

# Twee gezichten één formule?

Een kwalitatief onderzoek naar de  
omgang met beleidsvrijheid van  
huisartsen en jeugdteammedewerkers

Leonie Brune 6532233

20 augustus 2019

Masterscriptie

Master Bestuur en Beleid

USBO, Universiteit Utrecht

*Eerste lezer*

Dr. Ank Michels

*Tweede lezer*

Dr. Koen Damhuis

# Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie *Twee gezichten, één formule? Een kwalitatief onderzoek naar de omgang met beleidsvrijheid van huisartsen en jeugdteammedewerkers*, die ik als afronding van mijn masterprogramma *Bestuur en beleid* aan de Universiteit Utrecht (afdeling Bestuurs- en organisatiewetenschappen, USBO) heb geschreven.

In het voorjaar van 2019 mocht ik aan een onderzoeksstage bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving beginnen. Tijdens mijn stage was ik inhoudelijk betrokken bij een adviestraject over de toegang tot zorg en ondersteuning, een breed project dat veel verschillende soorten statelijke ondersteuning behelsde. Daaruit ontstond ook het onderwerp van mijn scriptie: de toegang tot jeugdhulp.

Het uitvoeren van dit onderzoek is mij zeer bevallen. Ik heb er ontzettend van genoten in de wereld van de eerstelijns-jeugdhulpprofessionals te duiken – en heb daarbij veel voor mij nieuwe en interessante kennis opgedaan bijvoorbeeld over de verbinding van abstracte beleidsplannen en de dagelijkse arbeid van de professionals.

Dit alles was alleen mogelijk dankzij de hulp van een aantal mensen, dat ik op deze plek wil bedanken. Allereerst aan de mensen die mij vooraf bij het organiseren, testen en contacteren hebben geholpen. Zeer grote dank gaat uit naar de geïnterviewden: beste huisartsen, POH-jeugdmedewerkers en jeugdteammedewerkers, van harte bedankt voor jullie tijd en inzet! Dat jullie ondanks jullie drukke werk tijd hebben gemaakt om aan het onderzoek mee te doen heb ik niet alleen zelf erg gewaardeerd, maar zie ik ook als een teken van jullie enorme betrokkenheid bij de jeugdhulp, die ik zeer waardeer.

Daarnaast wil ik bij dezen ook mijn (universitaire) scriptiebegeleidster dr. Ank Michels bedanken. Dankzij jouw begeleiding is het gelukt ondanks de rijkheid van de gevonden data, de complexiteit van de thematiek en alle interessante zijsporen toch een duidelijke lijn aan te houden. Dank ook aan mijn twee stagebegeleiders Willemijn van der Zwaard en dr. Aletta Winsemius! Ik heb een hele gezellige, leuke en interessante stage gehad en ontzettend veel geleerd. Ten slotte wil ik bijzondere dank aan mijn vrienden en familie uitspreken, die mij tijdens het scriptieproces met al zijn *ups* en *downs* ontzettend gesteund hebben.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Leonie Brune

Amsterdam, 19 augustus 2019

## Samenvatting

Jeugdhulp in Nederland is een *hot topic* waaraan -met name sinds de decentralisatie van deze taak aan de gemeenten- in de politiek en media veel aandacht is besteed. Vaak ging het daarbij vooral om tekorten in de financiering van de jeugdhulp. Met de ingang van de Jeugdwet werd echter niet alleen de financiering sterk aangepast, er kwamen ook nieuwe poortwachters voor de jeugdhulp. Naast huisartsen die al langer de taak hadden om gezinnen of jongeren naar de jeugdhulp te verwijzen kunnen tegenwoordig ook jeugdteammedewerkers die vanuit de gemeente werden ingezet toegang tot de jeugdhulp verlenen. Daardoor werken binnen gemeenten nu twee professionals met verschillende achtergronden, arbeidscontext en aanzien die ook nog eens poortwachters zijn vanuit twee verschillende wettelijke stelsels. Uit de wetenschappelijke literatuur over de besluitvorming van *street-level bureaucrats* blijkt dat de beslissingen van poortwachters door veel contextuele factoren beïnvloed kunnen worden. Dat roept vragen op: wat betekent dat voor de toegang tot jeugdhulp, en maakt het uit met welke professional burgers hun problemen bespreken?

Dit kwalitatieve, vergelijkende onderzoek draait om de verschillen en gelijkenissen in de manier waarop huisartsen en jeugdteammedewerkers hun poortwachtersrol invullen. Daarbij staat de volgende vraag centraal: in hoeverre verschillen de afwegingen die de verschillende poortwachters maken bij de toegang tot jeugdhulp, welke rol spelen daarbij professionele, organisatorische en patiënt- of cliënt-gerelateerde factoren en wat betekent dat voor de toepassing van de waarden uit het jeugdhulpbeleid?

Ter beantwoording van deze vraag zijn 21 semigestructureerde interviews met professionals uit vier gemeenten uitgevoerd. De open vragen werden door acht jeugdteammedewerkers, tien huisartsen en drie praktijkondersteuners huisartsenkunde (voor de jeugd) beantwoordt. Naast de antwoorden op de concrete open vragen werd aan een deel van de professionals fictieve cases van jongeren of gezinnen met mogelijke jeugdhulpproblematiek voorgelegd om hun afwegingen impliciet in kaart te brengen.

De analyse van de verzamelde data laat zien dat de huisartsen en jeugdteammedewerkers ondanks hun sterk verschillende achtergrond en arbeidscontext opvallend weinig verschillen in de afwegingen die zij willen maken bij het inschatten van de behandeling of begeleiding van jongeren of gezinnen. *De mogelijkheid* om deze afwegingen tot hun tevredenheid te maken, verschilt echter sterk tussen de professionals. Deze mogelijkheid is voornamelijk afhankelijk van de professionele kennis, de organisatie van hun werk en de houding van de hulpvrager ten opzichte van de professional. In hoeverre de poortwachters werken onder omstandigheden die hen helpen bij het maken van alle afwegingen (ook degene die voor hen moeilijker zijn), hangt sterk af van de institutionele inrichting van de jeugdhulp in de verschillende gemeenten.

Hoewel de (onderliggende waarden van de) wettelijke kaders voor huisartsen en jeugdteammedewerkers sterk verschillen, zijn in dit onderzoek weinig systematische verschillen tussen de waardes die deze professionals gebruiken in hun dagelijkse praktijk aangetroffen. Tevens suggereren de resultaten dat de professionele identiteit van huisartsen overeenkomt met veel van in de Jeugdwet benadrukte waarden.

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de professionals in de jeugdhulp ongeacht hun beroepsgroep vooral het doel hebben in de individuele gevallen passende en noodzakelijke ondersteuning te verlenen en de afwegingen over de toegang tot jeugdhulp zo goed mogelijk te maken. Uit de inzichten over de invloed van de professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren, blijkt echter ook dat de rol van de gemeente essentieel is. De gemeente bepaalt door de lokale inrichting van de jeugdhulp de voorwaarden voor de professionals om hun afwegingen naar tevredenheid te kunnen maken. Daarmee beïnvloedt de gemeente de ruimte die professionals hebben om met name de (Jeugdwet-)waarden demedicalisering en zelfredzaamheid mee te nemen in het uitvoeren van hun taken. De scriptie sluit daarom af met een aantal uit het onderzoek resulterende aanbevelingen voor gemeentelijke bestuurders en beleidsmakers, die ervoor kunnen zorgen dat het

voor de burgers geen essentieel verschil maakt of zij met hun problemen naar de huisarts of het jeugdteam gaan.

# Inhoud

1. Inleiding .....	6
1.1 Probleemstelling .....	7
1.2 Maatschappelijke relevantie .....	8
1.3 Wetenschappelijke relevantie .....	9
1.4 Doelstelling .....	9
1.5 Vooruitblik .....	9
2. Context: de veranderingen in de jeugdhulp .....	10
2.1 Nulde-, eerste- en tweedelijnszorg .....	10
2.2 De professionals .....	11
2.2.1 De huisarts: dé arts in de wijk .....	11
2.2.2 De Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg GGZ voor de jeugd (POH-jeugd) .....	12
2.2.3 Wijk- en/of jeugdteams .....	13
2.3 Wettelijke kaders .....	14
2.3.1 Twee poortwachters - twee stelsels .....	14
2.3.2 De Jeugdwet .....	14
3. Theoretisch kader .....	17
3.1 De beleidsvrijheid van de poortwachter .....	17
3.1.1 Street-level bureaucrats .....	17
3.1.2 De afwegingen van SLBs .....	18
3.2 Factoren die van invloed zijn op de afwegingen van poortwachters .....	19
3.3 Waarden in het jeugdhulpbeleid .....	24
3.3.1 Waarden in de Jeugdwet .....	25
3.3.2 Veiligheid .....	25
3.3.3 Zelfredzaamheid .....	26
3.3.4 Zorgzaamheid .....	27
3.3.5 Demedicalisering .....	27
3.4 Waarden en spanningen .....	28
3.5 De theoretische benadering in het kort .....	29
4. Empirische strategie .....	31
4.1 Onderzoeksbenadering .....	31
4.2 Onderzoeksmethode .....	32
4.2.1 Bestaande data .....	32
4.2.2 Focusgroepen .....	32
4.2.3 Interviews .....	33
4.2.4 Vignetten .....	34
4.3 Operationalisering van de concepten .....	35
4.3.1 Operationalisering interviews .....	36
4.3.2 Operationalisering vignetten .....	36
4.4 Selectie van gemeenten en respondenten .....	37

4.5 Beschrijving cases .....	39
4.6 Data-analyse .....	41
4.7 Validiteit en betrouwbaarheid.....	42
5. Empirie .....	44
5.1 De afwegingscriteria.....	44
5.1.1 Algemene afwegingen.....	44
5.1.2 De afwegingscriteria die blijken uit de open vragen .....	45
5.1.3 Afwegingen die naar voren komen in de reacties op de vignetten .....	46
5.1.4 Samenvattend.....	50
5.2 Beïnvloedende factoren .....	51
5.2.1 Professionele factoren.....	51
5.2.2 Organisatorisch .....	57
5.2.3 Cliënt-gerelateerd .....	63
5.2.4 Andere opvallende aspecten .....	65
5.2.5 Samenvatting van de beïnvloedende factoren .....	69
5.3 Waarden en spanningen.....	74
5.3.1 Veiligheid.....	74
5.3.2 Zelfredzaamheid .....	76
5.3.3 Zorgzaamheid .....	78
5.3.4 Demedicalisering/normalisering.....	80
5.3.5 Spanningen tussen waarden .....	82
5.3.6 Samenvatting waarden en spanningen in de afwegingen van de professionals .....	84
6. Conclusie en discussie .....	85
6.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen.....	85
6.1.1 De antwoorden op de deelvragen van het onderzoek.....	85
6.1.2 Het antwoord op de hoofdvraag.....	88
6.2 Discussie.....	89
6.2.1 Reflectie .....	89
6.2.2 Kanttekeningen .....	90
6.2.3 Terugblik op de relevantie .....	91
6.2.4 Vooruitblik .....	93
7. Bronnen .....	96
7.1 Literatuurlijst.....	96
7.2 Databronnen .....	103
7.3 Geraadpleegde casuïstiek voor het maken van de vignetten .....	103
8. Bijlagen.....	105
8.1 Topiclijst interviews.....	105
8.2 Vragen per mail .....	107
8.3 Vignetten .....	109
8.4 Codeboom .....	111

8.5 Reacties op de vignetten.....	116
-----------------------------------	-----

# 1. Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

*Liam slaapt slecht, lijkt gefrustreerd en doet steeds vaker lelijk tegen mensen. Dat laat hij vooral tegen zijn moeder zien. Ook op school gaat het de laatste tijd niet zo goed. Zijn tutor heeft de moeder vorige week uitgenodigd omdat er een vechtpartij was op school. Daar moest zij de kleinste mee heen nemen omdat haar ex weer eens niet bereikbaar was – en als hij eenmaal iets van zich laat horen dan gaat het vooral over geld. Saar, de middelste, maakt zich altijd zorgen over dat geruzie. Over het algemeen doet hun moeder haar best om de kinderen in het gareel te houden, maar dat lukt niet altijd. Op school werd haar aangeraden een afspraak te maken bij het jeugdteam van de gemeente of bij de huisarts om haar hart te luchten en eens te kijken of er ondersteuning mogelijk is.*

*Hun huisarts kennen zij al lang en ze moet er toch eens heen met Saar, voor een prik. Het jeugdteam werkt kennelijk in het gemeentehuis, om de hoek van de basisschool. Misschien is het de moeite waard om het een keer te proberen. Maar maakt het eigenlijk uit waar zij heen gaan?*

Gezinnen als dat van Liam en Saar kunnen inderdaad ondersteuning krijgen bij hun problemen. Daarbij gaat het om hulp wanneer bijvoorbeeld de ouders de opvoeding niet meer aan kunnen, fysieke problemen, psychische problemen, gedragsproblemen, problemen in de thuissituatie, bijvoorbeeld na een scheiding, verdriet, angst of boosheid. Er zijn verschillende manieren jeugdhulp te krijgen, maar doorslaggevend is daarvoor altijd de inschatting van een poortwachter. Hoofdzakelijke -en meest bekende verwijzers- zijn in Nederland huisartsen en medewerkers bij jeugd- of wijkteams, die door de gemeente zijn ingericht. Deze scriptie onderzoekt hoe deze actoren hun rol als poortwachter invullen.

Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 is de toegang tot jeugdhulp anders dan voorheen. Door de Jeugdwet werd de jeugdhulp gedecentraliseerd en kreeg vorm in een nieuw wettelijk kader. Sindsdien hebben de gemeenten de volle organisatorische en financiële verantwoordelijkheid over de jeugdhulp (VNG, z.d.). Veel gemeenten richtten als gevolg daarvan wijk- of jeugdteams in. Medewerkers van deze teams kunnen vaak zelf lichte ondersteuning verlenen of zo nodig toegang verlenen tot specialistische vormen van jeugdhulp (Nji, z.d.a; Van den Enden, Kooiman, Udo & De Meijer, 2017). Huisartsen, die van oudsher onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) (2019) poortwachters waren, bleven hun bevoegdheid ook in het nieuwe stelsel houden (Stam, 2014). En zie daar: in de gemeenten bestaan twee poortwachters, die verschillende beroepen uitoefenen, in verschillende wettelijke stelsels werken maar alsnog beiden kunnen beslissen over de toegang tot jeugdhulp. Niet voor niets constateerde de kinderombudsman dat decentralisatie van de jeugdhulp ongewenste gevolgen had, zoals de onduidelijkheid van de toegang tot deze ondersteuning (De Kinderombudsman, 2016). Het wordt nog complexer: de wettelijke kaders van de poortwachters verschillen sterk van elkaar. Waar de Zorgverzekeringswet (2019) de professionals veel ruimte laat bij hun taak, worden in de Jeugdwet specifieke doelen aangegeven die bij de toegang tot jeugdhulp dienen gerealiseerd te worden (Jeugdwet, 2014). Uit deze doelen en de memorie van toelichting bij de Jeugdwet (2013) blijkt een aantal kernwaarden in het jeugdhulpbeleid van gemeenten centraal te moeten staan, hier onderscheiden als veiligheid, zorgzaamheid, zelfredzaamheid en demedicalisering. De jeugdteammedewerkers dienen hun afwegingen daaraan te koppelen, maar huisartsen die onder een ander wettelijk stelsel vallen, hebben meer vrijheid bij hun afwegingen en beslissingen. Daarnaast werken jeugdteammedewerkers onder gemeenten, die het budget voor de jeugdhulp bepalen en zijn huisartsen daarvan in principe onafhankelijk.

Bij de organisatie van jeugdhulp op lokaal niveau bestaan dus twee eerstelijnszorg-instanties die toegang tot de voorzieningen kunnen verlenen. Hun taak als poortwachter vergt het inschatten van de situatie waarin de jongeren zich bevinden en het nemen van een beslissing over de noodzakelijke ondersteuning voor individuele gezinnen. Zij verschillen echter sterk van elkaar, bijvoorbeeld in hun opleiding, hun beroep en de organisatie van hun werk. De mogelijkheid bestaat dus dat huisartsen en jeugdteammedewerkers bij het inschatten van dezelfde jongere of gezin verschillende afwegingen maken en andere beslissingen nemen.



In dit onderzoek staat daarom de vraag centraal: in hoeverre verschillen de afwegingen die de verschillende poortwachters maken bij de toegang tot jeugdhulp, welke rol spelen daarbij professionele, organisatorische en patiënt- of cliënt-gerelateerde factoren en wat betekent dat voor de toepassing van de waarden uit het jeugdhulpbeleid?

Om deze hoofdvraag systematisch te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe zijn de jeugdhulp in Nederland en de toegang daartoe georganiseerd?

Deelvraag één is een contextuele deelvraag. Om de vraag te beantwoorden wordt een beeld geschetst van de inrichting van de jeugdhulp in Nederland, de rol van de (voor dit onderzoek relevante) poortwachters tot de jeugdhulp en wordt ingegaan op de wettelijke kaders van de jeugdhulp waarin de poortwachters zijn ingebed.

2. Wat is er bekend over de manier waarop poortwachters omgaan met hun beleidsvrijheid?
3. In hoeverre kunnen professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren een rol spelen bij de afwegingen van de poortwachters in de jeugdhulp?
4. Wat is er bekend over de onderliggende waarden van het beleid die een kader bieden voor de afwegingen van de poortwachters en welke spanningen kunnen daaruit ontstaan?

Deelvragen twee, drie en vier zijn theoretische deelvragen. De tweede deelvraag wordt beantwoord door in te gaan op de literatuur over *street-level bureaucrats* (SLBs), de relevantie van deze theorie voor de poortwachters in de jeugdhulp en de afwegingen die SLBs maken. Bij het antwoord op de derde deelvraag worden de factoren van de verschillende professionals in de jeugdhulp toegelicht. Daarbij wordt ook ingegaan op de rol die de factoren kunnen spelen bij de afwegingen die de poortwachters in hun werk maken. Om de derde deelvraag wordt de kennis over de belangrijkste waarden uit de Jeugdwet, nader besproken. Verder wordt ingegaan op mogelijke spanningen tussen de waarden in de wet en op mogelijke spanningen tussen de waarden en professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren.

5. Welke afwegingscriteria gebruiken de poortwachters bij het beslissen over de hulp of ondersteuning voor patiënten of cliënten en in hoeverre verschillen de poortwachters daarin van elkaar?
6. Welke rol spelen professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren voor/bij de afwegingen van de professionals?
7. Welke rol spelen de (spanningen tussen) onderliggende waarden uit de Jeugdwet bij de afwegingen van de poortwachters?

Deelvragen vijf, zes en zeven zijn empirische deelvragen. Deze worden beantwoord aan de hand van de empirische resultaten van dit onderzoek. Om deze vragen te beantwoorden zijn 19 semigestructureerde interviews met de verschillende poortwachters uitgevoerd en geanalyseerd. Om de afwegingen van de professionals concreter in kaart te brengen, zijn in een aantal interviews daarnaast ook vignetten aan de professionals voorgelegd. Samengenomen kan de empirie een beeld bieden op mogelijke verschillen tussen de afwegingen die de poortwachters maken, welke rol professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren daarbij spelen en of er verschillen bestaan in de waarden die de poortwachters daarbij nastreven.

## 1.2 Maatschappelijke relevantie

De uitkomsten van dit onderzoek zijn bijzonder waardevol voor bestuurders en beleidsmakers. Gemeenten zijn door de drie decentralisaties (Wmo, Jeugdwet, Participatiewet) met een enorme uitbreiding van hun verantwoordelijkheden geconfronteerd. De organisatie van Jeugdhulp is een relatief nieuwe taak voor gemeenten. Inzichten over de implementatie en uitwerking van het beleid zijn daarom waardevol. In de context van de decentralisatie van de jeugdhulp, de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het lokale jeugdhulpbeleid en de tekorten aan financiële middelen in de sector kan het helpen meer inzicht te krijgen in de werk van de poortwachters voor de jeugdhulp. Daarbij worden de gevolgen en de omgang met professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde

factoren en de mechanismen waarop de factoren invloed hebben op de afwegingen van de poortwachters nader toegelicht. Bestuurders kunnen deze informatie gebruiken om een beter inzicht te krijgen van de rol die de context van het werk van de poortwachters en hoe dit gefaciliteerd kan worden. Daarnaast biedt dit onderzoek inzichten over het begrip en gebruik van de waarden uit het jeugdhulpbeleid. Aansluitend op Trappenburgs (2006) oproep meer vertrouwen in de professionals in de zorg en het sociaal domein te hebben, biedt dit onderzoek de kans om hun omgang met de beleidsvrijheid beter te begrijpen.

### 1.3 Wetenschappelijke relevantie

Sinds het verschijnen van Lipskys (2010) analyse van de *street-level bureaucracy* is er veel onderzoek gedaan naar het werk van SLBs. Daarin worden verschillende aspecten onderzocht zoals de verantwoording van SLBs, hun werk in verband met maatschappelijke en technische veranderingen en de manier waarop SLBs beleid maken (Evans & Harris, 2004; Hupe & Hill, 2007; Murphy & Skillen, 2015; Buffat, 2015; Fabricant, Burghardt & Epstein, 2016; Nothdurfter, 2016; Hansen, Lundberg & Syltevik, 2018).

Dit onderzoek sluit aan bij de literatuur over de beslissingen van verschillende SLBs (Meyers & Vorsanger, 2007; Loyens & Maesschalck, 2010). Er zijn nog weinig voorbeelden van onderzoek waarin de verschillen tussen SLBs worden onderzocht -met name in de zorg- en als dat toch het geval is, wordt het onderzoek vaak uitgevoerd onder SLBs die naast verschillende contexten ook verschillende taken hebben of als vergelijking tussen landen (Berrick, Dickens, Pösö & Skivenes, 2017; Raaphort & Loyens, 2018). Dit onderzoek biedt een aanvullend perspectief omdat hier SLBs uit verschillende beroepsgroepen in dezelfde lokale context en hetzelfde arbeidsdomein worden onderzocht. Door de context van de verschillende poortwachters in kaart te brengen en te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de afwegingen die zij maken draagt dit onderzoek bij aan de wetenschappelijke kennis over professionele verschillen in SLBs.

### 1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de invulling die professionals in de eerstelijnszorg geven aan hun poortwachtersrol naar jeugdhulp. Daarbij staan de verschillen en gelijkenissen tussen jeugdteammedewerkers en huisartsen in de focus. Het inzicht in de invulling van de poortwachtersrol kan gebruikt worden om -op abstract niveau- te evalueren in hoeverre de in de Jeugdwet beoogde waarden in praktijk worden gebracht. Concreet is het doel van dit onderzoek een zo volledig mogelijk beeld te geven van de afwegingen die professionals in de jeugdhulp maken, door welke factoren deze beïnvloed worden en hoe deze afwegingen zich verhouden tot de achterliggende waarden van de professionals.

### 1.5 Vooruitblik

De deelvragen van het onderzoek structureren het stuk. Als vervolg op deze problematiekstelling in hoofdstuk twee van dit onderzoek wordt daarom de context van het onderzoek in kaart gebracht. Daarbij worden de inrichting van de jeugdhulpsector in Nederland, de rol van de belangrijkste poortwachters en de wettelijke kaders besproken. In hoofdstuk drie volgt een theoretische uiteenzetting van de belangrijkste concepten van het onderzoek. Hoofdstuk vier is een uiteenzetting van de empirische benadering en uitvoering van het onderzoek. In hoofdstuk vijf worden vervolgens de resultaten van het onderzoek besproken. Het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek is in hoofdstuk zes te vinden, waar ook een vooruitblik een reflectie op het onderzoek plaats vindt.

## 2. Context: de veranderingen in de jeugdhulp

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de context waarin dit onderzoek wordt uitgevoerd. Daartoe wordt de eerste deelvraag beantwoordt: *hoe zijn de jeugdhulp in Nederland en de toegang daartoe georganiseerd?* Bij het verduidelijken van de context van het onderzoek wordt eerst de organisatie van de jeugdhulp in Nederland en vervolgens voor dit onderzoek hoofdzakelijk relevante professionals toegelicht, en af gesloten met een bespreking van de wettelijke kaders voor de jeugdhulpverlening.<sup>1</sup>

### 2.1 Nulde-, eerste- en tweedelijnszorg

De jeugdhulp is -net als medische zorg- georganiseerd in drie (nulde, eerste en tweede) lijnen. De nulde lijn behelst het signaleren van zorgen of problemen. In de eerste lijn worden eerste diagnoses gesteld en kunnen korte behandeltrajecten worden uitgevoerd. In de tweede lijn tenslotte wordt uitgebreid onderzoek gedaan naar de problemen en kan specialistische hulp worden geboden. Hieronder wordt het systeem kort nader uitgelegd. Figuur 1 is een schematische weergave van de organisatie van de toegang tot jeugdhulp.

Jeugdhulp in de nulde lijn vindt plaats in pedagogische instellingen zoals scholen of kinderdagopvang. Jeugdigen brengen hier veel tijd door, waardoor het onderwijzend personeel opmerkelijk kan worden op zorgelijk of problematisch gedrag van de jeugdigen. Hiermee kan onder andere voorkomen worden dat de problemen uit de hand lopen. De instellingen hebben echter geen expliciete jeugdzorgfunctie; zij kunnen de kinderen dus niet onderzoeken of behandelen voor problemen (Janssens, 2015). In de Wet Passend Onderwijs worden scholen wel verplicht om passende onderwijsplekken te bieden voor kinderen met leer- of gedragsproblemen (Rijksoverheid, z.d.a). Deze basisondersteuning wordt vaak door schoolmaatschappelijke werkers verricht, die tevens betrokken kunnen worden bij het coördineren van zorg en ondersteuning. Zij kunnen echter geen verwijzing naar specialistische hulp geven (Gemeente.nu, 2013; MEE, z.d.). Ondersteuning die in de nulde lijn wordt verleend, vindt plaats zonder dat er expliciet om gevraagd wordt. Daarbij horen ook leeftijdsafhankelijke consultaties bij de jeugdarts (InfoNu.nl, 2011).

Eerstelijnszorg is vrij toegankelijk, maar ouders of jeugdigen moeten zelf om de zorg vragen door de arts of hulpverlener zelf te benaderen. Gezinnen kunnen op deze ondersteuning aanspraak maken zonder dat deze voor het verlenen van de zorg extra getoetst wordt. De zorgverleners in de eerste lijn zijn generalistische zorgverleners zoals (wanneer het om jeugdhulp gaat) huisartsen en wijk- of jeugdteams. Deze zorgverleners maken een eerste diagnose van de problematiek en kunnen algemene begeleiding bieden zoals opvoedondersteuning (voor ouders) en advisering of begeleiding voor jeugdigen (Janssens, 2015). De zorgverleners uit de eerste lijn kunnen vanuit hun expertise het idee krijgen dat er meer speelt en dat de jeugdigen niet generalistische maar specialistischere vormen van ondersteuning nodig hebben. In die gevallen kunnen deze poortwachters de jeugdigen of gezinnen doorverwijzen naar de tweede lijn. De verwijzers die deze bevoegdheid hebben zijn met de komst van de Jeugdwet in 2015 veranderd. Voorheen gaven naast huisartsen ook regionale 'bureaus jeugdzorg' of het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) een verwijzing. Sinds de decentralisatie hebben echter veel gemeenten lokale wijk- of jeugdteams opgericht die ook kunnen verwijzen naar tweedelijnszorg. Er zijn sindsdien daarom twee manieren om in de eigen wijk toegang tot tweedelijnszorg te verkrijgen (Janssens, 2015).

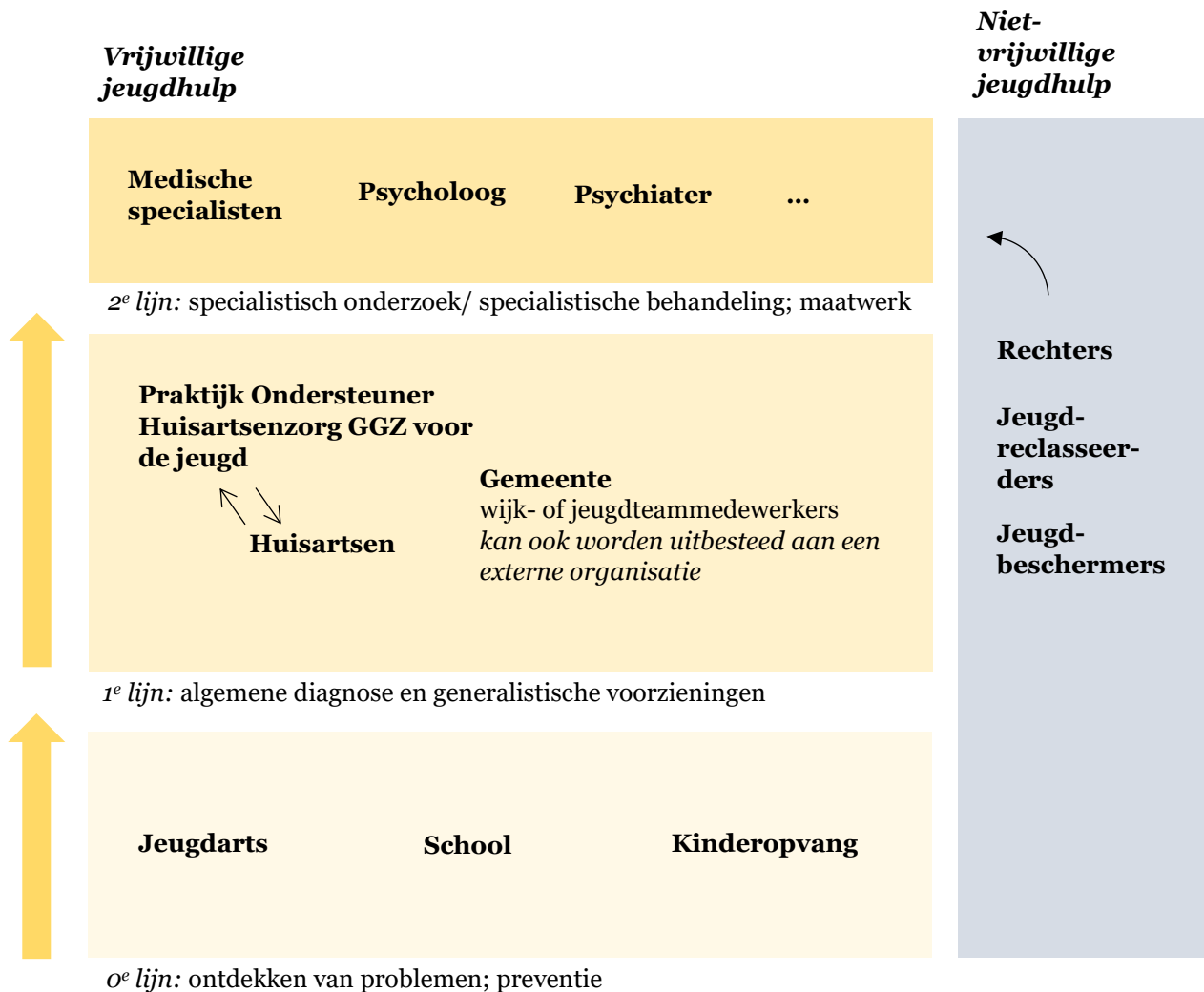
Tweedelijns-jeugdhulp is alleen toegankelijk met een verwijzing. De ondersteuning die hier verleend wordt is specialistische behandeling en wordt als maatwerk gezien. De beslissingen over de toegang liggen over het algemeen bij huisartsen, jeugd- of wijkteammedewerkers. Andere verwijzers zijn medische specialisten, jeugdartsen en jeugdbeschermers. Reclassering is daarbij de uitzondering. Dat

---

<sup>1</sup> Het is belangrijk op te merken dat in het vervolg zwaardere vormen van jeugdhulp, zoals vormen van drang en dwang of jeugdhulp met verblijf achterwege worden gelaten. De reden daarvoor is dat de focus van dit onderzoek ligt op vrijwillige jeugdhulp. Dat betekent jeugdhulp die niet door rechterlijke macht werd ingesteld en waarbij de veiligheid van de kinderen of jongeren niet of slechts lichtelijk in het geding is. Bij de zwaardere vormen van jeugdhulp nemen tevens andere professionals de hoofdzakelijke beslissingen.

is niet via de arts of het jeugd-/wijkteam te bereiken, maar wordt door de rechter opgelegd (Janssens, 2015). Inhoudelijk kan het bij tweedelijns-jeugdhulp gaan om diepergaand onderzoek of specialistische behandeling in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ, zorg voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB-zorg), jeugdbescherming en -reclassering en gespecialiseerd onderwijs.

Figuur 1: Schema organisatie van de toegang tot Jeugdhulp



## 2.2 De professionals

Nu de algemene organisatie van de jeugdhulp toegelicht is, wordt de rol van de professionals die voor dit onderzoek relevant zijn nader besproken. Dit onderzoek richt zich specifiek op de afwegingen die professionals in de eerstelijns hulp maken. Daarbij gaat het om de professionals: huisartsen en wijk-of jeugdteammedewerkers. De reden daarvoor is dat zij beiden op lokaal niveau werkzaam zijn en de grootste hoeveelheid verwijzingen afgeven (CBS, 2018:19). De rol van andere verwijzers (zoals medische specialisten, jeugdartsen, rechters, jeugdbeschermers en jeugdreclasseerders) wordt daarom in het vervolg achterwege gelaten.

### 2.2.1 De huisarts: dé arts in de wijk

Huisartsen hebben in Nederland een sterke positie in het zorgstelsel. Huisartsen verlenen over het algemeen een grote hoeveelheid zorg terwijl de kosten die daardoor ontstaan slechts een zeer kleine deel van het zorgbudget uitmaken (Freund, Everett, Griffiths, Hudon, Naccarella & Laurant, 2015). In Nederland handelen huisartsen zo'n 94% van alle klachten waarmee patiënten naar hun toe komen af,

terwijl zij slechts rond 6% van de totale zorgkosten voor hun rekening nemen (LHV, z.d.b). Over het algemeen verbeteren huisartsen het zorgstelsel door overbodige zorg te voorkomen en de zorg te bieden aan degenen die deze het meest nodig hebben, ongeacht de sociale of economische status van de patiënten (Starfield, Shi & Macinko, 2005; 474).

Huisartsen zijn als generalistische zorgverleners makkelijk toegankelijk voor burgers en kijken met een brede blik naar psychische en fysieke problemen. Als generalist kunnen zij zelf zorg verlenen, maar kunnen zij patiënten ook doorverwijzen naar specialistische zorg of gidsen naar andere passende ondersteuning bijvoorbeeld in het sociale domein (NHG, 2019). Een andere bijzonderheid van de huisarts als hulpverlener is dat zij door haar relatie met patiënten vaak over meer dan de puur medische geschiedenis van de patiënt beschikt. Zij hebben dan meestal ook de omgeving van de patiënt, zijn sociale situatie en van zijn gezin in beeld (LHV, z.d.b). Gezinnen en jeugdigen kennen de huisarts door de langdurige begeleiding vaak goed. Immers hebben rond driekwart van alle kinderen en jongeren (tot 20 jaar) ten minste één afspraak met hun huisarts per jaar (Otten, Geuijen, Zwaanswijk & Koopman, 2018). Bij hun taak in de jeugdhulp kunnen huisartsen ondersteund worden door Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg GGZ voor de jeugd.

Een samenwerkingsverband van huisartsenverenigingen in Nederland beschrijft het werk van huisartsen aan de hand van vier kernwaarden. Te weten persoonsgerichte, medisch-generalistische, continue en gezamenlijke huisartsenzorg. Op deze kernwaarden van de huisartsenzorg sluiten de volgende kerntaken aan: preventie, zorgcoördinatie, terminaal-palliatieve zorg, spoedeisende huisartsenzorg en het verlenen van -centraal- medisch-generalistische zorg. Het laatste punt specifiek houdt in dat huisartsen bij de consulten met patiënten de urgentie van de klachten beoordelen, het vanuit een medisch perspectief bekijken en daarbij de sociale en maatschappelijke context van de patiënt meewegen. Vervolgens beslissen zij, in overleg met de patiënt, over de best passende zorg (Toekomst Huisartsenzorg, 2019b). De Nederlandse burgers vinden het belangrijk dat de huisarts zijn patiënten goed kent. Daarnaast vinden zij dat de huisartsen deskundig en betrokken moeten zijn. Problemen in de samenleving worden echter niet vaak als taak van de huisarts gezien (Brabers & Jong, 2019:17-18).

### 2.2.2 De Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg GGZ voor de jeugd (POH-jeugd)

In een poging de hoge kosten in de geestelijke gezondheidszorg tegen te gaan, werd in 2014 de praktijkondersteuner ggz ingevoerd die aanvullende zorg voor volwassenen met psychische klachten in de huisartsenpraktijk biedt. Daarmee vond een verschuiving van psychologische zorg naar de eerste lijn plaats. In het kader van de transitie in de jeugdhulp ontstond vervolgens ook de daaraan gerelateerde functie POH-jeugd (Magnée, De Beurs, Schellevis & Verhaak, 2018; Otten, Geuijen, Zwaanswijk & Koopman, 2018).

De POH-jeugd houdt over het algemeen kantoor in de huisartsenpraktijk en kan worden ingezet om screeningsdiagnostiek uit te voeren, heeft de mogelijkheid kinderen of jongeren voor een beperkte tijd zelf te begeleiden en is daarnaast beschikbaar voor jongeren die door de huisarts al zijn doorverwezen maar nog op een specialistische behandeling moeten wachten. Over het algemeen suggereert een aantal pilots met POH-jeugd medewerkers erop dat het inzetten van een POH-jeugd bij een huisarts ten gevolg heeft dat minder kinderen met psychische of sociale problemen bij de huisarts komen, moeten worden doorverwezen naar tweedelijnhulp. POH-jeugd medewerkers worden echter nog niet in alle gemeenten of huisartsenpraktijken ingezet. Een reden daarvoor is dat gemeenten en huisartsen in het kader van de Jeugdwet eigen afspraken kunnen maken over de omgang met jeugdhulptaken, de afstemming van zorg en verwijzingen (Otten, Geuijen, Zwaanswijk & Koopman, 2018).

Het is belangrijk toe te voegen dat een POH-jeugd zelf geen verwijzing naar de tweede lijn kan uitvoeren. Wanneer dat naar hun inschatting nodig is kunnen zij de huisarts van de patiënt informeren over de volgens hen verwachte diagnose en de passende verwijzing. Officieel blijft de huisarts de verwijzer. In dit onderzoek wordt de POH-jeugd daarom als verlengstuk van de verwijzer 'huisarts'

gehanteerd. De (rol van de) POH-jeugd wordt daarom -in tegenstelling tot de huisartsen en medewerkers van jeugdteams- niet bij alle aspecten van het onderzoek besproken.

### 2.2.3 Wijk- en/of jeugdteams

De Jeugdwet biedt gemeenten de mogelijkheid om jeugdprofessionals de bevoegdheid te geven naar de tweedelijns-jeugdhulp te verwijzen (VNG, 2017a). De organisatie van deze professionals vindt meestal in lokale wijk- of jeugdteams plaats. De vorm van deze teams kan tussen de gemeenten sterk uiteenlopen. In sommige gevallen zijn er aparte jeugdteams ingericht, maar in andere gemeenten bieden de wijkteams naast voor de jeugdhulp ook ondersteuning voor andere vraagstukken. Daarnaast verschilt ook de positionering van de wijkteams ten opzichte van de gemeente. Er zijn gemeenten die de wijkteams zelf beheren, maar in andere gemeenten wordt het opzetten en uitvoeren van wijkteams uitbesteed aan een of meer zorgaanbieders (Van den Enden, Kooiman, Udo & De Meijer, 2017).

Wijk- en/of jeugdteams worden vaak ingezet om ouders en jongeren te adviseren en problemen op te sporen. Naast hun poortwachtersrol kunnen zij zelf ook hulp verlenen en daarnaast een regiefunctie innemen, door verschillende vormen van hulp te coördineren (Janssens, 2015). De professionals die in deze teams werken en een verwijzbevoegdheid van de gemeente hebben, kunnen verschillende opleidingen hebben. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om psychologen, maatschappelijke of schoolmaatschappelijke werkers (VNG, 2017a). De professionals hebben daarbij idealiter brede algemene kennis over het sociaal domein en specialistische kennis over een specialistische kennis op een voor de jeugdhulp relevant terrein, zoals opvoedkundige vraagstukken. Binnen het team kunnen de verschillende professionals elkaar dan met hun specialistische kennis aanvullen. De transformatie-denktank van het Nederlandse Jeugdinstuut (NJI) adviseert met betrekking op de jeugdhulp de volgende kerntaken voor de professionals bij wijk- en/of jeugdteams: het stimuleren van het probleemoplossend vermogen van gezinnen, het bevorderen van een veilig opvoedklimaat, het verlenen van ondersteuning bij lichte opvoed- en opgroevragen, wanneer het voor nodig wordt geacht het inschakelen van specialistische hulp en het coördineren van hulp en ondersteuning (Prakken, z.d.). Deze beschrijving geeft echter alleen een algemene indruk aangezien gemeenten de teams zelf opzetten en daarbij enige beleidsvrijheid hebben. De specifieke inrichting van wijk- en/of jeugdteams en de focus van de teams kan dus tussen gemeenten verschillen.

## 2.3 Wettelijke kaders

### 2.3.1 Twee poortwachters - twee stelsels

De jeugdhulp-gerelateerde taken die de professionals in de eerste lijn uitvoeren zijn gebaseerd op wettelijke kaders. Voor de professionals in dit onderzoek zijn dat twee wetten: de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Huisartsen werken in het Zvw-stelsel en jeugdteammedewerkers in het stelsel van de Jeugdwet. Deze wettelijke stelsels waarin de professionals opereren en die de kaders beiden voor hun poortwachtersrol verschillen echter sterk van elkaar.

De Jeugdwet houdt verplichtingen, doelen en waarden in (Jeugdwet, 2014). In de Jeugdwet maken burgers aanspraak op zorg en hebben gemeenten een zorgplicht (RVS, 2019b). De Zvw behelst eigenlijk niets meer dan de verplichting voor burgers om een zorgverzekering af te sluiten en daarop gebaseerd het recht van burgers om geneeskundige zorg en verzorging te krijgen op basis van de afgesloten verzekering. Er zijn in de Zvw geen inhoudelijke doelen opgenomen die aan specifieke waarden gekoppeld zijn (Zorgverzekeringswet, 2019; Ministerie van VWS, 2015b). Grofweg kan worden gezegd dat jeugdteammedewerkers, die onder de Jeugdwet vallen, in hun afwegingen sterker gebonden door het wettelijke stelsel dan huisartsen die onder de Zvw vallen. Omdat daar geen expliciete waarden in zijn opgenomen, hebben huisartsen grotere professionele vrijheid bij de invulling van hun werk.

De financiering van begeleiding of behandelingen in de jeugdhulp zijn echter niet zo makkelijk tussen de stelsels te verdelen. Het Zorginstituut Nederland (2015) geeft aan *psychische* problematiek, zoals behandelingen met het doel psychische *stoornissen* te behandelen of te voorkomen onder de Jeugdwet valt. *Somatische* problematiek en het behandelen van psychische *problemen* valt daarentegen onder de Zvw. Dat betekent concreet dat bij problemen in de jeugdhulp huisartsenbezoeken en eventueel noodzakelijke fysieke onderzoeken of ondersteuning onder de Zvw vallen. Onder de Jeugdwet vallen dan afspraken en zorg bij wijk- of jeugdteams, mantelzorgondersteuning, opvoedondersteuning, dagelijkse begeleiding en psychische of psychiatrische behandeling (Ministerie van VWS, 2015a; Zorgwijzer, 2018). De Jeugdwet geeft gemeenten en huisartsen echter de mogelijkheid zelf afspraken te maken over onder andere de indeling van psychosociale problemen in de verschillende zorgstelsels (Zorginstituut Nederland, 2015). Een voorbeeld daarvan is de vergoeding van begeleiding door de POH-jeugd die afhankelijk kan zijn van de beslissingen die in de jeugdzorgregio's zijn ingericht (VNG, 2017b).

Ondanks de complexe verhouding tussen deze stelsels wordt duidelijk dat jeugdhulp in beide stelsels voorkomt en de rol van beide poortwachters, huisartsen en jeugdhulpmedewerkers, bij de toegang tot jeugdhulp is gerechtvaardigd. Omdat de wettelijke stelsels uitgaan van zulke verschillende uitgangspunten, waarbij de Zvw weinig waarden en aannames aangeeft voor de huisartsen, volgt hieronder een reflectie op de inhoud en de aannames in de Jeugdwet.

### 2.3.2 De Jeugdwet

Omdat de afwegingen die de professionals in dit onderzoek voornamelijk gaan over toegang tot voorzieningen in de jeugdhulp maken (ook al vinden deze plaats in twee verschillende stelsels), wordt de Jeugdwet hieronder nader toegelicht.

#### *Context van de Jeugdwet*

De Jeugdwet werd in 2014 ingevoerd. Daarmee werden de jeugdhulptaken met begin van 2015 gedecentraliseerd naar de gemeenten (Jeugdwet, 2014). Als de drie grote decentralisaties werden tegelijkertijd ook de Wmo en de Participatiewet ingevoerd. Gemeenten werden dus ineens verantwoordelijk voor taken op het gebied van jeugdhulp, werk en inkomen en de verzorging van ouderen (Rijksoverheid, z.d.c).

De decentralisaties gingen gepaard met een grote bezuiniging op het budget voor de gemeenten die de taken in het sociaal domein op zich moesten nemen. Voor de jeugdhulp werden in drie jaar tijd bezuinigingen van rond 450 miljoen euro gerealiseerd, wat zow 15% van het voormalige budget beslaat

(Spigt, 2018). Veel gemeenten hebben in de afgelopen jaren dientengevolge met grote tekorten in de jeugdhulp te maken (NOS, 2018; Bekkers, 2018; Steiner, 2018). Veel gemeenten ervoeren de tekorten als zo knellend dat zij brandbrieven aan de Minister van VWS stuurden (Moen, 2018). In het voorjaar van 2019 erkende het kabinet het probleem en stelde extra middelen voor de gemeenten beschikbaar, met als doel de transformatie te verbeteren en efficiëntere zorg in de gemeenten mogelijk te maken (Rijksoverheid, 2019; De Koster, 2019).

Gemeenten hebben sinds de decentralisatie de mogelijkheid om de jeugdhulp zelf uit te voeren of aan jeugdhulpaanbieders uit te besteden (NJI & PPRC, 2018). Dat betreft zowel de indicatiestellers vanuit de gemeente (zoals wijk- en/of jeugdteammedewerkers) en de hulpverleners van specialistische hulp in de tweede lijn (CPB, 2015). De jeugdhulp die door aanbieders in de tweede lijn wordt verleend, is alleen toegankelijk na een verwijzing door een poortwachter uit de eerste lijn of wanneer de kosten voor het onderzoek of de behandeling door de gezinnen zelf worden gedragen. Ook jeugdhulp bij aanbieders waarbij de gemeente geen zorg heeft ingekocht is mogelijk toegankelijk voor jongeren of gezinnen. In dat geval moeten de kosten tevens helemaal door de gezinnen betaald worden of (bij een verwijzing) een persoonsgebonden budget (pgb) bij de gemeente worden aangevraagd (Zorgwijzer, 2018). Ondanks dit financieringssysteem houden huisartsen de mogelijkheid om vrij te verwijzen naar tweedelijns jeugdhulpaanbieders. Zij zijn daarbij niet altijd gebonden aan het inkoopbeleid van de gemeente. De gemeente is echter verplicht de kosten voor de jeugdhulp waarnaar huisartsen hebben verwezen te dragen (VNG, 2017b; VNG, VJ & VWS, 2015).

#### *Jeugdhulp – wat is dat eigenlijk precies?*

Eerst is daarvoor relevant te begrijpen wat de jeugdhulp eigenlijk inhoudt. Hiervoor wordt de definitie in de Jeugdwet hier kort weergegeven. Volgens de definitie in de Jeugdwet houdt jeugdhulp begeleiding en ondersteuning in voor jeugdigen en gezinnen die te maken hebben met ‘psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptie-gerelateerde problemen’ (Jeugdwet, 2014: Artikel 1.1). Daarnaast kunnen ook jeugdigen met somatische aandoeningen, lichamelijke of zintuigelijke beperkingen aanspraak op ondersteuning uit de Jeugdwet maken. Daarnaast behelst jeugdhulp ook het versterken van de zelfstandigheid en de maatschappelijke participatie van jeugdigen en ondersteuning van jeugdigen die zelfredzaam genoeg zijn om voor hun persoonlijke verzorging te kunnen zorgen (Jeugdwet, 2014).

#### *De doelen in de Jeugdwet*

In de Jeugdwet wordt een aantal uitgangspunten voor het verlenen van ondersteuning voor jeugdhulp genoemd. Daarbij gaat het om het voorkomen van problemen, wordt nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van gezinnen en het inschakelen van hun sociaal netwerk, bijzondere aandacht voor demedicalisering en normalisering van problemen of klachten, vroegtijdige hulp op maat om prijzige specialistische begeleiding te voorkomen en het bieden van integrale hulp voor het hele gezin. Om dit te bereiken is een uitgangspunt in de Jeugdwet ook meer ruimte voor de professionele hulpverleners, door protocollen te verminderen en de regeldruk te verlagen (Jeugdwet, 2014; Janssens, 2015; Ministerie van VWS, 2015b).

#### *De aannames in de Jeugdwet*

De jeugdwet baseert op specifieke overheids- en maatschappijbeelden die in opdracht van het ministerie SZW geanalyseerd werden. Het overheidsbeeld in de Jeugdwet ziet de problemen als gedeeltelijk door interventie oplosbaar, waarbij ingezet moet worden op preventie en op het oplossen van problemen. Er wordt enigszins verwacht dat de problemen in de jeugdhulp verband hebben met andere problemen en daarmee ander beleid. De overheid kan af en toe verantwoordelijk zijn voor de gevolgen van problematieken, maar grotendeels zijn dit de mensen zelf. De rol die de overheid in moet nemen ten opzichte van de burgers in het kader van de Jeugdwet is het verzorgen, versterken, verheffen, activeren, en compenseren voor hetgeen dat mensen zelf niet kunnen; kortom mensen worden ondersteunt en gestimuleerd bij het oplossen van hun problemen. Daarbij wordt een integrale



benadering gehanteerd (Kalshoven & Van Driesten, 2018).

Het maatschappijbeeld in de Jeugdwet is dat de samenleving zich solidair inzet, maar burgers in eerste instantie zelf de verantwoordelijkheid hebben om de problemen op te lossen. Daarbij wordt rekening gehouden met de verschillen tussen mensen: die bestaan duidelijk, dus worden mensen ook verschillend behandeld, 'iedereen krijgt het zijne'. Het doel dat het te bereiken dient, is maatschappelijke participatie (Kalshoven & Van Driesten, 2018). De uitgangspunten van en de aannames waarop de Jeugdwet is gebaseerd, zijn relevant voor dit onderzoek omdat deze wet het beleidskader is waarin de professionals hun afwegingen maken en uiteindelijk tot een beslissing komen.

#### *De rol van gemeenten*

De transitie en decentralisatie van de jeugdhulp kwam tot stand door de wettelijke verandering: in 2014 trad de Jeugdwet in werking. Daarmee werden naast de organisatie van de jeugdhulp ook de inhoudelijke doelstellingen gewijzigd. Wat de organisatie betreft zijn de centrale veranderingen dat gemeenten nu -bestuurlijk en financieel- verantwoordelijk zijn voor de jeugdhulp. De verwachting is dat omdat het beleid nu op een lager niveau wordt gemaakt, het beter kan aansluiten bij de lokale situatie van jeugdigen en gezinnen en de mogelijkheden tot integrale benadering van de problemen worden verbeterd (Ministerie van VWS, 2015b). Daarmee kan de verantwoordelijkheid van gemeenten voor de jeugdhulp leiden tot verschillen tussen gemeenten. Een bijkomend gevolg van de Jeugdwet is ook het ontstaan van twee soorten verwijzers die op lokaal niveau werken, hetgeen in dit onderzoek centraal staat. Gemeenten zijn echter vrij deze taak uit te besteden aan externe zorgverleners (Kalshoven & Van Driesten, 2018).

In de Jeugdwet worden gemeenten dan ook verplicht om beleid te maken voor (onder andere) jeugdhulp. Daarin wordt van de gemeenten verwacht concreet aan te geven hoe zij (onder andere) de opvoedvaardigheden en het verantwoordelijkheidsbegrip van ouders versterken, hoe zij de veiligheid van de jeugdige bevorderen, hoe -zo nodig- integrale hulp verleend wordt aan een gezin, hoe zij familieplannen opzetten en de hulp tot stand brengen en hoe zij zorgen voor "het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en de personen die tot hun sociale omgeving behoren, waarbij voor zover mogelijk wordt uitgegaan van hun eigen inbreng" (Jeugdwet, 2014: artikel 2.2). Ondanks het beleid dat gemeenten maken voor het inrichten en uitvoeren van de jeugdhulp, is de Jeugdwet toch het hoofdzakelijke wettelijke kader voor het werk dat professionals in de eerstelijnsjeugdhulp uitvoeren. Hier wordt in het vervolg daarom ook nader op ingegaan.

#### *De professionals in de Jeugdwet*

Deze uitgangspunten zijn relevant voor het onderzoek omdat de afwegingen en de beslissingen die de professionals nemen hierop gebaseerd zijn. Daarnaast speelt ook het beleid van de gemeente een rol voor de professionals in de jeugdhulp, doordat hierin concrete werkafspraken zijn gemaakt en invulling is gegeven aan de lokale jeugdhulp.

Huisartsen hebben hierbij een uitzonderingspositie: zij werken zelf onder de Zvw, maar behouden de mogelijkheid om vrij te verwijzen naar specialistische jeugdhulpaanbieders (en dus jeugdhulp die onder de Jeugdwet valt). Daarbij moeten huisartsen hun 'professionele standaard' hanteren, waaronder onder andere een kwaliteitsstandaard valt. Huisartsen en gemeenten worden verder geacht gezamenlijk afspraken te maken over de onderlinge samenwerking met onder andere betrekking op de verwijzingen (Jeugdwet, 2014). De positie van huisartsen en wijk- of jeugdteammedewerkers zijn dus niet geheel los van elkaar te zien.

## 3. Theoretisch kader

### 3.1 De beleidsvrijheid van de poortwachter

In deze eerste theoretische sectie ligt de focus op de tweede deelvraag en daarmee op wat er bekend is over de beleidsvrijheid van poortwachters en hoe zij hiermee omgaan.

#### 3.1.1 Street-level bureaucrats

De klassieke bestuurskundige benadering van een poortwachtersrol in de gezondheidszorg is die van de poortwachters als *street-level bureaucrats* (SLBs). Dit begrip staat voor werknemers in de publieke sector die in direct contact met de burgers staan en de wetten en regels moeten toepassen op de individuele gevallen. Kenmerkend voor het werk van SLBs is hun beleidsvrijheid, ofwel de discretionaire ruimte die zij hebben om hun werk goed uit te kunnen voeren. Deze discretionaire ruimte ontstaat doordat de complexe werkelijkheid van individuele burgers niet altijd even makkelijk in de bestuurlijke mal te passen is (Lipsky, 2010). Het gedrag van de burgers, hun omstandigheden en hun gedrag kunnen door de overheid namelijk alleen in beperkte mate voorspeld worden. Enige mate van beleidsvrijheid is voor SLBs dus noodzakelijk voor het uitvoeren van hun werk. Daarnaast wordt beleidsvrijheid ook mogelijk gemaakt wanneer de regels die SLBs moeten uitvoeren meerdere of zelfs tegenstrijdige doelen inhouden. Om de regels toe te kunnen passen moeten de SLBs deze dus interpreteren (Lipsky, 2010; Evans & Harris, 2004).

Deze context biedt SLBs natuurlijk ook de mogelijkheid om hun taken en verantwoordelijkheden enigszins te ontduiken. Zij kunnen de discretionaire ruimte bijvoorbeeld invullen met hun eigen belangen, waarden en behoeftes. Hierbij moet uiteraard worden aangetekend dat zeker niet *alle* SLBs dit (in grote mate) doen en dat het ook niet altijd *bewust* gebeurt (Evans & Harris, 2004).

#### *De poortwachters in de jeugdhulp*

Waar duidelijk is dat medewerkers van wijk- of jeugdteams onder Lipskys (2010) definitie vallen, worden huisartsen meestal niet in het rijtje van SLBs genoemd. Dat komt omdat zij niet officieel in de publieke sector werken, maar vaak zelfstandige professionals zijn. Ze passen echter wel goed onder de definitie. Zij staan tussen de (gezondheidszorg-)plannen van de overheid en de burgers in en hebben direct frontline contact met de burgers. Daarbij is hun taak het gezondheidsbeleid toe te passen op de individuele gevallen (of zieken) die voor hun zitten. Centraal staat in deze functie de discretionaire ruimte van de arts. Het huisartsen-vak wordt daarnaast gekenmerkt door een organisatorische beperking die volgens Lipsky (2010) zeer gebruikelijk is bij SLBs: een hoge caseload (LHV, z.d.a). Het gevolg daarvan is dat de huisartsen maar beperkte tijd hebben per consult. De *client-centered goals*, namelijk het leveren van maatwerk, aandacht en passende zorg voor een patiënt, kunnen op gespannen voet staan met de organisatorische beperkingen. In dit onderzoek worden huisartsen daarom wel als frontline werkers gezien, aangezien de belangrijke taken van SLBs ook op huisartsen toe te passen zijn.

#### *Veranderde institutionele context van de SLBs*

Lipsky heeft zijn theorie over de discretionaire ruimte van professionals oorspronkelijk in 1980 ontwikkeld. Deze klassieker in de bestuurskundige literatuur moet respectievelijk 39 of 9 jaar na de (her-)uitgave in de institutionele context van de Nederlandse jeugdhulp worden gezien. Duyvendak, Knijn en Kremer (2006) stellen dat de discretionaire ruimte (en ook de tijd die professionals hebben voor hun patiënten of cliënten) van jeugdhulp-professionals in Nederland door de uitbesteding van deze taken aan commerciële partijen wordt beperkt. Daarnaast moeten professionals tegenwoordig veel meer verantwoording afleggen over hun werk, dan toen Lipskys theorie ontstond (Duyvendak, Knijn & Kremer, 2006). Een andere reden waarom de verantwoordingspraktijken groeien is de trend in de welvaartsstaat om meer te sturen en minder uit te voeren. In het kader daarvan worden veel taken die oorspronkelijk bij de staat lagen uitbesteed aan externe (markt-)partijen. Dit speelt ook in de jeugdhulp (Duyvendak, Knijn & Kremer, 2006). Lipsky (2010) zelf reageert op het vergrote toezicht op

het werk van SLBs door aan te geven dat enige discretionaire ruimte voor de professionals blijft bestaan ook als er pogingen worden ondernomen toezicht op de SLBs te houden.

Daarnaast verandert het werk van SLBs ook door een grotere nadruk op standaardisering en richtlijnen voor professionals (Ponnert & Svensson, 2016). In de jeugdhulp in Nederland bestaan ook richtlijnen voor professionals, bijvoorbeeld voor ADHD, crisisplaatsing of ernstige gedragsproblemen (BPSW, NIP, NVO, z.d.a). De richtlijnen die hiervoor zijn ontwikkeld zijn echter aanbevelingen en hebben het doel om de professionals te ondersteunen. Het gaat niet om richtlijnen die het doel hebben de afwegingen van professionals te vervangen. De discretionaire ruimte blijft dus bestaan, maar de professionals kunnen met behulp van de richtlijnen beter geïnformeerde afwegingen treffen (BPSW, NIP, NVO, z.d.b; SKJ Kwaliteitsregister jeugd, z.d.).

#### *De positie van SLBs in het kader van de Jeugdwet*

Veranderde praktijken van verantwoording kunnen het werk en de vrijheid die professionals hebben om afwegingen te maken over het toepassen van het beleid uiteraard sterk beïnvloeden. Dat verantwoordingspraktijken in de tegenwoordige zorgsector in Nederland sterk veranderd zijn ten opzichte van de situatie waarin Lipsky in 1980 zijn theorie ontwikkelde, geeft onder andere Trappenburg (2006) aan. Zij stelt dat de nadruk op verantwoording uit de hand is gelopen en dat er iets moet gebeuren. Een van de oplossingen die zij hiervoor aandraagt “vereist dat [...] politici, beleidsmakers, en managers zich committeren aan een drastische verandering in gedrag” (vertaald citaat van Trappenburg, 2006:60) en houdt in dat het toezicht op professionals enigszins wordt verminderd en meer vertrouwen in hun vaardigheden en integriteit wordt gegeven. Dat, stelt Trappenburg (2006), is ook het advies van de WRR (2004).

De verantwoordings- en administratiepraktijken in de zorg zijn ook meer dan tien jaar later nog problematisch, zoals onder andere blijkt uit een recent advies van de RVS (RVS, 2019a). Beleidsmedewerkers en politici lijken echter gehoor te geven aan de oproep van Trappenburg om verandering in de verantwoordingspraktijken te weeg te brengen. In het kader hiervan is bijvoorbeeld het actieprogramma *Ontregel de zorg* opgericht (OntRegel de zorg, z.d.) en sluit een van de doelen van de Jeugdwet aan op re-professionalisering. De wet beoogt het realiseren van “meer ruimte voor professionals en minder regeldruk bij hun werk” (Rijksoverheid, z.d.b).

Ondanks de veranderde institutionele context waarin de Nederlandse zorg- en jeugdprofessionals werken blijft hun discretionaire ruimte dus tot op zekere hoogte bestaan. Zonder de veranderde institutionele context te negeren wordt Lipskys (2010) theorie daarom in dit onderzoek als relevant gezien voor de analyse van de afwegingen van professionals in de jeugdhulp. De beleidsvrijheid van SLBs hebben beide professionals: jeugdteammedewerkers en huisartsen kunnen beiden toegang geven tot de jeugdhulp, maar doen dat als verschillende professionals vanuit twee verschillende stelsels. Dat roept de vraag op hoe zij als poortwachters (of SLBs) van elkaar verschillen en in hoeverre dit van invloed is op hun afwegingen.

#### **3.1.2 De afwegingen van SLBs**

Het is duidelijk dat SLBs bij het uitoefenen van hun werk continu regels moeten interpreteren en daarbij ethische beslissingen nemen die duidelijke gevolgen hebben voor de burgers die hiermee te maken hebben (Loyens & Maesschalck, 2010; Lipsky, 2010). Om om te gaan met de beperkingen en tegenstrijdigheden van hun baan ontwikkelen SLBs volgens Lipsky (2010) patronen of routines. SLBs passen bijvoorbeeld hun begrip van hun taak aan, limiteren de vraag naar de voorzieningen of maximaliseren het gebruik van de resources. Andere *coping* mechanismen zijn het aanpassen van hun begrip van de cliënten of het simplificeren van diens situatie (Lipsky, 2010). Het gevolg hiervan kan zijn dat de regels door verschillende SLBs bij vergelijkbare gevallen niet op dezelfde manier worden toegepast (Lipsky, 2010). Door de boven beschreven institutionele veranderingen, zoals de nadruk op verantwoording, is te verwachten dat de coping mechanismen voor professionals tegenwoordig minder relevante zijn dan de context waarin de SLBs hun afwegingen maken en beslissingen nemen. In dit onderzoek worden de beslissingen van SLBs daarom vanuit een structureel

perspectief beschouwd, door te kijken naar contextuele factoren die de beslissingen van de SLBs beïnvloeden. De coping mechanismen die daarbij ontdekt kunnen worden hebben mogelijk minder betrekking op de tegenstrijdigheden van het werk van de professionals, maar hangen eerder samen met de contextuele factoren. Zoals Loyens en Maesschalck (2010) stellen: “*street-level bureaucrats are embedded in a complex environment influenced by organizational, professional, community and socio-economic systems*” (Loyens & Maesschalck, 2010: 8).

### 3.2 Factoren die van invloed zijn op de afwegingen van poortwachters

In de volgende sectie van het theoretisch kader wordt de derde deelvraag beantwoord, te weten: *in hoeverre kunnen professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren een rol spelen bij de afwegingen van de poortwachters in de jeugdhulp?* Deze vraag komt op omdat uit de wetenschappelijke literatuur over de beslissingen van SLBs blijkt dat deze door verschillende factoren kunnen worden beïnvloed. In dit onderzoek worden drie type factoren onderscheiden die invloed kunnen hebben op de beslissingen die huisartsen en wijk-/jeugdteammedewerkers maken in hun poortwachtersrol bij de jeugdhulp. Te weten: professionele factoren, organisatorische factoren en cliënt- of cliënt-gerelateerde factoren. Voor dit onderzoek waar de verschillen tussen huisartsen en jeugdteamprofessionals als poortwachters in de jeugdhulp centraal staan, zijn deze drie factoren allemaal bijzonder relevant. De poortwachters verschillen naar verwachting in de professionele factoren, werken en maken hun beslissingen in verschillende organisatorische contexten en omdat zij verschillende beroepen hebben is het mogelijk dat patiënten of cliënten anders met hen omgaan. Al deze factoren kunnen invloed hebben op de afwegingen van de professional en de beslissingen die zij neemt.

De invloed van deze factoren op de afwegingen van SLBs kan via verschillende mechanismes plaatsvinden. Zo kunnen de factoren de kans vergroten dat SLBs af te wijken van de organisatieregels of doelen (zoals organisatorische factoren) of medebepalen welke afwegingen voor de SLB zwaarder wegen (zoals professionele waarden). Ook het gedrag en de kenmerken van de cliënt die de SLBs voor zich hebben, kan hun interpretatie van de toepassing van de regels sturen.

#### 3.2.1 Professionele factoren

Professionele factoren kunnen een invloed hebben op de verschillen in afwegingen die professionals in de jeugdhulp maken. Hoewel er veel professionele factoren een rol spelen zijn voor dit onderzoek vooral de kennis van professionals en hun professionele identiteit van belang.

Tabel 1: overzicht professionele factoren voor dit onderzoek

Factoren	Aspecten
Professionele	Professionele Kennis
	Professionele rol-identiteit

#### De professionele kennis

Beroepsgroepen verschillen in hun formele kennis, dus theoretische expertise, praktische kennis en impliciete (of *tacit*) kennis (Freidson, 2001). De praktische kennis die huisartsen en jeugdteammedewerkers in het contact met cliënten of patiënten nodig hebben kan enigszins overeenkomen. Het gaat daarbij om het spreken met mensen, het doorgronden van hun vraag of problemen en het vinden van daarbij passende hulp of ondersteuning. Bij al deze aspecten staan invoelingsvermogen en communicatievaardigheden centraal (Derksen, olde Hartman, Bensing & Lagro-Janssen, 2018; McWhinney, 2000; NJi, z.d.b).

In hun formele kennis die de professionals tijdens hun opleiding hebben opgedaan verschillen artsen en maatschappelijke werkers echter sterk. Artsen zijn experts op het medische, curatieve gebied (waarbij ook aandacht is voor psychische problemen) (Toekomst Huisartsenzorg, 2019a), terwijl

maatschappelijke werkers voornamelijk opgeleid zijn in ondersteunende taken bij sociale en psychische problematiek. Jeugdwerkers zijn daarnaast ook in opvoedkundige vraagstukken gespecialiseerd (NJI, z.d.b). Daarnaast beschikken professionals die een langdurige relatie met patiënten of cliënten aangaan over meer kennis van de individuen en hun sociale context beschikken (McWhinney, 2000).

De kennis van de poortwachters verschilt daarmee sterk van elkaar. Het is te verwachten dat dit verschil tussen de poortwachters hun afwegingen en beslissingen beïnvloedt. Dat is echter niet het enige aspect dat een rol speelt voor de professionals. Wanneer professionals weinig weten over een onderwerp, maar zich daarmee wel moeten bevatten komen zij terug op hun professionele identiteit en de daarbij horende waarden (Raaphorst, 2018). Op dit aspect wordt hieronder dan ook nader ingegaan.

### *De professionele identiteit*

Zoals hierboven besproken hebben professionals in een beroepsgroep over het algemeen dezelfde opleiding doorlopen en hebben daarin specialistische kennis en vaardigheden geleerd. Daarnaast voeren zij in hun werk grotendeels dezelfde taken uit, vullen specifieke rollen in en werken in eenzelfde institutionele setting (Freidson, 2001). Volgens het sociologische perspectief op professionalisme ontstaat door de socialisatie in opleiding en werkveld een set aan waarden en doelen dat professionals in een beroep delen. Dit resulteert tevens in -geschreven of ongeschreven- gedragsregels, op elkaar lijkende benaderingen van contact met klanten of patiënten, de waarneming van de problemen die daar spelen en mogelijke oplossingen voor de benoemde issues, kortom: een professionele identiteit die kenmerkend is voor een beroepsgroep. Professionals geven hun dagelijkse werkzaamheden betekenis middels deze opvattingen. Deze kan verder versterkt worden door onderlinge communicatie of samenwerking met collega's of supervisie. Door bijvoorbeeld met *peers* samen te werken, sluiten de benaderingen van de individuen sterker op elkaar aan en wordt het subjectivisme verlaagd (Schott, 2015; Raaphorst & Loyens, 2018)<sup>2</sup>. Ook de professionals in dit onderzoek verschillen volgens deze benadering in hun professionele identiteit. Omdat de professionele identiteit nauw samenhangt met de waarden en normen die voor de beroepsgroep leidend zijn worden deze in het vervolg toegelicht.

De kernwaarden van de huisartsengeneeskunde, die breed gedragen worden door de beroepsgroep zijn persoonsgerichte zorg, een medisch-generalistische benadering, continue zorg en 'gezamenlijk' werken (LHV, 2019). Deze waarden houden in dat huisartsen het eerste aanspreekpunt zijn voor patiënten in de zorg, door de generalistische kennis die zij over medische en psychische klachten hebben. Hun doel is het patiënten te diagnosticeren en passende zorg te verlenen door de patiënten zelf te behandelen of door te verwijzen. Daarbij wordt ingegaan op de behoeften en de context van de individuele patiënten. Het streven daarbij is 'niet te veel en niet te weinig' zorg te verlenen. Huisartsen kenmerken zich daarbij door de langdurige relaties tussen hulpverlener en hulpvragers. Zij kennen de patiënten goed, fungeren als constant aanspreekpunt en houden het overzicht over alle zorg die de patiënt krijgt. Dit biedt patiënten de mogelijkheid een vertrouwensrelatie met hun huisarts op te bouwen. Huisartsen beslissen daarnaast samen met de patiënt over de passende zorg (LHV, 2019; Toekomst Huisartsenzorg, 2019a).

---

<sup>2</sup> Deze sociologische benadering wordt vanuit een psychologisch standpunt enigszins genuanceerd. De reden daarvoor is dat het begrip van de taak en professionele rol van een professional uiteraard per individuele hulpverlener verschillen. Bepalend daarvoor kunnen persoonlijke opvattingen of de culturele context zijn. Het onderzoek van Schoot (2015) laat zien dat de professionele rol-identiteiten in dilemma-situaties bijzonder zwaar wegen (Schott, 2015). Het is dus mogelijk dat de professionele waarden een rol spelen voor de professionals, maar dat de professionele rol-identiteiten van de professionals (gedeeltelijk) overlappen. Schotts (2015) onderzoek vond echter binnen één beroepsgroep plaats. De verwachting voor dit onderzoek is dat de individuele professionals kunnen verschillen in de voor hen centrale waarden, maar dat de verschillen in opleiding, kennis en institutionele context tussen de beroepsgroepen over het algemeen groter is dan in de beroepsgroepen.

Jeugdteammedewerkers hebben niet dergelijke duidelijk vastgestelde waarden. Historisch gezien is jeugdwerk gebaseerd op een *calling to care* (Devlin, 2012). Dat houdt in dat voor de professionals het welzijn van kinderen en gezinnen centraal staat bij het uitvoeren van het werk (Collings & Davies, 2008). Duyvendak, Knijn en Kremer (2006) situeren beroepsgroepen die in het maatschappelijke veld werken in een ‘familie logica’ die door hechting, normativiteit en wederkerigheid wordt gekenmerkt. Daarop sluit ook de *public service motivation* aan die maatschappelijke werkers vaak geacht worden te hebben. Dat houdt in dat zij als drijfveer van hun werk zien, zich in te zetten voor de samenleving. Dat kan echter betekenen dat zij zich richten op het helpen van individuen in de samenleving die het moeilijk hebben of dat zij de samenleving als geheel willen sterken. De interpretatie van deze *public service motivation* kan daarmee in de realiteit nogal verschillen tussen professionals (Schott, 2015).

Samengenomen kan worden gesteld dat huisartsen en jeugdteammedewerkers van elkaar verschillen wat hun kennis en overkoepelende professionele identiteit betreft. Het is mogelijk dat deze professionele factoren de beslissingen en afwegingen van de poortwachters over de toegang tot jeugdhulp beïnvloeden.

### 3.2.2 Organisatorische factoren

De organisatorische omstandigheden waarin de SLBs hun afwegingen maken kunnen van invloed zijn op hun arbeidshouding en de afwegingen die ze daarbij maken (Lipsky, 2010). Drie aspecten zijn voor dit onderzoek van belang. Dat zijn ten eerste de organisatie van het werk van de SLBs, ten tweede de beschikbare financiële middelen en ten derde de doelen of waarden van de organisatie waaraan de SLB verbonden is. In de concrete context van dit onderzoek kunnen deze factoren bijvoorbeeld verschillen tussen huisartsen en wijk-/jeugdteammedewerkers maar ook tussen gemeenten.

Tabel 2: overzicht organisatorische factoren voor dit onderzoek

Factoren	Aspecten
Organisatorische	Organisatie van het werk
	Doelen en waarden van de organisatie
	Financiële middelen

#### De organisatie van het werk

Het eerste aspect, de organisatie van het werk van SLBs, behelst de beperkingen in tijd en werkplek van de professionals. De invloed van de tijd die SLBs voor hun werk hebben, werd al in de originele theorie van Lipsky (2010) opgenomen. Hij stelt dat de schaarse tijd die SLBs beschikbaar hebben voor het maken van de beslissingen over de verschillende individuele gevallen een kenmerk is van het werk van SLBs. SLBs hebben gebruikelijk een hoge caseload, dus zijn in hun eentje verantwoordelijk voor een grote hoeveelheid cliënten. Per onderhavig geval hebben de SLBs weinig tijd, wat ertoe kan leiden dat zij niet meer elk geval apart beoordelen, maar uitwijken door routines te gebruiken of keuzes voor zichzelf versimpelen (Lipsky, 2010).

De professionals die in dit onderzoek centraal staan, zijn huisartsen en wijk- en jeugdteammedewerkers. Omdat de organisatie van het werk per wijk- en jeugdteam kan verschillen, is in algemene zin weinig bekend over de tijdsdruk die zij mogelijk ervaren. Over tijdsdruk bij huisartsen is daarentegen meer bekend. De organisatie van hun werk is duidelijk: zij hebben afspraken die doorgaans alle 10 of 20 minuten worden gepland (Boekraad, 2017; AD, 2018). Uit het internationaal vergelijkende onderzoek van Deveugele, Derese, Van Den Brink-Muinen en Maeseneer (2002) blijkt dat de duur van consulten van huisartsen langer wordt wanneer naar inschatting van de arts niet (alleen) medische, maar psychosociale aspecten aan bod komen of door de arts vermoed worden. De duur van een consult wordt daarnaast langer wanneer een arts naast op het hoofdprobleem ook nog op andere aspecten ingaat (Deveugele et al., 2002). Wilson (1991) laat zien dat afspraken waarbij een psychosociaal probleem wordt besproken over het algemeen langer duurt. De redenen hiervoor kunnen zijn dat huisartsen die meer belangstelling voor deze problemen hebben, meer tijd

noodzakelijk vinden hiervoor of omdat zij simpelweg meer tijd nodig hebben om deze problemen te bespreken (Wilson, 1991). Een hoge werkdruk onder artsen daarentegen leidt tot kortere gesprekken (Deveugele et al., 2002).

Uit de specifieke Nederlandse context is bekend dat huisartsen een hoge werkdruk ervaren en niet zo veel tijd hebben voor de patiënten als zij graag zouden willen. Een groot deel van hen ervaart dan ook dat door de werkbelasting de kwaliteit van de zorg die ze hun patiënten kunnen leveren verlaagd. Dit heeft ook gevolgen voor de verwijzingen zoals blijkt uit het onderzoek van Boekee en Hoekstra (2018). Daar gaven huisartsen aan dat zij (een aantal) consulten door tijdsgebrek te snel te moesten afronden. Ook namen de huisartsen waar dat zij patiënten te snel moesten doorverwijzen. Tegelijkertijd ervoeren zij dat veel patiënten met complexe zorgvragen bij hen kwamen. De huisartsen uit het onderzoek gaven aan deels verkeerde inschattingen hadden gemaakt. Een groot deel van de bevroegde huisartsen zou dan ook graag meer tijd willen hebben voor de consulten met hun patiënten (Boekee & Hoekstra, 2018). Verder geven artsen aan onder tijdsdruk vaker te verwijzen dan zij normaliter zouden doen. Oorzaken daarvoor zijn onder andere de angst voor een foutieve medische inschatting en de moeite en tijd die het kost om een patiënt te overtuigen dat verder onderzoek niet nodig is (Wammes, Jeurissen, Verhoef, Assendelft, Westert & Faber, 2014).

De professionals in dit onderzoek hebben mogelijk ook verschillende werkplekken. Het werk van huisartsen vindt grotendeels in hun spreekkamer op de huisartsenpraktijk plaats. Alleen in de meest nodige gevallen komen huisartsen bij mensen thuis langs voor een huisbezoek. In het sociaal domein daarentegen kwam met de transitie ook het 'keukentafelgesprek' op. Dat houdt in dat professionals bij de mensen thuis langs gaan en daar de gesprekken over mogelijke hulpverlening voeren (Zorg+welzijn, 2015; Zorg verandert, z.d.; Ensie, 2017).

#### *Strategische positie binnen de organisatie*

Het werk van de SLBs *an sich* vindt plaats in een institutionele en organisatorische context. De professionals zijn -in meer of mindere mate- in organisaties ingebonden die eigen doelen heeft en waarden nastreeft. De positie of autonomie van de professionals in een organisatie bepaald in hoeverre de professionals beïnvloed worden door de organisatie waar zij deel van uitmaken. Daarbij spelen onder andere de organisatiestructuur en de regels van de organisatie een grote rol voor de beleidsvrijheid van de poortwachters (Loyens & Maesschalck, 2010).

De organisatie van het werk van de professionals verschilt niet alleen in de tijd die ze met cliënten hebben en de plek waar zij deze zien, maar ook in de plek die de professionals in een organisatie innemen. Dit hangt onder andere met de ervaren professionaliteit van de hulpverlener samen. Artsen worden doorgaans als prototype professional gezien, maar maatschappelijke werkers eerder als semi-professionals (Duyvendak, Knijn & Kremer, 2006). De professionele status die verschillende beroepsgroepen hebben, bepaalt de vrijheid en ruimte die zij hebben bij het uitoefenen van hun discretionaire bevoegdheden (Evans, 2011). De controle door en invloed van managers is dan ook sterker bij jeugdhulpprofessionals dan bij huisartsen die als hulpverlener een autonomere positie hebben. Huisartsen zijn grotendeels zelfstandig, werken in dienstverband of als waarnemer voor andere huisartsen (Medisch contact, 2013). Medewerkers van jeugdteams daarentegen zijn over het algemeen werknemers bij gemeenten of hulpverleningsorganisaties. De bestuurlijke en beleidsbeslissingen worden grotendeels bij de gemeente genomen, waar huisartsen verder van af staan dan jeugdteammedewerkers. Dat neemt uiteraard niet weg dat ook huisartsen het gevoel kunnen hebben zich en hun beslissingen te moeten verantwoorden ten opzichte van de wettelijke kaders, hun beroepsgroep of cliënten.

Het tweede hier opgenomen aspect betreft de organisatorische waarden en de doelen van de organisatie. Zoals boven beschreven kunnen de waarden en doelen van een organisatie onduidelijk zijn of met elkaar botsen (Lipsky, 2010). Hoe meer dit het geval is, hoe meer ruimte SLBs hebben om van de regels af te wijken. De relevante organisaties zijn in dit geval vooral de gemeenten. Zij kunnen zoals net benoemt het budget voor de jeugdhulp bepalen en richten de noodzakelijke processen voor het

aanvragen van de bekostiging van jeugdhulp in. De verhouding die de professionals met deze organisatie hebben verschillen van elkaar. Wanneer jeugdteam- of POH-jeugdmedewerkers officieel onder de gemeente vallen, staan zij dicht bij de organisatie (en daarmee mogelijk ook diens doelen). Jeugdteams die door gemeenten aan een zorgaanbieder worden uitbesteed, krijgen -afhankelijk van het concrete contract- een taak- of doelbeschrijving of strikte regels waaraan zij zich moeten houden. Huisartsen of POH-jeugdmedewerkers die bij huisartsen zijn aangesteld staan iets verder af van de organisatorische waarden en doelen van de gemeente. Zij zijn mogelijk iets minder hiervan afhankelijk. Uit deze beschrijving wordt echter al duidelijk dat de bepalingen en organisatie van de jeugdhulp in een specifieke gemeente bijzonder veel invloed hebben op dit aspect.

### *Financiële middelen*

Het derde aspect van de organisatorische waarden, de resources die een publieke organisatie heeft voor het uitvoeren van hun werkzaamheden zijn sterk bepalend voor het werk van de SLBs. De publieke goederen die door deze frontline werkers worden verleend zijn doorgaans goederen waar meer vraag naar bestaat dan aanbod. De voorzieningen die SLBs verdelen zijn dus beperkt en dit chronische tekort leidt ertoe dat bij de verdeling ervan grenzen moeten worden getrokken (Lipsky, 2010). Ook zorgvoorzieningen worden over het algemeen gezien als voorzieningen waarbij de vraag naar de goederen weinig of niet verschilt wanneer de prijs van de goederen veranderd (Ringel, Hosek, Vollaard & Mahnovski, 2002). Wanneer mensen meer toegang kunnen krijgen tot gezondheidsvoorzieningen maakt een grote hoeveelheid mensen hier gebruik van (Boes & Gerfin, 2016).

De verdeling van de middelen in de jeugdhulp wordt door de staat beïnvloed en door gemeenten bepaald. Hoe sterk de invloed hiervan is, is afhankelijk van de (verwijs-)afspraken die gemeenten met huisartsen hebben gemaakt (Otten, Geuijen, Zwaanswijk & Koopman, 2018). Gemeenten proberen immers invloed uit te oefenen op de hoeveelheid jongeren die naar specialistische jeugdhulp worden verwezen (Mathijssen, 2019). Over het algemeen kan worden verwacht dat huisartsen iets meer vrijheid hebben bij het verwijzen dan medewerkers die onder de gemeente vallen. Dat zou kunnen betekenen dat deze professionals andere waarden uit het jeugd beleid sterker centraal kunnen stellen.

Omdat de beschikbaarheid van de financiële middelen zo bepalend is voor de mogelijkheid van gemeenten om hun beleid om te zetten, kan het ook in het bestuur of beleid van de gemeente terugkomen. Hood (1991) laat zien hoe ook in het publiek management verschillende waarden centraal kunnen staan, zoals soberheid, rechtschapenheid of de veerkracht en continuïteit van het systeem. Het is mogelijk dat de tekorten aan financiële middelen ertoe leiden dat in het management van de professionals veel nadruk wordt gelegd op zuinige omgang met de middelen. Dat kan dan wederom in de afwegingen van professionals weerslaan.

Samengenomen kunnen deze organisatorische aspecten van het werk van de poortwachters in de jeugdhulp leiden tot verschillende contexten waarin huisartsen en jeugdteammedewerkers hun taken uitvoeren en afwegingen maken. Dat de professionals hier op verschillende manieren mee omgaan valt te verwachten. Deze aspecten leiden dan mogelijk ook tot verschillend omgang met de afwegingen van de poortwachters.

### **3.2.3 Cliënt- of cliënt-gerelateerde factoren**

Naast professionele en organisatorische factoren spelen ook cliënt-gerelateerde factoren een rol bij de beslissing van SLBs. Wanneer patiënten of cliënten de verschillende professionals anders waarnemen en daardoor anders benaderen, kan de houding van de patiënt of cliënt van invloed zijn op de afwegingen die een professional kan maken. De professionals zijn in de vrijwillige jeugdhulp immers afhankelijk van de informatie die zij krijgen van de hulpvragers en diens openheid voor zorg en ondersteuning. Raaphorst en Loyens (2018:20) geven aan dat de afwegingen van SLBs als een sociale praktijk gezien moeten worden. De interactie tussen cliënten of patiënten is dan ook een aspect dat in dit onderzoek wordt meegenomen.



Tabel 3: cliënt- of cliënt-gerelateerde factor voor dit onderzoek

<b>Factoren</b>	<b>Aspect</b>
Cliënt-/cliënt-gerelateerde	Houding van patiënt/cliënt t.o.v. de hulpverlener

#### *Houding van een patiënt of cliënt ten opzichte van de hulpverlener*

De relatie en interactie tussen een SLB en een cliënt kan zoals Raaphorst en Loyens (2018) laten zien worden beïnvloed door de houding van de cliënt. Deze kan medebepaald worden door de houding van de cliënt. Die instelling kan zoals in het voorgaand stuk beschreven beïnvloed worden door de waarneming van de beroepsgroep. Wanneer een hulpvrager de hulpverlener respecteert, is het voor de hulpverlener mogelijk makkelijker de problematiek in kaart te brengen omdat de hulpvrager zich opener opstelt.

De houding die hulpvragers ten opzichte van een professional hebben kan ook afhankelijk zijn van de status die de beroepsgroep in de samenleving heeft. Uit de wetenschappelijke literatuur over de SLBs in dit onderzoek, huisartsen en jeugdteammedewerkers, blijkt dat hun professionaliteit verschillend wordt waargenomen. Deze verschillen in de beroepsgroepen hebben ook een invloed op de waarneming van (huis)artsen en maatschappelijke werkers (bijvoorbeeld jeugdteammedewerkers) door burgers en de status die zij in de samenleving hebben - ondanks dat zij beiden poortwachters zijn voor de toegang tot jeugdhulp.

Daarnaast kan de sociale dynamiek of interactie tussen hulpvrager en hulpverlener invloed hebben op de beslissingen die de SLB maakt. Zo is van invloed of burgers bijvoorbeeld een indruk wekken van doelgericht onderhandeling of onzekerheid en of relatie met de SLB als positief of negatief wordt ervaren (Raaphorst & Loyens, 2018). De manier waarop een cliënt een SLB benadert, kan daarbij een belangrijke rol spelen. In een gezondheidscontext is dit onder andere in de ervaren mondigheid van de burger terug te zien (Van der Veen & Wansink, 2016; Barnes & Henley, 2018). Uit SCP (Den Ridder, Van Houwelingen, Dekker & Kooiker, 2019: 37) onderzoek blijkt dat de tevredenheid van burgers met de huisarts zeer hoog is, terwijl zij veel ontevredener zijn over de jeugdgezondheidszorg. Deze ervaringen of waarneming kan de benadering van de professional beïnvloeden.

De houding van cliënten of patiënten ten opzichte van de hulpverlener kan diens beslissingen beïnvloeden wanneer de professionals verschillen in de waarde die zij hieraan geven bij het maken van hun afwegingen. Het is mogelijk dat huisartsen hier meer waarde aan hechten dan jeugdteammedewerkers. Nederlandse huisartsen geven over het algemeen aan dat zij te veel overbodige zorg verlenen, door bijvoorbeeld overbodige verwijzingen. Een belangrijke reden dat zij toegang geven tot deze zorg is veelal dat zij reageren op de angst die patiënten tonen. Daarnaast speelt ook de bereidheid van patiënten de beslissing van de arts te accepteren een belangrijke rol. Deze twee aspecten spelen bij meer verwijzingsbeslissingen een rol dan de puur medische redenen en het voldoen aan de verwachtingen van de patiënt (Wammes et al., 2014).

### 3.3 Waarden in het jeugdhulpbeleid

In deze sectie wordt een antwoord gegeven op de vierde deelvraag en daarmee op wat er bekend is over de waarden in de jeugdhulp die een kader bieden voor de afwegingen van de poortwachters en de spanningen die daaruit kunnen ontstaan. Daarbij wordt ingegaan op het belangrijkste waarden in het jeugdhulpstelsel. Dit antwoord op de derde deelvraag is voor het onderzoek relevant omdat de waarden die in het jeugdbeleid zijn ingebed de taak van de poortwachters sturen. Hun afwegingen hebben hun grondslag in het beleid dat zij uit dienen te voeren. Door de beslissingen die poortwachters maken hebben zij veel effect op de zorg. Dat kan het gebruik van de gezondheidsvoorzieningen betreffen, de kosten die aanvallen, de tevredenheid van de burgers en vooral ook de uitkomsten voor de burgers (Greenfield, Foley & Majeed, 2016).

### 3.3.1 Waarden in de Jeugdwet

De Jeugdwet als belangrijkste wettelijke kader voor het beleid van de professionals is al eerder aan bod gekomen. Hier wordt nader ingegaan op de onderliggende waarden die in deze wet geïdentificeerd kunnen worden, te weten: zelfredzaamheid, veiligheid en zorgzaamheid. Deze waarden zijn ontleend aan een analyse van de achterliggende waardes uit de Jeugdwet (2014), de memorie van toelichting bij de Jeugdwet (2013), en interpretaties van de NJi (2019) en het Bröcking (2017).

In de Jeugdwet (2014) en de bijbehorende memorie van toelichting (2013) worden de doelen beschreven die gemeenten in hun jeugdhulpbeleid na dienen te streven. Naast het traditionele jeugdbeleidsdoel 'veiligheid' worden in de Jeugdwet (2014) extra doelen in het kader van de decentralisatie gesteld. De gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp *“om te komen tot betere samenwerking van hulpverleners rond gezinnen, eerdere ondersteuning bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, hulp op maat en meer ruimte voor professionals en tot het demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren van de jeugdsector, waarbij het uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het gezond en veilig opgroeien van jeugdigen allereerst bij de ouders en de jeugdige zelf ligt.”* (Jeugdwet, 2014: Preambule).

Allereerst onthult het citaat (met het expliciete doel van de Jeugdwet (2014: Preambule; artikel 2.1) dat kinderen veilig en gezond opgroeien) duidelijk dat de waarde veiligheid van groot belang is in de Jeugdwet. Ook demedicalisering, een tweede waarde die in dit onderzoek wordt onderscheiden, wordt expliciet benoemd in bovenstaand citaat. In dit onderzoek worden onder de waarde demedicalisering ook de aspecten 'ontzorgen' en 'normaliseren' geschaard. Een derde waarde die in de Jeugdwet als belangrijk wordt gezien, is de waarde zelfredzaamheid. Bovenstaand citaat beschrijft het uitgangspunt van de jeugdhulp in deze waarde. In de memorie van toelichting op de Jeugdwet (2013:2) wordt de nadruk op eigen verantwoordelijkheid, eigen kracht en eigen netwerk in de Jeugdwet nog duidelijker gemaakt, aspecten die hier onder de waarde zelfredzaamheid zijn opgenomen. Tenslotte wordt in dit onderzoek ook de waarde zorgzaamheid als essentieel voor de Jeugdwet gezien. Deze waarde komt terug in de nadruk op passende zorg of 'zorg op maat' en integrale hulp voor gezinnen.

Het voorkomen van zware problematiek wat ook onderdeel uitmaakt van de 'transformatiedoelen' van de Jeugdwet wordt niet als aparte waarde meegenomen omdat het in de afwegingen van de professionals grotendeels terugkomt als onderdeel van zorgzaamheid (passende en integrale ondersteuning) en zelfredzaamheid (zorgen dat mensen hun problemen zelf op kunnen lossen). In het vervolg wordt op de waarden uit de Jeugdwet nader gereflecteerd.

### 3.3.2 Veiligheid

De waarde veiligheid is al lange tijd in het Nederlands jeugdbeleid terug te vinden en heeft betrekking op gezondheid, sociale herkenning, harmonie, stabiliteit en een *sense of belonging* in (Hopman, De Winter & Koops, 2014). Achtergrond voor de waarde veiligheid zijn de regels in het Kinderrechtenverdrag van de Verenigde Naties (Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989). De overheid heeft dan de rol kinderen te beschermen *“van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijke of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van sexueel [sic] misbruik”* (Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989: Artikel 19-1). Daarnaast is het de bedoeling dat in het nationale beleid het sociale, psychische en morele welzijn van kinderen en hun lichamelijke en geestelijke ontwikkeling worden nagestreefd (Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989).

Jeugdwerkers kunnen de waarde veiligheid van kinderen op verschillende manieren in hun werk omzetten, zoals Collings en Davies (2008) laten zien. Zij kunnen bijvoorbeeld een kwetsbaarheidsdiscours gebruiken. Daarin ligt de nadruk op de bescherming van kinderen omdat deze onschuldig zijn aan problemen waarmee zij opgroeien en de situatie zelf niet kunnen verbeteren. In een ander veel voorkomend discours wordt de veiligheid van kinderen als recht benaderd. Kinderen worden dan als individuele burgers gezien die eigen rechten hebben die losstaan van de rechten van hun ouders of andere gezinsleden. De auteurs geven daarbij aan dat het discours van kwetsbaarheid lang teruggaat

dan de benaderingen van kinderen als burgers met aparte rechten pas in de jaren 80 opkwam. Collings en Davies (2008) suggereren in hun artikel dat het discours die professionals in de jeugdhulp nastreven ook hun werk en de beslissingen die zij daarbij maken, beïnvloeden.

Naast de veiligheid van kinderen wordt in het Kinderrechten verdrag echter ook benadrukt dat het de bedoeling is dat kinderen in hun gezin zullen opgroeien, voor zover daar een “sfeer van geluk, liefde en begrip” (Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989: Preambule) heerst. De professionals in de eerste lijn moeten daarom een eerste afweging maken in hoeverre de veiligheid van het kind in het geding is en hoe groot de voordelen die de kinderen in liefde en begrip bij hun gezin ervaren in de specifieke situatie en gezinnen er uitzien.

### 3.3.3 Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid kan worden gezien als het vermogen van burgers om te leven zonder ondersteuning door professionals (of de overheid) (Helsloot & Van 't Padje, 2011). In de jeugdhulp betekent dat dus - terugkijkend naar de definitie van jeugdhulp in de Jeugdwet- het streven dat gezinnen en jeugdigen geen (professionele) ondersteuning meer nodig hebben op het gebied van psychische, psychosociale, gedrags- of opvoedproblemen en ook niet bij verstandelijke beperkingen. Deze waarde is redelijk nieuw in het Nederlandse jeugdbeleid (Hopman, De Winter & Koops, 2014).

De waarde zelfredzaamheid is nogal omstrede en is nogal omstrede. Vanuit de sociologische en politicologische *governmentality* benadering wordt zelfredzaamheid als onderdeel van de responsabilisering van burgers gezien. Dat houdt in dat de -vaak neoliberale- staat zich terugtrekt en de verantwoordelijkheid naar de burgers verschuift (Pyysiäinen, Halpin & Guilfoyle, 2017). De WRR (2017) geeft in het rapport ‘Weten is nog geen doen’ concretere kritiek op de groeiende nadruk in het beleid en in de samenleving op zelfredzaamheid van burgers. Zij geven aan dat de verwachte zelfredzaamheid slechts voor een klein deel van de samenleving haalbaar is, omdat men niet alleen over voldoende denkvermogen moet beschikken, maar ook nog het ‘doenvermogen’ moet hebben om het verwachte gedrag daadwerkelijk uit te voeren. Waar denkvermogen de intelligentie en cognitieve vaardigheden van burgers betreft, gaat ‘doenvermogen’ over onder andere zelfcontrole en overtuiging. Mensen verschillen daarmee erg op de mogelijkheden die zij hebben om zelfredzaam te zijn. Beleid moet zich volgens de WRR dan ook baseren op een realistische verwachting van burgers en de beslissingen die zij nemen (WRR, 2017).

Het mensbeeld waarop de Jeugdwet baseert sluit redelijk op de realistische verwachtingen van de WRR aan. Mensen worden in de Jeugdwet als in enige mate zelfredzaam gezien. In de Jeugdwet wordt aangenomen dat de keuzes die mensen maken zijn in eerste instantie gebaseerd op rationele overwegingen, maar kunnen daarbij door regelgeving worden beïnvloed. Daarnaast heeft ook de manier waarop met hen wordt omgegaan een invloed op hun gedrag. Mensen moeten dan zelf verantwoordelijkheid nemen, maar kunnen dat niet altijd. Er wordt verder aangenomen dat mensen verschillen in hun voorkeuren motivatie en doelen, waardoor soms op individueel, soms op gezinsniveau en soms door of in het hele netwerk moet worden ingegrepen (Kalshoven & Van Driesten, 2018). De WRR zou daaraan (onder andere) toevoegen dat het beleid op een persoonlijke en proportionele manier uitgevoerd moet worden en daarbij meer keuze gemaakt moet worden tussen mensen die het niet kunnen en mensen die het niet willen (WRR, 2017). In de Jeugdwet wordt dus enigszins rekening gehouden met de mogelijkheid dat niet alle burgers volledig zelfredzaam kunnen zijn, maar wordt zo veel zelfredzaamheid als mogelijk nagestreefd.

Dat zelfredzaamheid-lerende aspect zit ook in het Jeugdwet-doel dat jeugdigen ‘groeien naar zelfredzaamheid’ (Jeugdwet, 2014: Artikel 2.3). Dat sluit aan op het streven van de Kinderrechtenverdrag van de VN: jeugdigen moeten worden voorbereid om zelfstandig in de samenleving te kunnen leven (Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989: Preambule).

### 3.3.4 Zorgzaamheid

Een derde waarden die in de Jeugdwet relevant blijkt is zorgzaamheid. Zorgzaamheid speelt op het niveau van de zorgpraktijk en focust op de patiënt of cliënt in relatie met de zorgverlener. Zoals in dit onderzoek gedefinieerd heeft zorgzaamheid drie aspecten: de passendheid van de hulp, een integrale aanpak en zorgvuldigheid. Twee van deze drie aspecten, te weten de nadruk op integrale zorg en domeinen-overstijgende, collectieve aanpak van de problemen ten eerste en het doel *passende* zorg te verlenen ten tweede, worden expliciet in de Jeugdwet benoemd (Jeugdwet, 2014). Volgens Schuyts (2006) theoretische bespreking van zorgzaamheid impliceert deze ook zorgvuldigheid. Dit aspect wordt hier dan ook als derde onderdeel aan zorgzaamheid toegevoegd.

De waarde zorgzaamheid sluit aan bij Annemarie Mols (2006) 'logica van het zorgen'. Zij geeft aan dat het centrale principe in de zorg erom draait mensen 'zo goed mogelijk te laten leven', dus het verbeteren van het dagelijkse leven van de patiënt of cliënt. Om dit te kunnen bereiken is zorgvuldige, integrale en passende zorg noodzakelijk. Wat voor een individuele patiënt het beste is, moet elke keer apart weer worden onder- en uitgezocht. Daarbij gaat het niet alleen over de vraag of wel of niet zorg verleend moet worden maar juist over het verlenen van *passende* zorg zoals Schuyt (2006) stelt. Deze kan naast professionele hulp, technische hulpmiddelen, adviezen en goederen ook "geld, goede woorden, aandacht, tijd en rechten" (Schuyt, 2006: 103) betekenen. De afweging welke zorg de passende is, moet door de poortwachter getroffen worden. Zijn rol en onder andere zijn inschatting van de patiënt en zijn behoefte is daarbij leidend (Starfield, 2009).

De drie aspecten van zorgzaamheid sluiten nauw op elkaar aan. De passendheid van de zorg bij de problematiek vergt idealiter een integrale aanpak, immers kunnen de behoeften van een patiënt of cliënt op verschillende terreinen spelen. Wanneer een klacht van een burger alleen op een domein speelt is ook alleen op dat terrein ondersteuning noodzakelijk, wanneer een zorgvraag echter verschillende levensdomeinen aanraakt, vergt een passende aanpak dan ook een bredere hulpverlening. In de Jeugdwet wordt het verlenen van integrale zorg expliciet geëist bij complexe multiproblematiek van burgers. Uiteraard zijn hulpvragen niet makkelijk in een dichotomie van enkel- of veelvuldige domeinen te plaatsen. Het is de taak van de professionals om bij de hulpverlening rekening te houden met multidimensionale context van een hulpvraag. Daaruit blijkt ook dat passende en integrale hulpverlening zorgvuldigheid vergt bij het in kaart brengen van de hulpvraag, de omgang met de patiënt en het kiezen van aansluitende begeleiding.

Tabel 4: overzicht aspecten van zorgzaamheid

Waarde	Dimensies
Zorgzaamheid	Zorgvuldigheid Passende zorg Integrale zorg

### 3.3.5 Demedicalisering

In de Jeugdwet wordt de waarde demedicalisering in een rij met 'ontzorgen en normaliseren' genoemd. Deze waarde(n) kunnen als reactie op langdurige sociale processen van medicalisering gezien worden. Om precies te zijn houdt medicalisering het volgende in:

"Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to 'treat' it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession." (Conrad, 1992 in Halfmann, 2011: 187).

Demedicalisering in de jeugdhulp is dan het verminderen van medische benadering van problemen. In de formulering van de Jeugdwet is in lijn met de nadruk op demedicalisering dan ook geen overheersende biomedische maar vooral een sociologische kijk terug te vinden (Maurer &

Westermann, 2016). Medicalisering kan plaatsvinden op een institutioneel niveau, bijvoorbeeld door een biomedisch discours in beleid, op een lager organisatorisch niveau en concreter in de contacten tussen professionals en patiënt. (De)medicalisering kan op alle niveaus in discoursen, bijvoorbeeld in beleid, te vinden zijn, in praktijken zoals medisch onderzoek of normalisering, en in identiteiten van en interactie met professionals. Dat laatste houdt in dat dat actoren of organisaties een biomedische identiteit kunnen aannemen, die in hun beroep(sopvatting) kan ingebed zijn (Halfmann, 2011).

Het discours in de Jeugdwet is als demedicaliserend te zien. Maurer en Westerman (2016) beschrijven een voornamelijk sociologische kijk op en aanpak van problemen van jeugdigen in de Jeugdwet. De jeugdhulp moet vooral focussen op gezins- en omgevingsfactoren; psychologische en biologische aspecten krijgen weinig aandacht in de wet (Maurer & Westerman, 2016). Dit kan te maken hebben met de nadruk die lange tijd op medicalisering werd gelegd, waarbij sociale processen in ziektebeelden werden gezien en medisch behandeld werden.

### 3.4 Waarden en spanningen

Zoals Lipsky (2010) stelt ontstaat beleidsvrijheid van professionals enerzijds door het toepassen van de algemene bepalingen van beleid op concrete situaties van specifieke burgers. Anderzijds geeft hij aan dat ook spanningen tussen waarden in het beleid kunnen leiden tot meer beleidsvrijheid. Hiermee moeten de professionals dan omgaan. De afwegingen die zij dan maken kunnen zich ook baseren op verschillen tussen de waarden (Lipsky, 2010). De centrale waarden in de Jeugdwet kunnen tevens op gespannen voet staan met elkaar en door de poortwachters afgewogen worden. Uitgaand van de bovenstaande besprekingen van de belangrijkste waarden in de Jeugdwet zijn een aantal mogelijke spanningen te verwachten. Deze worden in het vervolg kort toegelicht.

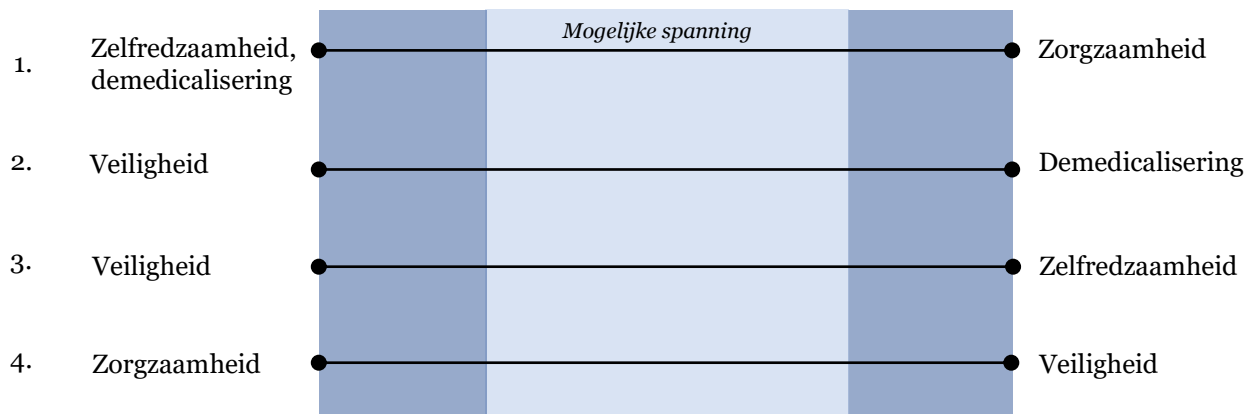
#### *Spanningen tussen de waarden uit het beleid*

Met uitzondering tussen de waarden demedicalisering en zelfredzaamheid die redelijk op elkaar aansluiten<sup>3</sup>, kunnen tussen de andere waarden spanningen ontstaan. Figuur 2 geeft een overzicht van deze spanningen. De eerste spanning wordt duidelijk bij het betrekken van zorgzaamheid hierbij. Twee aspecten van de waarde zorgzaamheid passen bij deze insteek: zorgvuldigheid en het verlenen van passende zorg. Een integrale benadering van de problemen kan gezien worden als minder hierbij aansluitend: wanneer het de bedoeling is dat mensen zo min mogelijk gebruik maken van ondersteuning of zorg, zouden alleen de meest knellende aspecten aan een situatie aangepakt worden. De tweede spanning is te vinden tussen de waarden veiligheid en demedicalisering. Immers kan bij de situatie van een jeugdige en zijn gezin vanuit een veiligheidsperspectief een risico bestaan dat het bij het beschermen dient te voorkomen, terwijl bij een benadering vanuit de waarden demedicalisering en normalisering dat risico in eerste instantie wel genomen wordt. De derde spanning tussen de waarden in de Jeugdwet heeft ook met veiligheid te maken. De waarde veiligheid kan in het geding komen met de zelfredzaamheid. Wanneer gezinnen het idee krijgen niet (genoeg) geholpen te worden omdat zij de problemen zelf moeten oplossen, kan dit in potentie tot gevaarlijke situaties leiden omdat zij pas om hulp vragen wanneer de situatie al erg uit de hand is gelopen. De vierde spanning kan tussen de waarden zorgzaamheid en veiligheid bestaan. Bij de waarde zorgzaamheid hoort een substantieel relationeel aspect tussen zorgverlener en hulpvrager. Wanneer de hulpverlener echter inzet op veiligheid wordt de zorg vaak sterk opgeschaald en speelt de relatie tussen zorgverlener en hulpvrager geen rol meer. Het vertrouwen dat de burger in de professionals heeft kan daardoor (duurzaam) beschadigd worden.

---

<sup>3</sup> Beiden streven ernaar de ondersteuning of hulp laag in te zetten en alleen wanneer het echt nodig is (stapsgewijs) de echt benodigde hulp te verlenen.

Figuur 2: overzicht over mogelijke spanningen tussen de waarden in de Jeugdwet



### De relativiteit van de spanningen

De hierboven genoemde spanningen zijn natuurlijk enigszins aangescherpt om deze duidelijker te maken. In extreme gevallen kan de spanning tussen waarden een veel minder belangrijke rol spelen. Uiteraard kan ook het tijdspad dat de professional hanteert invloed hebben of zij dit als een spanning tussen twee waarden waarneemt. Wanneer de verhouding van de waarden zelfredzaamheid en zorgzaamheid vanuit een langetermijnperspectief wordt bekeken is misschien minder zorggebruik te verwachten door meteen alle, ook lichte, domeinen met problemen aan te pakken omdat daarmee andere problemen in de toekomst kunnen worden voorkomen. Vanuit een korte-termijnperspectief zou een dergelijke aanpak als meer zorggebruik en daarmee een spanning tussen de twee waarden kunnen worden ervaren. Eens te meer omdat de Jeugdwet een ander accent legt dan het voorgaande jeugdbeleid. In het Nederlandse jeugdhulpbeleid tussen 2007 en 2010 werd de benadering van verschillende doelgroepen anders ingeschat. Waar bij 'normale' gezinnen meer nadruk werd gelegd op *empowerment* of zelfredzaamheid, speelde bij gezinnen die als risicovol werden waargenomen autoriteit een veel grotere rol (Hopman, De Winter & Koops, 2014).

Het is daarnaast belangrijk op te merken dat de spanningen die in dit stuk benoemd en uitgewerkt zijn, niet door alle professionals zo ervaren hoeven worden. Professionals geven immers een eigen interpretatie aan de waarden waarop het beleid gebaseerd is. Daarin hoeven eventueel 'problematische' aspecten niet voor te komen of benadrukt worden. Het interpreteren van (de waarden in) het beleid zodat deze op elkaar aansluiten zou dan ook een van de door Lipsky (2010) beschreven coping-mechanismen van de SLBs zijn.

### 3.5 De theoretische benadering in het kort

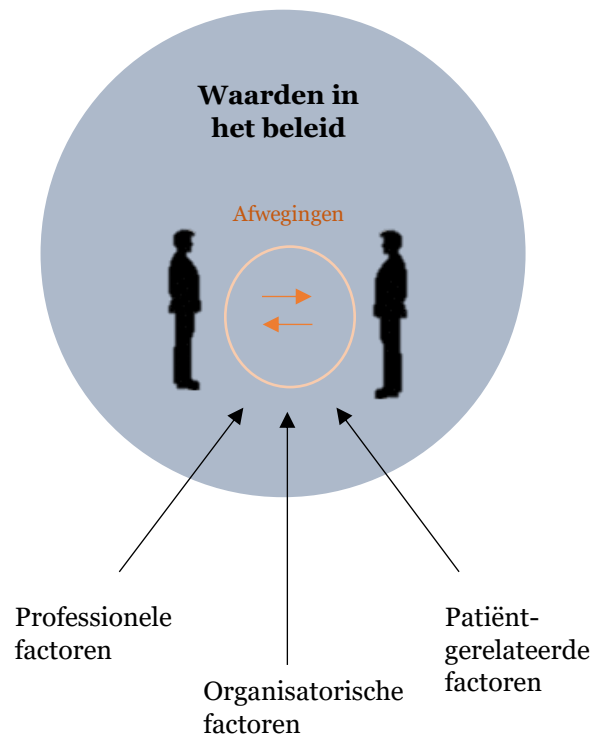
De theoretische benadering van dit onderzoek laat zien dat SLBs beleid als algemene regels en doelen toepassen op burgers in hun individuele situaties. Hierbij schatten zij de situatie van de individuele burgers in en kijken of en zo ja welke ondersteuning daarvoor passend is. Eerder onderzoek laat echter zien dat de afwegingen die SLBs maken beïnvloed wordt door factoren die te maken hebben met hun professe, zoals de professionele identiteit of kennis, organisatorische factoren, zoals de beschikbare tijd die de professionals hebben en hun autonomie en cliënt-gerelateerde factoren, zoals de houding die burgers ten opzichte van de SLB hebben.

In dit onderzoek gaat het om twee poortwachters, die de toegang tot dezelfde voorzieningen kunnen geven, maar daarnaast sterk verschillen in hun beroep, de organisatie van het contact met de burgers en de manier hoe zij door anderen worden gezien. Daarnaast werken zij in twee verschillende wettelijke stelsels, waarvan het een (Zvw) weinig inhoudelijke doelen stelt voor huisartsen en het andere duidelijke waarden formuleert die in de jeugdhulp door de beslissingen van de jeugdteammedewerkers gerealiseerd zullen worden. Deze waarden kunnen met elkaar op gespannen

voet staan, maar daarnaast ook met de professionele, organisatorische of cliënt-gerelateerde factoren die de afwegingen van de professionals beïnvloeden.

In dit onderzoek worden daarom de afwegingen die twee verschillende professionals maken over de toegang tot dezelfde voorzieningen in kaart gebracht. In figuur 3 wordt de verhouding van de belangrijkste concepten voor de duidelijkheid schematisch weergegeven.

*Figuur 3:* Conceptueel schema



## 4. Empirische strategie

### 4.1 Onderzoeksbenadering

Bij dit onderzoek wordt als analysemethode *informed grounded theory* gebruikt. Deze onderzoeksbenadering is abductief. Dat houdt in dat bij dit kwalitatieve onderzoek niet zoals bij de inductieve benadering van Glaser en Strauss (1967) geprobeerd wordt zonder enige voorkennis, die tot mogelijke bias kan leiden naar de data wordt gekeken, maar dat de bestaande kennis wordt meegenomen in de benadering. Hierbij volg ik het perspectief van Thronberg (2012) op kwalitatief onderzoek, die het gebruik van literatuur bij *informed grounded theory* beschrijft als “possible source of inspiration, ideas, ‘aha!’ experiences, creative associations, critical reflections, and multiple lenses” (Thronberg, 2012: 250). In lijn met zijn adviezen voor de aanpak van *informed grounded theory* wordt hierbij gelet op theoretisch agnosticisme, theoretisch pluralisme, het doorgaans verbinden van theorie en empirie waarbij het voornaamste belang op de data en niet de theorie ligt, theoretische speelsheid en continue reflexiviteit op de eigen aannames, verwachtingen en denkbeelden. Een voordeel van deze onderzoeksbenadering is ook bij kwalitatief onderzoek op de bestaande wetenschappelijke kennis over het onderwerp wordt voortgebouwd (Thronberg, 2012). Het doel is daarbij echter op deze kennis verder te bouwen, bijvoorbeeld door aanvullende verklaringen voor sociale fenomenen te vinden (Kennedy & Thronberg, 2018). Zoals Kennedy en Thronberg (2018: 52) het definiëren “*In abduction, qualitative researchers use a selective and creative proces to examine how the data support existing theories or hypotheses as well as how the data may call for modifications in existing understandings.*” In dit onderzoek is ervoor gekozen veel informatie uit bestaand onderzoek te verzamelen over factoren die van invloed kunnen zijn op de afwegingen van professionals. Aan de hand van deze informatie is de operationalisatie van het onderzoek uitgevoerd, die tevens leidend is voor het opstellen van de vragenlijst. Wanneer tijdens de interviews echter andere factoren die van invloed kunnen zijn op de afwegingen van professionals genoemd worden, is hiervoor ruimte in het onderzoek gemaakt zodat bestaande kennis aangevuld kan worden. Dit sluit aan bij de benadering van Kennedy & Thronberg (2018): “These researchers strive to be open and sensitive to the data while also allowing for the use of pre-existing theories, not to mechanically derive a hypothesis to test (as in deduction), but as a source of inspiration, and identification and interpretation of patterns.” (Kennedy & Thronberg, 2018: 52). Omdat de onderzoeker na de theoretische verkenning weliswaar een operationalisatie voor het onderzoek opstelde, maar niet het idee had dat de aspecten die hierin werden opgenomen de meest belangrijke aspecten per factor (professioneel, organisatorisch, cliënt-gerelateerd) zijn, werden geen expliciete hypothesen opgesteld. Het onderzoek ging dus uit van de theoretische informatie, maar bood tevens ruimte voor aspecten die uit de data bleken. Uiteraard wordt de theorie wel gekoppeld aan de resultaten van het onderzoek. Dit vindt in de resultatensectie (hoofdstuk 5 *Empirie*) plaats.

Voor het uitvoeren van het onderzoek werd in lijn met deze onderzoeksbenadering de wetenschappelijke kennis over de afwegingen van poortwachters en de factoren die deze mogelijk beïnvloeden, verzameld. Aan de hand daarvan werd de operationalisering uitgewerkt.

In lijn met de abductieve onderzoeksbenadering werd het onderzoek gekenmerkt door een iteratief proces, dus het heen en weer gaan tussen de theorie en de data (Kennedy & Thronberg, 2018). Dit proces kwam ook in enige mate terug in de dataverzameling, door interviews met POH-jeugd-medewerkers toe te voeren. Wanneer in een interview een nieuw aspect dat invloed heeft of kan hebben op de (de beïnvloedende factoren op de) afwegingen van professionals naar voren kwam werd dit aspect (zo mogelijk qua tijd van de interviews) in de volgende gesprekken meegenomen. De inductieve benadering kwam verder in het analyse proces van de data sterk naar voren. In dit stadium werd verder ook vooraf meegenomen theoretische insteek uitgebreid en deels vervangen (inhoudelijk had dit vervangen vooral betrekking op de waarden in de (toegang tot) zorg)).

Deze onderzoeksbenadering impliceert een constructivistische ontologie. Volgens de hier gehanteerde zijnsleer zijn processen en de betekenissen ervan sociale constructen. Dat impliceert dat mensen die wereld en gebeurtenissen daarin interpreteren en verschillend van elkaar kunnen waarnemen.



Desalniettemin kunnen gedeelde interpretaties bestaan. De kennisleer in dit onderzoek is het interpretivisme. Door de informatie over en de gesprekken met de verschillende poortwachters te interpreteren kan de kennis hierover vergroot worden en kunnen de onderzoeksvragen beantwoord worden.

### *Onderzoeksdesign*

Het onderzoeksdesign is vergelijkend omdat de benaderingen en afwegingen van verschillende professionals in de jeugdhulp werd onderzocht. Een beperking daarbij ontstaat door het gedecentraliseerde jeugdhulpstelsel. De verschillende organisaties van de jeugdhulp tussen gemeenten heeft als gevolg dat de professionals bij gemeenten, de inzet van POH-jeugd medewerkers en de taak van huisartsen enigszins van elkaar kan verschillen afhankelijk van de gemeente waarin zij werken.

## 4.2 Onderzoeksmethode

Om de empirische deelvragen, de deelvragen vijf, zes en zeven, te beantwoorden wordt kwalitatief onderzoek gebruikt. Daarbij worden de afwegingscriteria van de professionals, de verschillen tussen hen, de factoren die hun afwegingen beïnvloeden en de waarden die daarbij belangrijk zijn voor de professionals in kaart gebracht. Ook op de spanningen tussen de waarden wordt ingegaan.

Ter oriëntatie van het onderzoek werden eerst een secundaire analyse van bestaande data uitgevoerd en de uitkomsten van twee focusgroepen geanalyseerd. Bij de eigenlijke uitvoering van het onderzoek werden vervolgens semigestructureerde interviews gehouden en met dezelfde respondenten vignetten besproken. Deze twee bronnen werden ook gebruikt om de empirische deelvragen te beantwoorden. De uitkomsten uit de focusgroepen en de bestaande data kunnen alleen gebruikt worden om de uitkomsten enigszins te valideren.

In het vervolg worden eerst de gebruikte databronnen (bestaande data, focusgroepen, interviews en vignetten) besproken. Vervolgens wordt op de operationalisering van de belangrijkste concepten van dit onderzoek ingegaan. De operationalisering van de interviews en de vignetten worden daarbij verdiepend besproken.

### 4.2.1 Bestaande data

Ter voorbereiding van de interviews werd een deel van de open vragen uit de enquête die de RVS voor hun publicatie *De Zorgagenda* hield, geanalyseerd. Deze enquête werd in opdracht van (voormalig) minister Schippers uitgevoerd. Het doel van de zorgagenda was het in kaart brengen van de grootste problemen en uitdagingen in de zorg waarvoor beleid gemaakt moest worden (RVS, 2017). Het onderzoek werd in 2017 uitgevoerd. De vragenlijst met bestaande keuzemogelijkheden, maar ook demogelijkheden tot eigen (open) antwoorden, werd door ongeveer 17.000 mensen ingevuld. De respondenten zijn cliënten, patiënten, mantelzorgers, zorg- en hulpverleners uit de zorgsector en het sociaal domein, maar ook bestuurders en beleidsmakers (Van der Zwaard, Doorten & Zarrinkhameh, 2018).

Voor de voorstudie werden uiteraard niet alle gegevens uit deze data geanalyseerd. Alleen vragen met betrekking op de waarneming van (problemen bij) de toegang tot jeugdhulp werden nader bekeken. Daarbij viel op dat voornamelijk hulp- en zorgverleners problemen bij de toegang tot jeugdhulp ervoeren. Bij de analyse van de data werden de antwoorden van respondenten uit de jeugdhulp en daarnaast huisartsen of wijk-/jeugdteams onderzocht. De daarbij opgedane informatie kan helpen het begrip van de poortwachters en de situatie in de jeugdhulp te vergroten en de interviews voor te bereiden. De uitkomsten van de analyse van de bestaande data wordt in het vervolg niet apart nader besproken, maar in het resultatenhoofdstuk kan ernaar verwezen worden, zo het toepasselijk is (als aanvulling of juist bij tegengestelde uitkomsten).

### 4.2.2 Focusgroepen

Om de interviews voor te bereiden werden daarnaast de uitkomsten van twee focusgroepen geanalyseerd. Deze werden bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, mijn stage-organisatie,

uitgevoerd om inzichten te verkrijgen voor een advies over de toegang tot zorg en ondersteuning. Bij de twee focusgroepen werden verschillende experts uit het veld gesproken.

De eerste focusgroep vond plaats op 14 maart 2019 in een zaal van het ministerie van VWS in Den Haag. Het onderwerp van de focusgroep was de poortwachtersrol van de huisarts. Om over dit onderwerp te spreken waren leden van de inhoudelijke commissie van het Platform Toekomst Huisartsenzorg, medische specialisten, wijkteams, patiënten en verzekeraars aanwezig. De 17 deelnemers bogen zich over vragen met betrekking tot de invulling van de poortwachtersrol door huisartsen, de diversiteit aan behoeften van patiënten en de gevolgen van de invulling van de poortwachtersrol voor medische-specialisten of wijk-/jeugdteams.

De tweede focusgroep werd in samenwerking van de RVS en het Nederlandse Jeugdinstituut (NJI) georganiseerd en vond op 27 maart 2019 plaats in een zaal van het ministerie van VWS in Den Haag. Het onderwerp van de bijeenkomst waren de tekorten in de jeugdhulp, hoe gemeenten hiermee om (kunnen) gaan, hoe zij invloed uitoefenen op de toegang tot jeugdhulp en welke manieren denkbaar zijn bij de omgang met schaarse middelen in de jeugdhulp. De twaalf deelnemers aan de sessie zijn werkzaam bij gemeenten, vertegenwoordigers van wijkteams, beleidsmakers van het ministerie van VWS en leden van branche- en beroepsverenigingen. De uitkomsten van de focusgroepen worden in het vervolg niet apart nader besproken, maar in het resultatenhoofdstuk kan ernaar verwezen worden, zo het toepasselijk is (als aanvulling of juist bij tegengestelde uitkomsten).

### 4.2.3 Interviews

#### *Interviewopzet*

De kwalitatieve interviews werden in lijn met de onderzoeksbenadering semigestructureerd uitgevoerd. De daarbij gebruikte topiclijst baseert op de informatie uit het theoretisch kader. De operationalisering van de factoren is in hoofdstuk 4.3 te zien en de gebruikte basis-topiclijst is in bijlage 8.1 bijgevoegd. Afhankelijk van de datasaturatie, de informatie die de geïnterviewde gaf en de tijdbepalingen is hierop gevarieerd. Tijdens de interviews werden ook de vignetten besproken (zie 4.2.4).

#### *Organisatie van de interviews*

Om de interviews te organiseren heb ik de directeur van het sociale domein van de gekozen gemeenten vanuit mijn stageplek benaderd (voor meer informatie over de selectie van de gemeenten zie 4.4 *Selectie van de gemeenten en respondenten*). De directeurs hebben mij vervolgens gekoppeld aan de juiste organisatie in hun gemeente, waar twee medewerkers gevraagd werden aan het onderzoek mee te doen. Los daarvan worden in de gekozen gemeente huisartsen en POH-jeugd medewerkers (wederom vanuit mijn stage) benaderd om aan het onderzoek mee te doen.

Daarbij werden poortwachters van beide twee groepen gesproken die respectievelijk in dezelfde gemeente werken. Hierdoor hebben de geïnterviewden per gemeente te maken met hetzelfde beleid, zorgvoorzieningen en potentiële patiënten. Om de invloed van verschillen tussen individuele poortwachters enigszins te verlagen en tegelijk vergelijkingsmogelijkheden te hebben werden per gemeente zo mogelijk meerdere jeugdteammedewerkers en meerdere huisartsen geïnterviewd. Daarnaast wordt zo mogelijk ook met een POH-jeugd gesproken. Alleen in gemeente D, waar wel POH-jeugdmedewerkers bestaan, lukte het niet een interview te voeren met een POH-jeugd.

#### *Respondenten*

Voor het onderzoek werden in totaal 19 interviews (8 jeugdteammedewerkers, 8 huisartsen en 3 POH-jeugd-medewerkers) afgenomen. Daarnaast reageerden twee huisartsen (uit tijdsgebrek) per mail op een aantal vragen. De interviews werden voor één uur gepland. Wanneer respondenten (doorgaans huisartsen of POHs) aangaven daarvoor niet genoeg tijd te hebben werden interviews van 45 of 30 minuten uitgevoerd. Eén interview was met 20 minuten het kortste uitgevoerde interview. Omdat een aantal huisartsen minder tijd hadden voor het gesprek werden nog extra huisartsen geworven voor

interviews. Daarnaast werden de meeste interviews face-to-face uitgevoerd. Een aantal gesprekken (met name kortere interviews) werden uit praktische redenen echter per telefoon gevoerd. Twee respondenten reageerden alleen per mail op een aantal vragen (de vragen zie in bijlage 8.2). Om een overzicht te geven van de gevoerde interviews zijn in onderstaande tabel 5 de deelnemers van het onderzoek in hun functie en per gemeente opgenomen.

Tabel 5: Respondenten in functie per gemeente

	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Jeugdteammedewerkers (J)	2	2	2	2
Huisartsen (H)	2	1 +1 per mail	4 +1 per mail	1
POH-jeugd (P)	1	-	2	0

#### 4.2.4 Vignetten

##### *Redenen voor het gebruik van vignetten*

De vignetten in het onderzoek werden gebruikt omdat deze methode goed past bij het onderzoeken van houdingen, benaderingen en inschattingen. Evans et al. (2015) geven aan “Vignette designs [...] are well suited for almost any question about the judgements and decision-making processes of individuals in general, and of professionals in particular.” (Evans et al., 2015: 64). Als methode zijn vignetten behulpzaam bij het onderzoek van onderwerpen in het sociale werk en in de zorg omdat nuances en subtiliteiten beter ontdekt kunnen worden, dan wanneer alleen vragen gesteld worden (Hughes & Huby, 2002).

Een ander voordeel van het gebruik van vignetten voor dit onderzoek is dat zij onderwerpen desensibiliseren. Ze zijn dus bijzonder geschikt bij onderzoek waar gevoelige onderwerpen of situaties werden besproken (Hughes & Huby, 2002). De reden hiervoor is dat over fictieve situaties en mensen wordt gesproken, en het de geïnterviewden niet in ethisch moeilijke situaties brengt (Evans et al., 2015). Mensen die toegang tot de jeugdhulp kunnen verlenen aan mensen hebben veel met privacygevoelige en vertrouwelijke data te maken. De vorm van de vignetten zijn stukje geschreven tekst. Hiervoor werd gekozen omdat de geïnterviewden het gezin of de jongere op deze manier makkelijk in hun werkpraktijk kunnen plaatsen (in tegenstelling tot video-vignetten, komt bij de geschreven versie geen ruimte of omgeving bij kijken), daarnaast gaan de geïnterviewden over het algemeen een gesprek aan met de gezinnen of jongeren om de informatie uit de cases te krijgen.

In dit onderzoek worden de vignetten gebruikt om de deelvragen vijf, zes en zeven (dus het in kaart brengen van de afwegingscriteria, de rol van professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren en de rol van de waarden uit de Jeugdwet) op een toegepaste, concrete en open manier te onderzoeken. De vignetten die de respondenten in de interviews werden voorgelegd zijn in bijlage 8.3 te vinden.

##### *Validering*

Nadat de vignetten werden opgezet werden deze ter validering en voor het krijgen van feedback voorgelegd aan een huisarts en een wijkteammedewerker die aan de voorafgaande denksessie hadden deelgenomen. Het gesprek met hen ging over het realisme van de vignetten, de onderwerpen die aan bod komen, ambiguïteit in de hulpvraag of de beschreven situatie (met betrekking tot de te nemen maatregelen) en hun inschatting wat in deze situatie een gepast reactie van een hulpverlener zou zijn. Naar aanleiding van hun feedback werden enige vignetten licht aangepast (zie de finale versie hierboven).

## Respondenten bij de vignetten

Niet in alle interviews was genoeg tijd om alle vier vignetten te bespreken. De redenen hiervoor zijn enerzijds te zoeken in de hoeveelheid informatie die een respondent als antwoord op vragen en de vignetten gaf, en anderzijds in de beperkte tijd die voor een aantal interviews (met name met huisartsen) beschikbaar was. Elke vignet werd door meer dan 10 professionals besproken, waarbij altijd ten minste door drie huisartsen, vijf jeugdteammedewerkers en één POH-jeugd (verdeeld over de vier gemeenten). Qua uitvoering zijn de vignetten als een onderdeel van de interviews te zien. Om de respondenten niet door de gestelde vragen te *primen* werden de vignetten aan het begin van de interviews uitgevoerd (zie plek in de topiclijst in bijlage 8.1).

### 4.3 Operationalisering van de concepten

In het empirische onderzoek (interviews en vignetten) staan drie concepten centraal: de afwegingscriteria van de professionals, de factoren die de afwegingen kunnen beïnvloeden en de waarden die een rol spelen bij het maken van de afwegingen. De afwegingscriteria *an sich* zijn daarbij een uitzondering omdat zij niet geoperationaliseerd worden. De reden hiervoor is dat het vooral gaat om eventuele verschillen tussen de twee soorten professionals. De tabellen 6 en 7 geven een overzicht van de belangrijkste concepten en de operationalisering daarvan voor het onderzoek. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt de operationalisering in de interviews en de vignetten nader toegelicht.

Tabel 6: Operationalisering van de factoren

Concept	Dimensie	Aspect	Topic
Factoren die een invloed kunnen hebben op de afwegingen van SLBs	Professionele factoren	Professionele identiteit	Belangrijkste waarden in werk Taakopvatting Opleiding
		Kennis van de professional	Opleiding Werkervaring
	Organisatorische factoren	Organisatie van het werk	Beschikbare tijd Werkplek
		Beschikbare middelen	Kijk op middelen van/voor gebruik jeugdhulp
		Strategische positie binnen de organisatie	Organisatorische doelen/waarden Richtlijnen Autonomie van de professional
	Cliënt-/cliënt-gerelateerde factor	Houding t.o.v. de professional	Houding t.o.v. de hulpverlener Waarneming relatie tussen hulpvrager en hulpverlener

Tabel 7: Overzicht van de waarden

Concept	Dimensies
Waarden in de Jeugdwet	Veiligheid
	Zelfredzaamheid
	Zorgzaamheid
	Demedicalisering/normalisering

### 4.3.1 Operationalisering interviews

Het eerst hoofdconcept, de afwegingscriteria, komen in de semigestructureerde interviews dus vooral impliciet aan bod. Desalniettemin wordt een aantal vragen gesteld die hier expliciet mee te maken hebben, zoals bij het bespreken van de werkwijze van de professionals en de algemene afwegingen die ze maken.

Het tweede hoofdconcept zijn de factoren die de afwegingen van de professionals beïnvloeden. In het theoretisch kader werden verschillende aspecten van factoren die de afwegingen van de professionals kunnen beïnvloeden besproken. In tabel 6 zijn de genoemde aspecten in het operationaliseringsschema opgenomen. Een groot aantal vragen in het onderzoek zijn dan ook gebaseerd op de onderstaande operationalisering.

Het derde hoofdconcept zijn de waarden die een rol spelen bij de afwegingen van de professionals. Ook deze werden in het bovenstaande hoofdstuk besproken. De waarden als dimensies van het concept 'waarden in de Jeugdwet' (voor een overzicht zie tabel 7) worden in de interviews expliciet besproken (de topiclijst zie in bijlage 8.1).

### 4.3.2 Operationalisering vignetten

#### *Afwegingen in de vignetten*

In de kwalitatief gebruikte vignetten worden verschillende problemen en onderwerpen die in de jeugdhulp aan bod komen weerspiegeld. Daarbij kan het gaan om verschillende vormen van (gedrags-)problemen van jongeren zoals gedragsstoornissen, verslaving of een verstandelijke handicap, maar ook problemen van ouders of in het gezin, bijvoorbeeld opvoedonzekerheid, hechtingsproblemen of ruzie rond een scheiding (Nji, 2019). De vier vignetten zijn opgesteld met het doel de afwegingen van professionals in kaart te brengen. Daarom (en omdat de problemen in de realiteit vaak enige mate van complexiteit tonen) is ervoor gekozen de problematiek in de vignetten enigszins ambigu te houden. Wanneer meteen duidelijk is naar wat er precies aan de hand is, is de kans immers groter dat de professionals een makkelijke keuze voor zich hebben. Om juiste de verschillen tussen de afwegingen van professionals te kunnen onderzoeken, worden de hulpvragen van de jongeren en hun gezinnen nooit eenduidig afgebeeld, maar kunnen er altijd meerdere dingen spelen. Hieronder is een kort overzicht over de problemen die –in delen- bij de cases passen.

- Bij vignet 1 (Daan) zijn aspecten opgenomen die kunnen duiden op een licht verstandelijke beperking, aspecten van ADHD, maar ook pesten zou een reden kunnen zijn voor zijn gedrag.
- Bij vignet 2 (Meral) zou een reden voor haar gedag (of fysieke klachten) kunnen zijn dat zij overvraagd wordt, dat zij stressgebonden problemen ervaart, dat zij moeite heeft met de dood van haar oma (rouw), maar ook dat zij depressief is of gepest wordt.
- Bij vignet 3 (Lucas) kunnen de gedragsproblemen wijzen op problemen in de familie (tussen de ouders en/of tussen de moeder en Lucas), maar kan er ook sprake zijn van gedragsproblematiek bij Lucas.
- Bij vignet 4 (Tess) zou er sprake kunnen zijn van persoonlijkheidsproblematiek, maar het is ook mogelijk dat zij in haar ontwikkeling een beetje afwijkt van de standaard-ontwikkeling.

#### *Factoren in de vignetten*

Door het bespreken van de vignetten worden de volgende concepten in kaart gebracht: de afwegingscriteria van professionals (toegepast op specifieke cases), de factoren die daarbij een rol kunnen spelen (verwerkt in de vignetten en dus minder breed dan bij vragen voor de interviews) en de waarden (impliciet).

Bij het opstellen van de vignetten variatie aangebracht in de cliënt-kenmerken uit de literatuur. Zo komen de communicatievaardigheden terug bij vignet 2 (het meisje kan niet goed uitdrukken wat er precies aan den hand is), de kennis die ouders hebben van de problematiek komt terug bij casus 1 (de ouders hebben zich in de problemen verdiept), de doelgerichtheid van de ouders komt tevens terug bij

casus 1 (de ouders komen voor een specifieke verwijzing), de indruk van de sociaaleconomische status van het gezin komt terug bij vignet 2 (zij moeten alle twee veel werken om financieel rond te komen) en vignet 3 (een eenouder gezin op dit moment), de verhouding tot de professional verschilt ook tussen de cases (in vignet 4 zien we een ouder die zelf heel onzeker is en om hulp vraagt, daartegenover staan de ouders in vignet 1 die duidelijk laten merken dat ze de afspraak overbodig vinden). Een ander aspect is de culturele achtergrond van het gezin: in vignetten 1, 3 en 4 zijn bewust gebruikelijke Nederlandse of Europees klinkende namen gekozen; in vignet 2 werd de naam Meral gebruikt die een Turkse achtergrond suggereert.

Daarnaast komt een kenmerk dat in de operationalisering als professionele factor is opgenomen in de vignetten terug. Hierbij gaat het om de relatie tussen de patiënten of cliënten en de professional. In vignet 2 werd een langduriger contact met het gezin opgenomen (er was eerder contact met het gezin en het gezin woont al lang in de buurt). De organisatorische factoren werden niet opgenomen in de vignetten omdat de professionals gevraagd werden de vignetten in hun eigen organisatorische context te plaatsen. Dat neemt niet weg dat ook organisatorische factoren tijdens het gesprek over de vignetten aan bod konden komen.

Voor het overzicht van de operationalisering is tabel 8 opgenomen waarin is opgenomen waar de concepten en dimensies daarvan in de databronnen worden onderzocht.

Tabel 8: Overzicht van de concepten en in welke databronnen deze onderzocht worden

		Interviews	Vignetten
<b>Afwegings-criteria</b>		Expliciet in [Deel C, vragen 1-2]; verder impliciet	Expliciet in [Deel B, vignetten 1-4]
<b>Factoren</b>	Organisatorische	Expliciet in [Deel C, vragen 5-6; Deel D, vraag 3; Deel F, vraag 2]	Impliciet in [Deel B, vignetten 1-4]
	Professionele	Expliciet in [Deel A, vraag 1-2; Deel D, vraag 2 & 4; Deel F, vraag 1]	Deels expliciet in [Deel B, vignet 2, Meral]; verder impliciet
	Cliënt-/Cliënt-gerelateerde	Expliciet in [Deel E, vraag 1-5]	Expliciet in [vignet 1, Daan; vignet 2, Meral; vignet 3, Lucas; vignet 4, Tess]
<b>Waarden</b>		Expliciet in [Deel D, vraag 1; Deel F, vraag 3]	Impliciet in [Deel B, vignetten 1-4]

De aangaven intussen haakjes verwijzen naar specifieke delen of vragen in de (basis-) topiclijst (bijlage 8.1). Over de vignetten is meer te lezen in hoofdstuk 4.2.4 Vignetten onder 'De totstandkoming van de vignetten'.

#### 4.4 Selectie van gemeenten en respondenten

##### De drie oorspronkelijk gekozen gemeenten

De gemeenten voor het onderzoek worden door gekozen aan de hand van data die het CBS (op Statline) over de jeugdhulp beschikbaar stelt. Specifiek wordt de data over verwijzingen in de jeugdhulp gebruikt. Daarin wordt (onder andere) aangegeven via welke verwijzer patiënten in de tweedelijnsjeugdhulp terecht zijn gekomen. De specifieke soort jeugdhulp die wordt gekozen is *jeugdhulp zonder verblijf*, omdat het hierbij om de lichtere vormen van jeugdhulp gaat en de kans groot is dat het jongeren betreft die voor het eerst met een verwijzing naar specialistisch jeugdhulp hebben gekregen.

Aan de hand van deze data -en in lijn met de *informed grounded theory* benadering- werden drie gemeenten gekozen. Hierbij wordt verwacht dat er verschillen te vinden zijn in de inrichting van de toegang tot jeugdhulp tussen de gemeenten. Het is echter niet duidelijk of deze verschillen ontstaan door verschillende afwegingen van de poortwachters (huisartsen en gemeentemedewerkers).

Selectiecriteria voor gemeenten is de verhouding tussen de hoeveelheid door de gemeente verwezen jongeren ten opzichte van de door de huisarts verwezen jongeren doorslaggevend. Dit criterium is gekozen omdat er in de gemeenten verschillen blijken te bestaan tussen de poortwachters. Dat kan liggen aan de manier hoe de patiënten de poortwachters vinden, welke afwegingen de poortwachters maken of in contextuele factoren. Feit is dat de poortwachters in verschillende mate verwijzen naar de jeugdhulp. Het voordeel van dit kwalitatief onderzoek is dat het achtergrond van de verschillen nader in kaart gebracht kan worden. Uiteindelijk wordt een gemeente gekozen waarbij naar verhouding opvallend veel door de gemeente werd verwezen, een gemeente waarbij opvallend veel door de huisarts werd verwezen en een gemeente waarbij de verhouding ongeveer gelijk is. Bij de selectie van de gemeenten werd geprobeerd geen gemeenten met sterk opvallende of afwijkende inrichting van de jeugdhulp te kiezen. Om dit te kunnen beoordelen werd contact opgenomen met een medewerker van de VNG die kennis heeft over de verschillende benaderingen van de jeugdhulp in gemeenten en jeugdhulpregio's. Door het onderzoek in deze gemeenten uit te voeren wordt geprobeerd een brede range aan professionals te onderzoeken, die in organisatorisch mogelijk sterk verschillende contexten opereren waar daarnaast ook de cliënt-gerelateerde factoren van elkaar kunnen verschillen. De achterliggende gedachte achter deze selectie is het maximaliseren van variatie tussen gemeenten in verwijsgedrag zodat verschillen in afwegingen en/of beïnvloedende factoren van professionals gedetecteerd kunnen worden. Omdat uit de theorie blijkt dat veel aspecten of factoren van invloed kunnen zijn op de afwegingen van beide worden echter geen expliciete verwachtingen voor de verschillen tussen de gemeenten opgesteld.

De gemeenten worden verder gekozen op basis van hun grootte. Door voor middelgrote gemeenten te kiezen (tussen 50.000 en 100.000 inwoners), worden enigszins soortgelijke gemeenten met elkaar vergeleken (CBS, z.d.). Kleine gemeenten worden niet gebruikt omdat zij vaak in samenwerkingsverbanden zitten of het beleid van grotere gemeenten uit praktische redenen overnemen. Grote gemeenten worden ook niet gekozen, doordat zij in hun beleid vaak nogal van de nationale richtlijnen willen afwijken en vaker dan kleinere gemeenten ongebruikelijke standpunten hebben. De organisatie van hun sociaal domein is door hun grootte vaak complexer dan bij kleinere gemeenten. Zij hebben vaak mogelijkheden om specifieke afspraken te maken met zorgaanbieders, die kleinere gemeenten niet hebben. Door drie gemeenten van ongeveer dezelfde grootte te selecteren wordt geprobeerd de invloed van externe factoren die samenhangen grote verschillen in gemeentegrootte (zoals bevolkingssamenstelling of concentratie van armoede) te beperken.

De gemeenten die in eerste instantie voor het onderzoek geselecteerd werden (A, B, C) liggen naar inschatting van de VNG in redelijk gewoon ingerichte jeugdhulpregio's. Dat wil zeggen dat de gemeenten teams hebben ingericht die de bevoegdheid hebben te verwijzen, dat de jeugdhulp lumpsum gefinancierd wordt maar p\*q gefactureerd wordt (qua inkoopvorm) en dat de tekorten in de jeugdhulp niet uitzonderlijk groot zijn, maar de gemeenten ook geen geld over houden.<sup>4</sup> Het zou uiteraard interessant zijn meer inzicht te hebben in de kosten die de geselecteerde gemeenten in de jeugdhulp hebben gemaakt. Precieze cijfers zijn echter niet beschikbaar voor de onderzochte gemeenten (CBS, 2019d).

#### *Een vierde extra gemeente*

Veel respondenten reageerden zeer laat op de vraag aan het onderzoek mee te doen en er moesten veel huisartsen benaderd worden om de respons te krijgen. Aangezien het proces ook bij de gemeenten moeilijk verliep, werd in overleg met mijn stagebegeleiders een vierde gemeente benaderd om het onderzoek daar uit te voeren. Deze gemeente is tevens middelgroot. De verhouding tussen de verwijzers (gemeente en huisartsen) in de gemeente is redelijk gelijk, maar licht in de richting van de huisartsen geneigd, die iets meer verwezen dan de medewerkers via de gemeente. Het verschil met de andere onderzochte gemeenten is dat het gemiddelde jeugdhulpgebruik hier veel lager ligt. Daarnaast

---

<sup>4</sup> Deze informatie werd tijdens een informeel gesprek met een medewerker van de VNG verkregen (persoonlijk gesprek, 20 maart 2019).

werd deze gemeente gekozen op basis van bestaande contacten en hun bereidwilligheid om aan het onderzoek mee te werken. In het kort: gemeenten A, B en C werden door *stratified purposive sampling* gekozen, en gemeente D door *snowball sampling*.

Tabel 9: Hoofdkenmerken jeugdhulpgebruik gemeenten

	<b>Gemeente A</b>	<b>Gemeente B</b>	<b>Gemeente C</b>	<b>Gemeente D</b>	<b>Gemiddelde van Nederlandse gemeenten</b>
Gebruik jeugdhulp in natura; in % jeugdigen, afgerond	10,0	10,5	13,0	7,5	8,5
Hoofdzakelijke verwijzer	Jeugdteam	Gelijke verhouding	Huisartsen	Huisartsen	Huisartsen
Percentages verwijzingen door hoofdzakelijke verwijzer afgerond	66	50	84	53	60
Gemeentegrootte in inwoners	50.000-100.000	50.000-100.000	50.000-100.000	50.000-100.000	44.000 (afgerond)

*De cijfers zijn de definitieve cijfers voor het jaar 2017; bron: CBS StatLine (2019a; 2019b).*

#### *Een extra professional*

Tijdens het afnemen van de eerste interviews kwam snel de rol van de praktijkondersteuner jeugd (POH-jeugd) aan bod. Deze professional werd in de meeste onderzochte gemeenten redelijk recent ingevoerd en is een verdere poortwachter voor de toegang tot jeugdhulp, die bij de huisarts in de praktijk werkt en (mede) kan beslissen over de verwijzingen van jeugdigen naar tweedelijns jeugdhulp. Omdat deze professional als het ware tussen huisartsen en wijk-/jeugdteammedewerkers in staat werd in het verloop van het onderzoek ook geprobeerd om in elke gemeente (ten minste) een interview met een POH-jeugd uit te voeren. In een van de vier onderzochte gemeenten bestaat de functie POH-jeugd niet. Hier is dan ook niet met een POH-jeugd gesproken.

#### 4.5 Beschrijving cases

Hieronder, in tabel 10, is een korte beschrijving van de institutionele inrichting van de toegang tot jeugdhulp per onderzochte gemeente opgenomen. Daarbij werden alleen de voor dit onderzoek relevante poortwachters opgenomen (geen Jeugdartsen bijvoorbeeld). In de tabel is de institutionele inrichting toegelicht door de voor dit onderzoek relevante professionals en hun bevoegdheden op een rijtje te zetten. Dit overzicht geeft een indruk van de institutionele context, die vooral van belang is voor een beter begrip van de organisatorische factoren die invloed kunnen hebben op de afwegingen van de poortwachters.



Tabel 10: Opbouw en bevoegdheden van de eerstelijns-professionals per gemeente

<b>Gemeente A</b>	<p><i>Huisartsen</i> Kunnen zelf verwijzen naar tweedelijns hulp of hun POH; kunnen ook gidsen naar ondersteuning door de gemeente.</p> <p><i>POH-jeugd</i> Kan niet zelf verwijzen, maar de huisarts adviseren over een passende verwijzing en zelf behandelen voor een bepaalde tijd.</p> <p><i>Jeugdteam</i> Twee teams die onder de gemeente vallen een team voor lichtere en kortere ondersteuning, het andere team is langduriger betrokken bij zwaardere gevallen. Daarnaast bestaat ook een wijkteam, wat echter weinig betrokken is bij jeugdproblematiek, maar wel bij de randproblemen betrokken kan zijn/worden.</p>
<b>Gemeente B</b>	<p><i>Huisartsen</i> Kunnen zelf verwijzen naar tweedelijns hulp; kunnen ook gidsen naar ondersteuning door de gemeente.</p> <p><i>POH-jeugd</i> Bestaat niet.</p> <p><i>Jeugdteam</i> Het werk wordt door de gemeente uitbesteed maar hebben wel de bevoegdheid gekregen naar de tweede lijn te verwijzen.</p>
<b>Gemeente C</b>	<p><i>Huisartsen</i> Kunnen zelf verwijzen naar tweedelijns hulp of hun POH; kunnen ook gidsen naar ondersteuning door de gemeente.</p> <p><i>POH-jeugd</i> Kan niet zelf verwijzen, maar de huisarts adviseren over een passende verwijzing en zelf behandelen voor een bepaalde tijd. Georganiseerd door de gemeente in samenwerking met huisartsen en gefinancierd door de gemeente.</p> <p><i>Jeugdteam</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wijkteams in de buurt, waar mensen ook voor vragen m.b.t. jeugdhulp terecht kunnen. De uitvoering van de wijkteams wordt uitbesteed aan een zorgorganisatie. De medewerkers van de wijkteams kunnen niet verwijzen, alleen gidsen naar andere hulpverleners (huisartsen/de gemeente)</li><li>- Aanmeldteam bij de gemeente, hier kunnen ouders kunnen bellen en vindt een eerste 'triagering' plaats tussen eenvoudige vragen voor het voorliggende veld (bijv. huiswerkbegeleiding) of zwaardere vragen waar een indicatie en verwijzing noodzakelijk is.</li><li>- Indicatiestellers, werken bij de gemeente kunnen indicaties en verwijzingen afgeven.</li></ul>

<b>Gemeente D</b>	<i>Huisartsen</i> Kunnen zelf verwijzen naar tweedelijns hulp of een POH; kunnen ook gidsen naar ondersteuning door de gemeente.
	<i>POH-jeugd</i> In dienst van de gemeente, beschikbaar voor huisartsen.
	<i>Jeugdteam</i> In drie hoofdgroepen ingedeeld: schoolteam, intensieve casussen team en wijkteam (ook voor niet-jeugd-gerelateerde vragen); onderdeel van gemeente.

## 4.6 Data-analyse

Om de verzamelde data te verwerken werd deze met in het programma f4-transcript ad-verbatim getranscribeerd (dat wil zeggen woord voor woord, inclusief vulwoorden en herhalingen, maar zonder het aangeven van intonatie of stemmingen). De transcripten werden vervolgens in het programma NVivo 12 geanalyseerd. De benadering bij de analyse (grounded theory) is passend bij de onderzoeksbenadering *informed grounded theory*. De analyse maakt onderdeel van een iteratief proces uit, dus niet alleen de voorheen geoperationaliseerde aspecten worden gecodeerd, maar ook aanvullende nieuwe aspecten. In de analyse worden de afwegingen die de poortwachters maken in kaart gebracht, de factoren en aspecten daarvan die van invloed zijn op de afwegingen en de onderliggende waarden van de poortwachters voor de (inrichting van) de toegang tot jeugdhulp. Uit de codes konden dimensies en concepten worden afgeleid. Tijdens het analyseren werd de samenhang tussen de concepten, de dimensies en de indicatoren in de gaten gehouden, zodat het theoretisch begrip kan worden vergroot. In bijlage 8.4 is de uit de analyse ontstaande codeboom opgenomen.

Bij het analyseren van de vignetten werd gebruik gemaakt van dezelfde codes en structuren als bij de open vragen. De informatie die hieruit wordt opgemaakt, wordt als aanvulling gezien op de informatie uit de open vragen. Bij deze concretere toepassing van de afwegingen wordt tevens gelet op de verschillen tussen de professionals en hun omgang met waarden, afwegingen en professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren.

Voor de overzichtelijkheid bij de analyse heeft elke respondent een pseudoniem gekregen, samengesteld uit een letter voor zijn functie (J, H of P) en een cijfer (oplopend binnen elke gemeente). Een jeugdteammedewerker uit gemeente B wordt dan J1 in gemeente B) (zie tabel 11 voor een overzicht).

Tabel 11: Respondenten per gemeente; overzicht met pseudoniemen

	<b>Gemeente A</b>	<b>Gemeente B</b>	<b>Gemeente C</b>	<b>Gemeente D</b>
Jeugdteammedewerkers	AJ1	BJ1	CJ1	DJ1
	AJ2	BJ2	CJ2	DJ2
Huisartsen	AH1	BH1	CH1	DH1
	AH2	BH2	CH2	
			CH3	
			CH4	
			CH5	
POH-jeugd	AP1	-	CP1	-
			CP2	

#### 4.7 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt op verschillende manieren gewaarborgd. Om hier een nadere toelichting te geven worden deze aspecten aan de hand van Guba en Lincoln's concept (in Bryman, 2012) *trustworthiness*, met de onderdelen *credibility*, *dependability*, *transferability* en *confirmability*, uitgelegd. Daarvoor wil ik eerst nog een keer benadrukken dat het doel van het onderzoek niet is de uitkomsten te generaliseren, maar om de bestaande kennis over de afwegingen van poortwachters in de jeugdzorg en de factoren die invloed op hun afwegingen hebben te toetsen aan en uit te breiden met aspecten die uit de praktijk van de poortwachters blijken. Daarbij is bijzondere aandacht voor de verschillen hier tussen de huisartsen en medewerkers van de gemeentelijke jeugdteams.

Om te beginnen het aspect *credibility*. Alle voor het onderzoek geïnterviewden hebben schriftelijk hun toestemming (*informed consent*) voor het onderzoek gegeven (bij de telefonische interviews werd de toestemming mondeling gegeven) en werden voor begin aan de hand van een toestemmingsverklaring geïnformeerd over het doel van het onderzoek, waarvoor hun data werd gebruikt, dat de data werd geanonimiseerd en beveiligd werd opgeslagen, dat zij de mogelijkheid hebben om met het onderzoek te stoppen en dat hun data in dat geval niet gebruikt zou worden. De data werd bij het transcriberen geanonimiseerd en elk geïnterviewde kreeg een pseudoniem voor de bespreking van de resultaten (zie onder 4.4.3).

Ten tweede de *dependability*. Om de betrouwbaarheid (of *dependability*) van het onderzoek te waarborgen, wordt in dit methoden hoofdstuk nader ingegaan op de sampling van gemeenten, de benadering van de respondenten en het uitvoeren van de interviews. Ook de transcripten van de interviews en de gecodeerde interviews worden bewaard en zijn voor de scriptiebegeleiders toegankelijk (vis het programma Yoda). In de bijlagen is tevens de codeboom van de analyse opgenomen. Daarnaast zijn in de bijlagen ook korte verslagen van de informerende focusgroepen en secundaire data-analyse opgenomen. Een ander aspect dat belangrijk is voor de betrouwbaarheid van het onderzoek is het ontstaan van de gebruikte vignetten. De vignetten werden gemaakt na een verdieping in bestaande vignetten of reële cases van professionals uit de jeugdhulp of jeugdzorg (zie 7.2 voor de geraadpleegde casuïstiek). Daarnaast werd het recente gebruik van jeugdhulp bekeken, onderzoek naar risicofactoren en indicatoren die samenhangen met het gebruik van jeugdhulp geraadpleegd (CBS StatLine, 2019c; Batterink, Hoven, Lapajian & Tazelaar, 2017; Sadiraj, Ras & Pommer, 2016). Verder vond ook verdieping plaats in de concrete problemen in de jeugdhulp en de manifestering daarvan in het gedrag bij jongeren of gezinnen (Jeugdhulp Friesland, z.d.a; Jeugdhulp Friesland z.d.b; Jeugdhulp Friesland, z.d.c; Hassink-Franke, Oud & Beeres, 2015; GGD Amsterdam, z.d.a; GGD Amsterdam, z.d.b). De validiteit van de vignetten wordt vergroot doordat deze voor het gebruik daarvan aan experts werden voorgelegd voor revisies en hun kijk erop. De feedback van de professionals uit de doelgroep voor de interviews versterkt de interne validiteit van de vignetten (realistischere cases).

Een derde aandachtspunt voor de validiteit van het onderzoek is de *transferability*. Dus de overdraagbaarheid van het onderzoek en diens bevindingen. Ook al is het onderzoek kwalitatief en laten zich de bevindingen in verband met de methode en sampling niet te generaliseren op alle huisartsen, POH-jeugd en jeugdteammedewerkers in Nederland, zo wordt toch gepoogd om de wetenschappelijke kennis hierover te vergroten. In dit stuk werd met het doel de lezer duidelijk te maken hoe de bevindingen tot stand kwamen en in welke context de data is opgedaan een brede beschrijving hiervan opgenomen (bijvoorbeeld van de inrichting van de toegang per gemeente, zie 4.5 Beschrijving cases). De verslagen (zie bijlage) over de uitkomsten van de oriënterende focusgroepen en de secundaire data-analyse geven verder een beeld hoe zich de informatie uit het onderzoek verhoudt tot andere groepen betrokkenen. Bij deze verslagen komt vooral de positie van huisartsen beter in beeld. Bijzondere aandacht moet bij het lezen van de bevindingen van het onderzoek uitgaan naar de organisatie van het sociaal domein en het verband daarvan met de curatieve sector. Deze verschilt sterk tussen gemeenten en kan veranderingen in de afwegingen en factoren die daarop van invloed zijn naar voren roepen. De *transferability* van data die uit vignetten is opgedaan is -met nemen bij

onderzoek over onderwerpen met betrekking tot zorg- in de wetenschappelijke literatuur vaak besproken (zie onder 4.2.4 Vignetten). Vignetten worden vaak gebruikt bij onderzoek onder professionals in de zorg, zoals artsen en verplegers en het sociale domein, bij bijvoorbeeld maatschappelijke werkers en de beslissingen die zij nemen in het contact met cliënten. Uit eerder onderzoek is ook bekend dat de verwijzingen die artsen maken bij vignetten, lijken op hun reactie op echte patiënten. In hoeverre de reactie van de geïnterviewden op een geschreven vignette lijkt op de reactie die zij in werkelijkheid zouden vertonen is echter omstreven (Evans, 2015). Het voordeel van dit onderzoek is dat de deelnemers zich niet in een andere rol hoeven te verplaatsen bij het reageren op de vignetten, zij moeten slechts proberen zich de casus zo goed mogelijk voor ogen te halen en dan in de voor hen gebruikelijke rol (weliswaar zonder interactie met de gezinnen/jongeren) erop reageren. Dit leidt doorgaans ook tot betere antwoorden (Hughes & Huby, 2004).

Het vierde aspect van *trustworthiness* is *confirmability*. Tijdens het onderzoeksproces werd in lijn hiermee geprobeerd om zo objectief mogelijke houding te bewaren. Omdat dit niet te garanderen is reflecteer ik hieronder kort op mijn rol als onderzoeker met betrekking tot het onderwerp van het onderzoek.

#### *Reflectie op rol als onderzoeker*

Het uitvoeren van dit onderzoek is de eerste keer dat ik me in het Nederlandse jeugdhulpsysteem heb verdiept. Ik probeer daarom het onderwerp zo onvooringenomen mogelijk te benaderen. Het is echter mogelijk dat ik door de beeldvorming in de Nederlandse media na aanleiding van de transitie van het sociaal domein in 2015 en de vaak besproken financiële tekorten in de jeugdhulp een lichte bias ten opzichte van het onderwerp heb. Daarnaast werden in de media sindsdien jeugd- of wijkteams af en toe als onkundige organisaties weggezet. Ik was me tijdens het opzetten en uitvoeren van het onderzoek hier erg van bewust en heb daarom geprobeerd deze denkbeelden niet over te nemen (tenzij dit uit mijn onderzoek blijkt) en op mogelijke invloed hiervan te reflecteren.

## 5. Empirie

In het volgende hoofdstuk wordt aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek een antwoord gegeven op de empirische deelvragen. Het hoofdstuk is aan de hand van deze drie deelvragen gestructureerd. Bij het bespreken van de afwegingscriteria wordt de informatie uit de open vragen en de vignetten apart besproken. De resultaten die de deelvragen over de factoren, waarden en spanningen informeren zijn ongeveer evenzeer gebaseerd op de vignetten als op de resultaten van de open vragen. Het is belangrijk op te merken dat alle onderstaande resultaten alleen betrekking hebben op de in het onderzoek geïnterviewde professionals en niet generaliseerd kunnen worden op hele beroepsgroepen, gemeenten of organisaties in Nederland.

Vooraf enige toelichting op de opbouw van het empirische hoofdstuk. Uit de interviews kwam een enorme hoeveelheid data naar boven, met zeer veel mooie en illustratieve citaten. Ten einde de bespreking van de empirische deelvragen duidelijk gestructureerd en leesbaar te houden, is slechts een deel van de citaten uit de data in de hoofdtekst opgenomen. Om de resultaten verder in te kleuren, te concretiseren en te verbinden aan de data zijn in veel gevallen citaten opgenomen in voetnoten. Deze citaten beogen niet uitputtend te zijn voor de data (vaak zijn er nog andere soortgelijke citaten van andere respondenten). Daarnaast moet worden opgemerkt dat waar mogelijk de resultaten uit de (verkennde) focusgroepen gekoppeld zijn aan de resultaten uit dit onderzoek. Dat geldt zowel voor de focusgroep met huisartsen als voor de focusgroep met mensen die betrokken zijn bij de inrichting van de jeugdhulp.<sup>5</sup> Waar passend worden de resultaten ook gekoppeld aan de uitkomsten van de verkennende analyse van de data van de RVS.

Bij het bespreken van de resultaten met betrekking tot de afwegingscriteria, de factoren en de waarden wordt vooral op de verschillen en overeenkomsten tussen de poortwachters ingegaan. Wanneer er relevante verschillen tussen de onderzochte gemeenten zijn, worden deze nader besproken. Wanneer dit staat niet nader wordt aangegeven, kan worden geconcludeerd dat op dat punt geen grote verschillen tussen de gemeenten bestaan.

### 5.1 De afwegingscriteria

De eerste empirische deelvraag (deelvraag 5) die wordt behandeld luidt: *welke afwegingscriteria gebruiken de poortwachters bij het beslissen over de hulp of ondersteuning voor patiënten of cliënten en in hoeverre verschillen de poortwachters daarin van elkaar?* Hiervoor worden eerst de afwegingen die de professionals maken toegelicht. Vervolgens worden de afwegingen die blijken uit de open vragen besproken. Aansluitend volgt een weergave van de analyse van afwegingscriteria en beslissingen van de professionals in de vignetten.

#### 5.1.1 Algemene afwegingen

De afwegingen die de professionals doorgaans maken zijn samen te vatten in twee stappen. Eerst brengen de professionals de problematiek in kaart. Daarbij gaat het om het definiëren van het probleem en de context waarin dit plaatsvindt. De professionals proberen de soort klachten (sociaal, psychisch en fysiek) uit elkaar te halen, hun ernst en het mogelijke risico in te schatten en vervolgens het domein van de problemen in kaart te brengen. Daarbij wordt ook gekeken naar de context van de problemen. De professionals proberen uit te vinden welke factoren de problemen beïnvloeden. Op basis van verschillende afwegingscriteria wordt vervolgens een inschatting gemaakt over de situatiesering van het probleem: is het voornamelijk kind-gebonden, ouder-gebonden, omstandigheden-gebonden etc. Als tweede stap kijken de professionals vervolgens naar de behandel- en begeleidingsmogelijkheden. De vraag daarbij is voornamelijk wat is nuttig, welk doel is er voor de gezinnen of jongeren, welke hulp is het beste passend bij de situatie en problematiek en in hoeverre is de gewenste hulp beschikbaar? In tabel 12 zijn de afwegingscriteria, die de professionals in dit onderzoek hebben aangegeven in drie categorieën opgenomen.

---

<sup>5</sup> Een uitzondering hierop vormen de uitspraken uit de focusgroep over jeugdhulp die erg gericht waren op de omgang met de financiële middelen; een onderwerp dat in deze scriptie niet centraal staat.

Een van deze criteria vergt een korte toelichting: de hulpvraag. De hulpvraag houdt de bezorgdheid of problematiek in zoals deze door de ouders of jongeren geuit wordt. Daarbij gaat het om vragen als: waarom komen zij, wat zien zij als het probleem, welk doel willen zij behalen of welke hulp willen zij verkrijgen.

Tabel 12: de afwegingscriteria uit de analyse van de data uit de interviews (en vignetten)

<b>Stap 1: in kaart brengen problematiek</b>		<b>Stap 2: behandeling</b>
<b>Probleemdefinitie</b>	<b>Context in kaart brengen</b>	<b>Begeleidings-/behandelmogelijkheden</b>
Hulpvraag	Gezinssituatie/systeem	Behoefted jongere
Leeftijd jongere	Opvoedsituatie	Passendheid
Ontwikkeling jongere	Thuisituatie	Nut
Ernst; mogelijk risico; veiligheid	Schoolsituatie	Kosten
Complexiteit	<i>Sociale situatie</i>	Beschikbaarheid
Duur/ <i>intensiteit</i> van de klachten of problemen	<i>Probleemsituatie</i>	Ervaringen met hulpverleners
Soort klachten (fysiek, psychisch, sociaal)	<i>Positieve aspecten</i>	Eerdere hulpverlening
Inschatting van de ouders	Vermogen/capaciteiten hulpvragers	Netwerk hulpvrager
Communicatie	Staat ouders (emotioneel; psychisch)	
	Achtergrond gezin (sociaaleconomisch; cultureel)	

De afwegingscriteria zijn gebaseerd op de analyse van de interviews en de vignetten. De aspecten die in *italic* zijn genoemd bleken alleen uit de vignetten. De andere criteria bleken uit beiden bronnen.

### 5.1.2 De afwegingscriteria die blijken uit de open vragen

In de open vragen werden de afwegingscriteria op een abstract en expliciet niveau bevraagd. Uit de analyse van de daaruit ontstane data blijkt allereerst -en niet geheel verrassend- dat de meeste criteria uit bovenstaande tabel in vergelijkbare mate door huisartsen als jeugdteammedewerkers worden gebruikt. Toch bestaan er enkele verschillen op het gebied van probleemdefinitie, het in kaart brengen van de context en het voorstellen van behandeling, die hieronder worden besproken.<sup>6</sup>

Bij het analyseren van het probleem valt op dat huisartsen de criteria leeftijd en ontwikkeling amper gebruiken, terwijl POH-jeugdmedewerkers en jeugdteammedewerkers daar wel aandacht aan besteden. Met betrekking tot de context worden de criteria thuisituatie, vermogen of potentie en de staat van de ouders vooral door de jeugdteams genoemd.<sup>7</sup> Huisartsen besteden daarnaast meer tijd aan het bespreken van de grens tussen fysieke en sociale of psychologische problemen dan jeugdteammedewerkers. Jeugdteammedewerkers zijn daar ook alert op, maar omdat fysieke problemen buiten hun takenpakket vallen, kunnen ze deze uiteraard niet onderzoeken. Er zijn ook huisartsen die aangeven dat ook bij hen mensen met financiële of sociale problemen langskomen en zij proberen daar passende oplossingen voor te vinden. Een aantal geeft ook aan hier bij gezinnen alert te

<sup>6</sup> Omdat de afwegingscriteria in 5.1.2 zeer kort en abstract worden besproken zijn hier geen citaten toegevoegd. Vanaf het stuk 5.1.3 worden veel citaten -zoals boven aangegeven- in de voetnoten bijgevoegd.

<sup>7</sup> Dat zij deze criteria niet hebben genoemd is mogelijk te verklaren omdat deze criteria voor huisartsen heel alledaags zijn.

zijn en daar ook het gesprek over aan te knopen wanneer de gezinnen niet specifiek daarvoor in de praktijk kamen.

Daarnaast geven jeugdprofessionals aan de context sterk uit te willen diepen, wat huisartsen niet altijd kunnen. Bij de begeleidings- en behandelingscriteria wordt het criterium netwerk dan ook veel vaker door de jeugdteams dan huisartsen gebruikt. Huisartsen hebben vaak een idee voor een enigszins passende begeleiding, maar besteden het matchen van de behandeling of begeleiding aan de problematiek uit aan hun POH-jeugd (zo zij die hebben). Deze hebben -net zoals jeugdteams- de passendheid en beschikbaarheid van de behandeling beter in zicht.

### 5.1.3 Afwegingen die naar voren komen in de reacties op de vignetten

In deze paragraaf worden eerst de algemene tendensen bij de antwoorden van de professionals op de vignetten besproken. Daarnaast wordt nader ingegaan op een aantal specifieke afwegingen (met betrekking tot de probleemdefinitie, de context en behandel/begeleidingsmogelijkheden). Dit gebeurt in algemene zin (een uitgebreidere weergave van de reacties op de individuele vignetten staat in bijlage 8.5). Waar de open vragen inzichtelijk maken welke afwegingscriteria professionals zelf (spontaan) noemen als ze over hun werk praten, onthullen hun antwoorden op de vignetten welke van deze afwegingen ze (hoe) in de praktijk toepassen.<sup>8,9</sup>

#### **Algemene tendensen**

##### *Systematische verschillen in de reacties op de vignetten*

Over het algemeen valt bij de reactie op de vignetten op dat huisartsen vaker sneller een concreet antwoord op de vraag geven hun afwegingen en beslissingen bij het vignet te beschrijven. Een huisarts vergelijkt de gesprekken in de zijn werkpraktijk dan ook juist met de vignetten uit dit onderzoek:

“ze maken hier gewoon een afspraak op mijn spreekuur [...] en dan is een gesprek zoals [...] zoals je hier zo die casus ook hebt opgesteld en dan komt er aan het eind van het gesprek een evaluatie [...] wat het probleem zou kunnen zijn, wat er nodig is om tot een diagnose te komen en soms ben je klaar met aan het eind van het gesprek van ‘goh hoe leuk dat is [...] geen blindedarmonsteking, maar dat komt omdat -in die ene casus- omdat de oma niet meer oppast en we gaan een andere oppas inhuren.” (BH1)

De concrete antwoorden van de huisartsen blijken in de praktijk bijvoorbeeld uit antwoorden als:

“Deze moeder die komt natuurlijk, deze ouders komen natuurlijk ook bij mijn POH-jeugd, hé, en ja wat daarover te melden is, het zijn toch wel wat van die sleutelwoorden. Die onzekere ouders, met weinig meegekregen van vroeger, hé lastige opvoeding, moeder onzeker van huis uit, een kind wat waarschijnlijk heel veel structuur nodig heeft en veiligheid” (CH1 over het vignet van Tess)

Veel jeugdteammedewerkers geven daarentegen minder duidelijke antwoorden met betrekking tot hun beslissing. Zij gaan weliswaar in op de casus en ook op een aantal afwegingen, maar lijken iets huiveriger alleen op basis van de informatie uit het vignet tot een inschatting te komen. De jeugdteammedewerkers en (in iets mindere mate) ook de POH-jeugdmedewerkers geven vaker aan de situatie eerst helemaal te willen doorgronden, een diepgravende vraagverheldering uit te willen voeren en pas dan een oplossing te willen zoeken, zoals de volgende citaten illustreren:

---

<sup>8</sup> Daarbij moet in acht worden genomen dat de cases uit korte geschreven stukjes bestonden, die de professionals verschillend kunnen interpreteren – en verschillende zorgvuldig of aandachtig kunnen lezen. Het is daarom niet uit te sluiten dat verschillen tussen de benadering van de cases door de professionals ontstaan door verschillende interpretatie van de vignetten.

<sup>9</sup> In de bespreking van de vignetten werden de afwegingen van de professionals impliciet en concreter getoetst. Dat kan enerzijds leiden tot specifiekere data, maar hoeft geen volledig beeld van alle afwegingen te bieden omdat de voorgelegde vignetten geen uitputtende afbeelding van alle gebruikelijke cases in kunnen houden.

“Dan [voor het nemen van een beslissing] heb ik ouders gesproken, dan heb ik kinderen gesproken, dan heb ik school gesproken, netwerk niet altijd, daar geven ouders toch wel weinig toestemming voor, maar zeker deze mensen. Soms ook een consultatiebureau, soms ook de GGZ als die betrokken zijn. Ik begin wel met iedereen eerst de informatie te verzamelen zeg maar voordat we iets gaan doen.” (AJ2)

Zij gebruiken in hun antwoorden daarnaast ook vaker zinnen als:

“De informatie hier is oké, maar nog wel beperkt, dus ik zou heel graag nog meer willen weten en ze vragen willen stellen” (BJ2 in reactie op de case van Meral) of “maar dat alles zou ik nog wel uitvragen bij de vraagverheldering en dan zie ik het beter” (AJ2)

### *Overeenstemmende aandacht voor de relatie tussen professional en hulpvrager*

Alle professionals laten bij het reageren op de vignetten merken dat zij aandacht besteden aan de relatie met de hulpvrager. Huisartsen geven daarbij vooral aan hoe patiënten willen overtuigen open te staan voor hulpverlening. Dat blijkt onder andere uit hun aanpak van het vignet van Lucas. Daar geven meerdere huisartsen aan dat het vooral gaat om het krijgen van een vertrouwensband met de jongere, diens ‘vertrouwen gewonnen moet worden’ (CH1) of die ‘eindelijk gehoord moet worden’.<sup>10</sup>

Ook jeugdteammedewerkers zijn veel bezig met de relatie met cliënten en gaan in hun reacties op de waargenomen gevoelens van de hulpvragers in. Vooral bij het vignet van Tess valt op dat veel jeugdteammedewerkers hun antwoord beginnen door iets als:

“Wat in deze, wat ik heel belangrijk zou vinden, is om moeder te bevestigen dat ik het heel knap vind, prettig vind dat wij mee mogen denken in haar situatie, omdat ik ook wel lees dat ze die stap heel spannend vindt -vinden heel veel ouders overigens- en ik merk dat de bevestiging geven, erkenning geven voor het probleem, dat dat in ieder geval een hele belangrijke is.” (BJ2) of: “Dat het wel goed is dat ze hier belt zou ik zeggen, ‘nou zeker goed dat u hier contact over neemt, [...] want het is wel iets waar wij ook bij kunnen helpen.” (AJ1)

### **Specifieke afwegingen**

#### *Afwegingen met betrekking tot de probleemdefinitie*

De meeste afwegingscriteria met betrekking tot de probleemdefinitie werden door alle professionals met dezelfde invulling en evenredig veel gebruikt. Een van de belangrijkste criteria voor de professionals is de ernst van de situatie of het mogelijke risico en de complexiteit van de problematiek.<sup>11</sup> Dit aspect kwam vooral in de vignet van Lucas naar voren, waar enkele professionals afwogen in welke situatie zij *Veilig thuis* daarbij zouden betrekken.<sup>12</sup> Daarnaast is ook de duur of intensiteit van de problematiek een criterium dat alle professionals gebruiken bij hun afwegingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de gedragsproblemen van Tess of de gezins- en schoolproblematiek

---

<sup>10</sup> Huisarts AH2 vertelt: “Dat zijn ook weer van die dingen die ook heel goed door zo'n POH een paar keer begeleid kunnen worden, dan ontstaat er vaak een band tussen zo'n jongen en zo'n POH. En die jongen die heeft dan eindelijk het idee dat ook hij gehoord wordt, [...] dan wordt zo'n moeder wordt in het spel betrokken, zo'n POH die is dan vaak toch wel goed in staat om zo'n jongen zijn verhaal te laten doen dan hoort moeder ook een keer dat verhaal, ja en dan vallen bepaalde luiken van haar ogen weg, zodat je dat ze dingen ziet, dat ze denkt van ja, daar hebben ze gelijk in.”

<sup>11</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 bijvoorbeeld geeft aan: “En dan gaan we kijken nou, is dit een zaak die op de wachtlijst komt? Of is het een zaak die met spoed opgepakt moet worden?”

<sup>12</sup> Huisarts CH1 vertelt: “Het kan in rap tempo helemaal exploderen, met dikke ruzies inclusief vechtpartij met de nieuwe vriend of zo, [...] dan krijg je de situatie dat je niet meer bij moeder mag komen, nou dan moet hij noodgedwongen bij vader wonen in een andere stand, nou dat zijn natuurlijk allemaal hele lastige dingen voor zo'n jongen, dat werkt alleen maar verder drama in de hand, dus ja zo veel mogelijk stabiliseren de jongen [...] en toch proberen hem wat uit de gevarenzone te loodsen.”



van Lucas.<sup>13</sup> Een ander criterium dat alle professionals gebruiken is de leeftijd van de jongere.<sup>14</sup> Aan de hand daarvan schatten professionals in de vignetten onder andere in of zij jongere en ouder apart willen spreken, maar ook heel veel van een jongere door ouders enerzijds en in het gesprek met de professionals anderzijds te verwachten is (bijvoorbeeld in de reacties op de vignet van Meral). Verder werd de leeftijd gebruikt in kaart te brengen in hoeverre gedrag en leeftijd op elkaar aansluiten: wanneer het ging over de ontwikkeling van de jongere.<sup>15</sup> Dit criterium werd door huisartsen en jeugdteammedewerkers beiden gebruikt, bijvoorbeeld bij de casus van Daan. De professionals gaan in hun benadering van alle cases in eerste instantie uit van de hulpvraag van de gezinnen.<sup>16</sup>

Enige verschillen in de benadering van de professionals zijn te zien bij de benadering van het criterium communicatie.<sup>17</sup> Dat valt vooral in de casus van Daan op, waar de ouders zeer duidelijk hun doel aangeven. Dit is in de benadering voor alle professionals belangrijk, maar de professionals gaan er -in de casus van Daan- verschillend mee om: huisartsen nemen de vastberadenheid van ouders sterker mee bij de vraag of waarheen zij de casus verwijzen, jeugdteammedewerkers nemen dit wel waar, maar hechten er bij de beslissing die zij zouden maken minder belang aan. Daarnaast gaan de professionals ook verschillend om met het criterium soort klacht. Jeugdteammedewerkers zijn -bijvoorbeeld bij de casus van Meral- weliswaar aandachtig voor mogelijke fysieke klachten en geven aan het meisje naar de huisarts te willen sturen voor een controle, maar zij besteden er minder aandacht aan dan de huisartsen. Deze tonen bijzondere sensitiviteit ten opzichte van de grens tussen fysieke en psychische of sociale klachten. Zij geven uiteraard aan zelf het fysieke onderzoek te doen, maar besteden daarnaast veel aandacht aan de openheid van patiënten ten opzichte van mogelijke psychische vraagstukken en hoe zij daarop in kunnen gaan.<sup>18</sup>

---

<sup>13</sup> Huisarts BH1 bijvoorbeeld geeft aan: “Ik vind het vreemd dat het maar eens in de paar weken is. Die kinderen hebben het volgens mij veel frequenter.”

<sup>14</sup> Huisarts BH1 over de vignet van Tess: “Dat is een lastige. Maar het is niet normaal dat een kind van vijf huult een schreeuwt en trapt.”

<sup>15</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 geeft bijvoorbeeld aan: “Ik zou daar dan wel breed willen kijken, maar dat is ook afhankelijk van haar ontwikkeling en die lees ik niet terug. Maakt ze een normale ontwikkeling door of niet? Want als dat niet zo is dan denk ik dat daar echt breder gekeken moet gaan worden, ja en dan zit ik richting onderzoek na te denken.”

<sup>16</sup> Jeugdteammedewerker CJ1 vertelt: “Want hier [is de] vraag voor opvoedondersteuning omdat de moeder graag handvatten wil voor ‘hoe kan ik hier nou mee omgaan’ en ook omdat ze zelf aangeeft, ik heb in het verleden, nou zelf ook wat problemen thuis gehad.”

<sup>17</sup> Huisarts CH1 bijvoorbeeld reageert als volgt (casus Daan): “Nou dat is erg gezellig zo'n binnenkomer, ‘ze laten duidelijk merken dat het voelt als als tijdverspilling’, nou het maakt erg uit, want je moet op de ene of andere manier mensen bereiken.” Over zijn beslissing mogelijk te verwijzen geeft hij aan: “Nou dan zeg ik ‘verandert het dat voor u als ik dat zeg’ [een eigen inschatting van de situatie geeft], en als mensen [zeggen] ‘Nee, nee, want...’, nou oké, *nou be my guest*. Hè? Dan [...] doe ik dat ook zo. Maar ik wil het wel gezegd hebben wat ik daarvan vind.”; De jeugdteammedewerkers reageren eerder als jeugdteammedewerker DJ2: “Nou hier staat ze laten merken dat deze afspraak voor hen voelt als tijdverspilling. [...] En dit is een situatie wat we wel vaak zien. [...] nu is het zo dat je naar een wijkteam gaat en die doet dan een brede vraagverheldering, willen we van alles van je weten en dan is het soms lastig om uit te leggen waarom we dat doen. Het is niet omdat ik super nieuwsgierig ben en alles van je wil weten, maar omdat we weten dat als je aandacht geeft aan datgene wat er gebeurt in dat gezin en rondom dat gezin dat je soms tot een hele andere conclusie kan komen. [...] Ja, als ik dit gesprek zou hebben met deze vaders dan zou ik dit ook op die manier uitleggen en dan zal ik met hun ook al die leefgebieden weer willen uitvragen.”

<sup>18</sup> Huisarts AH2 vertelt: “Meisje dan van veertien met hoofd- en buikpijn. Meestal is daar medisch gezin niet echt heel veel dramatiek. Je kijkt zo'n kind natuurlijk dan fatsoenlijk aan, je gaat erop in, waar zou de hoofdpijn vandaan kunnen komen, is dat misschien toch iets van een migraine of iets dergelijks, maar op gegeven moment kom je wel een beetje daarachter dat het lichamelijke spoor dan misschien niet in dit geval geldig is en dan ga je kijken naar, zeg maar het tweede spoor.”; Jeugdteammedewerker DJ1 geeft aan: “Ten eerste zou ik vragen [...] of er sowieso een medische gedeelte is [...] want de valkuil is, denk ik dat je heel snel gaat denken van ‘goh het is psychisch’, ze kan moeilijk in slaap komen [bijvoorbeeld]. Waarschijnlijk wel, maar je moet wel het medische gedeelte uitsluiten, dus ik denk altijd wel dat het belangrijk is in ieder geval even met de huisarts contact op te nemen, omdat die haar in ieder geval even medisch onderzoekt.”

Kortom, de verschillen in de afwegingen met betrekking tot de problematiek tussen de beroepsgroepen lijken klein. De meeste criteria werden door beide professionals op de cases toegepast. Alleen bij twee criteria konden systematische verschillen worden vastgesteld. Daarbij gaat het om de criteria communicatie en soort klacht.

#### *Afwegingen met betrekking tot de contextevaluatie*

Aandacht voor nagenoeg alle afwegingscriteria met betrekking op de context van de hulpvragers blijkt in de reacties op de vignetten van én huisartsen én jeugdteammedewerkers. De professionals tonen (bijvoorbeeld bij de vignetten van Meral en Lucas) aandacht voor de thuisituatie en de gezinssituatie van de jongeren.<sup>19</sup> Uit de antwoorden op de casus van Tess en Daan blijkt daarnaast aandacht – wederom door alle beroepsgroepen- voor de probleemsituatie en de opvoedsituatie (vooral bij Tess).<sup>20</sup> Ook de context op school wordt door de professionals bij hun afwegingen over met name Lucas en Daan meegenomen.<sup>21</sup> Bij de laatstere casus ging een aantal (verschillende) professionals ook in op de sociale situatie van de jongen.<sup>22</sup> Dat onderwerp kwam in meerdere gevallen ook bij Meral ter sprake. Meerdere professionals hadden tevens aandacht voor de achtergrond van het gezin, wat culturele, sociaaleconomische of levensovertuigingen betreft.<sup>23</sup> Die criteria speelden bij de antwoorden op de cases echter voor de meeste professionals echter een minder belangrijke rol. Wat voor veel professionals uitslaggevend was, was de emotionele staat van de ouders die zij waarnamen.<sup>24</sup> Dit bleek bijvoorbeeld bij de inschatting van Tess' problemen een rol te spelen. Een opvallend verschil tussen de beroepsgroepen is dat een aantal jeugdteammedewerkers expliciet het criterium positieve aspecten meewoog (bij de casus van Tess bijvoorbeeld).<sup>25</sup> Daar besteedden de huisartsen doorgaans geen aandacht aan bij het maken van afwegingen bij de vignetten.

Samengenomen verschillen de beroepsgroepen in de afwegingscriteria met betrekking tot de context van de problematiek weinig van elkaar. Bijna alle afwegingscriteria over de context werden door huisartsen én jeugdteammedewerkers als relevant voor hun afweging genoemd.

---

<sup>19</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 vertelt bijvoorbeeld: “Ik zou natuurlijk ook wel met deze vader gaan kijken van nou, wordt het meisje niet overvraagd, omdat ze ook nog op haar broertjes moet passen als ze aan het werk zijn, beide ouders zijn er eigenlijk aan het werk, maar het meisje gaat, denk ik, ook nog gewoon nog naar school en red ze het dan allemaal? En hoe reageren haar broertjes daarop?”; POH-jeugd CP1 vraagt zich bijvoorbeeld af: “Hoe reageren zij op hem, hè, dus wat is de wat zijn de patronen tussen de gezinsleden?”

<sup>20</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 bijvoorbeeld geeft aan: “Daarom is het, denk ik, belangrijk in kaart te brengen hoe zien de driftbuien eruit? Ik lees dat ze ook op school plaats vinden, dus niet alleen thuis. Hoe frequent zijn ze? Wat gaat eraan vooraf?”; POH-jeugd CP1 reageert als volgt: “Ja, ik ben heel benieuwd naar de opvoedsituatie van deze ouders en in hoeverre ze dingen voorstructureren voor haar of [...] weet je daar zit boosheid, angst in zeg maar, en ik ben, ik zou dan heel erg gaan zoeken naar, wanneer komen die momenten voor en wat maakt dan dat ze boos is en en doen jullie daar iets in, is het, verklaarbaar die boosheid.”

<sup>21</sup> POH-jeugd CP2 bijvoorbeeld vraagt zich af: “Hoe gaat het op school, heeft hij daar een vertrouwenspersoon?”

<sup>22</sup> Huisarts BH1 vraagt zich bijvoorbeeld af: “Dan kan je ook nog denken, wordt die jongen niet ontzettend gepest op school met zijn twee vaders. Dat zijn natuurlijk dingen die je ook nog alledaags ziet.”

<sup>23</sup> Huisarts CH1 bijvoorbeeld vertelt: “Meral is Turks of niet? Het is een Turkse naam. [...] Want dat maakt ook heel veel uit, we hebben steeds meer met allochtonen te maken, waar je ook wel wat rekening mee moet houden over hoe dat allemaal erbij ligt. Nou [...] het is veel moeilijker denk ik, om nou ja twee-sporen-beleid wat hier in Nederland gewoon in het spraakgebruik wel wat verankerd ligt, ik noem maar wat: hardnekkig, [...] of het ligt me zwaar op mijn maag, weet je, je hebt veel van de uitdrukkingen die je weleens kan gebruiken bij veel mensen en dat kan je bij die mensen niet doen. En die mensen die hebben veel minder het idee over psychosomatiek.”

<sup>24</sup> Jeugdteammedewerker DJ2 geeft aan: “Als je twijfelt van moet ik hier nou wel of niet komen met mijn vraag, dat betekent denk ik ook al dat het niet helemaal tot hier (wijst op haar hals) zit, maar dat ze ook wel mogelijkheden ziet om dat zelf op te lossen. Vermoedelijk.”

<sup>25</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 geeft aan: “Om niet direct naar het probleemgedrag te gaan, ga ik het ook wel met de ouders door van ‘nou wat gaat goed’.”

### *Afwegingen met betrekking tot de behandeling of begeleiding*

Ten slotte de afwegingen met betrekking tot de behandeling van de hulpvragers. Daarbij is het belang en de interpretatie van de afwegingscriteria tussen de beroepsgroepen wederom grotendeels overeenstemmend. Het nut van de behandeling werd, vooral bij het vignet van Daan, door alle professionals duidelijk als criterium gebruikt.<sup>26</sup> Daarnaast wordt de behoefte van de jongere ook door huisartsen en jeugdteammedewerkers als belangrijke afweging gezien.<sup>27</sup> Tussen de professionals kan daarbij een (iets) andere kijk op de problematiek bestaan, maar het belang van dit criterium zien alle professionals in. Een ander criterium dat evenzeer door de professionals wordt meegewogen is de beschikbaarheid van de hulpverleners.<sup>28</sup> Zij willen voor de jongeren in de casussen passende hulp, maar zij tegelijk bezig met de manier hoe zij met de beschikbaarheid om kunnen gaan. Het criterium kosten vindt daarentegen -overeenstemmend tussen de beroepsgroepen- geen aandacht bij de afwegingen van de professionals.<sup>29</sup>

Wanneer het gaat om verschillen tussen de beroepsgroepen zo zijn deze lichtelijk terug te zien bij het criterium passendheid van de behandeling.<sup>30</sup> Dat komt in de behandeling van de vignetten iets sterker terug bij de jeugdteammedewerkers en de POH-jeugd, dan bij de huisartsen. Deze kunnen -na het uitsluiten van ernstige problemen- deze afweging immers vaak uitbesteden aan hun POH-jeugd. Grotere verschillen tussen huisartsen en jeugdteammedewerkers zijn te ontdekken bij het criterium netwerk van het gezin.<sup>31</sup> Daar besteden weinig huisartsen bij de vignetten weinig aandacht aan, maar het wordt tegelijkertijd veel door jeugdteammedewerkers genoemd. Dat valt vooral op bij het vignet van Meral.

#### 5.1.4 Samenvattend

Wanneer de resultaten uit de open vragen en de vignetten samen worden genomen, blijkt dat een aantal criteria dat in de open vragen in ongelijke mate door de professionals werd besproken, in de vignetten wel door alle professionals gehanteerd wordt. Het grote verschil in de afwegingscriteria dat over blijft is dat huisartsen vooral goed naar het probleem kijken, in enige mate naar de context (zij zien het belang van de criteria en kunnen deze aankaarten, bespreken deze aspecten met de hulpvragers, maar zoeken deze niet heel sterk uit door bijvoorbeeld extra contacten met andere professionals) en in een beetje mindere mate naar een aantal criteria met betrekking tot de begeleiding of behandelingsmogelijkheden (netwerk hulpvragers, passendheid). Het criterium passendheid en de afwegingen met betrekking tot de context komen dan wederom bij de POH sterker naar voren (die wel contacten met bijvoorbeeld school zoekt en focust op de passende hulp). Jeugdteammedewerkers analyseren het probleem, de context (vaak zeer uitvoerig) en kijken vervolgens ook goed naar de behandelingsmogelijkheden. Daarbij is echter een bijzondere nadruk op oplossingen in de eerste lijn,

---

<sup>26</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 bijvoorbeeld vertelt: “En toch zou daar dan wel gewoon naar kijken van ‘nou ja, is dat dan per se nodig, een psycholoog’. Wat moet de psycholoog dan gaan doen? Ja, hier zou ik eigenlijk toch dan een aanmelding van maken en dan toch de vraagverheldering gaan doen, ook al vinden die vaders het tijdverspilling.”

<sup>27</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 kijkt bijvoorbeeld breed naar de behoeftes van de jongeren: “Ik zou met deze ouders ook teruggaan naar hoe gaat het met jullie? Zijn er spanningen in huis? Want kinderen zijn de spiegel van de ouders, dus daar kan ook de oplossing zitten [...] want als ouders het goed maken, maakt het kind het ook goed en als de ouders sterk in de schoenen staan, maakt het meisje het ook goed. En en zo niet, dan is er vaak meer aan de hand.”

<sup>28</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 geeft aan: “Als ik het zo kan inschatten, dan zou haar bij ons op de wachtlijst komen, denk ik. Maar zouden we wel kijken of er voor de tussenliggende periode andere hulpverlening ingezet zou kunnen worden.”

<sup>29</sup> Dat criterium wordt dan ook niet specifiek besproken in de vignetten.

<sup>30</sup> Jeugdteammedewerker CJ2 vertelt bijvoorbeeld: “Dan ben ik altijd wel geneigd om even wat door te vragen om wat meer nog te weten te komen. En dan kan het best zijn [...] dat we denken misschien is een andere zorgaanbieder [uit] onze afspraken [...] en contracten die we hebben, misschien wel passender, dus daar probeer ik echt wel naar te kijken van nou wat past het beste bij deze jongere.”

<sup>31</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft bijvoorbeeld aan: “Het gezin woont al wel langer in de buurt inderdaad, dus je hebt best kans dat daar wel heel veel netwerk zit zonder dat ze het door hebben.”

vooral met betrekking op het criterium *netwerk van het gezin*, waar huisartsen doorgaans minder aandacht aan besteden bij het maken van hun afwegingen.

Los van de kleine specifieke verschillen tussen de professionals in de afwegingscriteria, is echter de belangrijkste conclusie dat de professionals de afwegingen over de behandeling of begeleiding van jongeren en gezinnen grotendeels op aan de hand van dezelfde criteria maken. Deze -maatschappelijk zeer wenselijke- uitkomst neemt echter niet weg dat de professionals door hun verschillen in beroepen, arbeidsorganisatie en publiek beeld toch in zeer verschillende contexten werken. Ook deze werden in het onderzoek besproken en worden hieronder nader toegelicht.

## 5.2 Beïnvloedende factoren

Om de zesde deelvraag te beantwoorden wordt de rol van professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren bij de afwegingen van de professionals nader belicht. De resultaten die in deze sectie worden besproken komen uit de analyse van de semigestructureerde interviews.

### 5.2.1 Professionele factoren

De professionele factoren die in dit onderzoek onderzocht worden zijn de professionele identiteit van de huisartsen en jeugdteammedewerkers en de kennis van deze professionals.

#### ***Professionele identiteit***

De professionals in dit onderzoek hebben verschillende professionele identiteiten. *Huisartsen* lijken, net zoals in de theorie verwacht, een sterke vorm van Freidson's (2001) professionalisme te hebben. Dat houdt in dat bij huisartsen sterker samenhangende beroepsbenaderingen konden worden vastgesteld, waarbij redelijk overkoepelende professionele waarden duidelijk werden. *Jeugdteammedewerkers* daarentegen lijken sterker waarden die in hun organisatie gedeeld worden na te streven. Dat blijkt uit de gesprekken met jeugdteammedewerkers in de verschillende gemeenten (zie voor meer toelichting 5.2.2 *Strategische positie binnen de organisatie*). Hieronder wordt nader ingegaan op de professionele identiteiten van jeugdteammedewerkers en huisartsen.

#### *De professionele identiteit van jeugdteammedewerkers*

Op basis van de gevoerde interviews valt op dat jeugdteammedewerkers grotendeels als doel hebben de mensen zo goed mogelijk te helpen en ondersteunen. Deze uitdrukking van hun 'hulpverlenershart' (BJ1) past bij het idee van een *calling to care* uit de theorie<sup>32</sup>. Daarnaast geeft een aantal jeugdteammedewerkers aan mensen een kans te willen geven op verbetering, die zij niet altijd hebben gehad<sup>33</sup>. Deze professionals zullen bij de afwegingen over de hulp of ondersteuning voor een gezin of jongere meer leunen naar het bieden van mogelijkheden voor groei dan naar het nemen van het onzekere voor het zekere en de veiligheid van de jongere centraal stellen (meer hierover onder 5.3 *Spanningen tussen waarden*).

Waar de professionele identiteiten van jeugdteammedewerkers verder overeenkomen is wanneer het gaat over de omgang met cliënten of patiënten. Zij hechten hier veel waarde aan en geven aan dat dit in hun werk bijzonder belangrijk is. Bij het contact met de hulpvragers letten zij vooral op het ontstaan

---

<sup>32</sup> Dat blijkt bijvoorbeeld uit de volgende citaten van CJ1, BJ1 & AJ1: "Ik ben toch ook wel weer een hulpverlener van achtergrond, dus in die zin wil ik natuurlijk ook graag weer gewoon, iedereen gewoon helpen of zorgen dat die de ondersteuning krijgt die die nodig heeft, zodat je gewoon weer gezond en veilig kan opgroeien als dat even niet lukt." (CJ1) en "dat strijkt zo tegen je, ja, hulpverleningshart in zeg maar, je denkt toch van ja, het kan niet over geld gaan, dat deze mensen niet bij deze aanbieder kunnen. En daar gaat het wel om." (BJ1) en "Dat vind ik eigenlijk de lastigste dingen [...] soms zit een gezin zo in een crisis en dan kan er niet gelijk gestart worden." (AJ1)

<sup>33</sup> Daarbij past het citaat van CJ1 die in haar werk wil bereiken "dat iedereen ondanks beperkingen die je hebt gewoon zo, nou ja zich zo goed mogelijk kan ontwikkelen. Want dat vind ik altijd wel heel leuk, dat ik denk, ja er zit altijd wel gewoon altijd iets van potentie." BJ1 verwoordt een vergelijkbare gedachte: "Ja, waar ik heel veel waarde aan hecht dat is dat ieder mens gelijk is en ieder mens een kans moet krijgen tot verbetering, maar ik gun ze dat ook graag." (BJ1)

van een vertrouwensrelatie. Het is belangrijk voor hen om open te zijn, respectvol, betrouwbaar en eerlijk. Zij letten erop goed te luisteren en aandacht te geven aan het gezin, op hun in te gaan, met hen mee denken, samen te werken met de hulpvragers en rekening te houden met hun voorkeuren.<sup>34</sup>

Los daarvan lijken de jeugdteammedewerkers minder duidelijk professioneel overkoepelende waarden te hebben die hun afwegingen kunnen beïnvloeden. Daarbij past dat de jeugdteammedewerkers hun opleiding -deels door het sterke verband tussen de opleiding en het toenmalige beleid- als ver weg ervoeren. Bij het bespreken van hun opleiding tijdens de interviews beriepen zij zich dan ook deels op tussentijdse trainingen.<sup>35</sup> De socialisatie van de jeugdprofessionals lijkt daarmee sterker op de actuele werkplaats en in de actuele werkcontext plaats te vinden dan in de oorspronkelijk gevolgde opleiding.

### *De professionele identiteit van huisartsen*

Uit de analyse blijkt dat de professionele waarden van huisartsen sterk relateren aan de vertrouwensrelatie die zij met patiënten hebben, de langdurige begeleiding en de samenwerking met de patiënten.<sup>36</sup> Tevens benadrukken de geïnterviewde huisartsen de integrale benadering van de patiënten, waarbij hun problemen of klachten onder andere in een sociale context worden gezien.<sup>37</sup> In hun generalistische benadering worden de systemen van patiënten en de omstandigheden van hun leven in verband gebracht. Deze aspecten sluiten duidelijk aan bij de huisartsenzorg-kernwaarden *medisch-generalistisch* en *continu* die in het theoretisch kader van dit onderzoek werden toegelicht en

---

<sup>34</sup> Enkele voorbeelden hiervan bieden de volgende citaten van AJ1 en AJ2: “Ik vind het belangrijk om iedereen respectvol te benaderen, zonder oordeel, dus open naar een situatie te kijken.” (AJ2) en “Openheid en transparantie, dat is eigenlijk wat ik [...] ook bij kennismaking altijd al wel aangeef dat ik het belangrijk vind om gewoon open en eerlijk te zijn en als ik zorgen heb dat ik dat dan ook tegen hen zal zeggen, maar dat ik het ook belangrijk vind dat als zij [...] vinden dat ik een vervelende vraag stel of te lang ergens over door ga dat ze dat dan ook tegen mij kunnen zeggen.” (AJ1); BJ1 vertelt: “Wat ook voor ons heel erg voorop staat is dat de regie altijd bij ouders ligt. Wij kunnen daar wel ondersteunen, maar de verantwoordelijkheid ligt bij de ouders, dus de ouders bepalen. En het is vrijwillige hulpverlening, dat staat voor mij heel erg voorop. Ouders moeten willen. [...] Maar je ziet ook gezinnen waarin dat gewoon minder goed gaat, maar dan nog is het altijd op verzoek van ouders wanneer een stukje regie wordt overgenomen.”

<sup>35</sup> AJ1 bijvoorbeeld geeft aan: “Dat is heel lang geleden dat ik opleiding heb gedaan! (lacht) Maar sowieso [...] krijgen we nog steeds wel cursussen, trainingen, trainingen van hoe je je moet opstellen, hoe je zo'n dienst bijvoorbeeld moet doen, hebben we een opleiding, of cursusje voor gehad.”. BH1 vertelt: “Nou voel ik me heel oud, maar toen ik de opleiding heb gedaan, was het sowieso nog de AWBZ, dus dat was een heel ander verhaal, toen had je de scheiding tussen de jeugdzorg en de AWBZ. Toen was die hulp daar en toen was er nog wel een andere visie, denkwijze. Zowel bij ouders als bij de overheid.”

<sup>36</sup> De manier hoe de vertrouwensrelatie en langdurige begeleiding de afwegingen van huisartsen kan beïnvloeden blijkt onder andere uit de volgende citaten: “je moet je voorstellen: de helft van de jongeren die ken ik sinds, die heb ik op kraamvisite gezien, [...] dus ik denk voor heel veel van die jongeren, een vertrouwd persoon, dus dat [...] maakt het wel eenvoudiger” (AH1), “Ik ken wel gezinnen die waar ik die kinderen, hè, de kleinkinderen, hè, dus is natuurlijk wel, dus daar bouw je wel een vertrouwensband mee op, een vertrouwensband, dat zij wel weten wie ze voor hebben als ze hier komen en ik omgekeerd ook wel.” (CH1), “Dat is verbazingwekkend hoe sterk een kleinkind soms in de manier van optreden doet denken aan een opa, hé [...] Het bekruipt je soms wel het gevoel dat dingen bijna exact gekopieerd worden in de manier waarop met spanning en angst omgegaan wordt, met frustraties [...] Dus ja, je ziet heel veel aan mensen wat je bekend voorkomt en dat déjà-vu gevoel heb je ook wel vaak [...] dat voelt vertrouwd dat je weet [...] tegen welke achtergrond je [...] dat moet zien, bijna alles wat de mensen laten zien, vertellen en doen. (CH1); samenwerking met de patiënten kan er bij de huisartsen als volgt uit zien: “Wat heel vaak helpt is mensen naar huis sturen met het idee van ‘denk daar eens over na of het voor jullie haalbaar is’ en een afspraak twee weken later om te evalueren en te kijken, is er iets veranderd, is het haalbaar voor iedereen of is het helemaal niet haalbaar, wat zouden jullie willen.” (BH1)

<sup>37</sup> Huisarts DH1 beschrijft de integrale benadering van huisartsen als volgt: “Kortom, de mens in zijn omgeving moet je centraal stellen en niet allen het probleem. En dat vind ik typische huisartsengeneeskunde, waarbij je ook nog over domeintransitie heen kijkt, weet je iemand met schulden, die heeft een hele andere kijk op de wereld, dan als je bij wijze van spreken, dan als je goed in de slappe was zit en dat zegt iets over hoe je om kunt gaan met de tegenslagen die er nou eenmaal zijn. Dus ja, de brede hulpopvatting van de huisartsengeneeskunde. Alles hoort erbij.”

kwamen in vrijwel alle gesprekken met huisartsen terug. De gedeelde geschiedenis van huisartsen en hun patiënten kan ertoe leiden, geeft een huisarts aan, dat deze patiënten minder nodig hebben in tijd en aandacht door andere professionals<sup>38</sup>.

De afwegingen van huisartsen kunnen door de professionele identiteit dus beïnvloed worden omdat huisartsen door de langdurige en generalistische begeleiding de patiënten goed kennen. Zo kunnen zij bijvoorbeeld de behoeften of het vermogen van gezinnen of jongeren sneller inschatten. De kans is daardoor ook groter dat patiënten opener zijn over de problemen en de huisarts sneller de onderliggende problematiek kan ontdekken. Daarnaast kan de professionele identiteit van huisartsen ook van invloed zijn op de waarden die de professionals in hun werk nastreven. Huisartsen die zich als generalistische zorgverleners waarnemen zullen de problemen van patiënten zo mogelijk integraal willen benaderen en niet op de puur fysieke klachten focussen wanneer zij vermoeden dat deze door sociale of psychische oorzaken zijn ontstaan.

#### *Variatie in de invulling van de professionele identiteit van huisartsen*

Er bestaat echter enige variatie in de invulling van de professionele identiteit van huisartsen. Voor meerdere geïnterviewde artsen is een normaliserende insteek ook onderdeel van hun professionele identiteit. De huisartsen geven aan als onderdeel van hun taak te zien patiënten gerust te stellen en te ondersteunen. Zij ervaren dat er in de samenleving vandaag weinig ruimte is voor kinderen of jongeren die enigszins van het gemiddelde variëren.

“Wat je ook wel en beetje ziet is dat de maatschappij is natuurlijk een beetje een soort ratrace aan het worden. Mensen worden natuurlijk enorm opgejaagd, alles moet, iedereen moet aan bepaalde normen voldoen en als je daar maar een klein beetje van afwijkt, dan wordt er een probleem gecreëerd, dus je ziet ook dat een hele hoop dingen, ja heel problematisch worden voorgesteld, waar je als je -denk ik- een beetje relativerend daartegen aankijkt, dan zijn sommige dingen [...] wat we zeggen de soep de kool niet waard.” (AH2).

Voor hen is het daarnaast belangrijk vooral te kijken naar het nut van tests en psychologisch onderzoek voor het gezin. Ook in de focusgroep met huisartsen werd door deelnemers aangegeven dat zij geruststelling als een van de belangrijkste taak van huisartsen ervaren. Deze insteek wordt door andere huisartsen deels genuanceerd, die aangeven de inschatting van ouders bijzonder belangrijk te vinden:

“Bezorgdheid om een kind als ouders dat hebben, ja wie ben ik dan om dat niet te hebben. Het is alleen de vraag waar leggen we het neer, is dat iets van de ouders of is dat iets van het kind.” (DH1).

Dit verschil tussen de benaderingen kan de afwegingen van de professionals enigszins beïnvloeden omdat andere waarden in de benadering centraal staan. De eerste benadering relateert bijvoorbeeld sterker aan normalisering of demedicalisering, terwijl de tweede benadering sterker op zorgzaamheid lijkt gericht te zijn. Desondanks houden de huisartsen bij de inschatting van een individuele situatie uiteraard ook rekening met de inschatting van de specifieke problematiek en de daarbij horende contextuele factoren.

---

<sup>38</sup> AH2 geeft aan: “Ik ben al lang hier huisarts dus sommigen kennen me heel goed en hebben dan soms aan weinig voldoende eigenlijk”, wanneer zij echter het idee heeft dat er meer achter zit of meer nodig is dan stuurt zij de patiënten door naar haar POH-jeugd.

## ***Professionele kennis***

Op het tweede aspect van de professionele factoren, de kennis, verschillen de professionals sterk en het beïnvloedt hun afwegingen duidelijk.

### *De professionele kennis van huisartsen*

De geïnterviewde huisartsen hebben over het algemeen veel kennis van de patiënten, hun context en de gezinsstructuren waarin zij leven. Veel geïnterviewde huisartsen hebben meerdere mensen binnen gezinnen als patiënten en kennen een groot deel van hun patiënten al lang. Zo kennen zij meestal ook de ouders van kinderen, broers, zussen en deels ook verder familie zoals de grootouders.<sup>39</sup> Zij hebben vaak bij ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de gezinnen bijgestaan, zoals bijvoorbeeld bij het overleiden van familieleden. Daardoor hebben zij veel kennis van de sociale context van hun patiënten en niet alle levensomstandigheden hoeven in een consult te worden besproken terwijl de huisarts er alsnog rekening mee kan houden.<sup>40</sup> Een huisarts geeft ook aan dat veel mensen binnen een familie op elkaar lijken in hoe zij omgaan met problemen, angst of frustratie. Huisartsen kunnen daardoor ook makkelijker met de patiënten communiceren.<sup>41</sup> Zij kunnen bijvoorbeeld beter inschatten hoe mensen reageren en hoe zij het beste benaderd kunnen worden.

Deze kennis helpt de huisartsen op verschillende manieren. Ten eerste maakt dit het hen makkelijker om het probleem in te schatten, zoals de ernst van de situatie en het risico dat daaruit kan ontstaan. Daarnaast helpt deze kennis huisartsen ook bij het inschatten van het vermogen of de potentie van een gezin. Uit ervaring weten zij wat van iemand verwacht kan worden en wat niet, maar ook op welke ondersteuning zij kunnen rekenen door mensen in hun omgeving.<sup>42</sup> Huisartsen hebben -uiteraard- veel kennis van fysieke problemen en het verband daarvan met psychische problemen. Op vraagstukken die op deze grens spelen, kunnen huisartsen daarom goed insteken. In de interviews geven zij echter ook aan dat jeugdhulp-problematiek in de huisartsenopleiding eerder een kleine rol speelt. Veel huisartsen gaven aan de omgang met deze vraagstukken pas in de (verplichte) stage te zijn tegen gekomen en van hun opleider hebben geleerd.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Dat beschrijft onder andere huisarts CH1: "Ik ken heel veel mensen en dit is niet een wijk waarin verschrikkelijk veel heen en weer verhuist wordt of mensen weggaan en vanbuiten af. [...] Ik ken wel gezinnen die waar ik die kinderen, de kleinkinderen, hé, dus [...] daar bouw je wel een vertrouwensband mee op, een vertrouwensband, dat zij wel weten wie ze voor hebben als ze hier komen en ik omgekeerd ook wel." Huisarts AH1: "Omdat ik al heel lang huisarts ben in deze wijk met deze patiënten bijvoorbeeld heb ik kennis over de systemen waarin het kind opgroeit. Ik ken vaak de ouders goed, dan nog broers en zussen en dan ook neven en nichten dus het ding waarin zo'n kind opgroeit daar ben ik eigenlijk van op de hoogte."

<sup>40</sup> Huisarts AH2 geeft aan: "Je kijkt dan natuurlijk in welke kant jij denkt dat er een beetje de oplossingen gedacht moeten worden, hé? Dus een soort plannetje wat je dan maakt en waar je dan aan zou kunnen werken en of dat dan vruchtbaar gaat zijn. [...] Dus dus zo schat je dat een beetje in, je kent natuurlijk vaak wel de achtergronden van die mensen en wat, ja dat je vaak al langer in de praktijk hebt meegemaakt."

<sup>41</sup> Huisarts CH1 beschrijft de communicatie met de patiënten: "Je bent voortdurend aan het accommoderen, van jong en oud en van hoog- naar laagopgeleid en van autistisch naar, nou ja, ADHD en daar moet je soms af en toe op terug fluiten als je denkt van nou die kijkt me nu wel erg glazig aan, denk je, ja dan moet ik even aan denken. [...] Sommigen kunnen niet lezen of schrijven, dat weet je van sommigen ook [...]. Dus ja dat soort dingen neem je automatisch een beetje mee naarmate je iemand beter kent. Ja je gaat net zo als je met je ouders of je broer of je zus omgaat, je doet heel veel dingen als je vaker met elkaar van doen hebt, dan ga je accommoderen op allerlei fronten en dat is iets dat doe je bijna automatisch denk ik."

<sup>42</sup> Huisartsen BH1 en AH1 vertellen bijvoorbeeld: "Dat je dat je weet hoe structuren en gezinsstructuren en achtergrond in elkaar zit, dan denk ik kun je ook wel in een passend aanbod geven. Dat je denkt hé, die moet ik juist extra steun in geven, of nee die kunnen het zelf, of die hebben steun van oma en opa en als je dan weet wie de oma en opa zijn, dan kun je daar ook wel op afgaan, dat je daar iets aan hebt zeg maar. Dus ik vind dat wel een voordeel dat ik mensen ken." (BH1) en "De afwegingen? Nou ja, altijd de mogelijkheden aan het gezin om het zelf op te lossen en omdat ik ze vaak redelijk goed ken, kan ik dat ook aardig goed inschatten." (AH1)

<sup>43</sup> Huisarts CH3 beschrijft over jeugdhulp-problematiek in de opleiding: "vrij weinig, hé, dat komt eigenlijk niet zo heel veel voor, dat wordt natuurlijk wel in wat psychiatrievakken in je opleiding [besproken] maar in de

Deze resultaten moeten natuurlijk enigszins genuanceerd worden: veel van de geïnterviewde artsen zijn al lang aan het werk in hun praktijk. Voor artsen die nieuw aan het werk zijn of patiënten die nieuw bij hun huisarts zijn geldt dat deze kennis in mindere mate aanwezig is en zij tijd nodig hebben om deze op te bouwen. Daarnaast is het uiteraard ook mogelijk dat huisartsen over -vanuit jeugdhulpperspectief- relevante aspecten geen weet hebben, ook al kennen zij hun patiënten al lange tijd.<sup>44</sup>

Kennis die bij huisartsen minder aanwezig is, betreft vaak de behandel- en begeleidingsmogelijkheden voor gezinnen of jongeren.<sup>45</sup> Zij geven aan de sociale kaart niet bij te kunnen houden, weinig contactpersonen te hebben die zij snel kunnen benaderen en niet altijd te weten welke begeleidingsmogelijkheden zij kunnen vertrouwen. Zij zijn zich duidelijk van deze beperkingen bewust en geven (zo zij deze hebben) doorgaans aan daarom erg tevreden te zijn met de komst van de POH-jeugd. Zij waarderen de kennis van de POH-jeugd die veel meer inzicht heeft in behandel mogelijkheden en het hulpaanbod. Deze kennis van de aanbieders voor ondersteuning en therapiemogelijkheden wordt als enorme toevoeging gezien op hun werk. Het werken met een POH-jeugd betekent voor de huisartsen dat zij gericht kunnen verwijzen of ondersteuning kunnen aanbevelen.<sup>46</sup>

---

vooropleiding zit daar niet een specialisatie, kinder- en jeugdpsychiatrie bijvoorbeeld, wij lopen wel drie maanden stage ergens in een psychiatrische instelling, en dan komt er bijvoorbeeld eetstoornissen nog weleens voorbij, nou daar zitten ook wel jeugdigen natuurlijk met allerlei problemen, maar meestal is het volwassenenzorg, dus eh kinder en hulp eh jeugdpsychiatrie of kinder- en jeugdzorg, behalve dan de kindergeneeskunde zal ik maar zeggen, dus de de fysieke problematiek, komt niet zo heel erg goed naar voren in de opleiding.”, Huisarts DH1 antwoordt op de vraag in hoeverre jeugdhulp in zijn opleiding terug kwam met: “Nee, alleen maar medisch en heel heel klein beetje misschien op psychisch vlak, maar dat was dan kinderpsychiatrie [...]. Dingen als ADHD en autisme was toen nog veel minder, dus nee en van jeugdhulpverlening [...] nee, dat leerde je pas in de huisartsenopleiding van je opleider op de plek waar je dan was.”

<sup>44</sup> Huisarts DH1 geeft bijvoorbeeld aan: “Ik vind dat ik mijn werk alleen maar goed kan doen als ik dan ook de informatie heb om dat te kunnen doen. [...] Kijk als ik weet dat één van die kinderen bij de jeugdzorg loopt en de ouders die hebben weer een ander akkefietje ergens, dan kan je die dingen alleen maar combineren als je daar weet van hebt. Voor je het weet vraag ik weer een andere psycholoog voor de moeder en nog een andere psychiater voor de vader en dan is iedereen bezig met kind te beïnvloeden en dat kan niet goed zijn.”

<sup>45</sup> Dit wordt onder andere geïllustreerd door uitspraken van DH1, CH5 en CH3: “Nou kijk, huisartsen en bomen en bos. [...] in de jeugdzorg is het ons helemaal onduidelijk, daar zitten zo ongelofelijk veel aanbieders, dat ik bijna ondoenlijk is om dat al bij te houden, los van alle wachttijden die daar dan bij staan. Dus wat ik daarmee bedoel is dat het bijna een studie op zich is om te weten wie je waar moet verwijzen en dat maakt het ingewikkeld en daar is gelukkig die mevrouw tussen gezet, onze POH-jeugd, want dat is haar werk. Die is helemaal geconcentreerd op wie moet ik waar verwijzen en dat vind ik heerlijk.” (DH1); CH5 vindt “de versnippering van de aanbieders, de marktwerking [problematisch], daar gaat alles zo door elkaar, iedereen kan zich maar therapeut noemen, en ja mensen moeten er nu voor betalen, maar het is vaak onduidelijk wat er nou precies gebeurt. Je hebt veel aanbieders die op elkaar lijken, en dan soms gaan ze ook weer samen of juist uit elkaar, dat maakt het voor mij wel lastig.” Daarom ziet zij de ondersteuning door de POH-jeugd heel positief: “daar ben ik heel blij mee, zij weten toch meer van de problematiek af en zij kennen ook meer hulpaanbieders dan wij kunnen bijhouden, dus ze kunnen dat wel beter afstemmen.”, CH3 vertelt: “Dat is natuurlijk wel heel prettig dat er tegenwoordig een POH-jeugd is. Ik moet zeggen dat vind ik voor de zorg van de jeugd bijna essentieel, want ik heb wel het gevoel gehad dat ik wel mensen doorverwees aan instanties waarvan ik dacht ‘ja dan hoop ik maar dat zo op de goede plek terecht komen’ en de POH-jeugd, die weet echt wat voor plekken er zijn waar ze daarvoor moeten zijn voor welke klachten, dus dat scheelt wel een hoop.”

<sup>46</sup> Huisarts CH1 beschrijft bijvoorbeeld: “Ik heb het prettige gevoel dat het goed behartigd wordt nu. Hij [de POH-jeugd] doet dingen waar wij geen tijd voor hadden, waar wij ook niet voldoende in thuis zijn, hij kent bijvoorbeeld veel schoolmaatschappelijk-werkers [...] hij weet hoe het georganiseerd is. [...] Op die manier weet hij ook toch veel beter, in de toeleiding naar de goede plek, dat regelen. [...] Hij [gaat er] eventueel ook eens achteraan als dingen veel te lang duren en dus dat neemt ons veel werk uit de handen, wat wij zelf allemaal niet zouden doen, omdat we er de tijd niet voor hebben, dus er worden nu dingen goed gedaan.”



De POH-jeugdmedewerkers geven hunnerzijds aan baat te hebben bij de kennis van de huisartsen over de patiënten, hun gedrag en hun context.<sup>47</sup> De specifieke kennis die POH-jeugdmedewerkers hebben kan ook invloed hebben op hun omgang met de problematiek. Wanneer zij het idee hebben niet genoeg te weten van de problematiek en de passende omgang daarmee sturen zij gezinnen vaker door naar andere aanbieders in de eerste- of tweede lijn.<sup>48</sup>

#### *De professionele kennis van jeugdteammedewerkers*

De kennis van jeugdteammedewerkers verschilt sterk tussen de individuele professionals en hangt ook samen met hun opleiding en werkervaring. Deze is doorgaans diverser dan bij huisartsen. Medewerkers in jeugdteams hebben verschillende opleidingen in de maatschappelijke sector (bijvoorbeeld sociaalpedagogische hulpverlening, maatschappelijk werk en dienstverlening, pedagogiek of *social work*) maar krijgen in hun werk vaak ook extra trainingen en bijscholingen. Binnen de jeugdteams werken vaak mensen met verschillende achtergronden en ervaringen die elkaar in hun kennis aanvullen.<sup>49</sup> Zo werken er bijvoorbeeld professionals die gespecialiseerd zijn in kinderpsychiatrie, opvoedvragen, mensen die gewerkt hebben in kinderopvang, in de gehandicaptenzorg, in de gemeentelijke aanmelding van brede zorgvragen, in wijkteams, in de jeugdbescherming of als algemeen maatschappelijke werker. De inhoudelijke kennis, de ervaring met lichte en juist sterke problematiek, bijzondere groepen en verschillende leeftijden van jongeren verschillen dus sterk tussen de leden van de jeugdteams.<sup>50</sup>

Deels weerspiegelt dit ook de verschillende zwaartepunten en expertise van medewerkers in (en tussen) jeugdteams. Tussen deze medewerkers verschilt ook de kennis die zij hebben over een gezin of jongere. Bij nieuwe aanmeldingen hebben de medewerkers vaak weinig kennis over het gezin en hun context. In sommige gevallen liggen echter eerdere rapporten van psychologen, school of begeleiding voor en in andere gevallen worden de gezinnen over langere termijn heen begeleid door medewerkers omdat er veel verschillende problematiek speelt. Dan hebben de medewerkers uiteraard wel mee kennis over het gezin en hun context. Het verschilt echter tussen jeugdteams of de medewerkers die een gezin bij een eerste hulpvraag heeft ondersteund, dit ook bij een tweede hulpvraag doet (gemeente A niet, gemeente B en D wel). Bij eerst-aanmeldingen is dat doorgaans minder dan huisartsen deze hebben bij de gemiddelde patiënt die voor het eerst over jeugdproblematiek komt spreken met hen. Het gevolg daarvan is dat jeugdteammedewerkers meer tijd moeten investeren om de context van een gezin in kaart te brengen en de ernst van een probleem, net zoals het vermogen van het gezin moeilijker in kunnen schatten. Aan de andere kant hebben zij door hun kennis en de brede kennis in

---

<sup>47</sup> De POH-jeugd CP1 beschrijft dit bijvoorbeeld als volgt: “over het algemeen [...] als een huisarts een praktijk heeft, ja dan kent hij oma, de kinderen daarvan, de kinderen daarvan, wat er gebeurd is. Dus zij zijn over het algemeen heel goed op de hoogte wie met wie heeft, zo. Weet je en dat helpt wel om soms een systeem te snappen. Van waarom doet het ene kind zo of waarom doet een ouder, waarom is een ouder boos op mij, weet je dat kan soms de huisarts wel verklaren, zeg maar ‘ja zo is ze nou eenmaal’ of ‘zo is hij, trek je daar niet te veel van aan’ zo. ‘Weet je ze komen wel terug’, zo of als ik zorgen heb van ‘goh, ja nou maar dat zo zit dat [...], maar de intenties zijn goed’ dus die kan dingen ook weer normaliseren, maar ook wel eens dingen op scherp zetten, dus zo van, ‘nou hè want dat klopt wel want daar is alcohol speelt in het gezin’ [...] dus nou ja dat is wel heel handig soms.”

<sup>48</sup> CP2 geeft bijvoorbeeld aan “Ik kan niet alles doen, die kennis heb ik ook niet, maar dat is ook niet mijn taak. Maar ik moet wel weten waar iemand het beste dan naartoe kan, dus je moet vooral het voorliggende veld moet je kennen, maar je moet ook de tweede lijn moet je ook kennen en dat zijn best heel veel aanbieders.”

<sup>49</sup> AJ1 geeft bijvoorbeeld aan “En ik denk dat het wel zo is dat wij daar als team nog wel verschillend op kunnen reageren en dat heeft wel te maken met ervaring en achtergrond want niet al mijn collega's die hebben in de jeugd- en kinderpsychiatrie gewerkt, maar ik dan toevallig wel, dus dan heb ik wel zo iets van, ja, dan denk ik dat ik het [een casus waarin de problematiek aan dat onderwerp raakt] eerder zelf op zou pakken, maar dat gaat ook altijd in overleg met de gedragswetenschapper of met de regisseur.”

<sup>50</sup> Uit de verkennende analyse van de secundaire data blijkt dat meerdere zorgprofessionals in de jeugdhulp ervaren dat wijk- of jeugdteams te weinig kennis hebben over specialistische onderwerpen, zoals verstandelijke beperkingen. Uit de reacties op de vignetten die in het kader van dit onderzoek werden uitgevoerd blijkt echter dat veel professionals uit de jeugdteams bij de vignetten die een mogelijke verstandelijke beperking impliceren (met name de vignet van Daan) hier ook alert op waren en het als mogelijke problematiek benoemden.

het team vaak een goed beeld van de beschikbare hulp. Binnen de teams wordt erna gestreefd om de cases door degene te laten oppakken die het meeste weet van de issues die in de case spelen.

### *De invloed van de professionele factoren op de afwegingen van de professionals*

De professionele factoren ‘professionele identiteit’ en ‘professionele kennis’ hebben zoals hierboven beschreven invloed op de afwegingen die de professionals kunnen maken.

De analyse van de professionele identiteit laat zien dat huisartsen over het algemeen een explicieter gedeelde professionele identiteit hebben dan jeugdteammedewerkers. Daarbij staan een langdurige relatie en een integrale benadering van de problematiek centraal. De gevolgen daarvan op de afwegingen die huisartsen maken, kunnen ten eerste inhouden dat huisartsen door de vertrouwensrelatie met hun patiënten zware onderwerpen sneller kunnen bespreken dan jeugdteammedewerkers die de cliënten nog niet kennen. Ten tweede kan de langdurige relatie met patiënten ertoe leiden dat huisartsen de patiënten, hun context, vermogen en behoeftes beter in kunnen schatten dan jeugdteammedewerkers. Ten derde kan deze professionele identiteit het gevolg hebben dat huisartsen de problemen van uit een breed en integraal perspectief benaderen. Daarnaast spelen bij de professionele identiteit ook individuele waarde-overtuigingen een rol, die de algemene afwegingen van de professionals kunnen beïnvloeden. Jeugdteammedewerkers daarentegen hebben een weinig uitgesproken professionele identiteit. Zij leggen veel waarde op de relatie die zij hebben met de hulpvragers, en hebben een *calling to care*, en staan daardoor mogelijk verder open voor de waarden die zij binnen hun organisatie delen.

Met betrekking tot hun kennis verschillen de professionals ook sterk. Huisartsen weten op voorhand vaak veel van een patiënt, een gezin en diens situatie. Dat helpt hen bij het maken van de afwegingen over de problematiek, dus het probleem en de context van het gezin. Zij hebben daarentegen minder kennis van de behandel- en begeleidingsmogelijkheden en kunnen deze zelf daarom slechts moeilijk laten aansluiten op de behoeften van de patiënt. De POH-jeugdmedewerkers die juist veel kennis hebben van mogelijke behandelingen en beschikbare aanbieders ondersteunen de huisartsen daarin sterk. Zij kunnen met hun kennis voornamelijk de afwegingen over de passende behandeling of begeleiding goed maken.

Jeugdteammedewerkers hebben vaker specifieke kennis van bepaalde doelgroepen of problematieken en vullen elkaar daarin in teams aan. Daarnaast weten zij veel van de mogelijke behandelingen en begeleidingsaanbieders. Deze kennis helpt hen bij het maken van afwegingen over de behandeling. Op voorhand weten zij vaak weinig van de individuele patiënten en hun context en moeten daar eerst meer informatie over verzamelen voordat zij de afwegingen over de problematiek en de context maken.

## **5.2.2 Organisatorisch**

In deze sectie worden de organisatorische factoren en hun invloed op de afwegingen van de professionals besproken. Daarbij gaat het om de organisatie van het werk, de invloed van de organisatie en financiële middelen.

### ***Organisatie van het werk***

#### *Werkplek*

De organisatie van het werk verschilt tussen professionals ten eerste in de werkplek en ten tweede in de tijd die zij hebben voor het maken van de afwegingen.

Huisartsen en POH-jeugdmedewerkers enerzijds en jeugdteammedewerkers anderzijds spreken op verschillende plekken af. Huisartsen spreken doorgaans in hun praktijk af. De meeste POH-jeugdmedewerkers houden de gesprekken tevens in de huisartsenpraktijk, maar hebben daarnaast de mogelijkheid om op scholen of bij de mensen thuis langs te gaan voor afspraken. Jeugdteammedewerkers gaan vaak op huisbezoek bij de gezinnen (dat heeft doorgaans hun voorkeur)

maar kunnen ook in hun kantoor respectievelijk bij een zorgorganisatie of op het gemeentehuis met gezinnen afspreken. Deze locaties leiden tot twee interessante bevindingen.

De eerste interessante uitkomst is de volgende: de professionals ervaren dat zij door afspraken bij mensen thuis snel een goed beeld krijgen van de context van (het probleem van) een gezin of jongere. Daarbij kunnen zij snel inzichten krijgen in de woonsituatie, het gezin, financiële aspecten, mogelijke verwaarlozing et cetera.<sup>51</sup>

Ten tweede geven vooral de POH-jeugdmedewerkers aan dat zij een groot verschil merken in hoe zij door patiënten benaderd worden wanneer zij in de huisartsenpraktijk afspreken. Zij ervaren dat het vertrouwen in de huisarts, die door veel mensen als autoriteit bij zorgvragen wordt gezien, op hun overslaat doordat zij in de huisartsenpraktijk werken. Ook omdat de huisartsenpraktijk een vertrouwde plek is voor gezinnen hebben zij het idee dat de drempel voor de patiënten om hun problemen te bespreken door hun locatie lager is.<sup>52</sup> De invloed van de werkplek op de afwegingen van de professionals is dus bij de jeugdteammedewerkers dat zij snel een beeld kunnen krijgen van de context van de problematiek en bij de huisartsen en POH-jeugdmedewerkers dat zij snel op een vertrouwelijke manier met de gezinnen of jongeren kunnen spreken. Doordat deze zich ten opzichte van de hulpverleners openen kunnen zij de problematiek en de context waarin deze plaatsvindt beter in kaart brengen.

### *Tijd*

Het tijdsbestek dat de professionals hebben om een afweging te maken over de hulp of ondersteuning voor een gezin verschilt sterk tussen de professionals.

Huisartsen plannen afspraken normaliter in tienminutengesprekken, maar geven bijna doorgaans aan meer tijd te nemen voor gesprekken waarbij het gaat over jeugdproblematiek, of zij deze vermoeden. Zij zien hun spreekuur dan 'als een soort trekharmonica' (AH2) en maken meestal rond 20 minuten voor deze problemen vrij. Meerdere huisartsen vertelden patiënten deels nog een tweede keer te spreken, bijvoorbeeld wanneer zij het idee hebben dat er toch nog iets anders of diepgaanders

---

<sup>51</sup> De jeugdteammedewerkers geven bijvoorbeeld aan: "Nou je belt ouders op [...] aan de telefoon doe ik al wel vaak een stukje analyse, een stukje vraagverduidelijking, is de vraag überhaupt actueel? En dan maak je een afspraak, ik laat ouders dan vaak kiezen, kom ik naar huis, naar bij jullie thuis of komen jullie naar kantoor? Mijn voorkeur heeft naar huis, gewoon omdat dat vaak heel veel indrukken indruk geeft, dat hoeft niet meteen bij een eerste afspraak, maar ik vind het wel prettig om een keer de thuissituatie gezien te hebben." (BJ1); "Wij bieden dan zeg maar aanmeldgesprekken aan, dan gaan we op huisbezoek, in principe gaan we eigenlijk altijd op huisbezoek, dat geeft ook veel zicht op de thuissituatie, waar woont iemand, hoe woont iemand, wat voor een buurt, nou noem maar op." (DJ1)

<sup>52</sup> CP1 beschrijft dat als volgt: "Het zitten in de huisartspraktijk dat biedt wel aanzien. Want wat de huisarts zegt, dat dat is wel vaak zo van 'nou de huisarts zegt', dus wat artsen zeggen, wat die hebben vaak gelijk, zeg maar, bij mensen, dus ik ik vier wel mee op de status van de huisarts. [...] Wat ik terug krijg is dat ze het heel prettig vinden om in contact te zijn, dat het zo laagdrempelig is, dat het zo makkelijk is, dat het gewoon in het gebouw van de huisarts is, dat de lijnen kort zijn met de huisartsen als er wat nodig is dat we dan snel kunnen verwijzen of we kunnen snel organiseren."; CP2 geeft aan "Kijk mensen stappen naar de huisarts omdat ze de huisarts kennen en die vertrouwen ze, vaak zitten mensen misschien al wel hun hele leven in de praktijk bij de huisarts en de kinderen kennen de huisarts ook al hun hele leven. Die zitten vaak ook gewoon in dezelfde praktijk en als mensen problemen hebben of ergens tegenaan lopen, is de huisarts toch wel een vertrouwenspersoon, dus dan stappen ze daar heel makkelijk naartoe. En de huisarts die stelt dan voor om naar mij toe te gaan om dingen wat te verdiepen en mensen vinden het eigenlijk gewoon prima. Het voelt vertrouwd, het is in de praktijk van de huisarts, we werken samen mee, want ik val onder de regie van de huisarts, ja dus het vertrouwde en het daardoor ook het laagdrempelige."

speelt.<sup>53,54</sup> Het echte uitdiepen van de problematiek vindt in de huisartsenpraktijk echter vaak bij de POH-jeugd plaats (in gemeente B waar geen POH bestaat, hebben de huisartsen en gemeente afgesproken dat huisartsen in principe naar het gemeentelijke jeugdteam verwijzen, die dan nader in kunnen gaan op de problematiek).<sup>55</sup> Wanneer niet duidelijk is of het bij de klachten om fysieke of psychische klachten gaat kan het proces bij huisartsen echter ook langer duren, beschrijven deze. Dan kan het mogelijk zijn dat eerst mogelijke fysieke problemen worden onderzocht.<sup>56</sup>

De invloed die de beschikbare tijd van huisartsen op de afwegingen van de professionals heeft is de volgende. Enerzijds kunnen huisartsen op een aantal aspecten, zoals de context, minder diep ingaan dan ze zouden willen. Daarbij hoort bijvoorbeeld overleg met externe partijen zoals school en kortdurende begeleiding. Zij zijn dan doorgaans ook zeer tevreden met hun POHs, die deze mogelijkheden wel hebben.<sup>57</sup> Anderzijds blijkt uit de gesprekken dat de huisartsen door de -hun kenmerkende- lange relatie die zij met patiënten hebben minder tijd nodig hebben om een beeld van de situatie en problematiek te krijgen.<sup>58</sup> Zoals besproken bij de kennis van de professionals, helpt deze de huisartsen omdat zij vaak al een vertrouwensrelatie hebben met de patiënt en weten hoe zij het beste kunnen communiceren met degene. Daarnaast hebben zij inzichten hebben in de context van de hulpvrager, hun netwerk, en weten zij enigszins wat zij van de patiënt kunnen verwachten.

*Jeugdteammedewerkers* hebben bij nieuwe contacten met cliënten over het algemeen minder informatie dan huisartsen dit grotendeels hebben.<sup>59</sup> Zij hebben echter ook meer tijd voor afspraken met cliënten om dit beter in kaart te brengen. Hoe veel contact of tijd de professionals precies hebben is echter ook sterk afhankelijk van de gemeente waarin zij werken. Daarbij kan het gaan om zes weken tijd voor de vraagverheldering, waarin wekelijks zo'n anderhalf uur kan worden afgesproken met de cliënten (gemeente A); tussen drie weken en een jaar waarin wekelijks of tweewekelijks contact is met het gezin (daarbij gaat het ook al om het verlenen van ondersteuning) (gemeente B); één afspraak van rond anderhalf uur voor het stellen van een indicatie (gemeente C) of van één afspraak tot een paar uur

---

<sup>53</sup> Huisarts CH1 vertelt bijvoorbeeld: "Ja, of je laat ze nog eens terug komen. Je geeft iets voor de ontlasting bijvoorbeeld, obstipatie is er vaak, vaak kan je dan zeggen 'Goh ik geef je iets voor de ontlasting, kom nog even een keertje terug', dan kan je zelf ook nog eens kijken hoe het met zo iemand gaat."

<sup>54</sup> In de resultaten van de bestaande RVS-data-analyse geven een aantal huisartsen aan te weinig tijd te hebben voor hun patiënten in hun dagelijkse werkzaamheden en pleitten ervoor de hoeveelheid patiënten per praktijk te verlagen.

<sup>55</sup> Onder andere huisarts AH2 geeft aan: "Als dat mij dan lukt bijvoorbeeld in een of twee consulten [dat is goed] maar als je denkt van nou dat daar zit toch wat meer, [daar is] iets meer tijd voor nodig dan schakel ik nu op dit moment bijvoorbeeld de POH-jeugd in."

<sup>56</sup> Extreme gevallen daarvan beschrijft huisarts CH2: "Ja dan hangt weer helemaal van de problematiek af, wanneer een kind slecht slaapt of angstig is dan ja, soms dan ligt het al op de tafel voordat je gevraagd hebt als het ware en soms dan kom je er via een omweg bij dat steeds dezelfde problematiek terug komt en de adviezen niet werken en als dan blijkt dat het lichamelijk ook eh niet niet lichamelijk is, ja dan kom je op die manier bij de psychosociale problematiek en dan duurt het natuurlijk wat langer. [...] Vaak als ik een plan maak, beleid afspreek, met mensen dan spreek ik ook af 'nou ja neem er zo veel tijd voor en als het niet verbeterd kom je terug', ja zo soms hoor ik dan naar een half jaar dat het niet verbeterd was, maar dat mensen ook niet terug gekomen zijn, dat die lees je aan twee kanten, dat kan bij de dokter zitten of dat kan ook heel goed bij de patiënten of zo'n familie zitten. Met name bijvoorbeeld he nu zit ik als voorbeeld heb ik in gedachten de chronische buikpijn, nou als je daar het advies geeft en het werkt niet en mensen komen niet terug, ja dan kan het heel lang duren."

<sup>57</sup> Huisarts CH5 geeft daarbij bijvoorbeeld aan: "Nu is het ook zo dat er minder verwijzingen naar specialistische hulp nodig zijn omdat de POH best wat opvangt, en daar hoeven wij niet meer te verwijzen."

<sup>58</sup> Huisarts CH1 vertelt bijvoorbeeld: "Ze zeggen van 'net als met die en die', ja [...] dat weet ik vanbinnen uit. Dat weet ik van de correspondentie, [...] als een moeder zei 'nou dat ik weet niet, maar het is net als met die, met mijn kinderen, ik bedoel verschrikkelijk', ja dan ben je heel gauw ben je op waar het over moet gaan, weet je dus dat, dat is wel een voordeel."

<sup>59</sup> Zo vergelijkt CJ1 de informatie die zij bij een nieuwe casus voor de afspraak heeft met de hoeveelheid informatie uit de vignetten "Soms kan natuurlijk een ouder zeggen, ik heb ook nog een verslag van school, dat ze die me willen sturen. Maar dat is meer vrijblijvend. [...] Ja dan zou je daar dit zo wel hebben, ja. Soms nog iets minder zelfs, ja."

per week gedurende zes weken voor het opstellen van een plan (gemeente D). De jeugdhulpprofessionals kunnen dus (behalve in gemeente C) veel meer zelf inschatten hoe veel tijd zij nodig hebben voor het in kaart brengen van alle informatie, de hulpvraag en het maken van de afwegingen dan huisartsen dat kunnen. Zij moeten echter bij een nieuwe cliënt vaak eerst investeren in het krijgen van het vertrouwen van de hulpvrager. Dat kost de professionals ook tijd.

Samengenomen kan worden gezegd dat een specifieke inventarisatie van de problematiek en de context daarvan meestal veel tijd vergt. Daar hebben huisartsen over het algemeen weinig tijd voor (wat door hun POH-jeugd kan worden opgevangen) en medewerkers van jeugdteams vaak (vergelijkswijze) veel tijd voor. De jeugdteammedewerkers kunnen daarom bij hun beslissingen de concrete context sterker meewegen, waarbij de huisartsen dat dankzij de POH, nog redelijk kunnen doen, maar zelf minder gedetailleerd.

De invloed van de tijd op de afwegingen van de professionals wordt bijzonder duidelijk bij het criterium ‘netwerk hulpvrager’. Dit criterium wordt vaker door de jeugdteammedewerkers gebruikt, maar zij geven tegelijkertijd aan dat het hen veel tijd kost. Zelfs met veel meert beschikbare tijd kan het in kaart brengen van het netwerk van patiënten of cliënten voor jeugdteammedewerkers lastig zijn.

“Want ik merk dat je heel vaak ook al tegen weerstand aanloopt, van ‘hoezo, ik heb iedereen al gevraagd’, en ‘ik heb geen netwerk’ of ‘daar durf ik ze niet mee te gaan belasten’ et cetera, dus dat vraagt echt tijd.” (BJ1)

“Je bent toch wel sneller geneigd ook vanuit tijdsdruk wel een beetje om dan toch wel die maatwerk voorziening dan af te geven of die professionele hulpverlening terwijl ik eigenlijk denk van goh je zou eens met de inwoner gewoon een sociogram moeten gaan maken.” (DJ1)

### ***Strategische positie binnen de organisatie***

Een ander aspect waarop de professionals verschillen is de strategische positie die zij gezien de doelen en waarden van de organisatie innemen. Het verschil in autonomie van de professionals valt daarbij bijzonder op. Voor de veelal onafhankelijk werkende huisartsen speelt de organisatie slechts in beperkte mate een rol. Het is mogelijk dat binnen huisartsenpraktijken (door socialisatie) soortgelijke benaderingen bestaan, maar daar valt op basis van dit onderzoek niets over te zeggen.

Bij de jeugdteammedewerkers valt echter op dat zij binnen de organisatie vaak soortgelijke opvattingen hebben over taken, waarden en doelen. Zo is in gemeente B een duidelijke nadruk op de zelfredzaamheid van de burgers. De redenering van beide jeugdteammedewerkers is daarbij dat personen en ondersteuning uit het netwerk veel langduriger is dan (langdurige) ondersteuning door de professionals<sup>60</sup>. Hier wordt dan ook bijzonder veel nadruk gelegd op het in kaart brengen van de netwerken van de burgers. In gemeente A wordt daarentegen veel nadruk gelegd op zo mogelijk gezamenlijke aanpak van problemen, zowel bij problemen van ouders en kinderen als van problemen

---

<sup>60</sup> BJ2 beschrijft dit als volgt: “Het doel is bijvoorbeeld vanuit hier, dat je doet wat andere niet doen, dus als er iemand anders is, die dat ook al doet, bijvoorbeeld in het netwerk, dan moet je dat niet doen. Dus daar probeer je al naar te kijken, van wie om zo'n persoon heen, om het gezin heen kunnen ondersteunend zijn. Ik realiseer met heel goed, eigenlijk is het doel ook dat je je misbaar moet maken, want je bent er maar even, ook al is het vier jaar, dat is natuurlijk op een mensenleven niet lang, netwerk, familie, mensen om hen heen zijn daar nog veel langer.”, BJ1 geeft aan “We werken met [...] met sociale netwerken dus ja eigenlijk wij noemen het altijd een bril als je dan de bril hebt, dan kun je linksom richting het netwerk of rechtsom richting de jeugdhulp. Wij gaan altijd, we proberen altijd eerst linksom te gaan. En dat vraagt tijd.”

van een aantal individuele kinderen die op school in een situatie terecht komen die hun vooruitgang of ontwikkeling beperkt en het bevorderen van zelfredzaamheid.<sup>61, 62</sup>

In de gemeenten bestaan niet alleen gemeenschappelijke waarden, maar ook werkwijzen of richtlijnen. In gemeente D wordt bijvoorbeeld heel sterk ingezet op een integrale aanpak van de problematiek, daar worden met behulp van een opgezette vragenlijst zo'n 13 levensgebieden in kaart gebracht bij de vraagverheldering en het jeugdteam in gemeente A richt zich inhoudelijk sterk op opvoedvragen en daaraan gerelateerde issues. Verder hebben veel professionals echter redelijk veel vrijheid in hun benadering van de cliënten en hebben zij weinig voorschriften met betrekking tot de afwegingen die zij moeten nemen. Interessant genoeg valt ook bij de analyse van het vignet met Daan op de POHs in gemeente C een soortgelijke opvatting hebben over hun taak en de benadering daarvan. Concreet houdt dat in hoe zij omgaan met problematiek die hoofdzakelijk op school speelt. Zij geven beiden aan de scholen hiervoor verantwoordelijk te zien.<sup>63</sup>

Deze overeenkomsten in waarden, begrip en doelen binnen de organisaties kunnen onder andere ontstaan door de socialisatie binnen de teams. Bij de jeugdteams en ook de POHs in gemeente C vindt namelijk regelmatige terugkoppeling en bespreking in teams plaats.<sup>64</sup> Bij het overleg in de jeugdteams worden de afwegingen besproken en input van de collega's met verschillende achtergronden verzameld. De jeugdteamprofessionals geven aan dat daarmee tunnelvisie kan worden voorkomen.<sup>65</sup> De gevolgen van de invloed van de organisatie op de afwegingen van de professionals lijken duidelijk. Binnen de teams kan een visie over de doelen, waarden of aanpak van het werk gedeeld worden. Daarmee kan meer eenheid tussen de benaderingen van individuele professionals ontstaan. Tegelijkertijd kan door onderling overleg een genuanceerdere benadering van een problematiek ontstaan.<sup>66</sup>

---

<sup>61</sup> De jeugdteammedewerker AJ1 geeft aan: "Ja heel veel beroep doen op hun eigen netwerk en zo, dat dat proberen we wel na te leven, maar dat vind ik zelf ook belangrijk, weet je, want dan is dan ook wel, je wilt een gezin zo helpen dat het uiteindelijk zonder hulp verder [...] [kan] en een gezin wil eigenlijk ook het liefst zonder hulp." en "Uiteindelijk heeft het dan toch een positief effect door het wel bespreekbaar te maken of de zorgen te uiten, want we kunnen wel allemaal individueel gaan helpen, maar als ze dan toch steeds weer terug gaan naar die klas waar het een zootje is en waar eigenlijk de kinderen geen vertrouwen meer hebben in de juf, ja dan is het een beetje dweilen met de kraan open."

<sup>62</sup> De doelen die de organisatie zelf heeft opgezet werden in dit onderzoek alleen middels de interviews met de professionals onderzocht. Idealiter zou hiervoor nog meer data uit andere bronnen zoals beleidsdocumenten zijn verzameld. In verband met de omvang van dit onderzoek was het echter niet mogelijk deze informatie te verwerken.

<sup>63</sup> CP2 bijvoorbeeld geeft aan: "Ik zou in dit geval deze ouders weer terug sturen naar school omdat daar eigenlijk de problemen of de de handelingsverlegenheid ligt. En er zijn ook al lijntjes, daar is al een schoolpsycholoog ingeschakeld, dus die zou ook meer moeten kunnen inschatten wat daar nodig is voor deze Daan. [...] Dus dan zou ik eigenlijk die hele huisarts daar niet bij willen betrekken."

<sup>64</sup> CP2 beschrijft dit als volgt: "Weet je soms ga je samen sparren over een casus, dat je iemand belt van een organisatie of een van de andere POH-jeugd, want alle POH-jeugd in [deze gemeente] die werken allemaal bij een moederorganisatie en dat is ook weer onderdeel van mijn netwerk, dus weet je, je kan met elkaar sparren over een casus van nou zou dit daarheen kunnen of zou dit daarheen kunnen."

<sup>65</sup> Jeugdteammedewerker BJ2 geeft over het maken van afwegingen over een mogelijke verwijzing bijvoorbeeld aan: "Wat voor mij het meest belangrijk is is daarin samenwerking zoeken met anderen. Je maakt nooit zo'n beslissing doe je nooit alleen. Ook niet bij het [team], ja, dus ook zou ik vrij snel kunnen zeggen het wordt dit of dit, maar ook daarin overleg je even kort, van [...] denk even met me mee, zet ik het op de juiste richting uit. Dat doe je continu, je hebt continu mensen om je heen nodig, dus ook zeker als je lang betrokken bent in een gezin, je natuurlijk hartstikke veel blinde vlekken hebt of tunnelvisie of wat dan ook, je bent ergens naartoe aan het werken en het is heel belangrijk om dat continu af te stemmen met anderen."

<sup>66</sup> Dat beschrijft bijvoorbeeld Jeugdteammedewerker DJ1 na het bespreken van de vignetten: "En het kan natuurlijk zijn inderdaad als je dit soort casussen met iemand anders bespreekt, dat iedereen daar een andere visie over heeft, dus daarom vind ik zelf altijd wel heel fijn ook, ik heb regelmatig gesprekken met min

## ***Financiële middelen***

Het derde organisatorische aspect die in dit onderzoek werd meegenomen zijn de voor de professionals beschikbare financiële middelen. Uit de interviews bleek dat dit aspect voor geen van de geïnterviewde professionals een grote rol speelde bij de afwegingen die zij maakten over de begeleiding of hulp voor gezinnen. Gevraagd naar de belangrijkste overwegingen en bij het behandelen van de cases werd het in ieder geval nooit spontaan genoemd. Een aantal jeugdprofessionals gaf aan dat burgers dat weliswaar zo konden ervaren, maar dat zij steeds moeten uitleggen dat de financiële middelen voor hun beslissing over de juiste hulp geen rol spelen.<sup>67</sup>

Waar de professionals wel tegen aanliepen in verband met de financiële middelen is de bereikbaarheid van de hulp of ondersteuning. Daarmee worden onder andere de wachtlijsten van hulpverleningsorganisaties bedoeld. Meerdere professionals van de jeugdteams beschrijven in hun werk weleens een verwijzing naar een passende verwijzer organiseren, maar deze organisatie op het laatste moment aangeeft toch niet beschikbaar te zijn omdat beschikbare middelen zijn opgebruikt of alle plekken bezet zijn. Hierop wordt nader ingegaan onder 5.2.4 Andere opvallende aspecten.

Daarnaast geven de jeugdteamprofessionals in (vooral) gemeente B, maar ook in andere gemeenten aan dat zij het aanvragen van een pgb (persoonsgebonden budget) als belemmering van hun werk ervaren. Zij geven aan dat de procedure die hiervoor is ingericht, voor veel mensen te lang duurt, niet begrijpelijk is en daarmee de vertrouwensrelatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener kan verstoren. Daarnaast kan het proces lang duren waardoor de hulpvragers af kunnen haken, ook al hebben zij de hulp eigenlijk nodig. De professionals ervaren dit als frustrerend omdat de keuzevrijheid (in het soort jeugdhulp) voor ouders weliswaar in de Jeugdwet staat maar in de praktijk erg moeilijk wordt gemaakt.<sup>68</sup>

---

gedragswetenschapper en we hebben natuurlijk wel casusbespreking in het team en daarmee merk je gewoon soms wel visieverschil en dat vind ik wel heel mooi om het met elkaar daarover te hebben.”

<sup>67</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft aan: “Ik denk dat het ook te maken heeft met hoe jezelf binnen komt, hoor, van verwachtingen duidelijk maken [...] Ik ben hier om samen met jullie te kijken wat is er aan de hand en wat is er nodig, ik moet altijd, ja weet je het gaat mij niet om het geld, wat er nodig is er nodig, maar ik ga niet zo maar wat inzetten. Dus, en dat vinden mensen heel fijn om te horen, ook zo van ‘oh daar wordt niet eerst gekeken in de portemonnee of daar geld voor is’.”

<sup>68</sup> Dat komt bijvoorbeeld in het interview met jeugdteammedewerker BJ2 aan bod: “Zorg in natura mag ik samen met de ouders afstemmen [...] maar bij een persoonsgebonden budget, [...] daar gaat de gemeente ook iets van de inhoud vinden, [...] dat vind ik wel echt lastig. Kan ik ook niet altijd uitleggen aan ouders. Natuurlijk wel dat het zo is, maar waarom. [...] Keuzevrijheid is gewoon het recht wat de ouder heeft, als dan met keuzevrijheid wel betekent van, maar dan krijg je nog een stukje zorg, maar dan krijg je een eigen bijdrage en als je via de zorg in natura erin komt, niet, dat is toch raar. [...] Soms zit ik echt te puzzelen met [iemand; zij noemt hier het voorbeeld van een cliënt]. Maar nou je wil niet weten hoe ingewikkeld dat is, uiteindelijk doet de zorgverzekeraar, die gaat dat regelen, maar daar heeft ze weer een flinke eigen bijdrage [...] Dat kan daarvoor zorgen dat hij een keuze maakt om die behandeling niet te doen, dat vind ik echt ernstig. Ja. Dan vind ik geld echt gewoon zo jammer dat dat soms een argument kan zijn om iets wel of niet te doen. Dat zou eigenlijk zo niet niet mogen.” In de praktijk kan dat als volgt uitwerken, geeft deze jeugdteammedewerker (BJ2) aan: “Nou deze moeder heeft een intelligentie van onder de 60, daar moet je -oneerbiedig gezegd- in Jip-en Janneketaal gaan uitleggen dat moeilijke overleg dat we daar heen moeten, daar mag de moeder niet mee naartoe, maar ik moet het heel zorgvuldig op papier gaan zetten en zij moet tekenen, met haar achterdocht en haar wantrouwen in alles. Zij moet dus iets tekenen wat ze eigenlijk zelf niet kan lezen. Hoe moet ik haar dan meenemen in dat wij met elkaar bedacht hebben dat er een overleg moet zijn om ervoor te zorgen dat zij gaat krijgen wat we [hebben bedacht], [...] je hebt zo veel tijdsvertraging, [...] dat zij al drie keer heeft gezegd, laat maar zitten, dat hoeft allemaal niet, dat vind ik echt heel vervelend. En zo werkt het. Dat is de praktijk. En het heeft natuurlijk uiteindelijk met financiën te maken.”

### *Invloed van de organisatorische factoren op de afwegingen van de professionals*

Hieronder wordt de invloed van de organisatorische factoren op de afwegingen van de professionals kort samengevat. Daarbij gaat het om de drie factoren: organisatie van het werk (in werkplek en tijdsbestek), de strategische positie binnen de organisatie en de financiële middelen.

De werkplek van de professionals beïnvloedt de afwegingen van de professionals als volgt: De huisartsenpraktijk waar huisartsen en vaak ook de POH-jeugdmedewerkers hun gesprekken houden, zorgt ervoor dat veel patiënten zich vertrouwd voelen en zich voor de professionals openstellen. De professionals krijgen dan sneller de relevante informatie over de problemen van de jongeren en hun context. Jeugdteammedewerkers spreken graag bij de gezinnen thuis af, met eigenlijk hetzelfde gevolg: zij kunnen daar snel meer ervaren over de context van een gezin en de problematiek die daar speelt.

Met betrekking tot het tijdsbestek blijkt vooral dat huisartsen vaak veel minder tijd hebben dan jeugdteammedewerkers, ook al nemen zij voor jeugdhulpvraagstukken vaak meer tijd dan voor andere afspraken. Enerzijds hebben huisartsen daarbij minder tijd nodig, doordat vaak bestaande vertrouwensrelaties met de patiënten en in het verleden opgedane kennis over hen en hun context. Anderzijds hebben huisartsen dan weer te weinig tijd voor het leggen van contacten met andere betrokkenen (zoals school) of het uitdiepen van de vraag. Op dit punt kan wederom de POH-jeugd de huisartsen aanvullen, omdat zij meer tijd hebben om (ook met andere betrokkenen) de problematiek en de context van de patiënten in kaart te brengen. Daarnaast kunnen zij de gezinnen of jongeren kortdurend begeleiden en op deze manier kinderen opvangen voor die de huisarts niet genoeg tijd heeft, maar die niet te lijden hebben onder zware problematiek. Jeugdteammedewerkers hebben doorgaans meer tijd voor individuele gezinnen dan huisartsen. Zij kunnen daardoor betere afwegingen maken over de problematiek en de context van de cliënten en de hulpverlening daaraan koppelen. Zij geven echter ook aan dat het analyseren en inschakelen van het netwerk van een gezin vaak zeer veel tijd kost.

De professionals verschillen ook van elkaar in de strategische positie die zij in een organisatie innemen. Huisartsen zijn minder sterk ingebed in organisaties, en daarmee autonomer dan jeugdteammedewerkers. Op basis van dit onderzoek is niet te verwachten dat hun afwegingen door de strategische positie in de organisatie gestuurd worden. Jeugdteammedewerkers daarentegen delen binnen hun teams vaak opvattingen over doelen en waarden van hun werk. Daarnaast worden zij vaker door richtlijnen en in de organisatie vastgelegde werkwijzen gestuurd. Deze werkwijzen kunnen de afwegingen van professionals sturen door bijvoorbeeld de hoeveelheid aandacht die aan het in kaart brengen van de context wordt besteed. Daarnaast kunnen de in de organisatie gedeelde interpretatie van waarden of voornaamste doelen invloed hebben op de afwegingen die de professionals nemen, wanneer bijvoorbeeld meerdere waarden met elkaar op gespannen voet staan.

De factor financiële middelen blijkt weinig invloed te hebben op de afwegingen van professionals. De verdeling van middelen speelt vooral een rol bij de beschikbaarheid van andere hulpverleners. De professionals moeten hier uiteraard rekening mee houden, en geven aan dat het hen tijd kost, maar nemen de in de gemeente financiële middelen doorgaans niet mee in hun beslissingen over de verwijzing van een jongere of gezin.

#### **5.2.3 Cliënt-gerelateerd**

De invloed van de patiënt of cliënt op de afwegingen van de professionals heeft, met betrekking tot de verschillen tussen de professionals, vooral te maken met de houding van de hulpvrager ten opzichte van de hulpverlener. Uit dit onderzoek blijkt dat de professionals inderdaad ervaren verschillend benaderd te worden. Over het algemeen geven huisartsen aan met veel vertrouwen benaderd te worden en de indruk te hebben dat mensen de toegang tot hen als laagdrempelig ervaren.<sup>69</sup> Zoals

---

<sup>69</sup> Huisarts AH2 geeft bijvoorbeeld aan dan veel mensen ook met niet-medische klachten de huisarts willen spreken: "Mensen zoeken tegenwoordig hun heil, ja de dominee en dat soort personen is eigenlijk allemaal uit de maatschappij voor de meeste mensen wegegefallen, dus ja ze komen veel voor raad en daad bij de huisarts. En ze



boven beschreven ervaren ook POHs deze houding van patiënten. De manier waarop jeugdteammedewerkers benaderd worden door cliënten wijkt daarvan enigszins af. Daarbij kunnen uiteraard ook verschillen tussen de gemeenten een rol spelen. De jeugdteammedewerkers in gemeente D bijvoorbeeld geven aan dat de organisatie een aantal jaar geleden een erg slechte naam had, waardoor mensen minder open waren ten opzichte van hen en het moeilijker was of langer duurde de problematiek goed in kaart te krijgen en samen te kunnen werken aan een oplossing. Ook medewerkers in andere gemeente geven aan dat cliënten deels angstig aan het hulpproces beginnen omdat zij zich erg kwetsbaar voelen en het jeugdteam associëren met *Bureau Jeugdzorg*.<sup>70</sup> Daarbij hebben zij bijvoorbeeld angsten om hun kinderen kwijt te raken. Het kost de jeugdteammedewerkers dan veel tijd om het vertrouwen te winnen van de cliënten.<sup>71</sup> Dit verklaart ook waarom de waarden die voor de professionals belangrijk zijn veelal gaan om de omgang en benadering van de patiënten en cliënten.

“Als je naast die mensen gaat staan en ja dan kan het gewoon, ja heel leuk zijn. Ja. Maar ze moeten wel het gevoel hebben dat ze geholpen worden en niet dat ik kom vertellen wat ze moeten doen. Dat laten ze dan wel gebeuren denk ik.” (BJ1) beschrijft een jeugdteammedewerker.

De houding van hulpvragers ten opzichte van de hulpverlener wordt beïnvloed door eerdere ervaringen met de organisatie. Zo geeft een hulpverlener (POH) aan na goede ervaringen ook broertjes of zusjes te zien of dat bepaalde groepen in de samenleving vaker komen nadat een aantal van bij de groep horende mensen goede ervaringen hebben gehad.<sup>72</sup> Bij een gemeente kan dit ook bij ervaringen met andere domeinen, zoals met de Wmo, spelen. Maar niet alleen de ervaringen spelen een rol, ook de verwachtingen die de hulpvragers van de hulpverleners hebben. Na de verandering in waarden in het jeugdbeleid is ook bij de burgers een cultuuromslag nodig, geeft een jeugdteammedewerker aan.<sup>73</sup>

De invloed die de houding van de hulpvragers ten opzichte van de professionals heeft op de afwegingen die de professionals kunnen maken is dat de informatie over de problemen en de context bij een negatieve houding ten eerste minder snel en ten tweede niet volledig kunnen worden gegeven.<sup>74</sup>

---

komen ook wel voor dat soort dingen, dus dan zie je dat je velerlei vragen krijgt van mensen die ja ook met kinderen zitten en dat kan zeer zeer uiteen lopen het zijn natuurlijk de gewone standaard medische problemen, maar ook als dingen op school niet lopen, als dingen in het huwelijk niet lopen als er schuldproblemen zijn, als er gedragsproblemen zijn, ja dan probeer je daar oplossingen voor te vinden.”

<sup>70</sup> Jeugdteammedewerker AJ2 geeft aan: “Daarbij zijn ouders soms ook wel angstig. Ja het gaat toch om hun kinderen en zeker vroeger toen [er] Bureau Jeugdzorg was, was het natuurlijk echt ook dat mensen heel erg bang waren dat hun kinderen uit huis werden gehaald, en die angst merk ik nu ook nog wel ook bij dit werk, het gaat toch om kinderen, daar zijn mensen heel kwetsbaar.”

<sup>71</sup> Jeugdteammedewerker BJ2 beschrijft: “Ik heb bijvoorbeeld een casus waar ik lang bij betrokken ben, [...] [deze moeder] heeft ook heel veel meegemaakt [...] rond haar gezin in haar jeugd. [...] Dus ik moet heel erg letten op wat zeg je en hoe zeg je dat, wat mag wel en wat mag niet, in begin helemaal, nu [...] heb ik een relatie met haar opgebouwd, waardoor ik mag zeggen, van ‘goh dat vind je echt lastig hé als ik dat zo zeg’ [...] ja dan is communicatie echt met een hoofdletter C en moet je echt continu opletten en erover nadenken.”

<sup>72</sup> POH-jeugd CP1 vertelt: “CP1: “Ja, ze komen terug. Broertjes, zusjes. Dat gebeurt wel. Ja. Als ze goede ervaringen hebben. Ja slechte ervaringen zie je vaak niet terug, dus goede ervaringen zie je vaak wel terug. Daarin merk je wel dat ik dan het zusje van of het broertje van krijg.”

<sup>73</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 geeft aan: “Daar is nog wel een kanteling [...] bij de cliënt zelf, want je merkt dat die doen heel vaak lastig. Wat ik net straks al zij, ‘ja ik kan toch niet een beroep doen op’, en ‘ja, hoezo’, terwijl wij werken hier in [deze gemeente] heel veel met ‘ik wil, ik kan, ik geef’ [...] Dat is wel heel mooi, want dan kun je kijken van ja, hoe kun je daar een stukje verbinding zoeken met buurtgenoten of met familie of met ja, dus eigenlijk een beetje terug naar vroeger, hoe het vroeger was dus voor elkaar zorgen. Ja ja, ik denk niet dat dat Nederland daar al helemaal klaar voor is de draai, de nieuwe cultuur, de nieuwe en daar daar zit nog een forse transformatie te halen.”

<sup>74</sup> Twee citaten uit het interview met jeugdteammedewerker BJ2 illustreren dit: “Vaak is er al heel veel geprobeerd, heeft allemaal niet gewerkt, hebben ze negatieve ervaringen opgedaan waardoor je heel erg lang bezig bent ook met vertrouwen en meer die relatie aan te gaan. Waardoor je hele kleine stapjes kan zetten.”, “Maar ik

Over het algemeen geven de professionals aan hoe meer vertrouwen de patiënten of cliënten hebben in de hulpverlener hoe makkelijker en beter zij hun afwegingen kunnen maken en passende hulp bieden. Missende kennis kan als gevolg hebben dat de oorzaak van de problematiek niet goed kan worden gedefinieerd en daarmee niet de passende of meest effectieve hulp kan worden gekozen.

Een huisarts verwoordt de mogelijkheden die hij door zijn positie heeft bij het maken van afwegingen door de manier waarop patiënten hem waarnemen als volgt:

“Dan kun je als huisarts behoorlijk wat maken. Dus je kunt behoorlijk ver gaan daarin, in ieder geval de goede kritische vragen te stellen, zonder dat mensen boos worden of dat ze zeggen waar bemoei jij je mee en dat maakt het principe, en dat heeft gewoon met positie te maken, dat heeft niets met de persoon te maken, de huisarts heeft in Nederland nou eenmaal een hoog vertrouwen. Als beroepsgroep. Ik denk toch lekker, dat kun je dan op dat soort momenten, dan komt het erop aan en dan is het wel heel handig dat je een gezin kent.” (DH1).

Jeugdteammedewerker DJ2 beschrijft de houding van de cliënten ten opzichte van haar organisatie daarentegen anders. Zij geeft aan de organisatie nu positiever dan vroeger wordt benaderd.

“Dat is langere tijd niet zo geweest, ben ik eerlijk in, ja een wijkteam is een dat was er ineens en dat moet natuurlijk ontwikkelen en groeien en ja, tot wat het nu is. We hebben heel veel bijvoorbeeld inhuurkrachten gehad en mensen die komen en mensen die gaan, hoge werkdruk, mensen die uitvallen, dus daarin hebben mensen en gezinnen best wel veel wisselingen gehad bijvoorbeeld en als je dan zeg maar voorheen naar de bureaudienst van het maatschappelijk werk ging, dat was er elke week op een bepaalde tijd, daar kon je gewoon binnenlopen met je vraag, dus de drempel is hoger, dus dat, ja dat was wel ingewikkeld.” (DJ2).

Samengenomen kan worden gesteld dat de professionals vaak inderdaad verschillend benaderd worden door de patiënten of cliënten. Daarbij bestaan enerzijds verschillen tussen de beroepsgroepen *an sich* en verschillen tussen de individuele relatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Huisartsen zijn een lang bestaande institutie en worden als beroepsgroep gekenmerkt door het hebben van een vertrouwensrelatie met hun patiënten. Jeugdteams zijn nieuwer, hebben andere reputatie die ook lokaal kan verschillen. Daarnaast kunnen met hen gevoelens ten opzichte van de gemeente en het gemeentelijke beleid (in brede zin) worden verbonden, waarbij huisartsen een politiek neutraler image hebben. De zicht van hulpvragers op professionals kan inderdaad bepalend zijn voor de afwegingen en beslissingen die de professionals kunnen nemen. De openheid en het vertrouwen dat burgers in de professional hebben blijken erg belangrijk te zijn.

## 5.2.4 Andere opvallende aspecten

### *Beschikbaarheid van ondersteuning*

In de interviews bleek dat dit aspect bijzonder veel invloed heeft op de verwijs- of behandelbeslissingen van de professionals. Met de beschikbaarheid van hulp wordt bedoeld dat de hulpverleners in de eerste en tweede lijn kinderen of gezinnen kunnen behandelen zodra deze het nodig hebben. Bij de tweede lijn, zo gaven veel professionals aan, is dat bijzonder problematisch. Door de tekorten in het jeugdhulpbudget, de door de gemeenten ingekochte zorg en de opnamemogelijkheden van jeugdhulpaanbieders ontstaan lange wachtlijsten.<sup>75</sup> Hierdoor kunnen

---

heb ook wel eens een moeder gehad, dat zij zei ik heb echt moeite met de opvoeding, had vier kinderen, met dit kind. [...] Ga je het daarover hebben, weer terug, serieus, vier kinderen, er was altijd altijd er een soort rookgordijn die werd opgeworpen. Soms doen klanten dat natuurlijk ook, niet expres maar heeft het ook een functie dat je niet duidelijk krijgt, ehm, wat er nou precies speelt, of dat ze niet kunnen zien, zelf niet, dat het inzicht ontbreekt of omdat het te moeilijk is om bij te komen, dat ze meer tijd voor nodig hebben, of dat het inzicht, je noemt het dan de intelligentie, de capaciteiten niet hebben. Ja dus, het kan heel veel, je moet daar echt de tijd voor hebben.”

<sup>75</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 beschrijft bijvoorbeeld: “Bij sommige instanties zijn de budgetten nu al op. Het is nou mei. Dus daar krijgen we, ja nou we kunnen geen beroep meer doen op bijvoorbeeld [een zorgaanbieder] [...] Ja, dan ga je kijken van nou wat kan er dan nog wel? Maar dat is wel lastig, ik vind het wel lastig, [...] vanaf januari kan je daar weer voor aanmelden, nou dat duurt veel te lang. Dus je gaat kijken van zijn er nog andere mogelijkheden? En als die er niet zijn ja, dan moet je wachten tot januari.”

kinderen soms pas vier tot zes maanden na hun verwijzing bij de tweedelijns aanbieder terecht. Veel professionals geven aan hier rekening mee te houden, door het eigen traject te verlengen.<sup>76</sup> De kinderen worden dan alsnog verwezen, maar moeten ondertussen opgevangen worden. Vaak begeleiden jeugdteams deze gezinnen totdat zij bij de nieuwe aanbieder terecht kunnen. Ook bij duidelijke veiligheidsproblematiek kan de beschikbaarheid van hulp problematisch zijn en bestaan er lange wachttijden.<sup>77,78</sup>

Beschikbaarheid van ondersteuning speelt ook in de eerste lijn een rol. Een aantal van de onderzochte jeugdteams (in gemeenten A en B) hebben zelf een wachtlijst. De jeugdteammedewerkers in deze gemeenten gaven aan jongeren of gezinnen daarom deels eerst naar de huisarts of de praktijkondersteuner te sturen zodat de gezinnen meteen al enige vorm van begeleiding kunnen krijgen.<sup>79</sup> Daarnaast gaven ook de huisartsen in gemeente B aan in hun beslissingen rekening te houden met deze wachttijden bij het jeugdteam. Beide daar gesproken huisartsen gaven aan sneller naar bijvoorbeeld een psycholoog te verwijzen wanneer het jeugdteam een wachttijd heeft.<sup>80</sup> Ook een POH-jeugd uit gemeente C en een jeugdteammedewerker uit gemeente D gaven aan deels sneller te moeten verwijzen dan zij zouden willen om genoeg ruimte te hebben voor nieuwe patiënten of cliënten.<sup>81</sup> In die gevallen hebben de professionals het idee de casus inhoudelijk nog te kunnen behandelen, maar er simpelweg geen tijd voor te hebben. Voor huisartsen geldt (zoals eerder bij de invloed van tijd beschreven) hetzelfde. Contact met scholen of uitgebreidere gesprekken om de problemen van de gezinnen in kaart te brengen zouden ze weliswaar willen doen, maar ze zien er geen mogelijkheden voor – onder andere daarom zij zijn blij met de komst van de POH-jeugd.<sup>82</sup>

---

<sup>76</sup> Als reactie op het vignet van Daan gaf huisarts BH1 bijvoorbeeld aan: “Dus dat zou ik wel verder uitdiepen en dan onderzoek laten doen. En dat kan ik hier in eigen beheer niet doen, dus dat loopt - ja, officieel loopt dat ook via het [jeugdteam] maar dat is meestal ook alleen maar vertragend en die kinderpsycholoog, die werkt meestal in een bureau waar ze ook die onderzoeken doen en waar ze ook kijken naar de intelligentie van die jongen en naar zijn vaardigheden.”

<sup>77</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 beschrijft: “Als het onveilig blijft, dan moet je daar wel sneller in, maar ook dan is het lastig. Bijvoorbeeld bij de jeugdbescherming is nu ook een lange wachtlijst. Ik heb een gezin daar was vanuit september een melding bij de Raad van de Kinderbescherming en [...] dat heeft de rechter toen besloten [een ondertoezichtstelling in te zetten], maar die staan dan nu al maanden op de wachtlijst om echt een jeugdbeschermer voor zichzelf te krijgen die ook acties gaat ondernemen. En dat is natuurlijk, weet je, het is voornamelijk de wachtlijsten die het wel heel lastig maken. Overal.”

<sup>78</sup> Ook uit de analyse van de verkennende secundaire dataanalyse blijkt dat patiënten en zorgverleners de wachtlijsten voor het vinden van passende hulp als problematisch ervaren. De respondenten geven aan een verergering van de klachten of problematiek waar te nemen door de wachtlijsten, te ervaren dat ook jongeren met ernstige problemen lang moeten wachten en te merken dat gezinnen pas op het laatste moment, wanneer ‘de situatie nijpend is’ aan de bel trekken voor hulp.

<sup>79</sup> Dat wordt bijvoorbeeld duidelijk uit het gesprek met jeugdteammedewerker AJ1: “Dan gaan we kijken nou, is dit een zaak die op de wachtlijst [van het jeugdteam] komt of is het een zaak die met spoed opgepakt moet worden? [...] Maar zouden we wel kijken of er voor de tussenliggende periode andere hulpverlening ingezet zou kunnen worden. Wij hebben de luxe dat de huisartsen die hebben ook ondersteuners dat zijn mensen met een psychologische achtergrond, en zij kunnen ook meekijken. [...] Dat voor de tussenliggende periode totdat ze aan de beurt zijn voor ons en dan gaan we eigenlijk starten met een vraagverheldering en een uitgebreide kennismaking en dan gaan we kijken welke hulpvraag ze hebben.”

<sup>80</sup> Zo reageert bijvoorbeeld huisarts BH2 als volgt op de casus van Tess: “Dit vind ik een casus voor [het jeugdteam]. Maar het hangt af van de reactie van de ouders en de wachttijden of ik haar toch niet naar psycholoog verwijs.”

<sup>81</sup> Een jeugdteammedewerker uit gemeente D vertelt over een voorgelegd vignet: “Ik vind hem leuk, ik vind het interessant, (lacht). Ja mijn handen beginnen dan altijd te jeuken, maar dan gaat mijn agenda vaak steigeren en ik vind dat wel eens jammer, ik zou meer willen dat zij die ruimte wel ... Ja wij hebben eerlijk gezegd de ruimte hoor, vijf tot tien gesprekken, alleen agenda-technisch kom je er dan niet altijd even goed uit.” (DJ1)

<sup>82</sup> Huisarts CH1 geeft aan: “In het begin belde ik nog weleens met een onderwijzer. Maar ja opgegeven moment was dat natuurlijk ook zo dat [...] Ik had er geen tijd meer voor.”

### *Relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener*

Bijzonder opvallend bij het analyseren van de interviews en de vignetten is dat de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener voor de professionals centraal staat. Bij het belang dat de professionals daaraan hechten zijn geen verschillen tussen de beroepsgroepen te vinden. Zij hebben vaak het doel snel een goede relatie met de cliënt of patiënt op te bouwen of wanneer deze al bestaat de relatie te verbeteren of het wederzijdse vertrouwen te intensiveren. Veel waarden die professionals als relevant zien in hun werk hebben dan ook betrekking op het contact en de relatie met de hulpvragers. Daarbij gaat het onder andere om respect, openheid, gelijkwaardigheid, betrouwbaarheid, eerlijkheid, transparantie en een niet-oordelende benadering. Professionals willen dan luisteren, meedenken en samenwerken met de cliënten of patiënten.<sup>83</sup>

De reden hiervoor is enerzijds dat de context van hun werk de vrijwillige jeugdhulpverlening is – het gaat dus over het helpen van mensen die op elk moment zelf kunnen beslissen daarmee te stoppen, zonder dat er gevolgen aan zitten (tenzij de professionals de veiligheid van de jongere in gevaar zien). Een jeugdteammedewerker geeft dan ook aan dat het lastig kan zijn wanneer zij gezinnen krijgen die net uit een crisissituatie komen, die enigszins onder controle is, maar waar nog veel structurele aspecten moeten worden aangepast. Daarbij kan het gebeuren dat de gezinsleden zich ineens afsluiten voor hulpverlening en de professionals geen mogelijkheid hebben hier nader op in te gaan.<sup>84</sup> Professionals kunnen hun werk immers amper of alleen met veel moeilijkheden uitvoeren wanneer de burgers hun niet vertrouwen. Zij zijn bij het inschatten van de problematiek en de passende hulpverlening afhankelijk van de informatie die zij van de mensen krijgen.

De relatie tussen de patiënt en de huisarts heeft een bijzonder kenmerk volgens de deelnemers aan het onderzoek. Huisartsen kunnen door de langdurige relatie met hun patiënten een soort ‘waakhondfunctie’ (CH1) in. Dat betekent dat zij zich verantwoordelijk voelen voor hun patiënten. Zij willen dan weten wat er met hen gebeurt bij een hulpverlener en hoe die te werk gaat. Huisartsen willen niet naar een ‘black hole’ (BH1) verwijzen, maar zeker zijn dat ‘hun’ patiënt in goede handen is en hebben daardoor de voorkeur de zorgverleners waar zij mensen naartoe verwijzen te kennen.<sup>85</sup> Daarnaast ontstaat hun voorkeur voor zorgaanbieders die zij kennen door hun waarneming van de

---

<sup>83</sup> Dat wordt onder andere bij de reacties op het vignet van Tess duidelijk. Veel professionals reageerden in de relationele benadering net zoals jeugdteammedewerker BJ2: “Wat ik heel belangrijk zou vinden is om moeder te bevestigen dat ik het heel knap vind, prettig vind dat wij mee mogen denken in haar situatie, omdat ik ook wel lees dat ze die stap heel spannend vindt -vinden heel veel ouders overigens- en ik merk dat de bevestiging geven, erkenning geven voor het probleem, dat dat in ieder geval een hele belangrijke is.”

<sup>84</sup> Jeugdteammedewerker AJ2 beschrijft: “Ze worden aangemeld door het crisis- en interventieteam, dus er is een crisis geweest en er is ook hulp op geweest kortdurend en dan geven ze eigenlijk aan: het moet nog wel verstevigd moet worden, dus wij sluiten af, maar het wijkteam moet het overnemen. Daar zit dan vaak tijd tussen, soms maar hele korte tijd, maar toch is dat tijd waarin je geen warme overdracht hebt, zeg maar, waarin je opnieuw moet kennis maken en als het dan de crisis eraf is, dan sluit soms dat netwerk zich weer, dan geven ze eigenlijk aan van nou het is nu geen noodzaak, dus we hebben eigenlijk geen hulp meer nodig, terwijl je weet nou er zijn grote zorgen geweest, er is een crisis geweest, ze hebben wel dingen ook geleerd en opgepakt, dus dan is het heel lastig om nou te weten van is het nou ook voldoende geweest, is het nou ook echt daadwerkelijk niet meer nodig, want het kind is niet voor niets aan ons over gedragen, of ja, willen ze niet om welke reden dan ook. En dat gaat bijvoorbeeld ook over drankgebruik van ouders, ja, en daar kom je dan niet meer bij, dus ja. Daar is het wel echt lastig.”

<sup>85</sup> Huisarts AH2 vertelt bijvoorbeeld: “Het komt ook weleens een keer voor dat je bijvoorbeeld een kind hebt wat dan gedragsproblemen heeft en dan ga je vermoeden dat er misschien toch een bepaalde vorm van zwakbegaafdheid in het spel is. Dat is niet altijd al heel makkelijk duidelijk, hé, dat is soms iets wat pas in de loop van jaren naar naar voren gaat komen, maar dan probeer ik bijvoorbeeld een arts verstandelijk-gehandicapten te bellen om te vragen [...] of die dan een keer naar dat kind wil kijken en ik weet dat er dan aandacht aan gegeven wordt en dan heb ik het idee dat loopt prettiger dan dat ik het naar een of ander bureautje toe stuur, waar dan een heel arsenaal aan onderzoek gedaan wordt. Kijk, ik heb liever ook dat iemand met verstand er dan heel goed naar kijkt dan dat ik een hele hoop resultaat heb en ik kan er dan verder toch niet zo veel mee.”

zorgaanbieders. Zij zien veel commercieel belang van hulpverleners in het ‘versnipperde landschap van zorgaanbieders’ wat leidt tot zorg die naar hun idee niet altijd noodzakelijk of gerechtvaardigd is.<sup>86</sup>

### *Samenwerking met andere professionals*

Een ander aspect dat bijzonder duidelijk wordt uit de interviews met de professionals is de rol die samenwerking met externe partijen kan spelen bij de afwegingen van professionals. Dat betreft zowel de samenwerking in de eerste lijn, met de nulde lijn (zoals scholen) en met de tweede lijn.<sup>87</sup> Terwijl er veel moeite gedaan wordt om de samenwerking tussen professionals en instellingen die betrokken zijn bij de jeugdhulp wél van grond te krijgen, lukt dat niet altijd even goed. Met name huisartsen geven aan dat de ontbrekende samenwerking met scholen in de eerste lijn veel invloed op hun werk heeft omdat de informatie vaak niet goed wordt doorgegeven en de huisartsen als pure verwijzers ‘gebruikt worden’.<sup>88</sup> Ook jeugdteammedewerkers geven aan dat de samenwerking met de scholen niet altijd goed verloopt,<sup>89</sup> terwijl in veel jeugdteams extra de verbinding met school zoeken door bijvoorbeeld schoolmaatschappelijke werkers (zoals gemeente D), jeugdteammedewerkers als contactpersonen voor scholen (zoals in gemeente B) in te zetten of gezamenlijk overleg met scholen te organiseren (zoals in gemeente A). Dit helpt de huisartsen, maar toch zien de professionals bij de scholen nog een mogelijkheid voor de verbetering van het jeugdhulpsysteem, zoals huisarts DH1 beschrijft.<sup>90</sup>

De meeste professionals geven aan korte lijnen tussen de aanbieders wenselijk te achten omdat zij laagdrempelige en snelle samenwerking is als behulpzaam in hun werk ervaren. De samenwerking met specialistische jeugdhulpaanbieders in de tweede lijn worden door een groot deel van de professionals

---

<sup>86</sup> Huisarts CH5 vertelt bijvoorbeeld: “Een van de grootste problemen vind ik toch [...] de versnippering van de aanbieders, de marktwerking, daar gaat alles zo door elkaar, iedereen kan zich maar therapeut noemen en mensen moeten er nu voor betalen, maar het is vaak onduidelijk wat er nou precies gebeurt. Je hebt veel aanbieders die op elkaar lijken, en dan soms gaan ze ook weer samen of juist uit elkaar, dat maakt het voor mij wel lastig.”

<sup>87</sup> Ook uit de verkennende analyse van de secundaire data blijkt dat zorgverleners in de jeugdhulp graag meer samenwerking zouden ervaren. Zij geven aan te weinig verbinding tussen instellingen en professionals te zien. In het bijzondere wordt door een aantal huisartsen benoemd dat zij niet genoeg tijd beschikbaar hebben om voldoende te kunnen overleggen en samenwerken.

<sup>88</sup> Huisarts BH1 geeft bijvoorbeeld aan ‘nauwelijks zicht te hebben op wat er op scholen gebeurt’, huisarts CH1 vertelt: “Ervaring leert dat er veel onderwijzers en onderwijzend personeel bij de school zijn, [...] [die] heel snel geneigd [zijn] om bij problemen -of zogenaamde problemen- [...] naar ons te verwijzen, onder het motto ‘vraag maar een verwijzing naar de psycholoog’.” Huisarts CH2 geeft over de samenwerking met de scholen aan: “daar zit nu veel meer hulp, en wat ik zie dat de hulp op school vaak niet compleet is, in die zin dat ze dan toch bij mij komen voor een verwijzing en dat de overdracht van informatie van school naar huisarts dan abominabel is. Dan komen ouders wel met een verhaal van ik wil verwijzen en eigenlijk kan school ook verwijzen maar het gaat dan toch sneller via de huisarts, nou dat is iets waar wij natuurlijk helemaal niet blij mee zijn, we zitten er amper in en we moeten al iets en we hebben de informatie niet, helemaal niet efficiënt.”

<sup>89</sup> Bijvoorbeeld jeugdteammedewerker AJ1: “We merken wel vaak dat scholen al soort van hulpverleningstrajecten hebben uitgezet en de ouders al beloftes hebben gedaan van ‘dan moet die’ of ‘dan moet dat’ maar we hebben zelf ook best veel expertise, [...] [dus we kunnen] zelf nog wel wat handvaten geven.”

<sup>90</sup> Huisarts DH1 vertelt: “De ouders die komen en zeggen de school zegt, dit, dit, dit of dit is er aan de hand, kun je het verwijzen. Er is wel iets aan het veranderen want hier hebben ze nu schoolmaatschappelijke werkers ingezet en dat zijn welzijnswerkers die van de gemeente op de scholen zijn gezet ook om hierin mee te kijken en in mee te denken. Ik vind wel jammer tussen de eerste lijn en de scholen is nauwelijks of geen overleg. [...] Ik vind dat ingewikkeld en jammer, want daar zitten, dat is een vindplaats van een hoop ellende. Ik denk dat een goede juf en een goede meester nog meer weet van de gezinnen dan wat ik weet, want die zien alle kinderen. Leerplicht is een zegen, want dat betekent dat die mensen in ieder geval alle gezinnen een paar jaar kunnen begeleiden en volgen. Dus het kan niet anders dan dat die heel veel weten over ellende die achter de huisdeuren plaats vindt. Helaas horen wij daar nooit wat van.” Over de rol van de schoolmaatschappelijke werkers geeft hij aan “Nou die zijn wat meer bezig om te zorgen dat bijvoorbeeld die ADHD vragen niet meer op ons bordje komen, maar rechtstreeks op het bordje van de POH-jeugd, die dan de goede onderzoeken kan doen om te kijken: klopt dit en gaan we verwijzen of niet. Dus er is een soort filter ingebouwd die ons ontlast.”

als moeilijk ervaren. Daarbij spelen vooral slechte terugkoppeling, lange wachtlijsten en slechte informatie over de beschikbaarheid van hulpverleners een rol.<sup>91</sup> Dit kost veel professionals veel tijd. Daarnaast geven jeugdteammedewerkers ook aan dat hierdoor de relatie tussen de hulpverlener en de hulpvrager beschadigd kan worden.<sup>92</sup>

De frequentie en intensiteit van de samenwerking tussen huisartsen (en POHs) enerzijds en jeugdteams anderzijds verschilt sterk tussen de gemeenten. In gemeente A verloopt het contact vooral via de POH-jeugd, die zo nodig het jeugdteam inschakelt. Daarbij gaat het vooral om specifieke opvoedvragen geeft AP1 aan. In gemeente B is de samenwerking nauwer, vooral omdat er geen POH-jeugd bestaat. Daar bellen huisartsen regelmatig met het jeugdteam voor advies en de vraag of gezinnen bij het jeugdteam aan het juiste adres zitten. In gemeente C lijkt wederom amper samenwerking met het jeugdteam van de gemeente te bestaan. De lijnen van de huisartsen lopen hier via de POH-jeugd en dan eerder in richting van de wijkteams en schoolmaatschappelijk werk, wanneer het om de samenwerking in de gemeente gaat. In gemeente D uiteindelijk gaat de samenwerking tussen huisartsen en het jeugdteam ook voornamelijk via de POH-jeugd. De eerstelijns professionals lijken normaliter echter redelijk weinig contact met elkaar te hebben. Huisartsen geven daarbij aan dat de POH voor hen een belangrijke functie hierin vervuld, door meer contacten te kunnen leggen en onderhouden.<sup>93</sup> De invloed op de afwegingen van de professionals ontstaat hierbij daardoor dat de professionals minder goed afwegingen over de passende hulp kunnen nemen, dan wanneer de samenwerking hechter is.

### 5.2.5 Samenvatting van de beïnvloedende factoren

Bovenstaande analyse laat ten eerste zien dat de gebruikte afwegingscriteria tussen de professionals redelijk weinig verschillen, ten tweede dat de invulling van de factoren sterk verschillen tussen de professionals en daarmee ook hun afwegingen beïnvloeden.

Wat de professionele factoren betreft, hebben huisartsen een sterke professionele identiteit, veel kennis en over het algemeen langdurige, vertrouwensvolle relaties met hun patiënten. Dat geeft hen

---

<sup>91</sup> POH-jeugd CP1 geeft bijvoorbeeld aan: “Nou misschien is het ook nog wel goed om daarbij te voegen dat de communicatie terug van bijvoorbeeld de ja de jeugdhulp in de tweede lijn [...] niet altijd even optimaal is. Dat is natuurlijk lastig omdat dat privacygevoelige informatie soms is, maar wij krijgen niet, in sommige gevallen, niet eens te horen dat iemand uitbehandeld is. En ja, dat is toch wel ook wel een dingetje omdat wij dat dan ook daar in de duisternis tasten van wat er nu verder gebeurt in de hulp.”

<sup>92</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 geeft bijvoorbeeld aan: “Ik probeer ook wel heel goed als ze [een gezin] bijvoorbeeld ergens op een wachtlijst staan, dan altijd contact te houden met de organisatie, van nou hoe staat het ervoor. ‘Is er al meer bekend wanneer de hulp kan gaan starten’ of als het een gezin echt klem loopt van ‘ja zijn er nog andere mogelijkheden wat eerder zou kunnen starten’ en dat is wel soms lastig. Ook. Ja dat vind ik eigenlijk de lastigste dingen dat je soms zit een gezin zo in een crisis en dan kan er niet gelijk gestart worden en dan moet je toch wel daar achteraan blijven drammen om het toch voor elkaar te krijgen dat er dan eerder hulp kan gaan starten.”, Jeugdteammedewerker BJ1 vertelt: “Ik heb bijvoorbeeld contact gehad met een aanbieder voor ambulante begeleiding in de thuissituatie en je hebt eindelijk de ouders zo ver -want voordat zij inzien dat er echt iets moet veranderen, daar zit een heel proces aan vast- [...] en dan heb je met de ouders gekeken naar de aanbieders van waar voelen jullie het meeste voor, en dan heb je gekozen en vervolgens de aanbieder gebeld ‘ja we kunnen meteen beginnen binnen twee weken’. Dan weer terug naar de moeder, het aanmeldformulier ingevuld en dan kreeg ik gisteren een mailtje, ‘ja sorry, we hebben ons productieplafond bereikt, we kunnen geen nieuwe cliënten aannemen’. Dan begin je dus eigenlijk opnieuw met deze ouders, want ten eerste worden die heel boos - en terecht. En je kunt eigenlijk het hele proces weer opnieuw bewandelen. Want je hebt net die mensen zo ver dat ze openstaan voor hulp en dan ... ja. Daar kan ik me wel boos om maken, dan denk ik ja, dat moet niet kunnen. In de gezinnen waar wij werken moet dat niet kunnen.”

<sup>93</sup> Bijvoorbeeld huisarts CH3 beschrijft dit als volgt: “Ik bedoel het blijft altijd de toegangstijd, korte lijnen en de toegangstijd die kort is, ik denk dat dat essentieel is. [...] Ik vind de POH-jeugd in de praktijk essentieel omdat ik denk dat dat ervoor zorgt dat kinderen niet onnodig bij ingewikkelde gespecialiseerde centra komen die misschien wel veel kleinere schaal opgelost kunnen worden, dus er moet iemand zijn die goed op de hoogte is van de lijnen, er moet iemand zijn die contact heeft met meerdere instanties, die makkelijk de lijnen weet te bewandelen en te vinden.”

duidelijke waarden waaraan zij zich kunnen oriënteren en veel kennis over de context, en passende benadering van hun patiënten. Uit de analyse van de organisatorische factoren blijkt dat huisartsen een vrij autonome positie innemen, aan weinig organisatorische regelgeving gebonden zijn (al verschilt dat enigszins per gemeente (zie afspraken met de gemeente in gemeente B)). Hun werk is georganiseerd in korte afspraken in de huisartsenpraktijk, waardoor zij weinig tijd hebben om de inschattingen te maken. De houding van de patiënten ten opzichte van de huisartsen wordt over het algemeen als positief en vertrouwensvol waargenomen. Samengenomen valt op dat de factoren met elkaar interageren. Huisartsen hebben weliswaar minder tijd in de afspraken met hun patiënten, maar zij kennen deze goed, hebben vaak al veel informatie over de context van de problematiek en worden door de patiënten als autoriteits- en vertrouwenspersoon waargenomen, wat ervoor zorgt dat zij snel diepgaande vragen kunnen stellen en veel patiënten meteen open zijn tegenover hun huisarts. Wat de huisarts daarnaast mist in tijd voor kortdurende begeleiding en kennis van mogelijke begeleiding en behandeling voor psychosociale problematieken wordt -in de gemeenten met een POH-jeugd-aangevuld door deze professional. De combinatie van de factoren en de ondersteuning door de POH-jeugd zorgen er dus voor dat huisartsen bij de afwegingen over verwijzingen zowel het probleem, de context en de behandeling mee kunnen wegen voordat zij een beslissing moeten nemen over een mogelijke verwijzing. Patiënten kunnen daarmee kortdurend begeleid worden bij de POH, verwezen naar het voorliggende veld, mogelijk de jeugdteams of specialistische hulpverlening.

Bij jeugdteammedewerkers hebben de factoren andere invullingen en gevolgen. De analyse van de professionele factoren van de jeugdteammedewerkers laat zien dat jeugdteammedewerkers een minder sterke professionele identiteit hebben, uitslag gevend is voor hen vooral hun *calling to care*. In hun kennis hebben jeugdteammedewerkers bij het opnemen van nieuwe gezinnen over het algemeen weinig weten van de problematiek en context. Daartegenover hebben zij veel kennis van de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden. Wat de organisatorische factoren betreft spreken zij af bij mensen thuis, waardoor zij snel veel indrukken krijgen, hebben zij over het algemeen meer tijd dan de huisartsen (wel enige verschillen per gemeente) en vullen zij hun individuele specialistische kennis aan in het teamverband. De organisatie of het team is voor hen vaak ook bepalend door richtlijnen of bij de invulling van de (belangrijkste) waarden voor hun taak. De waarneming van de hulpverleners door de cliënten verschillen bij de gemeente, maar duidelijk vaker dan bij huisartsen wordt aangegeven dat de cliënten deels negatieve associaties of ervaringen hebben gemaakt die zij verbinden aan het jeugdteam. Al met al hebben jeugdteammedewerkers meer tijd voor de afwegingen, meer kennis van de behandel- of begeleidingsmogelijkheden en een sterke oriëntatie in het team op hun doelen. Daarentegen hebben zij nog geen relatie met de cliënten, die hun deels wantrouwend of angstig tegenover treden. Zij weten op voorhand weinig van de context en problematiek van het gezin en spreken daarom bij voorkeur in de woning van de cliënten af.

Dat de afwegingen van huisartsen en jeugdteammedewerkers ondanks hun verschillende beroepen, arbeidscontext en benadering door burgers over het algemeen zo weinig verschillen, komt dus deels doordat de factoren elkaar uitbalanceren. De volgende stap is het in kaart brengen van de positie die de professionals hebben ten opzichte van de waarden uit de Jeugdwet en het koppelen van deze resultaten aan bovenstaande uitkomsten.

### ***Hoe de factoren op elkaar inwerken en welke gevolgen dat heeft voor de afwegingen van de professionals***

De afwegingscriteria die die professionals (willen) gebruiken om een beslissing te nemen over de passende behandeling of begeleiding van een gezin of jeugdige lijken weinig te verschillen tussen de (soorten) professionals. Uit het onderzoek blijkt dat de factoren op twee manieren invloed hebben op de afwegingen van de professionals. Ten eerste hebben de afwegingen indirect invloed op de mogelijkheid van de professionals de afwegingen snel of makkelijk te kunnen maken. Ten tweede hebben de factoren ook enige inhoudelijk invloed op de afwegingen doordat een aantal factoren waarde-overtuiging inhoudt.

*De invloed van de factoren op elkaar en de gevolgen voor de afwegingen van de professionals*

Bij de invloed die de factoren op de afwegingen hebben, speelt echter een belangrijke rol in hoeverre de professionals aan alle afwegingscriteria *toe komen*. De beschikbare tijd van de professionals voor hun cliënten/patiënten en diens klachten is dus essentieel. De tijd die de professionals nodig hebben voor de afwegingen is echter ook afhankelijk van hun uitgangspositie met betrekking tot de factoren. In tabel 13 is de uitgangspositie van de professionals zoals die uit de resultaten blijkt samengevat.

Tabel 13: *Uitgangspositie (in de aspecten/factoren) van de professionals*

		Huisartsen	POH-jeugd	Jeugdteam-medewerker
<i>Kennis<sup>1</sup></i>	<i>van het systeem/gezin</i>	Veel	Veel (via de huisarts)	Weinig
	<i>van de context</i>	Redelijk	Weinig	Weinig (verschilt per gemeente)
	<i>van begeleidings-/behandelingsmogelijkheden</i>	Weinig	Veel	Veel
<i>Organisatie van werk<sup>2</sup></i>	<i>Invloed van (hoofdzakelijke) werkplek</i>	Huisartsen-praktijk: vertrouwen, status	Huisartsen-praktijk: vertrouwen, status (via de huisarts)	Huisbezoeken: snel veel indrukken over systeem en context
	<i>Beschikbare tijd</i>	Weinig (een of twee afspraken van 10 tot 20 minuten)	Veel (meerdere afspraken van 30 tot 60 minuten)	Veel (meerdere afspraken van 60 tot 90 minuten) (verschilt sterk per gemeente)
<i>Houding van cliënt/patiënt t.o.v. hulpverlener<sup>3</sup></i>		Vertrouwen, langdurige relatie	Vertrouwen (via de huisarts)	Vaak angstiger, idee veel staat op het spel; afhankelijk van (publieke) waarneming van de organisatie (verschilt per gemeente)

<sup>1</sup> professionele factor; <sup>2</sup> organisatorische factor; <sup>3</sup> cliënt-gerelateerde factor

De factor 'beschikbare tijd' heeft een grote invloed op de afwegingen die de professionals maken. Hebben zij weinig tijd, dan kunnen zij vooral de afwegingen goed maken waar hun expertise of kennis ligt, dus blijven zij in het kader van hun uitgangspositie. Bij veel aspecten van de professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren hebben huisartsen in eerste instantie een 'betere' uitgangspositie en daarom minder tijd nodig voor het maken van de afwegingen dan de andere twee professionals. Het maken van afwegingen over criteria die ver van de uitgangspositie van een professionals af staan vergen meer tijd van de professionals. Het antwoord van een jeugdteammedewerker op de vraag of het voor haar weleens onduidelijk is wat de precieze problematiek is in een case en hoe deze kan worden aangepakt illustreert het belang van de beschikbare tijd:

“Ja, ja. Vaak. Vaak, wel als je dat heel korte tijd geeft, maar niet als je daar lang de tijd voor kan nemen. Dan lukt het je altijd.” (BJ2)

Omdat met name jeugdteammedewerkers veel meer tijd hebben dan huisartsen kunnen zij hun 'moeilijkere' uitgangspositie uitgelijken en hebben zelfs vaak extra tijd die zij in de relatie of het verdiepen van kennis van het systeem kunnen steken dan huisartsen dat zouden kunnen. De POH-jeugdmedewerkers zijn vooral door hun kennis van de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden en de beschikbare tijd die zij hebben voor het verdiepen in de context, een passende en nodige aanvulling op de huisartsen.

In tabel 14 wordt de invloed van de factoren op de afwegingen van de professionals nader toegelicht. Hierbij wordt per type professional aangegeven wanneer deze factoren een positieve (+) of een



negatieve (-) impact hebben op het maken van de afweging. Tussen haakjes staat, summier, aangegeven welke factor ertoe bijdraagt dat de professional makkelijker of moeilijker een afweging kan maken. Bij de afwegingscriteria die niet in onderstaande lijst zijn opgenomen, verschilt de positie van de professionals weinig. Uiteraard toont deze tabel een algehele schets; in individuele gevallen kan dit uiteraard verschillend uitwerken.

Tabel 14: overzicht over de invloed van de factoren op mogelijkheid voor de professional de afwegingen snel en makkelijk te maken

Afwegingscriteria	Huisartsen	POH-jeugd	Jeugdteam-medewerkers
<b>Stap 1</b> <i>Factoren i.v.m. probleem-definitie</i>	+ ontwikkeling jongere (langdurig meegemaakt) + communicatie (ervaring met specifieke patiënt) + soort klachten (specifieke kennis van fysieke klachten)	+ complexiteit (veel tijd voor verdieping) + soort klachten (kennis van sociale en psychische klachten)	+ complexiteit (veel tijd voor verdieping) + soort klachten (veel kennis van sociale en psychische klachten)
<i>Factoren i.v.m. context</i>	+ gezinssituatie/systeem (veel kennis) + vermogen/capaciteiten hulpvragers (ervaring met specifieke patiënt) + staat ouders (ervaring met specifieke patiënt) + achtergrond gezin (ervaring met specifieke patiënt)  - schoolsituatie (weinig tijd voor verdieping) - opvoedsituatie (weinig tijd voor verdieping) - thuissituatie (weinig tijd voor verdieping)	+ gezinssituatie/systeem (veel tijd voor verdieping) + opvoedsituatie (veel tijd voor verdieping) + schoolsituatie (veel tijd voor verdieping) + thuissituatie (veel tijd voor verdieping) + achtergrond gezin (veel tijd voor verdieping)	+ gezinssituatie/systeem (veel tijd voor verdieping) + opvoedsituatie (veel tijd voor verdieping) + schoolsituatie (veel tijd voor verdieping) + thuissituatie (veel tijd voor verdieping) + achtergrond gezin (veel tijd voor verdieping) + positieve aspecten (veel tijd voor verdieping)
<b>Stap 2</b> <i>Factoren i.v.m. behandeling</i>	+ behoefte jongere (door kennis van en ervaring met specifiek patiënt)  - passendheid (kennis behandelings- & begeleidings-mogelijkheden) - beschikbaarheid (weinig overzicht)	+ behoefte jongere (tijd voor verdieping) + passendheid (door kennis behandelings- & begeleidings-mogelijkheden)  - beschikbaarheid (moeilijk in kaart te houden)	+ behoefte jongere (tijd voor verdieping) + netwerk hulpvrager (tijd voor verdieping)  - beschikbaarheid (moeilijk in kaart te houden)

+ opvallend goed in te schatten; - opvallend slecht in te schatten

*De inhoudelijke beïnvloeding van de afwegingen door professionele en organisatorische factoren*

De tweede manier waarop de factoren de afwegingen van de professionals beïnvloeden is directer: de factoren kunnen waarde-overtuigingen van de professionals inhouden die de afwegingen van de professionals inhoudelijk kunnen beïnvloeden. Specifiek gaat het daarbij om de factoren ‘professionele identiteit’ en ‘strategische positie in de organisatie’. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het belang dat de professionals hechten aan de afwegingen over het nut van de behandeling, het inzetten van het sociale netwerk of de veiligheidsaspecten van de situatie. In tabel 15 wordt de samenhang tussen de factoren en de waarden samengevat.

*Tabel 15: De samenhang tussen de factoren en hun inhoudelijke invloed op de afwegingen (via de waarden)*

	<b>Huisartsen</b>	<b>POH-jeugd</b>	<b>Jeugdteammedewerkers</b>
<i>Professionele identiteit<sup>1</sup></i>	Sterk ontwikkeld; duidelijke waarden (integrale benadering; zinnige zuinige zorg; doen wat nodig is);  Specifieke opleiding noodzakelijk	Beroep an sich nog niet duidelijk gedefinieerd;  Verschillende opleidingen mogelijk	Weinig gevonden; overeenkomend: <i>calling to care</i>  Verschillende opleidingen
<i>Strategische positie in de organisatie<sup>2</sup></i>	Vaak onafhankelijk; enigszins gebonden door afspraken met de gemeente; tussen huisartsen en POH-jeugdmedewerkers veel contact en uitwisseling	Afhankelijk van organisatie per gemeente; onderling overleg tussen POH-jeugdmedewerkers mogelijk	Sterk gebonden aan de organisatie en door de gemeente gestelde doelen; binnen de organisaties veel contact en uitwisseling over werkzaamheden
<i>Beleidscontext</i>	Zvw: geen specifieke waarden	Zvw of Jeugdwet (afhankelijk van de gemeente)	Jeugdwet met specifieke waarden: veiligheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid, demedicalisering

<sup>1</sup> professionele factor; <sup>2</sup> organisatorische factor

Huisartsen als professionals hebben duidelijk een professionele identiteit. Bij Jeugdteammedewerkers is dat minder het geval: de invulling van hun taakopvatting en de voor hen belangrijke waarden kunnen daarmee sterker in de context van specifiek beleid en beleidsdoelen plaatsvinden.<sup>94</sup> Deze kunnen daarnaast (in ieder geval bij de jeugdteammedewerkers) ook door het specifiekere wettelijke kader gevormd worden. Samengenomen lijkt het er echter op dat de verschillen in de concrete invulling van de professionele identiteit tussen huisartsen groter zijn dan de verschillen in de invulling van de doelen en waarden binnen organisaties (en dus gemeenten) van jeugdteammedewerkers.

<sup>94</sup> Dat blijkt onder andere uit het citaat van jeugdteammedewerker BJ1 die vertelt over het verschil in haar werk onder de AWBZ en de Jeugdwet “Toen was die hulp daar en toen was er nog wel een andere visie, denkwijze. Zowel bij ouders als bij de overheid. Toen was het veel makkelijker om een beroep te doen, nu wordt daar eerst naar het netwerk gekeken, en terecht hoor. Ik sta daar helemaal achter. Toen was het wel echt nog anders. Dus maakte ik toen een andere afweging, ja. Ik denk het wel.”

Tabel 16: Samengevat: de belangrijkste aspecten die invloed hebben op de afwegingen van de poortwachters

	Huisartsen	POH-jeugd	Jeugdteammedewerkers
<b>Sterkste aspecten</b>	- status als vertrouwenspersoon - langdurige relatie met patiënten → veel kennis over patiënten, context, verwachte reactie - sterke overkoepelende professionele waarden	- veel kennis van begeleidings- & behandel mogelijkheden - veel tijd voor verdieping - vertrouwensrelatie (via de huisarts) - kennis gezin & context (via de huisarts)	- veel tijd voor verdieping - zien thuissituatie - integrale aanpak van ook andere levensaspecten - invulling van de waarden in de (gemeenschappelijke) arbeidscontext en aan de hand van het actuele beleid
<b>Zwaktes</b>	- weinig kennis van de begeleidings- & behandel mogelijkheden - weinig tijd		- moeten het vertrouwen van de cliënten vaak eerst winnen - weten in eerste instantie weinig van cliënt, context. Verwachte reactie
<b>Gevaar</b>	- moeilijk in te schatten van patiënten die geen vertrouwen hebben of nog niet lang bij de huisarts zijn		- hebben echt tijd nodig voor de verdieping maar moeten deels 'productie' draaien - mensen kunnen niet (overal) meteen terecht

### De verschillen tussen gemeenten

Voor de duidelijkheid worden de belangrijkste verschillen in factoren tussen de gemeenten kort weergegeven. Deze verschillen ontstaan hoofdzakelijk door de inrichting van de jeugdhulp in de gemeenten. Gemeenten beïnvloeden door hun keuze voor of tegen een POH-jeugd en de intensiteit van de samenwerking tussen huisartsen en jeugdteams de kennis waarover huisartsen voor hun beslissing kunnen beschikken en het tijdsbestek waarin POH-jeugd en huisarts zich in de patiënten kunnen verdiepen. Daarnaast hebben de beslissingen van de gemeente veel invloed op het jeugdteam, voornamelijk op de tijd waarover de jeugdteammedewerkers beschikken om een relatie met de cliënten op te bouwen en de nodige kennis te verkrijgen. Het is ook mogelijk dat gemeenten in hun jeugdhulpbeleid bepaalde waarden centraler stellen en daarmee (of procedurele richtlijnen) de afwegingen van de jeugdteammedewerkers uitlijnen. Ten slotte hebben de gemeenten invloed door het beeld dat de burgers ten opzichte van de jeugdteammedewerkers hebben te beïnvloeden.

## 5.3 Waarden en spanningen

In de volgende sectie wordt de zevende en laatste deelvraag van het onderzoek beantwoord. Het gaat daarbij om de vraag: *welke rol spelen de (spanningen tussen) waarden uit de Jeugdwet bij de afwegingen van de poortwachters?* In het vervolg wordt de rol die de waarden uit de Jeugdwet in de afwegingen van de poortwachters spelen toegelicht. Daarbij gaat het specifiek om de waarden veiligheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid en demedicalisering of normalisering. Er wordt -waar relevant- ook ingegaan op de spanningen tussen de waarden en professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren.

### 5.3.1 Veiligheid

De waarde veiligheid is wellicht de meest gedeelde en traditionele waarde in de jeugdhulp, en speelt bij in de afwegingen van de professionals een basale rol. Hierop zijn de professionals altijd alert. Wanneer veiligheid dan duidelijk in het geding is, worden snel andere hulpverleners ingeschakeld die intensiever bij de casus betrokken kunnen zijn. In deze gevallen zijn de eerstelijnsprofessionals

meestal slechts kort betrokken.<sup>95</sup> Dat neemt natuurlijk niet weg dat ook tijdens de volgende werkzaamheden van de huisartsen, POHs en jeugdteammedewerkers veiligheid van belang is en zij daar alert op zijn. In de afwegingen wordt de waarde veiligheid vaak gekoppeld aan het afwegingscriterium ‘ernst van de situatie of mogelijke risico’.<sup>96</sup>

In het kader van de vrijwillige jeugdhulp komt de waarde veiligheid vooral bij de eerste contacten met een gezin aan bod, wanneer de ernst, het mogelijke en de complexiteit van de situatie worden ingeschat. Daarnaast vinden veiligheidsoverwegingen ook in het kader van de context plaats: dat valt bijvoorbeeld te zien bij de behandeling van de casus van Lucas, waar het gaat over de thuissituatie en de relatie tussen ouders en zoon.<sup>97</sup> De professionals moeten dan afwegen in hoeverre zij signalen van ernst waarnemen. Wanneer zij de veiligheid in het geding zien wordt de niet-vrijwillige jeugdhulp ingeschakeld. De waarde veiligheid als te realiseren doel voor de jeugdhulp wordt door de professionals in de interviews duidelijk niet *in Frage* gesteld. Een aantal jeugdteammedewerkers geeft aan dat zij de casussen waarbij zij veiligheidsaspecten als relevant ziet altijd met gedragskundigen bespreekt om hier alert op te kunnen zijn.<sup>98</sup> De professionals kunnen verschillen in de omgang met een situatie op de grens naar onveiligheid. Sommige professionals en sommige jeugdteams lijken in de vignetten sneller te kiezen voor het doorgeven van casussen naar veilig thuis, dan andere waar eerder geprobeerd wordt de gevallen zelf aan te pakken en de ouders mee te nemen. In die gevallen geeft een jeugdteammedewerker (gemeente B) aan is het dan makkelijker om samen in de niet-vrijwillige jeugdhulp te gaan omdat de ouders zelf hebben dat er meer nodig is en het hen niet lukt. Daarbij moet worden opgemerkt dat de jeugdteams tussen de gemeenten verschillen in de casussen die zij zelf behandelen (gemeente B heeft bijvoorbeeld crisisjeugdteammedewerkers, in gemeente D zijn de voeren de medewerkers alleen de verkenning van de situatie en korte ondersteuningstrajecten uit).

Een arts geeft aan bijzonder alert te zijn op kinderen die door de ouders ‘bij je weggehouden worden’ (CH5), omdat daar mogelijk sprake kan zijn van misbruik of incest. Zij geeft aan dat het moeilijk blijkt dit goed in kaart te kunnen brengen, juist omdat de ouders de kinderen niet naar de arts *hoeven* laten gaan. De wat oudere kinderen worden deels alleen (dus zonder hun ouders erbij) gesproken door de professionals om de situatie te bespreken.<sup>99</sup> Daarnaast geeft een arts aan bij afspraken mee te wegen of

---

<sup>95</sup> POH-jeugd AP1 vertelt: “Als het inderdaad ernstig genoeg is dan kan je wel overwegen om een veilig thuis-melding alvast te gaan voorbereiden of te gaan maken. En dat gebeurt, ik heb dat zelf nog niet meegemaakt, maar ik ken wel wat collega-POHs die dat wel al hebben meegemaakt dat dat, ja noodzakelijk was.”;

Jeugdteammedewerker AJ1 geeft aan: “Wij zitten in het vrijwillige kader van hulp, dus dat maakt het soms ook wel lastig omdat er sprake is van onveiligheid bijvoorbeeld. Dus dan moet je wel een melding doen bij het [crisisteam] en dan wordt daar als nog jeugdbescherming bij betrokken.”

<sup>96</sup> Jeugdteammedewerker AJ2 bijvoorbeeld geeft aan: “Daar ben je eigenlijk ook altijd wel mee bezig, van in hoeverre moet hier direct iets en in hoeverre kan het nog wachten. In hoeverre zijn de kinderen veilig thuis, ja.”

<sup>97</sup> Huisarts BH1 bijvoorbeeld vraagt zich af of zij de casus van Lucas als kindermishandeling moet melden: “Dat is altijd de vraag. Hij moet wel hulp hebben. Kijk als die moeder zegt dat gaan we niet doen, dat is allemaal onzin, hij hoeft geen hulp, maar moeder komt nu zelf met hem op het spreekuur, dus zij ziet wel dat er een probleem is en zij wil ook een oplossing neem ik aan, want anders komt ze niet, dus hopelijk krijgen we ook Lucas gemotiveerd om een stukje hulp te accepteren.”

<sup>98</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft aan: “Casussen die ik altijd bespreek is als er een veiligheidsaspect inzit, ook wel vanwege je SKJ-registratie, toch met de gedragswetenschapper van ‘hé, dit is de casus, nou ik heb die lijn uitgezet, nou ja en klopt die, mis ik dingen daarin, heb je nog tips of adviezen’, dat vind ik wel lastig, maar dat zijn de pittige casussen.”. De reactie van jeugdteammedewerker AJ2 lijkt daarop: “Als er bijvoorbeeld zorgen zijn over veiligheid, dan bespreken we het hier ook met elkaar en daar hebben we dan ook een soort handboek wat je daarbij kunt pakken.”

<sup>99</sup> POH-jeugd AP1 bijvoorbeeld vertelt dat het helpt om kinderen en ouders apart te spreken: “Zeker, dat helpt enorm, ook omdat soms dan een beeld wat een jongere geeft van thuis [dat] kan heel anders zijn dan hoe ouders daarin staan. Dus ja, dat maakt ook wel veel [uit] hoe een ander kijkt op wat er speelt en wat er aan de hand is.”; Huisarts BH1 geeft aan: “De oudere kinderen, maar dan praten we toch meestal over 16 +, die kunnen zelf komen, maar die komen toch in de praktijk meestal ook wel met een van hun ouders op het spreekuur. Een beetje bijdehande kinderen komen zelf, maar dat is toch een kleine groep de meesten komen dan toch wel met hun ouders.”

de mensen vaak of zelden naar de arts komen. Wanneer zij niet vaak naar de huisarts gaan, kan er bij een simpel bezoek meer aan de hand zijn dan normaal te verwachten is.

In de door de professionals gewenste organisatie van hulp speelt de waarde veiligheid voor de professionals ook een belangrijke rol. Dat is vooral te zien in de waarde die veel huisartsen en jeugdteammedewerkers hechten aan het realiseren van een *snelle* toegang tot de jeugdhulp.<sup>100</sup> Vooral de wachtlijsten worden als enorm probleem ervaren om te voorkomen dat de situatie gaat escaleren. Een huisarts geeft aan dat de mensen vaak pas komen wanneer ze echt niet meer verder weten met de problemen, ‘wanneer de nood hoog is’ (CH2). Daarbij worden spoedgevallen natuurlijk sneller opgenomen dan andere gevallen en wordt bij bijzonder gevaarlijke situaties een melding gedaan bij *Veilig thuis*, maar toch pleiten veel van de professionals voor een snelle toegang.<sup>101</sup> Zij hebben immers doorgaans het doel de kinderen gezond, veilig en wel op te laten groeien.<sup>102</sup>

### 5.3.2 Zelfredzaamheid

De houding van de professionals ten opzichte van zelfredzaamheid is grotendeels positief, al merken veel professionals op dat niet iedereen evenzeer zelfredzaam kan zijn en dat het sommige mensen eigenlijk nooit kan lukken. Deze instelling heerst zowel onder huisartsen, POH-jeugdmedewerkers en jeugdteammedewerkers en wordt door de volgende citaten van de professionals goed geïllustreerd.<sup>103</sup>

“Ik merk dat je, dat ik heel erg naar [...] draagkracht van ouders en naar cognitie van ouders kijk. Hoe leerbaar zij nou zijn en zijn zij in staat om met een kortdurende ondersteuning dat systeem weer op de rit krijgen. En als je in een gezin komt, waarbij beide ouders gemiddeld intelligent zijn en goede baan hebben, de kinderen veilig gehecht zijn, nou daar kunnen allerlei problemen spelen natuurlijk, maar zij zijn in staat om in een vijftal, misschien tiental gesprekken tips en adviezen zelfstandig op te pakken.” (BJ1)

“Ik zie de andere kant van de mensen ook en die kun je nog zo zelfredzaam, daar kun je nog zo mooi en zo'n wet zetten, maar daarmee zijn ze het niet, er zijn heel veel mensen die de laaggeletterdheid in [deze gemeente] is zo'n 16%, ja laaggeletterd betekent dat je als ik een formulier geef ‘daar kun je naartoe’, dat ze geen bak daarvan snappen. Dat ook iemand zegt

---

<sup>100</sup> Jeugdteammedewerker AJ2 vertelt bijvoorbeeld: “Er zijn natuurlijk gewoon nog weinig plekken, dat daar loop ik ook wel tegen aan, ik heb niet heel vaak een plek nodig voor jongeren, ik denk dat we heel veel thuis kunnen houden, maar wanneer je er iemand nodig hebt, dan zijn er dus ineens heel lange wachtlijsten. Ja, daar loop ik wel tegen aan.” Ook DJ2 wenst een snellere toegang: “Wij maken een heel plan van aanpak, dat wil je zorgvuldig doen, dus dat neemt veel tijd in beslag, dat is ook goed, dat heeft ook een reden, maar soms is het zo dat je graag een zorgaanbieder zou willen inzetten en dan loop je bijvoorbeeld aan tegen wachtlijsten, dat ze echt dan heel erg frustrerend probleem want dan zit je vaak met een overbruggingsperiode. [...] Daar gaat tijd overheen, terwijl je eigenlijk nu al iemand zou willen inzetten binnen dat gezin.”; Ook huisarts CH2: “Ik denk het grootste probleem zijn de wachttijden, dat vind ik [...] bijna niet verkoopbaar, nu hebben we hier gelukkig de POH-jeugd die iets kan, maar die kan natuurlijk ook niet alles en ik denk een kind in nood zou gewoon sneller terecht moeten kunnen. Dat zou binnen twee tot vier weken geregeld moeten kunnen zijn, maar nu als ik iemand nu aanmeld, dat kan die waarschijnlijk na de zomervakantie met een begeleidingstraject beginnen, nou dan heb je weer een half jaar verloren.”

<sup>101</sup> Dat wordt ook duidelijk in de volgende uitspraak van BJ1: “Eigenlijk hebben ze het in [deze gemeente] zo willen in willen richten dat wij echt de poort zijn tot de jeugdhulp, zeg maar, niet de huisartsen. En nu is het wel zo dat huisartsen verwijzen naar de zorg, wat ik ook niet verkeerd vind, in die zin, de afspraak is dat ze het niet doen, maar als er hier een wachttijd van drie of vier maanden is, ja dan schrijf alsjeblieft die beschikking uit. Als het duidelijk is wat iemand nodig heeft.”

<sup>102</sup> Dat blijkt onder andere uit de gesprekken met BH1, CJ1 en CP1: “Dat je dat kinderen, ja. Hoe zeg je dat? Dat ze gunstige omstandigheden hebben op weg naar hun volwassenheid. Dat dat de kaders veilig zijn, zeg maar.” (BH1); “[Dat] wil ik natuurlijk ook graag gewoon, iedereen gewoon helpen of zorgen dat die de ondersteuning krijgt, ja die die nodig heeft, zodat je gewoon weer gezond en veilig kan opgroeien als dat even niet lukt.” (CJ1); “[Mijn doel is] dat jeugd, ja, ja nou ja dat jeugd, eh veilig opgroeit zeg maar.” (CP1)

<sup>103</sup> De lichte verschillen in de nadruk van de professionals in de onderstaande citaten impliceren echter niet dat (de omgang met) de waarde zelfredzaamheid substantieel verschilt tussen de beroepsgroepen.

van, ja maar u moet maandag om 14 uur hier zijn dat ze, nou ja, amper op de klok kunnen kijken. Dus ik vind zelfredzaamheid, vind ik een mooi streven, ik ben er helemaal voor, maar wel naar vermogen. [...] En dan hulp bieden bij dat vermogen.” (DH1)

Dit begrip van de zelfredzaamheid ‘naar het vermogen’ van burgers sluit overigens ook aan bij de aannames waarop de Jeugdwet baseert. De jeugdteams in de verschillende gemeenten wijken echter enigszins van elkaar af in de waarde die zij op het realiseren van zelfredzaamheid leggen. Deze waarde komt bijzonder sterk in de gemeenten A en B terug. De medewerkers van gemeente A geven aan dat zij als organisatie én professionals het ondersteunen van mensen zodat zij het ‘uiteindelijk zonder jeugdondersteuning het weer zelf kunnen’ (AJ1) als belangrijkste doel hebben.

Jeugdteammedewerkers van gemeente B geven aan vaak te kiezen voor het maken van een netwerkanalyse mits zij de toestemming van het gezin hiervoor hebben. Dat is echter geen verplichting waar zij vanuit de organisatie aan gebonden zijn, maar eerder een gemeenschappelijke werkafspraken.<sup>104</sup> Het doel daarvan is het betrekken van het netwerk van de gezinnen bij het oplossen van de problematiek. De achtergrond hiervoor is, naast een organisatorische afspraak, dat de professionals verwachten dat de betrokkenheid van het netwerk leidt tot een duurzamere of langdurigere oplossing voor de gezinnen, zelfs in vergelijking met gezinnen waar zij enige jaren bij betrokken zijn.<sup>105</sup> In het jeugdteam van gemeente B wordt verder bijzonder veel nadruk erop gelegd dat de burgers die jeugdhulpvragen hebben zelf de gemeente benaderen. Een huisarts kan dan wel de gemeente informeren dat zij bezorgd is over een gezin en dat het jeugdteam hierbij zou kunnen helpen, maar de organisatie verwacht dat de burgers zelf enig initiatief tonen.<sup>106</sup>

De waarde zelfredzaamheid komt eveneens in de afwegingen van alle professionals terug.<sup>107</sup> Daarbij is voor de professionals van groot belang in hoeverre de gezinnen en jongeren kunnen leren hoe zij met problemen om moeten gaan om deze aan te pakken of te voorkomen. Deze inschattingen vinden plaats met behulp van verschillende afwegingen. Daaronder zijn: het vermogen en de capaciteiten van de hulpvragers, de kwaliteiten van de gezinnen (positieve aspecten), het netwerk, eerdere hulpverlening (en de gevolgen daarvan) en uiteraard een inschatting van de voorliggende problematiek.

---

<sup>104</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 geeft aan: “We hebben natuurlijk wel voorschriften, maar we hebben geen kaders ten aanzien van een afvinklijstje van wanneer doe je een beroep op de jeugdhulp. [...] Nee, die hebben we niet. Maar wat we wel hebben is dat we altijd eerst naar de sociaal-netwerkversterking kijken. Maar ook daarin zitten geen kaders. Het is niet zo van, als jij dit niet onderzocht hebt, dan kun je dit niet aanvragen.”

<sup>105</sup> Jeugdteammedewerker BJ1 vertelt: “Als je het uit het netwerk haalt, dan is motivatie van de cliënt vaak veel groter dan als je dat uit de jeugdhulp haalt. Want jeugdhulp is altijd een voorbijgang, die blijft niet, dus als ik ontlasting voor een cliënt van vijf in de opvang zoek, dat blijft niet, die gaat naar een paar jaar weer weg. Opa en oma of de tante of de buurvrouw, die blijven langer zeg maar als hulpverlening, dus uiteindelijk als ouders over die drempel heen zijn ze vinden ze het vaak veel fijner.”

<sup>106</sup> Jeugdteammedewerker BJ2 geeft aan: “Ik merk vanuit het [jeugdteam] dat er veel huisartsen bellen en hun zorg delen, van ‘ik heb deze patiënt gezien, ja wat zouden jullie daarin kunnen betekenen?’ We doen geen aanmelding, een huisarts kan geen aanmelding verzorgen, want we vinden echt dat een ouder of een jongere zelf het initiatief moet nemen, omdat we vanuit het vrijwillige kader werken, maar we kunnen wel toenadering doen [...] want we doen er alles eraan om die drempel te verlagen maar we willen we heel graag werken vanuit het initiatief van de ouder omdat een huisarts kan vinden dat er iets nodig is, iedereen kan daar iets van vinden maar als je goed samen wil werken is het belangrijk dat die persoon zelf ervaart ik moet hier iets mee, probleemeigenaar is, daarom vinden we het belangrijk dat hij zelf het initiatief neemt.”

<sup>107</sup> Één voorbeeld daarvan is het antwoord van BH2 op de vraag wat voor haar de belangrijkste waarden zijn in de toegang tot jeugdhulp: “Wat de patiënt zelf kan doen moet hij ook zelf doen.”, een ander voorbeeld hiervoor blijkt uit het gesprek met jeugdteammedewerker AJ1: “Mijn of ons doel is eigenlijk wel zo snel mogelijk te proberen mensen [...] te helpen. Ja. Dus dat ze [het] uiteindelijk zonder jeugdondersteuning weer zelf kunnen.”

### 5.3.3 Zorgzaamheid

In de werkzaamheden en afwegingen van de professionals komt de waarde zorgzaamheid (zowel als kernwaarde op zichzelf, als toegepast als zorgvuldigheid, integrale benadering van de problematiek en passendheid van de zorg) naar voren.

Zorgvuldigheid speelt op veel vlakken van het werk van de professionals een rol. De problematiek en de context moeten zorgvuldig in kaart worden gebracht en vervolgens wordt zorgvuldig de juiste of passende begeleiding daaraan gekoppeld. Huisartsen geven tevens aan bijzonder zorgvuldig te moeten zijn in hun communicatie met cliënten. Een huisarts spreekt daarbij van de ‘deurknopvraag’ (CH1), de voor de patiënten vaak belangrijkste vraag stellen zij pas op het laatste moment in de afspraak en dan ook allen wanneer de artsen geen haast uitstralen.<sup>108</sup> Daarnaast hebben huisartsen de mogelijkheid tot signalering van problemen voordat deze uit de hand lopen en moeten daarbij zorgvuldig detecteren wat er bij de gezinnen speelt. Zij kunnen vraagstukken tussentijds in de gaten houden en vroegtijdig ingrijpen.<sup>109</sup> Ook tijdens de oriënterende focusgroep met huisartsen werd deze functie van huisartsen benoemd. Beeld van de huisarts als ‘draaideurwachter’ die steeds opnieuw test op de verleende zorg nog passend is voor de patiënt werd geschetst.

De jeugdteammedewerkers hebben doorgaans meer tijd dan de huisartsen en kunnen daarom meer onderwerpen specifiek bespreken. Bij hen speelt de zorgvuldigheid naast het bij behandelen van de cases, waarbij zij aangeven veel meer informatie te moeten hebben voordat zij beslissingen kunnen nemen ook terug in de interactie en communicatie met cliënten. Deze kunnen door ervaringen met zorgverlening in het verleden of onbegrip deels onverwacht reageren, waardoor de professionals ‘brandjes moeten blussen’ (BJ1).<sup>110</sup> Over het algemeen komt de waardering van de professionals over zorgzaamheid bij hun werk echter overeen. Verschillen in de omgang hiermee ontstaan eerder door de factoren die het nastreven van deze waarde bemoeilijken (zoals het tijdsbestek).

Een integrale benadering van de hulpvraag is duidelijk een uitgangspunt voor de jeugdteams in de gemeenten A, B en D (in gemeente C is deze benadering zo niet terug te vinden door de inrichting van het sociaal domein). Dat komt vooral terug in het meenemen van veel criteria met betrekking tot de problematiek en de context daarvan. Het sterkst is dit in de jeugdteams in de gemeenten B en D te zien. In gemeente D wordt als standaard benadering altijd ‘zo’n twaalf of dertien pagina’s’ (DJ2) met

---

<sup>108</sup> Huisarts CH1 geeft aan: “En mensen omgekeerd die heel weinig komen daar weten we in de huisartspraktijk heel goed van dat je daar heel erg goed op moet letten, wat die vertellen en waar die eigenlijk voor komen. Want de deurknopvraag is een bekend fenomeen. Met het weggaan gaan ze het allerbelangrijkste nog even noemen, dan is het al over van alles en nog wat gegaan en dan waar ze eigenlijk voor kwamen komt bij de deurknop pas, dus dat komt er niet uit als je [...] signalen van haast uitzendt, dus dat is een bekende valkuil van dit soort contactjes hier.”

<sup>109</sup> In het interview beschrijft huisarts AH2 hoe dat er in de praktijk uit kan zien: “Pas had ik ook zo’n gezin waarvan dat ik weet dat die moeder die vindt het al lastig om drie kinderen op te voeden [...] en ik weet van dat het financiële aspect -want dat is dan al eerder geweest dat dat ze daar hele grote problemen heeft gehad- en op gegeven moment dan merk je weer, dan komen die kinderen weer vaker dan je eigenlijk gewoon van ze bent en dan denk je van er moet meer zijn. En dan kan je dus omdat je die mensen wat langer kent en omdat je dan uit het verleden weet dat ook bijvoorbeeld financiële problemen hebben meegespeeld en dan kan je bijvoorbeeld daar toch nog eens een keer naar vragen van ‘hoe gaat het financieel’. Ja en dan blijkt dat dat op dat moment ook weer een heel groot probleem is en dan probeer je daarvan te zeggen, ‘ga dan weer daar eens werk van maken, hé, want als je als je natuurlijk je waterrekening niet betaalt op gegeven moment wordt dat afgesloten. Ga met die instanties praten, probeer een betalingsregeling voor elkaar te krijgen’ ja en dan en dan langzaam maar zeker, door aan zoiets te werken, lost het probleem zich op gegeven moment weer op.”

<sup>110</sup> Jeugdteammedewerker BJ2 vertelt: “Ik merk [...] dat die mensen die hebben vaak een heel verleden, dus die zijn vaak heel wantrouwend naar hulpverlening of zijn heel erg beschadigd door de mensen in hun omgeving en dat dat kan wel belemmeren, want ik denk dat je heel goed in moet steken op relatie en op vertrouwensband en dat kan het proces langer laten duren. [...] Maar je moet wel soms brandjes blussen, zeg maar. Er kan miscommunicatie ontstaan zeg maar, dat gebeurt vaak doordat ik dan of te snel ga in het proces of iets zeg wat men niet begrijpt en verkeerd oppakt en dan heb je bijvoorbeeld weer een hele boze moeder aan de lijn omdat ze je verkeerd begrepen heeft of ik heb iets verteld, ik heb het wel verteld, maar volgens de moeder heb ik het niet verteld, dus ja. Dat dus, soms brandjes blussen.”

verschillende leefgebieden doorgenomen bij afspraken met nieuwe gezinnen, waarbij bijzonder sterk gelet wordt op de verbanden tussen de leefgebieden.<sup>111</sup> In gemeente B is dat proces minder geformaliseerd, maar begeleiden jeugdteammedewerkers de gezinnen in extreme gevallen ook bij problemen die niet altijd met de jeugdhulp te maken hebben om de vertrouwensbanden tussen de gezinnen en professionals te blijven houden.<sup>112</sup> Ook in het jeugdteam in deze en gemeente A breed wordt gekeken naar de problematiek van de jongeren.<sup>113</sup>

Uit de gesprekken met huisartsen blijkt dat ook zij -passend bij hun professionele identiteit- breed kijken naar de problemen die een rol kunnen spelen bij de klachten van de jongeren of gezinnen.<sup>114</sup> Hierbij zijn zij echter sterk afhankelijk van hun kennis en contact met het gezin. Zij kunnen weliswaar veel vragen stellen, maar wanneer ouders iets voor hen geheim willen houden of niet doorgeven welke vragen en zorgen in het gezin verder spelen wordt het voor de huisartsen lastig om hierop in te gaan,<sup>115</sup> ook door de beperking in tijd die zij voor de afspraken hebben. Hieruit blijkt enerzijds het belang van een vertrouwensrelatie tussen de artsen en hun patiënten en anderzijds de noodzaak de verschillende hulpverleners, instanties en organisaties goed samen te laten werken, zodat de nodige informatie op de juiste plekken terecht komt.

Zorgzaamheid in de zin van zorgvuldigheid, passendheid en integrale benadering kan in spanning staan met onder andere de tijdsbeperkingen die de professionals hebben. Dat blijkt dan ook uit de resultaten met betrekking tot de organisatorische factoren. Door de tijdsbeperking van de professionals die bij huisartsen vaak groter is dan bij jeugdteammedewerkers moeten zij meer moeite doen om zorgvuldigheid na te kunnen streven. Zij zijn daarom doorgaans blij met de komst van de POH-jeugd. Zij weten zo dat de gezinnen meer aandacht kunnen krijgen, nader in kan worden gegaan op contextuele factoren en de afstemming van de behandeling op de problematiek beter kan plaats vinden (zie ook onder 5.2.2 *Tijdsbestek*).

---

<sup>111</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft daarover bijvoorbeeld aan: “Daarbij probeer je wel echt ook alle levensgebieden na te lopen zodat we ook een goed beeld krijgen van welke verbanden hebben dingen [...] met elkaar. Want het kan natuurlijk zo zijn dat iemand zegt, ‘ja ik heb opvoedvragen maar ik lig 's nachts ook wakker want ik heb relatieproblemen’ of ‘ik heb financiële problemen’ of ‘ik heb geen werk’ of ‘ik voel me gewoon niet prettig in deze buurt waar ik woon’.”

<sup>112</sup> Jeugdteammedewerker BJ2 beschrijft: “Toen ik daar in het begin kwam, ja en ik heb een brief van de zorgverzekeraar, want ze had weer niet betaald. En daar gaat dan tijd naartoe [...]. De buurvrouw die klaagde over geluidsoverlast [...] dan ben je daar weer heel veel mee bezig, dan was er ruzie en heeft ze letterlijk gevochten [...] ben je daar weer mee bezig. En ik ben er voor het dochttertje, kan ik dan zeggen, ja ik wil dat niet horen? En ik ben er alleen voor haar dochter, maar dat kan natuurlijk niet want al die dingen zorgen ervoor, dat heeft allemaal invloed op hoe ze met haar dochttertje omgaat.”

<sup>113</sup> Dat blijkt onder andere uit het interview met jeugdteammedewerker AJ2: “Ik probeer wel heel vaak samenwerking te zoeken, als ik bijvoorbeeld merk dat ouders eigen problematiek hebben, persoonlijkheidsproblematiek of wat voor problematiek dan ook, dan kijk ik wel of er een samenwerking kan komen of dat ouders zichzelf willen aanmelden binnen de GGZ of bij algemeen maatschappelijk werk, want anders wordt het te breed en juist als je én dat kind opvoedingsstuk én dat ouderstuk tegelijk oppakt, dan bereik je gewoon veel meer.”

<sup>114</sup> Huisarts CH3 geeft bijvoorbeeld aan: “Dat proberen we in ieder geval kenbaar te maken als we denken dat de problemen die de kinderen hebben ook te maken hebben met de problemen die er thuis spelen, en te motiveren om te kijken of het een gezinstherapie kan worden, waarbij ouders ook betrokken worden [...] ik bedoel er zijn ook behandelingen voor hulp bij scheiding, ondersteuning bij scheiding [...] dus dan probeer je wel de ouders dan zo veel mogelijk bij te betrekken en eigenlijk ze mee te behandelen, maar dat hangt er wel heel erg vaak vanaf of ouders bereid zijn om te zien dat ze zelf soms ook een onderdeel van het probleem zijn. Dat ziet namelijk niet iedereen zo.”

<sup>115</sup> Huisarts CH5 beschrijft bijvoorbeeld: “Ik heb toch het idee dat ik wel het vertrouwen heb van veel mensen, lastig wordt het alleen als kinderen dus bewust worden wegehouden van je, omdat de ouders zelf weten dat er iets niet goed gaat. [...] Kinderen met misbruik of incest of zoiets die worden van je weggehouden, die zie je niet veel, daar kun je weinig doen, ik ben er wel altijd alert op.”



### 5.3.4 Demedicalisering/normalisering

In de interviews en bij het bespreken van de vignetten komt tevens de waarde demedicalisering of normalisering terug. Meestal gaat het dan over het criterium nut voor het verlenen van ondersteuning of hulp en een benadering van *stepped care*, waarbij eerst laag wordt ingestoken en pas wanneer dan duidelijk wordt dat het probleem nog niet is opgelost, verdere hulp wordt verleend.

In het kader van deze waarde zijn de antwoorden op het vignet van Daan interessant. Daar willen de ouders duidelijk een onderzoek naar ADHD, maar kunnen vanuit het perspectief van de professionals ook andere oorzaken zijn voor het gedrag van de jongen. De meeste professionals gaven dan ook aan hier niet meteen ADHD-onderzoek uit te willen laten voeren, maar eerst goed in kaart te willen brengen wat er verder nog allemaal aan de hand is. Zij zouden de oproep van de ouders dan ook niet - of niet meteen- gehoor geven.<sup>116</sup> Veel professionals gaven aan het belangrijk te vinden dat alle behandeling of onderzoek nuttig moest zijn voor het gezin.<sup>117</sup> Veel jeugdprofessionals stellen de vraag wat de ouders wensen te winnen door het doen van onderzoek, omdat zij daar uiteindelijk geen handelingsperspectief uit krijgt. De meeste gesproken huisartsen zijn bij de casus van Daan eveneens kritisch op het doen van onderzoek en proberen de ouders mee te nemen daarin, maar geven aan het niet altijd tegen te kunnen gaan.<sup>118</sup> Zij gebruiken ze situatie echter deels om een langdurigere relatie met de patiënten te bouwen zodat hun advies in toekomstige situatie zwaarder weegt voor de gezinnen.<sup>119</sup>

In de antwoorden op de open vragen geven veel huisartsen aan dat burgers naar hun mening te veel zorg willen.<sup>120</sup> Een diagnose alleen helpt gezinnen niet veel verder, geven zij aan. Zij willen liever

---

<sup>116</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 reageert bijvoorbeeld als volgt: “Dit komt ook weleens voor inderdaad, dat de ouders al bij voorbaat eens bellen met ons en zeggen ja wij willen naar diagnostiek. Dan hebben ze al bepaald wat er nodig is. Ik ben niet zo van de diagnostiek, niet zomaar. Waarom? Omdat diagnostiek eigenlijk alleen maar een stempeltje geeft en nog niet een oplossing geeft voor de situatie. Ze zien ADHD als oorzaak, ik zeg altijd als er vermoeden zijn van ADHD, ga vanuit school Daan gewoon benaderen vanuit de ADHD-problematiek inderdaad, [...] als wij nu onderzoek gelijk gaan inzetten en daar komt ADHD uit, dan zijn we nog niet verder, dan moet je hem nog steeds gaan benaderen vanuit die problematiek.”

<sup>117</sup> POH-jeugd CP2 vertelt: “Dus soms concludeer je dan van, nou ik snap op basis van alles wat ik nu hoor dat dat dat dat goed is om uit te zoeken dus dan is het logisch om die stap te zetten, maar soms heb ik ook wel zoiets van nou, ik vraag me af wat de meerwaarde is van zo'n diagnostiektraject. En dat wil ik dan ook met de ouders bespreken van wat levert het jullie op als je dat weet, want dan moet je daar nog mee om zien te gaan. Dus alleen diagnostiek, ja, wat heb je er eigenlijk aan?”

<sup>118</sup> Huisarts CH1 geeft bijvoorbeeld aan: “Je moet op de ene of andere manier mensen bereiken dus het maakt erg uit hoe goed ik die vader zou kennen en wie het zijn [...] ik zeg wel ‘ik merk aan u [...] dat u het vervelend vindt dat u moet wachten, dat is allemaal heel vervelend. Als je mij vraagt wat ik daarvan vind -ik neem aan dat u dat ook wel wil weten’, nou dan zeg ik dat, ‘verandert het dat voor u als ik dat zeg?’ En als mensen [dan zeggen] ‘Nee, want nou...’, oké, be my guest. Dan [...] doe ik dat ook zo. Maar ik wil het wel gezegd hebben, wat ik daarvan vind. En of ik zeg van nou ja, we kunt naar de psycholoog gaan maar het kan heel goed zijn dat dat nog niet zo veel duidelijkheid te bieden is hoe zouden we dan mee omgaan, want dan psycholoog kan ook niet ronduit meteen een stevig stempel zetten en bovendien is de stempel alleen geeft niet [...] een oplossing hoe je er verder mee om moet gaan, daar is geen voorschot op te nemen, want ja ook ook als je stempel ADHD hebt, ja want dan moet je natuurlijk toch ook uitwerken in de concrete situatie met zo'n jonge op die school.”

<sup>119</sup> Huisarts AH2 vertelt: “Meestal levert dat dan ook niet zo heel veel op want dan zijn er wel allerlei diagnoses geplakt, maar uiteindelijk moet er toch aandacht aan besteed worden ja en [...] dan hebben ze een heel hoop tijd verdaan met allerlei testen, ja en dan dan zie je vaak toch dat ze uiteindelijk weer terug komen bij de huisarts. En dan gaan we in tweede instantie de POH-jeugd erop zetten en die zegt dan van nou het is allemaal leuk, dat al die testen gedaan zijn, maar ik had het zonder die testen misschien ook wel een heel eind kunnen krijgen en soms hebben de ouders daar dan van geleerd, dat ze denken nou de volgende keer toch maar even luisteren naar wat de dokter vertelt want achteraf had die toch misschien wel een hoop dingetjes gelijk. Dus dus, zo gaat dat soms in de praktijk. Je kan je hakken in het zand zetten en dan zeggen van ‘ik doe het niet’, kijk, ik ga natuurlijk proberen om te kijken of ik ze al direct bijvoorbeeld bij zo'n POH-jeugd kan krijgen, maar soms lukt dat niet en dan geef je een soort Pyrrhusoverwinning aan de mensen, dus je laat ze de eerste slag winnen maar uiteindelijk de oorlog win jij.”

<sup>120</sup> Huisarts DH1 bijvoorbeeld is van mening: “Je moet mensen niet te snel ziek maken, het kan best zijn dat er iemand is die druk is, niet ziek, die is druk.”

inzetten op het bieden van handvatten voor het gedrag. De verleende zorg moet namelijk vooral nuttig zijn, ‘zinnige zuinige zorg’ zoals een deelnemer van de focusgroep met huisartsen aangeeft.

Op dit aspect blijken echter verschillen tussen de individuele professionals. In het onderzoek werd enerzijds met huisartsen gesproken die het nut van tests en onderzoek sterk betwijfelen en vinden dat té veel dingen als abnormaal worden gezien,<sup>121</sup> maar waren er anderzijds ook professionals die zeiden meer baat te hebben bij een concrete diagnose dan aan gedragshandvaten<sup>122</sup>. Vaak zien huisartsen echter het geruststellen van patiënten en het normaliseren van bepaalde klachten of gedrag als belangrijk onderdeel van hun werk. Hun uitgangspunt is dan ook dat ‘er geen probleem is, tenzij...’ (focusgroep huisartsen).

Het uitgangspunt laag in te steken met de geleverde ondersteuning is ook terug te vinden in de benadering van de jeugdteams in gemeente (A, B, D) om zo mogelijk het sociale netwerk goed in kaart te brengen of in eerste instantie het voorliggende veld te gebruiken voor ondersteuning, zoals ondersteuning door vrijwilligers, voordat specialistische jeugdhulpvoorzieningen erbij betrokken worden.<sup>123</sup>

Dat betekent natuurlijk niet dat artsen en jeugdteammedewerkers alle ondersteuning overbodig vinden of als uitgangspunt hebben zo min mogelijk zorg te verlenen. Het gaat er voor de professionals doorgaans om een juiste fit tussen de zorgbehoefte en de ondersteuning te vinden.<sup>124</sup> In de focusgroep

---

<sup>121</sup> Bijvoorbeeld in het volgende citaat van huisarts AH2 wordt dat duidelijk: “Ja of dat nou eigenlijk een beetje de bedoeling is om dat dan in jeugdgezondheidszorg en daar dan extra aandacht zó te vertalen, ja dat vraag ik me soms een beetje af. Daar wordt ook heel snel allerlei gedragsstoornissen als ADHD en autisme wordt tegenwoordig gelabeld. Terwijl je toch te maken hebt met een soort spectrum, je hebt nul ben je totaal niet, en bij tien ben je het totaal wel, maar er zitten allerlei grijstinten tussen, ja bij welke grijstinten vind je nou dat alles uit de kast gehaald moet worden en je ziet wel een klein beetje een verschuiving dat ja, bij minimale aanwijzingen soms moet er van alles gedaan worden, daar moeten de testen gedaan worden, allerlei psychologische testen, met een psycholoog naar kijken, gedragsdeskundige, ja dan heb je een hele hoop gegevens en ja wat moet je dan, iemand is zoals die dan is [...]. Ja dat dat is iets wat je nog wel steeds ziet groeien eigenlijk. En dan proberen we nu een beetje met bijvoorbeeld zo'n POH-jeugd, ehm proberen we dat een klein beetje terug te brengen naar een iets menselijker maat eigenlijk.”

<sup>122</sup> Huisarts CH5 geeft bijvoorbeeld aan: “Je wil natuurlijk dat de patiënt weer beter wordt, dat het probleem wordt opgelost. Ik vind het zelf fijn als er wel een diagnose aanhangt, daar kan ik zelf meer mee. Je hebt ook aanbieders die willen geen diagnoses stellen, ook omdat de kinderen nog zo jong zijn en zetten dan doelen als we willen bereiken dat het kind weer beter eet bijvoorbeeld of dat het kind beter slaapt, maar ja, dat begrijp ik wel, maar voor de terugkoppeling heb ik daar minder mee.”

<sup>123</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft bijvoorbeeld aan: “Er zijn ook wel ouders die wel zeggen, van ja ik hoef niet gelijk onderzoek, maar ik wil wel ondersteuning. En dat vind ik wel wat realistischer, dat dan zeggen ze ook gewoon eigenlijk ja ik zit gewoon letterlijk met mijn handen in het haar, ik weet het gewoon echt niet en dan is daar een ouder die wel zegt van ja daar moet onderzoek komen en de ander ouder zegt dan wel van ja, nee help ons gewoon. En dat is wel meer mijn uitgangspunt. [...] En dan daarin eerst eens met die persoon kijken naar van wat gebeurt allemaal binnen mijn gezin, hoe pak ik dat aan, hoe benader ik mijn zoon of dochter, wat voor situatie zit ik en nou ja, hoe doe ik de dingen en dan kan de orthopedagoog of ambulante begeleiding ook proberen wat dingen te veranderen. En als dat niet werkt kunnen we het altijd nog hebben over onderzoek.”

Jeugdteammedewerker BJ1 geeft in haar reactie op de casus van Meral aan: “Als dan uit de netwerkanalyse blijkt dat er bijvoorbeeld geen of een heel beperkt netwerk is dan kun je gaan kijken naar hoe kunnen we dan gaan ondersteunen, hoe zou [...] [je] het netwerk kunnen vergroten of mogelijk vanuit de vrijwilligerswerk, dat daar mogelijkheden zitten.”

<sup>124</sup> Jeugdteammedewerker DJ1 geeft het volgende voorbeeld om dit te illustreren: “Als ik een gezin zo in mijn hoofd heb waarbij moeder zegt, met handen in het haar, alleenstaande moeder, vier kinderen waarbij de jongste dochter bijvoorbeeld een kat van elf hoog naar beneden gooit -waarbij de kat gelukkig overleeft hoor- maar dan denk ik ja hier moet ik niet de buurvrouw gaan inzetten, van ‘goh zou de buurvrouw, zou eens eventjes een keer voor u de was gaan doen’ of ‘zou ik eens even u dochter mee even mee nemen naar de speeltuin’. Ja daar is meer nodig. En dan zeg je wel gewoon wat sneller, we gaan eerst op gegeven moment ambulante begeleiding [inzetten], iemand die gewoon snel in de thuissituatie kan starten en met u kan kijken om daar zo snel mogelijk wat verlichting in aan te brengen.”

over de jeugdhulp werd hier tevens een kanttekening bij geplaatst: met name jongeren met 'levensbrede en levenslange problemen' hebben niet genoeg aan een brede en algemene benadering. Een toegangsmodel wat erg uitgaat van een generalistische blik, zou voor deze groepen niet goed genoeg kunnen werken. "Je moet aansluiten bij de vraag en ook accepteren dat een zware vraag meteen zware hulp nodig heeft." geeft een deelnemer van de focusgroep over de jeugdhulp aan.

Met betrekking tot de waarde demedicalisering of normalisering bestaat eveneens een spanning met de tijd die professionals hebben. Daarbij gaat het enerzijds om de bereikbaarheid van de eerstelijnsprofessionals en anderzijds om de ondersteuning en begeleidingsmogelijkheden in de eerste lijn. Meerdere hulpverleners geven aan patiënten of cliënten deels door te moeten verwijzen terwijl zij het idee hebben daar zelf nog ondersteuning te kunnen bieden, om genoeg ruimte te hebben voor nieuwe gezinnen die zij kunnen ondersteunen.<sup>125</sup> Voor huisartsen geldt dat natuurlijk helemaal,<sup>126</sup> wat juist een reden is dat zij blij zijn met de komst van de POH-jeugd. Daarnaast kunnen niet alle professionals uitgebreid de context in kaart brengen of een netwerkanalyse uitvoeren om ondersteuning in het voorliggende veld of de sociale context van de patiënten te realiseren (zie ook onder 5.2.2 *Tijdsbestek*).

Opvallend is dat er een verband lijkt te bestaan tussen de rol die financiële middelen voor de professionals spelen (namelijk weinig) en de waarden demedicalisering en zelfredzaamheid, maar ook zorgzaamheid en veiligheid die de professionals nastreven. Doordat deze waarden worden meegewogen hoeven de professionals niet specifiek over de kosten na te denken: waar zij hulp voor nodig achten zetten zij die dan ook in.<sup>127</sup>

### 5.3.5 Spanningen tussen waarden

De spanningen tussen de waarden zijn in het onderzoek niet expliciet bevraagd, maar kwamen in de interviews en bij het beantwoorden van de vignetten impliciet aan bod. De afwegingen van de professionals verschillen soms van elkaar. In de ruimte tussen 'duidelijk ernstige problematiek' en 'niets aan de hand' lijken individuele professionals sterker op bepaalde waarden met betrekking tot de spanningen te focussen. Zo heeft huisarts AH2 een benadering en taakopvatting waarbij demedicalisering en normalisering een grotere rol speelt dan bij andere huisartsen zoals bijvoorbeeld

---

<sup>125</sup> Zoals jeugdteammedewerker BJ2 aangeeft over het verdelen van cases in het team: "Als het lukt kijken we naar wie heeft er expertise bij welk onderwerp, maar soms als de aanmeldlijst weer een stukje langer [is,] moeten we gewoon ook, ja klinkt stom, maar [moet er] productie gedraaid worden want je wilt snel mensen helpen en te woord staan." Ook POH-jeugd CP1 kent dit probleem: "Ik moet ook agenda-technisch moet ik ook goed kijken van ik wil dat er een goede doorloop is, dus ik wil ook dat dat als er nieuwe aanmeldingen komen dat ik die ook binnen twee weken kan oppakken, [...] dus daar moet ik rekening mee houden van is mijn agenda nog schoon."

<sup>126</sup> Huisarts CH1 geeft aan: "Want in het begin belde ik nog weleens met een onderwijzer. Maar ja op gegeven moment was dat natuurlijk ook zo [...] ik had er geen tijd meer voor, maar de ouders willen dat ook niet. Die komen binnen, die zeggen ja ik wil een verwijzing de juf zegt dat ik daar en daar naartoe moet ja, dan gaat de aardigheid er natuurlijk gauw vanaf als je in je tienminutenspreekuur daartegenop moet roeien."

<sup>127</sup> De instelling van jeugdteammedewerker DJ1 kan dit verband toelichten: "Wat ik al zeg van ja weet je, je komt hier niet binnen met 'ik vraag - wij draaien', maar ik ben hier om samen met jullie te kijken wat is er aan de hand en wat is er nodig, [...] ja weet je het gaat mij niet om het geld: wat er nodig is er nodig. Maar ik ga niet zo maar wat inzetten. Dus, en dat vinden mensen heel fijn om te horen, ook zo van 'oh daar wordt niet eerst gekeken in de portemonnee of daar geld voor is' en ik ben er ook van overtuigd dat als je maatwerk levert, dat het uiteindelijk volgens mij goedkoper is als dat je dat je daar niet of nou ja gewoon maar afgeeft en [blijft] afgeven."

huisarts BH1.<sup>128,129</sup> Daarmee wordt ook duidelijk dat de waarden die de professionals bij het uitoefenen van hun portwachterstaak gebruiken invloed heeft op de afwegingen: huisarts AH1 zal waarschijnlijk minder snel overgaan tot het laten doen van onderzoeken dan huisarts BH1.

Over het algemeen zijn er weinig systematische verschillen in de omgang met spanningen tussen de respectievelijke waarden tussen soorten poortwachters gevonden. De spanning tussen veiligheid en zelfredzaamheid vormt een uitzondering. De positie die de jeugdteammedewerkers in gemeenten A en B ten opzichte van deze spanningen innemen wordt uit de volgende citaten duidelijk:

“Op het moment dat het nodig is dan ga je aanmelden [bij een specialistische zorgaanbieder], maar dan moet je wel kijken, oké, waar kan diegene in de tussentijd dan verblijven als die niet thuis kan verblijven. [...] Ja dan, het geeft heel veel rust, soms dat [je weet] een jongere zit ergens gewoon goed, weet je wel? En dat kan je ergens anders als je een keer in de week komt niet altijd heel goed inschatten, dus dat is [...] vaak niet zo prettig.” (AJ2)

“Waar ik heel veel waarde aan hecht dat is dat ieder mens gelijk is en ieder mens een kans moet krijgen tot verbetering, [...] dus als ik in een gezin zit, waarbij ik denk van nou, dit is echt op het randje van veiligheid zeg maar, dan kun je twee dingen doen, dan kun je meteen richting de beschermtafel gaan en zeggen van ‘nou, dit moet naar de Raad van de Kinderbescherming’, of je gaat naast deze ouders staan en je gaat luisteren hoe en wat ze zeggen en vaak komen daar dan heel veel dingen aan het licht van ja, deze mensen hebben nog nooit de kans gehad om te verbeteren, zeg maar.” (BJ1)

In jeugdteam A lijkt bij deze spanning sterker voor de waarde veiligheid gekozen te worden,<sup>130</sup> terwijl in het jeugdteam uit gemeente B sterker wordt ingezet op zelfredzaamheid. Uit de interviews met de andere jeugdteammedewerkers uit deze gemeenten blijkt dat de omgang met deze spanningen ook binnen een organisatie besproken kan worden en de professionals hier gezamenlijk stelling in nemen. Jeugdteammedewerker BJ2 geeft bijvoorbeeld in het gesprek aan een soortgelijke instelling te hebben als BJ1 ten opzichte van de spanning tussen veiligheid en zelfredzaamheid.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Hij geeft aan: “Dus niet te snel naar allerlei doorverwijzingen naar super gespecialiseerde instituten en duizend-en-één test te doen, maar gewoon beginnen bij de meest eenvoudige dingetjes en daar aandacht aan geven. Het het belangrijkste medicijn als ze hier komen is vaak aandacht. [...] Het belangrijkste medicijn van ons huisartsen is vaak de aandacht die we aan mensen besteden en dat je daar [...] maar heel veel dingetjes is vaak het aanhoren van mensen dat ze hun klachten kunnen ventileren en dat je ze een klein beetje een duwtje in de rug geeft, een hart onder de riem steken. Nou en dat dat zijn vaak dingen waarbij je ook dit soort problemen toch weer de goede kanten kan laten uitgaan.”

<sup>129</sup> Huisartsen BH1 vertelt: “Over het algemeen mensen met ADD en ADHD en die groep, de dyslexie, dat loopt op zich allemaal wel. Die worden getest en dan wordt een onderzoek, een diagnose gesteld en dan is dat meestal wel goed. Dat gebeurt bij de jeugd-ggz en bij allerlei instellingen, dan komt wel goed.”

<sup>130</sup> Jeugdteammedewerker AJ1 geeft over de rol van veiligheid aan: “Als er nou echt zorgen zijn over veiligheid dan moet je het aan een dwang of drangtraject aangaan, maar als die zorgen er niet zijn ja dan, eh dan laat je zo'n gezin ook weer los en dan komen ze misschien vanzelf een keer terug.”

<sup>131</sup> “Ik heb ook gezinnen waar ik jaren bij betrokken ben omdat je heel erg lang bezig bent met duidelijk krijgen van wat speelt er nou precies, omdat er continu problemen zich voordoen. Op financieel gebied, in het netwerk, in het gezin zelf, psychiatrie, ehm echtscheiding, kind-factoren. Zo veel dingen, waardoor je heel lang de tijd nodig hebt om dat eens goed in beeld te brengen en vervolgens iemand mee te nemen in wat zij daar zou kunnen helpen en ook het ontstaan van een stukje zorg. Vaak is er al heel veel geprobeerd, heeft allemaal niet gewerkt, hebben ze negatieve ervaringen opgedaan waardoor je heel erg lang bezig bent ook met vertrouwen en meer die relatie aan te gaan. Waardoor je hele kleine stapjes kan zetten en soms weer stapje terug en hoe je iedere keer weer [moet] balanceren op het randje van kan dit omdat er jonge kinderen in het gezin wonen of moeten we nu iets anders.” (BJ2)

### 5.3.6 Samenvatting waarden en spanningen in de afwegingen van de professionals

Opvallenderwijs zijn uit de analyse van de interviews geen duidelijk systematische verschillen tussen de beroepsgroepen terug te vinden, ondanks huisartsen veel minder dan jeugdteammedewerkers door hun wettelijke kader aan specifieke waarden gebonden zijn.

De poortwachters verschillen dus weinig in hun houding ten opzichte van de waarden in de Jeugdwet. Huisartsen en Jeugdteammedewerkers geven grotendeels aan de waarden veiligheid, zorgzaamheid, zelfredzaamheid (mits hier 'naar vermogen' aan wordt toegevoegd) en demedicalisering of normalisering bij hun afwegingen te gebruiken. Daarbij is vooral de waarde zelfredzaamheid onomstreden - al wordt het de professionals door bijvoorbeeld beperkingen door organisatorische factoren (zoals de beschikbare tijd) niet altijd makkelijk gemaakt deze na te streven. Veiligheid is tevens een waarde die alle professionals voor de jongeren willen realiseren. Zelfredzaamheid voor zover dat voor burgers te behalen valt, is volgens de professionals wenselijk. Jeugdteams gebruiken deze waarde deels als expliciete doelstelling, maar ook meerder huisartsen beamen dat zij het als wenselijk zien gezinnen onafhankelijk te laten worden van hulpverlening. De vierde waarden, decentralisering of normalisering is ook bij beide groepen professionals terug te horen. De intensiteit van het nastreven van deze waarde bij huisartsen lijkt echter iets afhankelijker van de individuele waarde- en taakopvatting, dan dat bij de andere waarden het geval is. Dit kan ook onderdeel zijn van een teruggaan van de trend naar meer 'medicalisering', en daarom tijdsgeest gebonden.

Ondanks dat de waarden uit de Jeugdwet slechts voor de jeugdteammedewerkers duidelijk verplicht zijn, worden zij dus grotendeels ook door de huisartsen gedeeld. Het is echter te verwachten dat het nakomen van de waarden net als de afwegingen in de uitvoering bemoeilijkt of gemakkelijker kan worden gemaakt door de factoren. Weinig tijd bijvoorbeeld maakt het lastiger om zorgvuldig (zorgzaamheid) te werken of diepgaande analyses van het netwerk van gezinnen uit te voeren (zelfredzaamheid). Met betrekking tot de spanningen tussen de waarden en hoe professionals daarmee omgaan, werden weinig systematische verschillen gevonden. Het lijkt er echter op dat jeugdteammedewerkers binnen hun team een gezamenlijke positie daarin kunnen kiezen. Binnen de beroepsgroep van de huisartsen lijkt er meer diversiteit tussen individuele posities met betrekking tot de waarden te bestaan.

Daarnaast valt wel op dat er enig verschil kan bestaan tussen gemeenten in de interpretatie van en nadruk op bepaalde waarden uit de Jeugdwet. Deze organisatorische invloed kan ertoe leiden dat de leidende afwegingen van professionals uit verschillende gemeenten verschillen omgaan met spanningen tussen waarden.

## 6. Conclusie en discussie

### 6.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

#### 6.1.1 De antwoorden op de deelvragen van het onderzoek

Deze scriptie begon met de (fictieve) case van Liam en Saar, die mogelijk baat kunnen hebben bij een vorm van jeugdhulp: door wie kunnen zij in Nederland geholpen worden en maakt het uit bij waar hun ouders voor ondersteuning aankloppen? Vertrekkend vanuit deze maatschappelijke vragen heeft deze scriptie gepoogd inzicht te bieden in de afwegingen die poortwachters binnen het Nederlandse jeugdhulpsysteem maken, de factoren die deze beïnvloeden en de waarden die daarbij een rol spelen. In dit concluderende hoofdstuk wordt gereflecteerd op de vragen die in dit onderzoek zijn gesteld, teruggeblikt op de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie, op het onderzoek gereflecteerd en enkele kanttekeningen bij dit onderzoek besproken. Het hoofdstuk eindigt met een vooruitblik, waarbij beleidsaanbevelingen geformuleerd worden en mogelijkheden voor vervolgonderzoek worden uitgelijnd.

#### *De context van het onderzoek*

De eerste contextuele deelvraag betreft de organisatie van de jeugdhulp en de toegang daartoe in Nederland. Uit de bespreking hiervan werd duidelijk dat de toegang tot specialistische jeugdhulp in Nederland plaatsvindt bij de afwegingen van de poortwachters. Deze schatten de problematiek in en maken beslissingen over de verdere begeleiding of behandeling. De hoofdzakelijke poortwachters in Nederland zijn de huisartsen (veelal ondersteund door hun POH-jeugd) en jeugdteammedewerkers. Deze poortwachters werken vanuit twee verschillende wettelijke stelsels: de Jeugdwet voor de Jeugdteammedewerkers en de Zvw voor de huisartsen. Deze wettelijke kaders onderscheiden zich door de doelen die zij aan de poortwachters stellen. Waar de professionals die in het kader van de Zvw werken veel vrijheid in hun werk houden, worden professionals door de Jeugdwet sterker gebonden aan inhoudelijke uitgangspunten en doelen die zij in hun werk geacht worden mee te nemen.

#### *Wat uit de wetenschappelijke literatuur als bekend is over dit onderwerp*

De tweede, derde en vierde deelvraag hebben betrekking op de bestaande theorie over het onderwerp van dit onderzoek.

De tweede deelvraag behelst de manier waarop poortwachters omgaan met hun beleidsvrijheid. De literatuur over *street-level bureaucrats* en hun beleidsvrijheid blijkt hierbij ook in de huidige institutionele context voor de professionals een actuele benadering op deze thematiek. Poortwachters of SLBs worden in deze benadering gezien als degenen die het beleid toepassen op de realiteit van individuele burgers. Daarvoor moeten zij afwegingen en inschattingen maken en kunnen *coping mechanismen* gebruiken. Uit de literatuur blijkt echter ook dat de afwegingen van de poortwachters duidelijk beïnvloed kunnen worden door de context waarin zij werken.

Daaruit volgt logischerwijze derde deelvraag van het onderzoek: in hoeverre kunnen professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren een rol spelen bij de afwegingen van de poortwachters in de jeugdhulp? Uit de theorie en bestaande kennis hierover blijkt dat deze drie factoren (en alle aspecten die daarbij horen) veel invloed kunnen hebben op de afwegingen van professionals algemeen. Dat geldt ook voor de beroepsgroepen die in dit onderzoek centraal staan. Huisartsen en jeugdteammedewerkers verschillen immers in hun beroep, dus hun professionele kennis en professionele identiteit. Daarnaast werken zij in verschillende organisatorische contexten, waarbij de organisatie van het werk verschilt en tevens de strategische positie die zij in hun werk innemen. Ten slotte blijkt uit recent onderzoek, dat ook de manier hoe zij door burgers benaderd worden sterk verschilt. Samengenomen kan op basis van de theoretische beschouwing verwacht worden dat de kans groot is dat de beroepsgroepen in de jeugdhulp verschillende afwegingen maken doordat zij op veel factoren verschillen, die volgens de theorie invloed hebben op de afwegingen van de poortwachters.

De vierde deelvraag betreft de waarden uit de Jeugdwet die een kader bieden voor de afwegingen die de professionals die hieronder vallen maken. Deze waarden kunnen daarnaast ook met elkaar in spanning staan. In de Jeugdwet blijken (onder andere uit) in de gestelde doelen verschillende waarden

aan die daarmee als leidraad voor de professionals gelden. In dit onderzoek worden deze waarden onderscheiden als veiligheid, zorgzaamheid, zelfredzaamheid en demedicalisering. Een aantal van deze waarden kunnen onderling op gespannen voet staan, waardoor de professionals verschillende zwaartepunten kunnen leggen in hun werk.

#### *De resultaten van dit onderzoek*

Middels het uitvoeren van 21 semigestructureerde interviews (bestaande uit open vragen en het bespreken van vignetten) met huisartsen, POH-jeugdmedewerkers en jeugdteammedewerkers in vier gemeenten werden de antwoorden op de drie empirische deelvragen van dit onderzoek gevonden.

De vijfde deelvraag betreft het in kaart brengen van de afwegingscriteria die de poortwachters gebruiken bij het beslissen over de hulp of ondersteuning voor hulpvragers en de verschillen daarbij tussen de beroepsgroepen. De analyse van de interviews en de reacties op de vignetten laat zien dat de professionals op drie categorieën afwegingscriteria gebruiken: ten eerste brengen zij de problematiek in kaart, ten tweede verzamelen zij informatie over de context van de situatie of schatten deze. Ten derde en ten slotte gebruiken zij afwegingscriteria over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden voor de gezinnen op jongeren.

Wanneer de antwoorden uit de open vragen en de vignetten worden samengenomen dan blijkt er vooral weinig verschil te zijn in de afwegingscriteria die de professionals gebruiken. Er zijn slechts drie verschillen tussen de beroepsgroepen die opvallen. Ten eerste is dat dat huisartsen en POH-jeugdmedewerkers minder vaak het netwerk van de hulpvragers (willen) gebruiken om de problemen aan te pakken dan jeugdteammedewerkers. Ten tweede nemen huisartsen in de vignetten problemen en mogelijke oorzaken van problemen in de context (school, thuis, sociaal et cetera) wel waar en gaan zij erop in, maar geven zij in de open vragen aan daar vaak niet genoeg aan toe te komen. Ten derde geven huisartsen aan zonder hun POH-jeugd duidelijk minder specifieke verwijzingen te kunnen uitvoeren. De geïnterviewde POH-jeugdmedewerkers besteden naast aan passende verwijzingen ook veel aandacht aan de verdieping van de contextuele factoren.

De zesde deelvraag luidt als volgt: welke rol spelen professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren voor de afwegingen van de professionals? Uit het onderzoek blijkt dat de verschillen tussen de beroepsgroepen in de factoren duidelijk invloed hebben op de manier waarop zij de afwegingen kunnen maken.

Uit de resultaten met betrekking tot de *professionele factoren* blijkt dat de professionele kennis tussen de professionals sterk verschilt. Huisartsen hebben in eerste instantie vaak meer kennis van hun patiënten en diens situatie of context dan Jeugdteammedewerkers. Daarnaast hebben zij kennis over de beste benaderingen van de patiënten, hoe deze kunnen reageren en wat zij kunnen verwachten. De kennis die huisartsen niet hebben is de kennis over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden. Daarin worden de huisartsen aangevuld door de POH-jeugd, die hier veel kennis van hebben. Jeugdteammedewerkers hebben over het algemeen in eerste instantie weinig kennis van de cliënten en hun situatie, maar weten veel over behandel- en begeleidingsmogelijkheden. In hun teams vullen zij elkaar -met specialistische kennis en ervaring- aan. De professionele identiteit tussen huisartsen en jeugdteammedewerkers verschilt volgens de resultaten uit dit onderzoek ook sterk: huisartsen hebben een sterkere professionele identiteit dan de andere professionals, waarbij hun nadruk op de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts ligt en een integraal kijk op en aanpak van de problematiek. Jeugdteammedewerkers delen in hun professionele identiteit een *calling to care*, dus de behoefte mensen te ondersteunen en helpen, maar hebben verder weinig overkoepelende waarden. Voor hen lijken de organisatorische waarden belangrijker te zijn.

De resultaten met betrekking tot de *organisatorische factoren* laten wederom grote verschillen tussen de professionals zien. Dit geldt ten eerste bij de organisatie van het werk van de professionals. Jeugdteammedewerkers hebben -vergeleken met de huisartsen- vaak veel tijd voor hun cliënten. Het beschikbare tijdsbestek verschilt echter ook afhankelijk van de gemeente waarin zij werken. Bij de

organisatie van het werk blijkt dat huisartsen weinig tijd hebben om kennis die zij niet hebben over hun patiënten of mogelijke behandelingen nader uit te zoeken, daarnaast kunnen zij ook minder goed ingaan op sterk doelgerichte patiënten. Zo lukt het hen door de tijdsbeperking doorgaans niet om contact met andere betrokkenen, zoals de school, te zoeken. POH-jeugdmedewerkers hebben daarentegen meer tijd dan huisartsen en geven aan ook huis- of schoolbezoeken uit te voeren, als dat noodzakelijk is. Daarnaast hoort bij de organisatie van het werk ook de werkplek. Huisartsen en (in eerste instantie) ook de meeste POH-jeugdmedewerkers spreken in de huisartsenpraktijk af. Deze locatie helpt de POH-jeugdmedewerkers omdat patiënten het vertrouwen daarmee op hen overdragen en zij sneller open zijn over hun klachten en problemen. Jeugdteammedewerkers spreken in de meeste gevallen bij de gezinnen thuis af. Het voordeel dat zij daarbij ervaren is dat zij gelijk heel veel context krijgen van de omstandigheden van de problemen en de situatie van de hulpvragers. Ten tweede speelt ook de strategische positie van de professionals in de organisatie een rol. Uit de analyse blijkt dat huisartsen veel autonoom zijn en vooral door de afspraken met de gemeente over de jeugdhulp gebonden worden. Jeugdteammedewerkers zijn veel sterker onderdeel van een organisatie, waarin zij duidelijke richtlijnen krijgen en onderlinge afspraken maken. Daarnaast werken zij vaak samen in hun team en nemen meer gezamenlijke beslissingen. Het gevolg daarvan voor de afwegingen van de professionals kan zijn dat binnen een gemeente waarschijnlijk grotere verschillen bestaan in de afwegingen en beslissingen van huisartsen over bepaalde gevallen dan tussen de jeugdteammedewerkers in dezelfde gemeente.

Daarnaast blijkt uit de resultaten van het onderzoek ook dat de *cliënt-gerelateerde factoren* een rol spelen voor de professionals. De houding die de hulpvragers ten opzichte van de hulpverleners hebben verschilt duidelijk tussen de beroepsgroepen. De houding die huisartsen over het algemeen van hun patiënten ten opzichte van hen ervaren, wordt gekenmerkt door laagdrempeligheid en een vertrouwensrelatie. Hier hebben ook de POH-jeugdmedewerkers baat bij, die ervaren dat de patiënten hen veel vertrouwen tegemoet brengen. De medewerkers van jeugdteams geven aan in eerste instantie meer wantrouwen en angst tegen te komen bij de cliënten. Zij hebben daardoor meer tijd nodig om een relatie tussen zich en de hulpvrager op te bouwen.

Samengenomen kan op basis van de analyse van de data kan worden gesteld dat de factoren op twee manieren invloed hebben op de afwegingen van de professionals. Daarbij gaat het ten eerste om de aspecten van de professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren die op elkaar inwerken en leiden tot verschillende uitgangspunten van de professionals. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste factoren daardoor niet de afwegingen *an sich* beïnvloeden die professionals willen maken, maar *voornamelijk beïnvloeden welke afwegingen zij makkelijk of snel kunnen maken en voor welke afwegingen zij meer tijd nodig hebben om deze mee te wegen*. Daaruit volgt dat huisartsen, die doorgaans weinig tijd hebben, makkelijker inschattingen kunnen maken van de problematiek en delen van de context, maar veel meer tijd nodig hebben om zich te verdiepen in de context en mogelijke behandelingen. Afwegingen daarover kunnen zij (zonder POH-jeugd, die juist daar veel van weet) dus minder goed nemen. Jeugdteammedewerkers weten vaak weinig van de cliënten en hun context, en meer van de behandelingsmogelijkheden. Zij hebben daarom meer tijd nodig om een relatie met de cliënten op te bouwen, hen te leren kennen en de relevante informatie te verkrijgen.

Jeugdteammedewerkers hebben echter vaak ook meer tijd dan huisartsen voor de cliënten. Zij worden in het maken van de afwegingen door de factoren dus al met al minder beperkt dan huisartsen.

Ten tweede beïnvloeden de factoren ook de inhoud van de afwegingen. Daarbij gaat het om de aspecten van factoren die betrekking hebben tot waarden: de professionele identiteit en de strategische positie in de organisatie. Wanneer een waarde onderdeel uitmaakt van een professionele identiteit (bijvoorbeeld de nadruk op integrale zorg van huisartsen) of in de organisatie van de professional sterk gedeeld wordt (zoals de nadruk op zelfredzaamheid in een aantal jeugdteams), kan deze waarde sterker leidend zijn in de afwegingen van de professional.

De zevende deelvraag ten slotte luidde: welke rol spelen de (spanningen tussen) de waarden uit de Jeugdwet bij de afwegingen van de poortwachters? Uit de resultaten van dit onderzoek kan



geconcludeerd worden dat de twee beroepsgroepen, waarvan maar een onder de Jeugdwet valt, minder van elkaar verschillen in de waarden die zij nastreven dan verwacht. Alle vier waarden, veiligheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid en demedicalisering, worden door de professionals in meer of mindere mate gebruikt bij het maken van de afwegingen. De professionele waarden van de huisartsen, gericht op integrale zorg en 'zinnige zuinige zorg' sluiten aan bij de waarden zorgzaamheid en demedicalisering uit de Jeugdwet. Daarnaast geven bijna alle huisartsen aan zelfredzaamheid 'naar het vermogen' van de patiënten als waarde te gebruiken in hun afwegingen. De waarde veiligheid speelt tevens een grote rol voor de professionals. Ook bij jeugdteammedewerkers werden alle vier waarden in hun beslissingen en afwegingen over de behandeling van cliënten teruggevonden.

Daarbij valt op dat individuele professionals enigszins van elkaar verschillen in de prioritering van de waarden in hun werk. Los daarvan bestaan er echter ook verschillen tussen jeugdteams bij hun omgang met de waarden, die gekoppeld kunnen worden aan de organisatorische structuur. Medewerkers van een jeugdteam kunnen gezamenlijk een visie ontwikkelen op de waarden die voor hen zwaarder wegen (wanneer twee waarden met elkaar op gespannen voet staan).

Een laatste opvallende bevinding met betrekking tot de rol van de waarden voor de afwegingen van de professionals betreft het verband tussen de factoren en de waarden. De verschillen tussen professionals in de factoren kunnen het voor hen deels makkelijker of moeilijker maken om de waarden na te streven. Zelfredzaamheid bijvoorbeeld, door het inzetten van het netwerk van de hulpvragers is voor huisartsen met hun beperkte tijd niet haalbaar.

### 6.1.2 Het antwoord op de hoofdvraag

Alle hierboven geformuleerde antwoorden op de deelvragen maken het mogelijk een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek te formuleren. De hoofdvraag luidt: in hoeverre verschillen de afwegingen die de verschillende poortwachters maken bij de toegang tot jeugdhulp, welke rol spelen daarbij professionele, organisatorische en patiënt- of cliënt-gerelateerde factoren en wat betekent dat voor de toepassing van de waarden uit het jeugdhulpbeleid?

Uit de analyse van 21 semigestructureerde interviews met huisartsen (10), POH-jeugdmedewerkers (3) en jeugdteammedewerkers (8) blijkt ten eerste dat de professionals weinig verschillen in de afwegingscriteria die ze gebruiken. Bij het maken van een beslissing over behandeling van een gezin, wegen zij allemaal afwegingscriteria met betrekking tot het probleem, de context en de begeleidingsmogelijkheden af. Het enige afwegingscriteria dat niet door beide groepen gebruikt werd was het criterium 'netwerk gezin', wat voor jeugdteams vaak zeer belangrijk was, maar door huisartsen weinig werd gebruikt.

Daarentegen blijkt dat de professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren tussen de professionals sterk verschillen. Deze factoren beïnvloeden mogelijkheden van de professionals de afwegingen weloverwogen te kunnen maken – en laten daarbij verschillen tussen de beroepsgroepen zien. De tijd die de professionals daarbij hebben voor de hulpvragers blijkt hierbij cruciaal te zijn. In eerste instantie kunnen huisartsen door hun kennis, status en de hun beroep kenmerkende langdurige relatie met de patiënten afwegingen over de problematiek en diens context makkelijker inschatten dan jeugdteammedewerkers. Zij hebben echter moeite de context verder te verdiepen en specifieke afwegingen over de behandeling te nemen. Op deze twee punten kunnen huisartsen, zo blijkt uit de analyse, sterk door de POH-jeugd ondersteund worden, omdat deze meer tijd hebben voor de verdieping van het probleem, de context en meer kennis van de behandel- of begeleidingsmogelijkheden. Jeugdteammedewerkers hebben eveneens meer kennis over behandelingen en specifieke kennis van verschillende aspecten van jeugdproblematiek. Daarnaast hebben zij vaak veel tijd met de cliënten. Zij moeten daarbij echter ook een vertrouwensrelatie met de hulpvragers opbouwen en veel informatie over de problemen en de context verkrijgen.

Over het laatste deel van de hoofdvraag, de toepassing van de waarden uit het jeugdbeleid kan het volgende worden gezegd: de professionals werken in sterk verschillende wettelijke stelsels. De huisartsen hebben in de Zvw geen inhoudelijke aanwijzingen voor hun afwegingen. Daarentegen biedt

de Jeugdwet voor de jeugdteammedewerkers veel duidelijker kaders. De daaruit voortkomende waarden veiligheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid en demedicalisering komen, zo blijkt uit de analyse van dit onderzoek, ook terug in de afwegingen van de jeugdteammedewerkers. Daarbij kunnen tussen de jeugdteams van verschillende gemeenten afwijkende prioriserings van de waarden vastgesteld worden. Daarnaast blijkt uit het onderzoek echter ook dat de vier waarden uit de Jeugdwet ook voor huisartsen centraal staan bij hun afwegingen. Hen waarden zijn deels gerelateerd aan de professionele identiteit. Bij de priorisering van de waarden voor de afwegingen van de huisartsen valt op dat de individuele verschillen binnen deze beroepsgroep groter zijn dan bij de jeugdteammedewerkers, waar de grotere verschillen tussen de gemeenten te vinden zijn.

### *De verschillen tussen de gemeenten*

Aangezien de jeugdhulp gedecentraliseerd is naar de gemeenten en dit onderzoek in vier gemeenten is uitgevoerd, die sterk verschillen in de hoeveelheid verwijzingen per beroepsgroep (naar de jeugdhulp), moet op deze plek ook aandacht zijn voor de context van de jeugdhulp in de verschillende gemeenten.

De gemeenten verschillen duidelijk van elkaar in hoe zij de jeugdhulp hebben ingericht. Dat betreft met name de organisatorische factoren: de strategische positie in de organisatie die de jeugdteammedewerkers hebben gekregen (bijvoorbeeld de hoeveelheid autonomie en het bestaan van richtlijnen) en de organisatie van het werk (het beschikbare tijdsbestek). Daarnaast hebben gemeenten afspraken gemaakt met huisartsen. Sommige gemeenten hebben besloten een POH-jeugd in te zetten waardoor de professionele kennis en het tijdsbestek waarin huisartsen (met of zonder POH) hun beslissing over verdere behandeling moeten nemen sterk beïnvloed wordt. Een verder punt van invloed is de nadruk op bepaalde waarden die door gemeentelijk beleid of in de gemeentelijke organisatie van jeugdhulp kan worden gelegd.

Al deze factoren beïnvloeden de mogelijkheid voor het maken van de afwegingen van de professionals sterk, enerzijds door het scheppen van de context van de afweging en anderzijds heeft het (met betrekking tot de waarden) ook (lichte) invloed op de inhoud van deze afwegingen. Het is te verwachten dat het voor de burgers van een gemeente veel uitmaakt hoe de jeugdhulp in hun gemeente georganiseerd is. De grote verschillen in de verwijzingsverhoudingen tussen de onderzochte gemeenten kunnen op basis van dit onderzoek echter niet direct gekoppeld worden aan verschillen in de afwegingen van de professionals.

## 6.2 Discussie

### 6.2.1 Reflectie

#### *Reflectie op de resultaten: selectie criterium voor de gemeenten*

Wat de gemeenten betreft die in het onderzoek werden meegenomen, is het mogelijk dat de resultaten enigszins beïnvloed worden doordat een vierde niet theoretisch gesampelde gemeente werd onderzocht. De verhoudingen tussen de verwijzingen van de professionals moeten dus bij het inschatten van de resultaten worden meegenomen. Na het uitvoeren van het onderzoek blijkt echter dat niet grote verschillen in de inschattingen van professionals de redenen zijn voor de uiteenlopende verwijzingsverhoudingen, maar dat deze andere oorzaken hebben.

In gemeente B werd bijzonder veel door de jeugdteams verwezen. De oorzaak hiervoor zijn de organisatie van de toegang tot jeugdhulp in de gemeente en afspraken tussen de gemeente en huisartsen. De huisartsen in gemeente B hebben namelijk geen ondersteuning door praktijk ondersteuners, maar hebben met de gemeente de afspraak gemaakt om -tenzij er sprake van acute onveiligheid of spoed is- altijd eerst naar het jeugdteam te verwijzen dat vervolgens mogelijke verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp afgeeft.

Het verschil in gemeente C, waar bijzonder veel door huisartsen wordt verwezen, heeft ook de inrichting van de toegang tot de jeugdhulp als oorzaak. Het gemeentelijke 'jeugdteam' bestaat hier in deze vorm namelijk niet. De gemeente heeft als professionals met verwijzingsbevoegdheid alleen

indicatiestellers voor jeugdhulp en crisismanagers voor de jeugdhulp in dienst. De indicatiestellers hebben geen mogelijkheid tot kortdurende begeleiding en de crisismanagers komen alleen in actie wanneer de problematiek zeer sterk uit de hand is gelopen. Huisartsen hebben hier daarnaast wel de ondersteuning door POH-jeugdmedewerkers en kunnen daarmee én verwijzen én ondersteuning bieden in de eerste lijn.

In gemeente A en gemeente D, waarbij de verhouding tussen de verwijzingen van beide poortwachters bijna gelijk is (dat is het in gemeente A echter nog sterker dan in gemeente D) bestaan daarentegen beiden jeugdteams én POH-jeugdmedewerkers. Door beide professionals kan kortdurende begeleiding worden geboden en kunnen verwijzingen naar de tweede lijn georganiseerd worden.

#### *Reflectie op het onderzoek: de uitvoering*

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werd mij duidelijk dat ik een te grote benadering van het onderwerp wilde onderzoeken (de waarden in de toegang tot zorg *in* de toegang tot jeugdhulp). Om het onderzoek uitvoerbaar te houden heb ik op in een later stadium van het onderzoek ervoor gekozen de omvang te beperken. Daardoor veranderde ook de doelstelling van het onderzoek en de waarden in het beleid, dat het kader voor de professionals biedt, kwamen centraler te staan. Om dit goed uit te werken heb ik terwijl ik al interviews heb gevoerd, nog de inhoud van het theoretische kader aangepast.

Daarnaast vind ik het belangrijk op te merken dat ik niet in alle interviews compleet dezelfde vragen heb gesteld. Afhankelijk van de theoretische saturatie van bepaalde onderwerpen en in verband met de scope van het onderzoek heb ik in de latere stadia van het onderzoek nieuwe vragen opgenomen en voorheen gestelde weggelaten.

#### 6.2.2 Kanttekeningen

Het onderzoek werd zo goed mogelijk uitgevoerd, maar toch zijn er een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Hieronder wordt daarop nader ingegaan.

Bij het afnemen van de interviews viel op dat huisartsen vaker dan medewerkers van wijk- of jeugdteams een verhaal klaarliggen hadden dat zij los van de vragen wilden doen. Medewerkers van de wijk- en jeugdteams gaven vaker gewoon antwoorden op de vragen die gesteld werden zonder een extra ('voorbereid') verhaal toe te voegen. Dit kan ook te maken hebben met de respondenten. Huisartsen gaven doorgaans aan veel werk te hebben en druk te zijn. Mogelijk was hier bij de respondenten sprake van een selectie-effect. Dat zou in kunnen houden dat huisartsen die een sterkere mening over de toegang tot jeugdhulp hadden, in verhouding vaker meededen aan het onderzoek. Daarnaast waren de huisartsen die geïnterviewd werden overwegend al ten minste al tien, deels ook al meer dan 25 jaren als huisarts werkzaam.

Dat kan twee gevolgen hebben voor de uitkomsten van het onderzoek. Ten eerste is het mogelijk dat de huisartsen met wie in dit onderzoek werd gesproken bijzonder sterke meningen hebben over de toegang tot jeugdhulp of hun taak daarin. Dat zou kunnen betekenen dat de problemen of waarden van de huisartsen die hier genoemd werden, niet de gebruikelijke waarden van huisartsen kunnen zijn. Ten tweede is het mogelijk dat de huisartsenopleiding in de laatste jaren enigszins is veranderd ten opzichte van vroeger, waardoor de kennis van jongere huisartsen verschilt van de kennis van de respondenten van dit onderzoek. Daarnaast is het ook te verwachten dat huisartsen die nog niet lang in hun beroep werken minder kennis hebben van de cliënten en hun context en de vertrouwensbanden met hun patiënten nog grotendeels moeten opbouwen. Hetzelfde geldt uiteraard voor huisartsen die in een nieuwe praktijk werken.

Daarnaast moeten de gevolgen van de maatschappelijke en mediale discussies over de toegang tot jeugdhulp in de afgelopen jaren niet onderschat worden. Een huisarts gaf aan te merken dat door alle aandacht die naar de jeugdhulp ging bij veel professionals 'de boel weer op scherp werd gezet' en mensen meer aandacht gingen besteden aan de manier waarop zij hun taak uitoefenen. Het is mogelijk dat de professionals nu minder vaak oude *coping mechanismen* gebruiken bij het maken van de afwegingen in hun werk.

### 6.2.3 Terugblik op de relevantie

#### *Aanvullingen op de bestaande wetenschappelijke literatuur*

Dit onderzoek biedt een aanvulling op de wetenschappelijke literatuur over SLBs en de beslissingen die zij nemen door de afwegingen van twee poortwachters met elkaar te vergelijken die uit verschillende wettelijke stelsels toegang kunnen verlenen tot dezelfde voorzieningen, maar verschillen in hun beroepen, organisatievormen en publieke waarneming.

Daarbij voegt dit onderzoek ten eerste aan de op Lipsky (2010) gebaseerde literatuur over SLBs toe dat ook huisartsen in zekere mate als street-level bureaucrats gezien kunnen worden. Zij nemen beslissingen over de toegang tot statelijke zorgvoorzieningen die gefinancierd worden door de solidaire samenleving. Daarbij hebben zij enige beleidsvrijheid. Huisartsen voeren hun werk als medische professionals echter in een andere context uit dan medewerkers bij gemeenten (of zorgorganisaties die door gemeenten de opdracht kregen als SLBs voor de jeugdhulp te fungeren). Zeker binnen de context van een gedecentraliseerd zorgsysteem, waarbij de huisartsen een belangrijke rol spelen, is het essentieel dat toekomstig onderzoek rekening houdt met de discretionaire ruimte die huisartsen hebben.

Ten tweede werd in dit onderzoek de bestaande theoretische kennis over de invloed die professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren op de afwegingen en beslissingen van SLBs hebben verder aangevuld. Loyens en Maesschalck (2010) bespraken in hun onderzoek veel verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op besluitvorming van SLBs. Zij gaven daarbij aan dat het verband tussen de afwegingen en deze factoren vaak mankeert en de afwegingen van de SLBs als een 'black box' worden gezien. Om de factoren en de afwegingen te verbinden stelden zij daarom het gebruik van een 'sociaal mechanisme' voor. Dit onderzoek vult de literatuur daarmee verder aan, door niet te kijken naar een enkel soort factoren en diens invloed op de afwegingen van de professionals, maar professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren te onderzoeken. Uit het onderzoek blijkt dat deze factoren in hun invloed op de afwegingen van de professionals met elkaar interacteren. Met betrekking tot de poortwachters van de jeugdhulp laten de resultaten vooral de sterke verbanden tussen de volgende aspecten zien: beschikbare tijd (organisatorische factor), kennis van de professional (professionele factor) en de perceptie door de hulpvrager (cliënt-gerelateerde factor). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de factoren de uitgangspositie van de SLBs bepalen om de afwegingen geïnformeerd te kunnen nemen – en voor welke professional dat bij welke afwegingen door de factoren wordt bemoeilijkt.

Het onderzoek laat ten derde zien dat het belang van specifieke factoren voor de afwegingen van de SLB tussen de beroepsgroepen verschilt. Daarmee nuanceren deze resultaten het wetenschappelijke onderzoek over de invloed van individuele factoren voor SLBs. Een voorbeeld daarvan is Raaphorst en Loyens (2018) over de rol die sociale dynamieken spelen bij de afwegingen van SLBs. Zij laten onder andere zien dat de sociale dynamieken tussen SLBs en hun collega's van invloed kunnen zijn op de afwegingen die de professionals nemen. Uit dit onderzoek blijkt dat dit niet voor alle professionals evenzeer geldt. De huisartsen in dit onderzoek zijn duidelijk minder sterk ingebonden in een organisatie waarin door de sociale dynamieken specifieke foci gelegd kunnen worden op bepaalde waarden, interpretaties of doelen. Bij de jeugdteammedewerkers uit dit onderzoek speelt hun strategische positie in de organisatie een veel grotere rol voor de afwegingen die zij nemen. Dat gebeurt vooral door gemeenschappelijke positionering met betrekking tot de spanningen tussen de waarden.

Dit vergelijkende onderzoek werd uitgevoerd onder de twee hoofdzakelijke poortwachters voor de toegang tot jeugdhulp in Nederland. Ondanks hun verschillende beroepen, verschillende arbeidscontext en verschillende wettelijke kaders verschillen de professionals in dit onderzoek in de afwegingscriteria en daarbij gehanteerde waarden opvallend weinig van elkaar. Het is niet te verwachten dat verschillende poortwachters in andere domeinen daarin evenzeer op elkaar lijken. Wat het onderzoek echter duidelijk toevoegt aan de algemene kennisvorming over de beslissingen van de

SLBs betreft de complexiteit en interactie van professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren die de mogelijkheid van de SLBs om hun afwegingen geïnformeerd uit te kunnen voeren duidelijk beïnvloeden.

#### *Relevantie voor de Nederlandse praktijk van de jeugdhulp*

De bevindingen en gevolgtrekkingen van dit onderzoek hebben belangrijke implicaties voor beleidsmakers of bestuurders. De invloed van de professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren biedt hen perspectief om in het bijzonder de uitvoering van de jeugdhulp -en op abstracter niveau ook de uitvoering van beleid door andere SLBs- te verbeteren. Vooral de organisatorische en in iets minder directe mate ook de cliënt-gerelateerde factoren zijn door aanpassingen of initiatieven te beïnvloeden.

De resultaten van dit onderzoek laten verder zien dat de twee poortwachters die in veel aspecten sterk van elkaar verschillen, maar de beslissingen nemen over toegang tot *dezelfde* voorzieningen weinig van elkaar afwijken ten eerste de afwegingen die zij willen maken en ten tweede in de waarden die zij in hun werk belangrijk vinden. De professionele identiteit van huisartsen houdt veel elementen in die ook met de belangrijkste waarden uit de Jeugdwet (veiligheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid en demedicalisering) door de professionals gevraagd worden. Dat komt onder andere naar voren in de nadruk op het verlenen van integrale en passende zorg, waarbij niet te veel en niet te weinig hulpverlening plaats moet vinden.

Het onderzoek laat ook zien dat tussen de individuele professionals uiteraard verschillende interpretaties of waardeprioriteiten bestaan, die voor lichte verschillen in hun beslissingen kunnen zorgen. Zeer sterke invloed op de concrete afwegingen van de poortwachters blijken echter ook de werkomstandigheden waarin de professionals werken, zoals de beschikbare tijd en de beschikbaarheid van hulpverlening, te zijn.

Daarnaast laat het onderzoek zien dat verschillende Nederlandse gemeenten in de organisatie van de jeugdhulp verschillende keuzes maken, die door de organisatorische factoren (beschikbare tijd) invloed kan hebben op de afwegingen van de poortwachters. Wanneer het gaat om het wel of niet inzetten van POH-jeugd medewerkers worden ook professionele factoren hierdoor beïnvloed (zoals de kennis van de poortwachters op basis waarvan zij hun afwegingen moeten maken). Daarnaast kan ook in lokale jeugdteams meer waarde worden gehecht aan bepaalde waarden, waardoor lichte verschillen tussen de beslissingen van jeugdteammedewerkers tussen gemeenten kunnen ontstaan. Een laatste factor waarop de gemeenten van elkaar kunnen verschillen is de houding die de cliënten ten opzichte van de jeugdteams hebben. Duidelijk wordt: voor de afwegingen die de professionals maken over de omgang met de jeugdhulpproblematiek van een gezin of een jongere kan het beleid van de gemeente van invloed zijn.

Daarmee laat dit onderzoek ook handelingsperspectief zien voor bestuurders en beleidsmakers, die willen zorgen dat het werk van de professionals zo goed mogelijk wordt uitgevoerd, zonder daarbij de vrijheid van de professionals te beperken. Door doelgericht in te zetten op het creëren van randvoorwaardes die de professionals ondersteunen kunnen de voorwaarden voor goede afwegingen over individuele gevallen gecreëerd worden. De daaruit resulterende benadering van de beleidsmakers sluit daarmee aan op de oproepen uit onderzoek, wetenschap en zelfs de Jeugdwet an sich de professionals meer ruimte te geven bij hun afwegingen. Eerste aanbevelingen om dit te realiseren worden in de aanbevelingen van dit onderzoek besproken.

Samengenomen blijkt dat de afwegingen en beslissingen die de poortwachters maken met betrekking tot hun situatie wel degelijk van elkaar kunnen verschillen. Veralgemeningen daarover zijn echter lastig omdat naast de verschillen tussen de beroepsgroepen ook verschillen tussen gemeenten en uiteindelijk ook verschillen tussen individuele professionals hiervoor bepalend zijn.

## 6.2.4 Vooruitblik

### *Praktische implicaties & advies*

De uitkomsten van het onderzoek bieden concrete handelingsperspectieven voor bestuurders en beleidsmakers in het sociaal domein, met name werknemers van gemeenten. De problemen die in de jeugdhulp ontstaan door wachtlijsten zijn in de media al vaak besproken, en veel professionals gaven deze in het onderzoek eveneens aan dat als een van de grootste belemmeringen die zij bij het uitvoeren van hun werk ervaren. De oproep hier iets aan te veranderen kan bij zo veel nadruk niet ongehoord blijven. De adviezen die hieronder nader worden besproken zijn echter sterker toegespitst op- en gerelateerd aan- de centrale concepten van dit onderzoek: de afwegingen van de professionals en de factoren die deze kunnen beïnvloeden.

Vooraf moet nog worden opgemerkt dat de aanbevelingen steeds niet noodzakelijkerwijs voor alle gemeenten gelden, maar wordt vanuit het onderzoek beargumenteerd waarom (en in welke gevallen) de aanbevelingen behulpzaam kunnen zijn voor gemeenten.

De aanbevelingen delen het doel de voorwaarden te creëren of verbeteren waaronder de professionals de afwegingen -ook degene die minder dichtbij hun uitgangspositie (door de factoren) liggen- kunnen maken, zodat zij de weloverwogen beslissingen kunnen nemen. Daarbij wordt erop ingestoken de verschillen tussen de vaardigheden, voordelen en nadelen die de verschillende beroepsgroepen ervaren bij het maken van afwegingen (doordat zij in verschillende professionele, organisatorische en cliënt-gerelateerde factoren beïnvloed worden) zo klein mogelijk te laten worden. De waarden uit het beleid die in het onderzoek ook worden besproken worden hier als politieke zwaartepunten of beslissingen gezien en niet meegenomen bij de aanbevelingen.

#### *1. Het faciliteren van een verdiepende analyse in de eerste lijn - bij huisartsen*

Deze aanbeveling sluit aan op de uitkomsten van dit onderzoek dat huisartsen over het algemeen weinig kennis hebben van behandel- en begeleidingsmogelijkheden en vaak weinig tijd hebben voor sterke verdieping van de context van patiënten. Zo kunnen zij door hun werkdruk geen contact zoeken met bijvoorbeeld andere betrokkenen op school.

Aansluitend daarop is het aan te bevelen huisartsen gericht in deze punten te ondersteunen. Dat kan zoals in een aantal gemeenten in het onderzoek door het inzetten van een POH-jeugd of *nauwe* samenwerking met het jeugdteam van de gemeente. Om dat goed te laten werken zijn echter korte lijnen noodzakelijk (deelnemers aan het onderzoek geven ook aan dat ruimtelijke nabijheid de samenwerking sterk kan verbeteren) en moeten huisartsen (kunnen) vertrouwen in de kwaliteit van de professionals en weten hoe zij te werk gaan. Daarbij is ook belangrijk dat de huisartsen open staan voor de samenwerking en hier tijd voor vrij kunnen maken.

#### *2. Rekening houden met het belang van vertrouwensrelaties tussen professional en burger bij het opstellen van de organisatorische kaders – bij jeugdteams*

De resultaten van het onderzoek laten duidelijk zien dat de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en hulpvrager een belangrijke rol speelt. Aangezien het vaak om gevoelige onderwerpen gaat, moeten de hulpvragers de professionals vertrouwen en zich open opstellen. Alleen dan kunnen de professionals de problemen en de context goed in kaart brengen en zijn de hulpvragers bereid de adviezen van de professional aan te nemen. Het creëren van de voorwaarden voor vertrouwensrelaties in de jeugdhulpverlening is daarom essentieel. Dit onderzoek suggereert dat vooral jeugdteammedewerkers baat kunnen hebben bij het versterken van de vertrouwensrelaties.

Hierop kan worden ingezet door vast personeel bij de jeugdteams in te zetten en mensen die al een eerdere keer contact hebben gehad met de gemeente aan dezelfde professional te koppelen zodat een langdurigere relatie tussen hen kan ontstaan. Daarnaast helpt het ervan bewust te zijn dat mensen de ervaringen die zij hebben gemaakt met andere afdelingen van de gemeente (bijvoorbeeld met betrekking tot de Wmo, de schuldhulpverlening of werk en inkomen) kunnen koppelen aan het

jeugdteam. Wanneer burgers het beeld hebben van een 'hun wantrouwende overheid' kan het voor hen de drempel om open te staan voor hulp sterk verhogen. Dit zou enigszins voorkomen kunnen worden wanneer de gemeente aandacht besteedt aan het beeld dat burgers van hen hebben. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door bijvoorbeeld het jeugdteam duidelijk anders te profileren of desnoods aan een externe organisatie uit te besteden die in de waarneming van de burger niet aan de gemeente gekoppeld is. Wanneer burgers het gevoel hebben dat zij hulp kunnen verwachten, maakt dat het ook makkelijker die dan te vinden.

### *3. De samenwerking tussen de eerste lijn en scholen verbeteren*

Deze derde aanbeveling betreft de samenwerking tussen de eerstelijnsprofessionals en scholen. Deels blijkt uit het onderzoek dat hierop wordt ingezet en dat de samenwerking positief verloopt. Er zijn echter nog veel professionals -met name huisartsen- die aangeven last te hebben van missende samenwerking. Daarbij gaat het met name om jeugdhulpprocessen die op scholen worden ingezet of problemen die daar met ouders (en deels hulpverleners) worden besproken, en in een latere fase bij de huisarts belanden omdat een (snelle) verwijzing noodzakelijk is. Huisartsen hebben dan de indruk geen kant op te kunnen en ouders zijn vaak zeer vastberaden en staan er niet altijd open voor de problematiek opnieuw te bespreken. De verwijzingen die daaruit kunnen resulteren kunnen huisartsen als overbodig ervaren.

Een mogelijke oplossing daarvoor is als gemeente in te zetten op de verbinding met de scholen, zodat de eerstelijnsprofessionals in een eerder stadium bij de vraagstukken betrokken worden. Daarbij kan regelmatig overleg of zelfs de pure aanwezigheid van jeugdteammedewerkers op scholen bevorderend werken. Uiteraard moet hierbij rekening gehouden worden met de privacyregelgeving. Het is daarnaast van belang dat ook scholen openstaan voor de samenwerking en het contact met jeugdteammedewerkers.

### *4. Investeren in de eerste lijn: capaciteit van de jeugdteams en POH-jeugd professionals verhogen*

De vierde aanbeveling sluit aan op de uitkomsten van het onderzoek met betrekking tot de beschikbaarheid van de eerstelijnsprofessionals. Uit de gesprekken blijkt dat jeugdteammedewerkers en ook POH-jeugdmedewerkers dikwijls 'productie moeten draaien' en mensen moeten doorverwijzen terwijl zij eigenlijk denken hen zelf nog verder te kunnen helpen. Daarbij staat het directe eerstelijns hulpaanbod in strijd met het doel de mensen die geen specialistische hulp nodig hebben ook niet door specialisten te laten behandelen. In een aantal onderzochte gemeenten gaven de jeugdteammedewerkers aan zelf een wachtlijst te hebben, waardoor zij niet meteen kunnen starten met de hulpverlening en de problemen nog meer uit de hand kunnen lopen. Om de wachttijd voor nieuwe gevallen beperkt te houden voelen zij zich ertoe gedwongen gezinnen die zij zelf zouden kunnen begeleiden toch door te verwijzen. Daarnaast geven de professionals ook aan om voor het betrekken van het netwerk veel tijd nodig te hebben. Deze problemen zouden kunnen worden opgelost door de capaciteit van eerstelijnsprofessionals te verhogen. De problemen die dan in de eerste lijn kunnen worden aangepakt hoeven dan niet te worden verwezen en de gezinnen zien minder hulpverleners tot wie zij een vertrouwensrelatie moeten opbouwen.

### *Aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

Dit onderzoek biedt inzichten in de rol die poortwachters spelen bij de toegang tot jeugdhulp. Op dit gebied valt nog veel kennis te winnen. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat samenwerking tussen professionals een grote invloed heeft op het werk van de professionals. Veel van hen ervaren de samenwerking nu als problematisch en missend. Het zou daarom wenselijk zijn om vanuit een praktijkgericht bestuurskundig perspectief de samenwerking tussen de eerstelijns professionals en respectievelijk de nulde en de tweede lijn in de jeugdhulp (specialistische jeugdhulpaanbieders) te verbeteren. Verder onderzoek kan inzicht geven in manieren hoe de privacyregelingen gewaard kunnen worden maar de bijkomende knelpunten kunnen worden verminderd.

Daarnaast biedt dit onderzoek ook op een reflectiever sociaalwetenschappelijk niveau aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Nu de invloed van de factoren op het werk van de professionals in de toegang tot jeugdhulp in kaart is gebracht, wordt de vraag opgeroepen in hoeverre de factoren leiden tot moeilijker of makkelijker toegang voor verschillende groepen burgers. Daarbij valt de denken aan de invloed van persoonskenmerken. Het staat in ieder geval vast dat er binnen het complexe en unieke stelsel van de jeugdhulp (en evenzeer binnen de bredere context van decentralisaties binnen het sociale domein) nog legio mogelijkheden bestaan voor relevant onderzoek dat leidt tot goed geïnformeerde besluiten van (lokale) beleidsmakers, professionals en daarmee uiteindelijk tot een betere ondersteuning voor gezinnen als dat van Liam en Saar.



## 7. Bronnen

### 7.1 Literatuurlijst

AD (2018, 25 december). 'Huisarts met meer tijd bespaart zorgkosten'. Opgevraagd op 29 april 2019 van <https://www.ad.nl/binnenland/huisarts-met-meer-tijd-bespaart-zorgkosten~a7a1af5d/?referrer=https://www.google.com/>.

Barnes, C.Y. & Henley, J.R. (2018). "They Are Underpaid and Understaffed": How Clients Interpret Encounters with Street-Level Bureaucrats. *Journal of Public Administration Research And Theory*, 165-181. doi:10.1093/jopart/muy008

Batterink, M., Hoven, W., Lapajian, I. & Tazelaar, P. (2017). *Sturing op specialistische jeugdhulp. Exploratief onderzoek naar het zorglandschap specialistische jeugdhulp*. Barneveld: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opgevraagd op 25 april 2019 van [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20170302\\_eindrapportage-zorglandschap-jeugd-def-concept-22-12.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20170302_eindrapportage-zorglandschap-jeugd-def-concept-22-12.pdf).

Bekkers, H. (2018, 5 november). Gemeenten: Jeugdzorg opnieuw duurder. *Binnenlands Bestuur*. Opgevraagd op 7 maart van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-jeugdzorg-opnieuw-duurder.9600551.lynkx>.

Berrick, J., Dickens, J., Pösö, T., & Skivenes, M. (2017). A cross-country comparison of child welfare systems and workers' responses to children appearing to be at risk or in need of help. *Child abuse review*, 26(4), 305-319.

Boekee, S. & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt. Uitkomsten onderzoek LHV*. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V. Opgevraagd op 7 mei 2019 van [https://www.fbz.nl/FBZ\\_Algemene\\_Documenten/LHV%20onderzoek%20overkdruk%20huisarts%20\(maart\\_2018\).pdf](https://www.fbz.nl/FBZ_Algemene_Documenten/LHV%20onderzoek%20overkdruk%20huisarts%20(maart_2018).pdf).

Boekraad, J. (2017, 2 mei). Huisarts wil meer dan 10 minuten: 'dan vertelt patiënt pas hele verhaal'. *NOS*. Opgevraagd op 29 april 2019 van <https://nos.nl/artikel/2171171-huisarts-wil-meer-dan-10-minuten-dan-vertelt-patient-pas-hele-verhaal.html>

Boes, S., & Gerfin, M. (2016). Does full insurance increase the demand for health care?. *Health economics*, 25(11), 1483-1496.

BPSW, NIP, NVO (z.d.a). *Werkkaarten van richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Opgevraagd op 17 mei 2019 van <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/werkkaarten/>.

BPSW, NIP, NVO (z.d.b). *Doelgroep van de richtlijnen*. Opgevraagd op 17 mei 2019 van <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/professionals/doelgroep-van-de-richtlijnen/>.

Brabers, A., Jong, J. de. (2019). *Toekomst van de huisartsenzorg. Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers*. Utrecht: Nivel.

Bröcking, B.C. (2017). Evaluatie van de Jeugdwet. *Jeugdbeleid* 11:203-211.

Bryman, A. (2012). *Social research methods, 4<sup>th</sup> edition*. New York: Oxford University Press.

Buffat, A. (2015). Street-level bureaucracy and e-government. *Public Management Review*, 17(1), 149-161.

CBS (z.d.). *Gemeentegrootte en stedelijkheid*. Opgevraagd op 18 maart van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/classificaties/overig/gemeentegrootte-en-stedelijkheid>.

CBS (2018). *Jeugdhulp eerste halfjaar 2018*. Den Haag: CBS.

Collings, S. & Davies, L. (2008). 'For the sake of the children': making sense of children and childhood in the context of child protection. *Journal of Social Work Practice* 22(2): 181-193.

CPB (2015, 10 december). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein*. CPB Notitie. Opgevraagd op 12 juni 2019 van <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-notitie-10dec2015-taken-uitbesteed-maar-dan-de-gemeente-als-inkoper-binnen-het-sociaal-domein.pdf>.

Derksen, F., oude Hartman, T., Bensing, J. & Lagro-Janssen, T. (2018). Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar? *Huisarts en wetenschap* 61(2), 18-23.

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *Bmj*, 325(7362), 472.

Devlin, M. (2012). Youth work, professionalism and professionalisation in Europe. In: Coussée, F., Williamson, H. & Verschelden, G. (eds.) (2012). *The history of youth work in Europe. Relevance for today's youth work policy. Volume 3*: 177-189. Opgevraagd op 7 mei 2019 van <http://www.politiquesenfancejeunesse.org/wp-content/uploads/2016/04/History-of-youth-work-vol.3.pdf>

De Kinderombudsman (2016, 18 maart). *De zorg waar ze recht op hebben. Een onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na de decentralisatie. Deelrapport 3 van 3*. Opgevraagd op 7 maart van <https://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2016.KOM009%20Dezorgwaarzerechtophebben%deelrapport3.pdf>

Duyvendak, J.W., Knijn, T. & Kremer, M. (2006). Policy, People, and the New Professional. In: Duyvendak, J.W., Knijn, T. & Kremer, M. (eds.) (2006). *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, 7-16. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Ensie (2017, 30 mei). *Keukentafelgesprek*. Opgevraagd op 2 mei 2019 van <https://www.ensie.nl/anw/keukentafelgesprek>.

Van den Enden, T., Kooiman, A., Udo, N. & De Meijer, M. (2017). *Organisatievormen en positionering van wijkteams. Overwegingen en ervaringen van gemeenten in beeld*. Integraal werken in de wijk.

Evans, T. & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work* 34: 871-895.

Evans, T. (2011). Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy. *British Journal of Social Work* 41:368-386.

Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., ... & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International journal of clinical and health psychology*, 15(2), 160-170.

Fabricant, M., Burghardt, S. F., & Epstein, I. (2016). *The welfare state crisis and the transformation of social service work*. Routledge.

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?. *International journal of nursing studies*, 52(3), 727-743.

- Gemeente.nu (2013). *Jeugdzorg vraagt op schoolmaatschappelijk werker*. Opgevraagd op 16 juni 2019 van <https://www.gemeente.nu/sociaal/jeugdzorg/jeugdzorg-vraagt-om-schoolmaatschappelijk-werker/>.
- GGD Amsterdam (z.d.a). *Wat is een licht verstandelijke beperking*. Opgevraagd op 23 april 2019 van <https://www.ggd.amsterdam.nl/jeugd/komt-kind-moeilijk/informatie-prof/licht-verstandelijke-o/>.
- GGD Amsterdam (z.d.b). *Wat merkt u aan een kind?* Opgevraagd op 23 april 2019 van <https://www.ggd.amsterdam.nl/jeugd/komt-kind-moeilijk/informatie-prof/merkt-kind/>.
- Glaser, B. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine
- Greenfield, G., Foley, K., & Majeed, A. (2016). Rethinking primary care's gatekeeper role. *Bmj*, *354*, i4803.
- Halfmann, D. (2011). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities. *Health* *16*(2): 186-207.
- Hansen, H. T., Lundberg, K., & Syltevik, L. J. (2018). Digitalization, street-level bureaucracy and welfare users' experiences. *Social Policy & Administration*, *52*(1), 67-90.
- Hassink-Franke, L., Oud, M.J.T. & Beeres, M. (2015). Gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Huisarts en Wetenschap*. Opgevraagd op 25 april 2019 van <https://www.henw.org/artikelen/gedragsproblemen-bij-jonge-kinderen>.
- Helsloot, I., & Van't Padje, B. (2010). Zelfredzaamheid, concepten, thema's en voorbeelden nader beschouwd. *Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing*. Opgevraagd op 13 juni 2019 van <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/artikel-magazine-natveiligheid-jan-2011.pdf>.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration* *69*(Spring 1991): 3-19.
- Hopman, M., De Winter, M., & Koops, W. (2014). The hidden curriculum of youth policy: a Dutch example. *Youth & Society*, *46*(3), 360-378.
- Hupe, P., & Hill, M. (2007). Street-Level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, *85*(2), 279-299.
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of advanced nursing*, *37*(4), 382-386.
- Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, *11*(1), 36-51.
- InfoNu.nl (2011). *Indelingen van de gezondheidszorg*. Opgevraagd op 16 juni 2019 van <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/82214-indelingen-van-de-gezondheidszorg.html>.
- Janssens, J. M. (2015). Transitie en transformatie in de jeugdzorg. *Kind & Adolescent*, *36*(4), 191-204. <https://doi.org/10.1007/s12453-015-0103-2>.
- Jeugdhulp Friesland (z.d.a). *Jeugdhulp jonge kind*. Opgevraagd op 13 april 2019 van <https://jeugdhulpfriesland.nl/jeugdhulp-jonge-kind>.
- Jeugdhulp Friesland (z.d.b). *Jeugdhulp thuis*. Opgevraagd op 13 april 2019 van <https://jeugdhulpfriesland.nl/jeugdhulp-thuis>.
- Jeugdhulp Friesland (z.d.c). *Jeugdhulp bij Scheiding*. Opgevraagd op 13 april 2019 van <https://jeugdhulpfriesland.nl/jeugdhulp-bij-scheiding>.

- Jeugdwet* (2014, 1 maart). Opgevraagd op 7 maart 2019 van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2019-07-01#Aanhef>.
- Kalshoven, F. & Van Driesten, G. (2018). *Paradigma's in het sociaal domein. Helder denken over wetgevingsparadigma's in de Participatiewet, Jeugdwet en Wmo*. Opgevraagd op 16 mei 2019 van <https://www.argumentenfabriek.nl/media/2906/paradigmaboekrgb-180406.pdf>.
- Kennedy, B. L., & Thronberg, R. (2018). Deduction, induction, and abduction. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*, 49-64.
- De Koster, Y. (2019, 14 mei). Extra Rijksgeld Jeugd niet om tekorten te dekken. *Binnenlands bestuur*. Opgevraagd op 16 mei 2019 van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/extra-rijksgeld-jeugd-niet-om-tekorten-te-dekken.9630523.lynx>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2014). *Verwijsrecht huisartsen in jeugdzorg niet ingeperkt*. Opgevraagd op 3 maart van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/verwijsrecht-huisartsen-jeugdzorg-niet-ingeperkt>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (z.d.a). *Feiten en cijfers huisartsenzorg*. Opgevraagd op 15 maart 2019 van <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (z.d.b). *Over de huisarts*. Opgevraagd op 19 maart 2019 van <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (2019). *Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg*. Opgevraagd op 25 april 2019 van <https://www.lhv.nl/uw-beroep/kwaliteit/toekomstvisie-2022/kernwaarden-en-kerntaken-huisartsenzorg>.
- Lipsky, M. (2010 [1980]). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Loyens, K., & Maesschalck, J. (2010). Toward a theoretical framework for ethical decision making of street-level bureaucracy: Existing models reconsidered. *Administration & Society*, 42(1), 66-100.
- Magnée, T., De Beurs, D., Schellevis, F. & Verhaak, P. (2018). Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts en wetenschap* 2018(10).
- Mathijssen, J. (2019). Jeugdhulp is teveel gebaseerd op aannames. *Sociale Vraagstukken*. Opgevraagd op 6 juni 2019 van <https://www.socialevraagstukken.nl/jeugdhulp-is-teveel-gebaseerd-op-aannames/>.
- Maurer, J., & Westermann, G. (2016). Transitie en transformatie van jeugdhulp nader bekeken. *Kind & Adolescent Praktijk*, 15(4), 12-19.
- McWhinney, I.R. (2000). Being a general practitioner: what it means. *The European Journal of General Practice* 6(4):135-139.
- Medisch contact (2013, 30 januari). *Zelfstandig, waarnemend of dienstverband?* Opgevraagd op 12 mei 2019 van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/federatienieuws/federatiebericht/zelfstandig-waarnemend-of-dienstverband.htm>
- MEE (z.d.). *Dé schakel tussen leerling, ouders, school en zorg*. Opgevraagd op 16 juni 2019 van <https://schoolmaatschappelijkwerk.com/>.
- Memorie van toelichting bij de Jeugdwet* (2013, 1 juli).
- Meyers, M. K., & Vorsanger, S. (2007). Street-level bureaucrats and the implementation of public policy. *The handbook of public administration*, 153-163.

Ministerie van VWS (2015a). *Welke hulp heeft uw kind nodig?* Opgevraagd op 23 juni 2019 van [https://vng.nl/files/vng/2015\\_vws\\_zorgbehoefte\\_eugd.pdf](https://vng.nl/files/vng/2015_vws_zorgbehoefte_eugd.pdf).

Ministerie van VWS (2015b). *Hoe is de zorg in Nederland geregeld?* Den Haag: Ministerie van VWS.

Moen, N. (2018, 6 november). Stijgende kosten jeugdzorg alarmerend. *Gemeente.nu*. Opgevraagd op 12 juni 2019 van <https://www.gemeente.nu/sociaal/jeugdzorg/stijgende-kosten-jeugdzorg-alarmerend/>.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.

Murphy, M., & Skillen, P. (2015). The politics of time on the frontline: Street level bureaucracy, professional judgment, and public accountability. *International Journal of Public Administration*, 38(9), 632-641.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2019, 22 januari). *Huisartsen stellen gemeenzaam vast: dit is waar we voor staan*. Opgevraagd op 17 maart van <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>.

NJi (z.d.a). *Wijkteams: toegang tot hulp*. Opgevraagd op 22 april 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Wijkteams/Werkwijze/Toegang-tot-hulp>.

NJi. (z.d.b). *Wijkteams. De jeugd- en gezinsprofessional*. Opgevraagd op 3 april 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Wijkteams/Wijkprofessional/De-jeugd-en-gezinsprofessional>.

NJi (2019, 22 juli). *Veelgestelde vragen over de jeugdsector. Handreiking voor raadsleden en wethouders*. Opgevraagd op 28 juli 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Veel-gestelde-vragen-over-de-jeugdsector>

NJi & PPRC (2018). *Inkoop jeugdhulp door gemeenten. Hoe zit het? Facts & figures*. Opgevraagd op 18 mei 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Inkoop-jeugdhulp-door-gemeenten-Hoe-zit-het.pdf>.

NOS (2018, 5 november). *Jeugdzorg opnieuw duurder, deel gemeenten wil minder jongeren doorverwijzen*. Opgevraagd op 2 maart van <https://nos.nl/artikel/2258047-jeugdzorg-opnieuw-duurder-deel-gemeenten-wil-minder-jongeren-doorverwijzen.html>.

Nothdurfter, U. (2016). The street-level delivery of activation policies: constraints and possibilities for a practice of citizenship. *European Journal of Social Work*, 19(3-4), 420-440.

OntRegel de zorg (z.d.). *Over ORDZ*. Opgevraagd op 25 maart 2019 van <https://www.ordz.nl/over-ordz>.

Otten, E., Geuijen, P., Zwaanswijk, M. & Koopman, I. (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven* 34: 596-615.

Ponnert, L. & Svensson, K. (2016). Standardisation—the end of professional discretion? *European Journal of Social Work*, 2016(3-4): 586-599.

Prakken, J. (red). (z.d.). *De eerste lijn: over wijkteams, generalisten, kansen en dilemma's*. Denktank Transformatie Jeugdinstel, NJi. Opgevraagd op 3 mei 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/De-eerste-lijn-over-wijkteams,-generalisten,-kansen-en-dilemmas.pdf>.

Pyysiäinen, J., Halpin, D. & Guilfoyle, A. (2017). Neoliberal governance and 'responsibilization' of agents: reassessing the mechanisms of responsibility-shift in neoliberal discursive environments. *Distinktion: Journal of Social Theory* 18(2): 215-235.

Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2017). *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Den Haag: RVS.

Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2019a). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*. Den Haag: RVS.

Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2019b). Advies over toegang tot zorg en ondersteuning. *Nog te verschijnen*.

Raaphorst, N. (2018). How to prove, how to interpret and what to do? Uncertainty experiences of street-level tax officials. *Public Management Review*, 20(4), 485-502.

Raaphorst, N., & Loyens, K. (2018). From poker games to kitchen tables: How social dynamics affect frontline decision making. *Administration & Society*.

Den Ridder, J., Van Houwelingen, P., Dekker, P. & Kooiker, S. (2019, 28 juni). *Continu onderzoek burgerperspectieven 2019(2)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Ringel, J.S., Hosek, S., Vollaard, B. & Mahnovski, S. (2002). *The Elasticity of Demand for Health Care. A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*. National Defense Research Institute Health.

Rijksoverheid (z.d.a). *Doelen passend onderwijs*. Opgevraagd op 16 juni 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/doelen-passend-onderwijs>.

Rijksoverheid (z.d.b). *Jeughulp bij de gemeenten*. Opgevraagd op 23 april 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>.

Rijksoverheid (z.d.c). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Opgevraagd op 14 april 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>.

Rijksoverheid (2019, 27 mei). Extra geld voor jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Opgevraagd op 28 mei 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/05/27/extra-geld-voor-jeugdzorg-en-geestelijke-gezondheidszorg>.

Sadiraj, K., Ras, M. & Pommer, E. (2016). *Cumulaties in de Jeugdhulp*. Opgevraagd op 23 april 2019 van <https://www.scp.nl/dsresource?objectid=a5e365da-9dob-4457-849e-8aabfa94d1f4&type=org>.

Schott, C. (2015). *Playing a role—but which one?: how public service motivation and professionalism affect decision-making in dilemma situations*. Public Administration, Campus Den Haag, Leiden University.

Schuyt, K. (2006). Zorgzaamheid en zorgvuldigheid in de gezondheidszorg. In: Schuyt, K. *Steunberen van de samenleving*: 97-110. Amsterdam: Amsterdam University Press.

SKJ Kwaliteitsregister jeugd (z.d.). Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Opgevraagd op 17 mei 2019 van <https://skjeugd.nl/tuchtrecht/standaarden/richtlijnen-jeugdhulp-en-bescherming/>

Spigt, H. (2018, 27 juni). Knellend Jeugdzorgbudget: oorzaak en gevolg. *Jeugdzorg Nederland*. Opgevraagd op 27 april 2019 van <https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/knellend-jeugdzorgbudget-oorzaak-en-gevolg/>.

Stam, C. (2014, 21 maart). Huisarts moet kind verwijzen naar de jeugdzorg. *Zorg + welzijn*. Opgevraagd op 2 maart van <https://www.zorgwelzijn.nl/huisarts-moet-kind-verwijzen-naar-jeugdzorg-1487408w/>.

- Starfield, B. (2009). Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to People's Needs. *Humanity & Society* 33, 56-73.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Steiner, B. (2018). *Sociaal Domein kostte in 2017 4,4% meer dan begroot. Rekening 2017 past in meerjarige stijging uitgaven sociaal domein*. Opgevraagd op 17 april 2019 van <https://www.sociaalweb.nl/cms/files/2018-10/divosa-rapport-gemeentelijke-financien-sociaal-domein-rekening-2017.pdf>.
- Thronberg, R. (2012). Informed grounded theory. *Scandinavian Journal of Educational Research* (56)3: 243-259.
- Toekomst Huisartsenzorg (2019a). *Wat zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg en wat betekenen deze voor de wijze waarop huisartsen hun vak uitoefenen?* Opgevraagd op 13 april 2019 van <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/downloads/>.
- Toekomst Huisartsenzorg (2019b). *Wat zijn de kerntaken van de huisarts en de huisartsenzorg?* Opgevraagd op 13 april 2019 van <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/downloads/>.
- Trappenburg, M. (2006). Societal Neurosis in Health Care. In: Duyvendak, J.W., Knijn, T. & Kremer, M. (eds.) (2006). *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, 48-63. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van der Veen, E., & Wansink, W. (2016). *De burger de baas*. Houten: Springer Healthcare.
- Verdrag inzake de rechten van het kind* (1989). Opgevraagd op 19 juni 2019 van [https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag\\_2](https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2).
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (z.d.). *Jeugdhulp*. Opgevraagd op 3 maart 2019 van <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp>.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Ministerie van Veiligheid en Justitie (VJ) & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Stelselwijziging Jeugd. Factsheet. Besluit gemeente naar verwijzing door huisarts?* Opgevraagd op 9 mei 2019 van [https://vng.nl/files/vng/201502\\_factsheet\\_besluit\\_na\\_huisarts.pdf](https://vng.nl/files/vng/201502_factsheet_besluit_na_huisarts.pdf).
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (2017a). *Toegang naar jeugdhulp*. Opgevraagd op 16 juni 2019 van <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/toegang>.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). (2017b). *Jeugdhulp en huisartsen*. Opgevraagd op 8 mei 2019 van <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/jeugdhulp-en-huisartsen>.
- Wammes, J. J. G., Jeurissen, P. P. T., Verhoef, L. M., Assendelft, W. J., Westert, G. P., & Faber, M. J. (2014). Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Family practice*, 31(5), 538-544.
- Wilson, A. (1991). Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract*, 41(344), 119-122.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.

Zorginstituut Nederland (2015, 13 april). *Kindergeneeskunde (de afbakening tussen de Zvw en de Jeugdwet)*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorgverzekeringswet (2019, 1 april). Opgevraagd op 12 juni 2019 van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2019-04-01>

Zorg+welzijn. (2015, 3 maart). *Hoe voer je een keukentafelgesprek*. Opgevraagd op 2 mei 2019 van <https://www.zorgwelzijn.nl/hoe-voer-je-een-keukentafelgesprek-1717305w/>.

Zorgwijzer (2018, 19 maart). *Jeugdzorg in Nederland*. Opgevraagd op 15 maart 2019 van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/jeugdzorg>.

Zorg verandert. (z.d.). *Keukentafelgesprek Wmo en Jeugdzorg met de gemeente*. Opgevraagd op 2 mei 2019 van <https://www.zorgverandert.nl/keukentafelgesprek-wmo-en-jeugdzorg-met-de-gemeente>.

Van der Zwaard, W., Doorten, I. & Zarrinkhameh, A. (2018). *Talrijke ideeën over een gezonde samenleving. 17.000 ervaringen met zorg en hulp. Achtergrondstudie*. Den Haag: RVS.

## 7.2 Databronnen

CBS StatLine (2019a). Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, regio (gemeente). Opgevraagd op 2 mei 2019 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82971NED/table?ts=1563451085316>.

CBS StatLine (2019b). *Kerncijfers over jeugdzorg*. Opgevraagd op 2 mei 2019 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84134NED/table?ts=1563452985702>.

CBS StatLine (2019c). *Trajecten jeugdzorg in natura, regio (gemeenten) op peildatum*. Opgevraagd op 30 april 2019 van <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82968NED&D1=0-7&D2=0,57-85,87-96,98-118,120-160,163-178,180-217,219-244,246-254,256-269,272-282,285-335,337-349,351-355,357-358,360-396,398-403,405-443,445-456&D3=6,l&HDR=G2,G1&STB=T&VW=T>.

CBS StatLine (2019d). Gemeentelijke kosten; jeugdzorg, regio. Opgevraagd op 17 mei 2019 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83454NED/table?fromstatweb>.

## 7.3 Geraadpleegde casuïstiek voor het maken van de vignetten

Adviesraad sociaal domein Leiden (z.d.). *Bijlage 6: casussen*. Opgevraagd op 24 april 2019 van <https://adviesraadsociaaldomeinleiden.nl/doc/130916-Bijlage-6-bij-ongevraagd-advies-Jeugd.pdf>.

Centrum voor consultatie en expertise (2014-2018). Opgevraagd op 24 april 2019 van <https://lerenvancasussen.cce.nl/casussen?action=Default&saved=1>.

Gerritsen, E. (2013, 4 augustus). Jeugdzorg Breinbrekers. *Binnenlands bestuur*. Opgevraagd op 24 april 2019 van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/opinie/columns/jeugdzorg-breinbrekers.9079047.lynk?pageStart8=11>.

Huisman, C. (2018, 6 december). Resultaatgerichte hulpverlening is steeds meer van belang binnen de jeugdzorg, maar hoe werkt dat in de praktijk: een casus. *De Volkskrant*. Opgevraagd op 5 april 2019 van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/resultaatgerichte-hulpverlening-is-steeds-meer-van-belang-binnen-de-jeugdzorg-maar-hoe-werkt-dit-in-de-praktijk-een-casus-%2Fbc2a857b/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3D%26esrc%3Ds%26source%3Dweb%26cd%3D1%26cad%3Drja%26uact%3D8%26ved%3D2ahUKEwjqgrvAqdLhAhVCaVAKHfGICAUQFjAAegQIBhAB%26url%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.volkskrant.nl%252Fnieuws-achtergrond%252Fresultaatgerichte-hulpverlening-is-steeds-meer-van-belang-binnen-de-jeugdzorg-maar-hoe-werkt-dit-in-de-praktijk-een-casus%2F7Ebc2a857b%252F%26usg%3DAOvVaw36GVDatxudxVVd68DffHA3>.



Kennismaking met de jeugdzorg (z.d.). Casussen. Opgevraagd op 24 april 2019 van <https://kennismakingmetdejeugdzorg.jouwweb.nl/casussen-en-interviews/casussen>.

Monitor leren signaleren (z.d.). *Casuïstiek Jeugdgezondheidszorg*. Opgevraagd op 5 april 2019 van <https://www.monitorlerensignaleren.nl/sites/default/files/u13/casu%C3%AFstiek-jeugd-gezondheidszorg.pdf>.

## 8. Bijlagen

### 8.1 Topiclijst interviews

#### **Inleiding**

- Achtergrondinformatie onderzoek
  - o Inhoud
  - o Doel
  - o Eigen introductie
  
- Gebruik opbrengsten (RVS-advies, scriptie)
  
- Tijdsduur: maximaal één uur (deels maximaal 30 minuten)
  
- Behandelen van de data: vertrouwelijk, anoniem
  - o Geluidsopname, oké?
  - o Toestemmingsverklaring (met uitleg)
  
- Agenda
  - o Eerst (kort) vragen over persoon
  - o Bespreking van een aantal fictieve cases
  - o Vragen over de positie en de specifieke taken van de professional m.b.t de toegang tot jeugdhulp

#### **Vragen 1** [Deel A, vraag 1-2]

##### *Persoonlijke informatie*

- Werk (aard, omvang; taak, positie m.b.t. de jeugdhulp)
- Opleiding/werkervaring (eerder soort werk evt.)

#### **Vignetten** [Deel B; vignetten 1-4, Daan, Meral, Lucas, Tess]

- Bespreken van 4 fictieve cases met betrekking op de jeugdhulp (*afhankelijk van de beschikbare tijd werden hier minder cases besproken, of bij twee erg korte telefonische interviews helemaal geen cases; de volgorde van de besproken cases varieerde enigszins tussen de gesprekken*)
- Hoe zou je hiermee omgaan als deze jongere of dit gezin een consult bij je zou hebben? Mag ik je vragen om hardop te denken?
  - Welke afwegingen maak je?
  - Welke beslissing zou je nemen en waarom (wat geeft de doorslag)?

## Vragen 2

### *Beeld schetsen van werk* [Deel C, vraag 1-6]

- Proces met gezin/jongere
- Vorm van contact (tijd, plek, etc.)
- Typische cliënten
- Typische problemen van gezinnen/jongeren
- Afwegingen over het algemeen
- Verwijzen (wanneer, waarom)

### *Afwegingen als poortwachter* [Deel D, vraag 1-4]

- Belangrijkste waarden in het werk
- Doelen/motivatie
- Mogelijke belemmeringen bij uitoefenen werk
- Belangrijkste kenmerken van professionals? Evt.: opleiding

### *Contact met de cliënten/patiënten* [Deel E, vraag 1-5]

- Zicht van cliënt op professional
- Relatie tussen cliënt & professional
- Communicatie (denk aan IQ, taalvaardigheden, culturele verschillen, etc.)
- Houding cliënten t.o.v. de jeugdhulp (doelgerichtheid/angst/schaamte etc.)
- Onduidelijke gevallen?

### *Organisatie* [Deel F, vraag 1-3]

- Samenwerking met andere professionals (vorm, hoeveelheid) in het bijzonder m.b.t. wijk- en jeugdteams/huisartsen/POH-jeugd
- Kaders van het werk (protocollen, etc.)
- Kijk op de waarden in de Jeugdwet

## Afsluiting

- Inhoudelijke aanvullingen? Andere vragen?
- Bedanken!
- Hoe het verder gaat
  - Gegevensverwerking, nogmaals: anoniem en vertrouwelijk
  - Terugkoppeling uitkomsten? (advies RVS; scriptie)
  - Hoe zelf te bereiken als nodig: mail en telefoon
  - Scan toestemmingsverklaring

## 8.2 Vragen per mail

De vragen hebben open antwoorden. Geef bij elk antwoord de voor u meest belangrijke elementen aan.

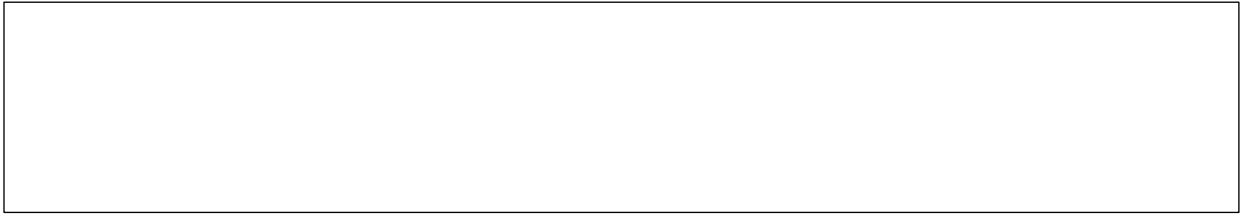
1. Kunt u kort het proces schetsen over de toegang tot jeugdhulp in uw praktijk/gemeente? Hoe is het organisatorisch ingericht?

2. Kunt u kort toelichten welke afwegingen u over het algemeen maakt bij een consult met een gezin over de toegang tot jeugdhulp?

3. In gevallen waar u het gevoel heeft dat u uw werk m.b.t. de jeugdhulp niet goed (genoeg) kan uitvoeren, waar ligt dat dan aan?

4. Wat ziet u als de belangrijkste waarden en doelen van uw werk m.b.t. de jeugdhulp?

5. Hoe ervaart u het contact met patiënten m.b.t. de jeugdhulp? Zijn er aspecten die het maken van afwegingen over de toegang tot jeugdhulp bemoeilijken? (Zo ja: welke? Zo nee: waarom gaat het goed?)



## 8.3 Vignetten

### *De gebruikte vignetten*

Hieronder zijn de uiteindelijk gebruikte vignetten opgenomen. De vragen die daarbij aan de geïnterviewden gesteld werden waren de volgende:

- Stel dat deze jongere of dit gezin een afspraak heeft bij u. Hoe zou u hiermee omgaan en mag ik u vragen om hardop te denken?
  - Zo nodig ook: welke afwegingen maakt u? Welke beslissing zou u nemen en waarom (wat geeft de doorslag)?
1. Daan (8) en zijn beide vaders zijn voor een gesprek gekomen. Daan zit in groep vier en heeft moeite op school mee te komen. Hij vertoont daar druk gedrag en wordt snel boos. Zijn ouders geven aan dat Daan thuis rustiger is en zich met veel verschillende dingen bezighoudt, zoals voetbal, zijn konijn of spelen met zijn broer. Maar hij gaat niet graag naar school. Schrijven en rekenen vindt hij echt niet leuk. Daan geeft aan ook de andere kinderen stom te vinden. Daans ouders maken zich zorgen over het welzijn en de prestaties van hun zoon. Zij zien ADHD als oorzaak voor zijn gedrag. Daarover hadden zij ook al een gesprek met de schoolpsycholoog. Zij hebben zich hierin verdiept en komen nu voor een diagnose hiervan. Ze weten heel goed wat zij willen: dat Daan ondersteuning krijgt door een kinderpsycholoog. Ze laten merken dat deze afspraak voor hen voelt als tijdsverspilling.
  2. Meral (14) komt met haar vader naar de afspraak omdat zij vaak last heeft van hoofdpijn en soms ook buikpijn. Zij is erg teruggetrokken en op zichzelf. Meral kan niet duidelijk uitdrukken wat er aan de hand is. Bij navraag geeft zij aan niet goed in slaap te kunnen vallen en vaak lang wakker te liggen. De vader lijkt bezorgd. Hij wil graag dat zij weer beter wordt en vraagt om hulp. Meral moet na school vaak op de twee jongere broers (6 en 9) letten wanneer de ouders aan het werk zijn. De ouders werken veel om rond te komen en de oma die tot nu toe veel op de kinderen paste, is kortgeleden overleden. Met haar had Meral een heel goede band. Verder is er geen andere familie in de stad die hen zou kunnen ondersteunen. Het gezin zelf woont al lang in de buurt. Uit eerder contact met het gezin is bekend dat het broertje (nu 6) als jong kind moeite had met zijn taalontwikkeling. Hiervoor had hij enige tijd logopedie.
  3. Lucas (15) en zijn moeder komen naar de afspraak. Zij hebben vaak ruzie. Lucas luistert niet meer naar de moeder en trekt volledig zijn eigen pad. Hij is nu oud genoeg om zijn leven te bepalen vindt hij. De ouders van Lucas zijn enige tijd geleden gescheiden. De vader woont al langer in een andere stad en het contact met Lucas is onregelmatig. Het lukt zijn ouders niet om duidelijke afspraken te maken over de omgangsregeling. De moeder is blij dat de moeilijke scheiding eindelijk achter de rug is en wil met haar nieuwe partner opnieuw beginnen. Sinds een aantal weken krijgt zij geen vat meer op Lucas. Hij accepteert haar nieuwe partner niet. Lucas zegt zelf zelden thuis te zijn omdat hij liever met zijn vrienden chillt. Zijn moeder geeft aan dat ze blowen. Volgens Lucas doen ze dat amper, hij is gewoon liever bij zijn vrienden dan thuis. Van school heeft zij gehoord dat Lucas af en toe spijbelt. Hij vindt dat niet erg omdat ze op het vmbo toch niet belangrijks leren. Bovendien gaat hij er meestal wel gewoon heen. Zij is bang dat de situatie volledig uit de hand loopt.
  4. Tess is 5 en met haar ouders bij de afspraak. Haar ouders zijn onzeker hoe ze met de sterke driftbuien van hun dochter om moeten gaan. Die heeft zij eens in de paar weken. Zij huilt en schreeuwt dan en trapt iedereen die dichterbij haar wil komen. Laatst moesten ze haar van school ophalen omdat ze daar gewoon niet meer rustig werd. De ouders kunnen geen duidelijke redenen voor de driftbuien vinden en zij zien die bij andere kinderen van Tess' leeftijd al een tijdje niet meer. Daarnaast liegt Tess graag tegen haar ouders of tegen de juf. Ze is dan niet van haar verhaal af te brengen, terwijl iedereen weet dat zij liegt. Desondanks lijkt

de band tussen Tess en haar ouders sterk. Ze zijn duidelijk op elkaar gesteld. De moeder geeft aan dat het belangrijkste voor haar is dat zij haar kind goed en veilig kan laten opgroeien. Haar moeder zegt dat zij niet weet of ze met deze problemen wel had moeten komen of dat er niets aan de hand is. Na een jeugd met verschillende problemen thuis heeft zij zelf weinig contact met haar ouders en voelt ze zich in opvoedsituaties erg onzeker.

## 8.4 Codeboom

Code
<b>Organisatorische factoren</b>
Beschikbaarheid
Contact, ingang hulpvragers
Hulpmiddelen
Proces
Betrokkenen
Plek
Tijdsbestek
Richtlijnen
Samenwerking
Andere
Gemeente/jeugdteam
Huisartsen
POH
School
<b>Clïënt-gerelateerde factoren</b>
Houding
t.o.v. hulp
t.o.v. hulpverlener
t.o.v. problematiek
<b>Professionele factoren</b>
Algemeen aanpak
Behandel- en begeleidingsmogelijkheden



Code
Kennis professionals
Kennis context
Kennis eigen grenzen
Kennis hulpaanbod
Kennis patiënt en systeem
Kennis problematiek
Opleiding
Positie
Relationele factoren
Afhankelijkheid
Benadering
Betrouwbaar
Eerlijk
Gelijkwaardig
Ingaan op gezin
Luisteren, aandacht
Meedenken
Meenemen
Motiveren
Niet oordelend
Openheid
Respect
Samenwerken
Transparant
Veilig

Code
Vertrouwen
Voorkeuren
Geschiedenis met patiënten
Spanningen
Taakwaarneming
Werkervaring
<b>Waarden</b>
Normaliseren, demedicaliseren
Kleinschaligheid
Kostenbewustheid
Laag insteken
Nut
Veiligheid
Doen wat nodig is
Rechtmatigheid
Snelle toegang
Vrijwilligheid
Zorgbehoefte
Zelfredzaamheid
Ondersteuning
Ontwikkeling
Preventie, signalerend
Perspectief bieden, kans geven
Zorgzaamheid
Gezondheid

Code
Keuzevrijheid gezin
Kinderwelzijn
Laagdrempeligheid
Langetermijn
Maatwerk
Passendheid van zorg
Systemisch, integraal kijken
Verbinding
Zorgvuldigheid
<b>Inhoudelijke afwegingen</b>
Begeleiding of behandeling
Behoeftte jongere
Beschikbaarheid
Eerdere hulpverlening
Ervaring met hulpverleners
Kosten
Netwerk
Nut
Passendheid
Context
Achtergrond
Cultureel
Sociaaleconomisch
Gezinssituatie, systeem
Opvoeding

Code
School
Staat ouders
Belasting
Emotioneel
Psychisch
Thuisituatie
Vermogen of potentie
Begrip systeem
IQ
Kwaliteiten
Potentie gezin
Taalvaardigheden
Probleem
Communicatie
Bereikbaarheid
Complexiteit
Duur problemen of klachten
Ernst, mogelijk risico
Fysiek - psychisch - sociaal
Hulpvraag
Kind-gebonden
Leeftijd jongere
Ontwikkeling jongere

## 8.5 Reacties op de vignetten

### *Meral*

De belangrijkste afwegingen van de professionals bij het vignet van Meral betreffen het soort klachten, de thuissituatie (met het oppassen en het overleiden van de oma), de leeftijd (wat is van een veertienjarige wel en wat niet te verwachten), de hulpvraag, de sociale situatie en de schoolsituatie. Waar de professionals de meeste aandacht aan besteden verschilt van elkaar. Sommige professionals kijken in eerste instantie naar mogelijke overbelasting door haar oppas-taak, andere spreken sneller over mogelijk verdriet door het overleiden van haar oma. De benadering van huisartsen en jeugdhulpprofessionals verschilt daarbij enigszins van elkaar.

De huisartsen wegen de reactie van de ouders op mogelijke psychosociale oorzaken van de klachten van Meral sterker mee in hun afwegingen dan de jeugdteammedewerkers. Zij geven aan veel aandacht te besteden aan het vinden van een ingang tot ouders die alleen op fysieke klachten gefocust zijn. Zij geven aan de klachten te onderzoeken, het gezin na een somatisch onderzoek terug te laten komen, en mogelijk te verwijzen naar een jeugdarts. Via de jeugdarts is dan wederom een weg naar de psychische hulp mogelijk, door hun samenwerking met psychiaters of orthopedagogen. Zo ver hoeft het echter niet te komen. Huisartsen besteden in consulten waarbij mogelijk psychische of sociale problemen de oorzaak zijn van fysieke klachten aandacht aan het uitleg en psycho-educatie. Het gaat de huisartsen daarbij vooral daarom te zorgen dat het kind ondersteuning krijgt. Praktijkondersteuners geven daarnaast aan de situatie breder in kaart te willen brengen en ook bijvoorbeeld op de relaties in het gezin in te willen zetten, zoals de relatie tussen de ouders of de relatie tussen Meral en haar broers.

De jeugdteammedewerkers vinden doorgaans dat er erg veel aan de hand is in het gezin en zij de situatie, ook door de andere gezinsleden te spreken, eerst verder willen uitzoeken. Dat kan door het jeugdteam, zoals in gemeente A en B waar de medewerkers het zelf willen oppakken of zoals in gemeente C en D waar naar het voorliggende veld, bijvoorbeeld maatschappelijk werk, wordt verwezen. Daarbij geven veel medewerkers van jeugdteams ook aan Meral eerst naar de huisarts te willen sturen om zeker te zijn dat er geen fysieke oorzaak bestaat voor haar klachten.

Een ander verschil tussen huisartsen en wijkteammedewerkers is dat de medewerkers van wijkteams graag het netwerk van het gezin willen analyseren om te kijken of zij een oplossing kunnen vinden voor de oppastaak van Meral. Dat betekent echter niet dat het zoeken naar een andere oppas bij huisartsen niet aan bod komt, een aantal van hen geeft aan in het gesprek met de ouders hier ook op te willen insteken. Een jeugdteammedewerker benadrukt dat ook de oorzaak van de financiële knelpunten in het gezin uitgezocht moet worden en geeft een verhuizing als mogelijke oplossing aan.

### *Lucas*

He tweede vignet is de casus van Lucas. De belangrijkste afwegingen van de professionals hierbij bleken de thuissituatie (in verband met de scheiding van de ouders, de verhouding tussen Lucas en zijn ouders en de nieuwe vriend van de moeder), de schoolsituatie (in verband met het spijbelen), de leeftijd (in de puberteit), opvoedingsaspecten en de hulpvraag van Lucas en zijn moeder. Daarbij gaven de meeste huisartsen (en één POH) aan dat het belangrijk is het vertrouwen van de jongen te winnen. Naar hun inschatting maakt het minder uit welke hulpverlener dat kan, maar vooral dat het überhaupt lukt. Twee professionals maakten ook duidelijk dat zij mochten de ouders niet open staan voor enige verandering hunnerzijds, zouden kunnen denken aan een melding bij veilig thuis. De hulpverleners gaan er over het algemeen vanuit dat de problemen op school minder worden wanneer de thuissituatie van Lucas duidelijker is geworden en zouden hier dan niet nog een keer extra hulp op inzetten.

Bij de afwegingen valt op dat de individuele professionals vooral verschillen in hun inschatting van de ernst van de situatie. Sommigen dachten eraan Veilig thuis in te moeten schakelen, terwijl anderen de indruk hadden het met een paar afspraken aan te kunnen pakken. Tussen deze extremen bevond zich de inschatting van de meeste professionals, die of zelf een langere begeleiding zagen of een hulpverlener uit de eerste of tweede lijn wilden inschakelen. Daarnaast zijn er verschillen in

oplossingsrichtingen: het aanpakken van de gezinssystematiek of vooral de jongere willen ondersteunen. Bij de mogelijkheden om de gezinssystematiek te veranderen gaat het om het inzetten van een hulpverlener in te zetten die begeleiding biedt bij het opstellen van een omgangsregeling of een mediator die de gezinsleden helpt. Daarnaast willen de professionals ook de jongere ondersteunen. Alleen weinige professionals gaven aan alleen Lucas (en niet zijn gezin) te willen begeleiden. Deze verschillen zijn echter niet systematisch tussen de beroepsgroepen terug te vinden.

### *Tess*

Bij het voorleggen van het vignet van Tess aan de professionals bleek dat de belangrijkste afwegingen van de professionals gaan om de opvoedsituatie, de schoolsituatie, de gezinscontext, de thuissituatie, de hulpvraag en de leeftijd en ontwikkeling van het kind. De afwegingen van de professionals verschillen weinig van elkaar. Enige verschillen zijn te herkennen tussen individuele professionals bij de inschatting van de ernst van de problematiek en van de plaats van het probleem. Dat neemt een aantal vooral bij het kind waar, maar de meesten hoofdzakelijk in de omgang met het kind.

Op de vraag of en zo ja welke beslissing de professionals bij deze case zouden nemen over de verdere behandeling of begeleiding, gaaf een aantal professionals aan het gedrag in de case niet helemaal goed te plaatsen te kunnen. Zij twijfelen of het gaat om kind-gebundene of omstandigheden-gebundene vraagstukken. Een aantal professionals wensden daarom verder onderzoek in de tweede lijn, maar de meeste professionals denken in de richting van opvoedproblematiek en willen de ouders daarin ondersteunen. Dan wordt de beslissing genomen het gezin een ondersteuningsaanbod in de eerste lijn te bieden. De meeste huisartsen zouden Tess en haar moeder in eerste instantie naar hun POH of het jeugdteam (in gemeente B) sturen om de onzekerheid van de moeder in opvoedvragen te verminderen. Een huisarts vindt het gedrag echter zeer vreemd. “Dan gaan lampjes bij me branden dat ik denk, ja daar klopt hier iets niet, dit is gek” (BH1), daarom zou zij het kind doorverwijzen naar de tweede lijn voor onderzoek. De POH zou ook inzetten op opvoedondersteuning en afhankelijk van de grootte van de vraag het zelf te doen of ambulante ondersteuning in te schakelen. De jeugdteammedewerkers geven ook grotendeels aan om opvoedondersteuning of psycho-educatie voor de moeder te willen aanbieden. Een aantal geeft aan nog contact met school te willen zoeken en in te willen gaan op de ontwikkeling van het kind. De verschillen die hier ontdekt werden zijn echter niet verschillend genoeg om van duidelijk verschillende afwegingen en afwegingscriteria door verschillende professionals te kunnen spreken.

### *Daan*

Bij de vierde casus Daan bleken de belangrijkste afwegingscriteria voor de professionals te zijn: de schoolcontext, de sociale situatie, de thuissituatie, het vermogen van het kind en de hulpvraag. Meerdere professionals (zowel bij de huisartsen als bij de jeugdteammedewerkers) betwijfelden het idee van de ouders dat ADHD de (enige) oorzaak voor de problematiek is. Meermaals werd onderzoek naar IQ en het in kaart brengen van de sociale situatie op school als gewenste aanpak genoemd.

Bij de afwegingen van de professionals valt op dat de huisartsen bij hun afwegingen sterker ingingen op de vastberadenheid van de ouders. Zou deze zeer sterk zijn, zouden zij wel een verwijzing naar de tweede lijn overwegen. Een huisarts noemde dit een ‘Pyrrusoverwinning’ omdat naar zijn ervaring de ouders na zulk onderzoek vaak merken dat zij niet genoeg hebben aan een diagnose, weer terugkomen naar de arts en in het vervolg de adviezen van de arts meer kunnen waarderen.

Met betrekking tot de uiteindelijke beslissing van de professionals, geven bijna allen aan de casus in eerste instantie niet door te verwijzen naar de tweede lijn. De meeste jeugdhulpprofessionals gaven aan eerst een brede vraagverkenning uit te willen voeren, waarbij zij ook contact met de school zouden willen zoeken. De huisartsen gaven aan in eerste instantie de POH-jeugd of het jeugdteam (in de gemeenten waar geen POH-jeugd bestaat) in te willen schakelen. De POH-jeugdmedewerkers in gemeente C gaven beiden aan deze casus aan de school te overgeven.