D. Afstemmingen per casus met 1.Hoorn

		Nee Ja		Totaal
POH-J	2020	47	5	52
POH-J	2021	61	4	65
POH-J	2022	25	2	27
Orthopedagoog	2020	0	0	0
Orthopedagoog	2021	30	4	34
Orthopedagoog	2022	26	20	46
GZ-psycholoog	2020	18	4	22
GZ-psycholoog	2021	35	12	47
GZ-psycholoog	2022	23	6	29
		265	57	322

E. Verwijzingen per casus naar 1.Hoorn

Functie	Jaar	Lopend behandeltraject	Afgerond behandeltraject	Verwijzing 1.Hoorn	Externe verwijzing	Overig	Totaal
POH-J	2020	19	3	1	27	1	51
POH-J	2021	6	26	2	28	2	64
POH-J	2022	4	10	1	12	0	27
Orthopedagoog	2020	0	0	0	0	0	0
Orthopedagoog	2021	7	7	3	15	0	32
Orthopedagoog	2022	22	9	2	12	1	46
GZ-psycholoog	2020	4	3	1	4	1	13
GZ-psycholoog	2021	20	15	5	7	1	48
GZ-psycholoog	2022	8	18	8	11	2	47
		90	91	23	116	8	328



Werkplaatsen
Sociaal Domein

Werkplaatsen Sociaal Domein 2022
www.werkplaatsensociaaldomein.nl