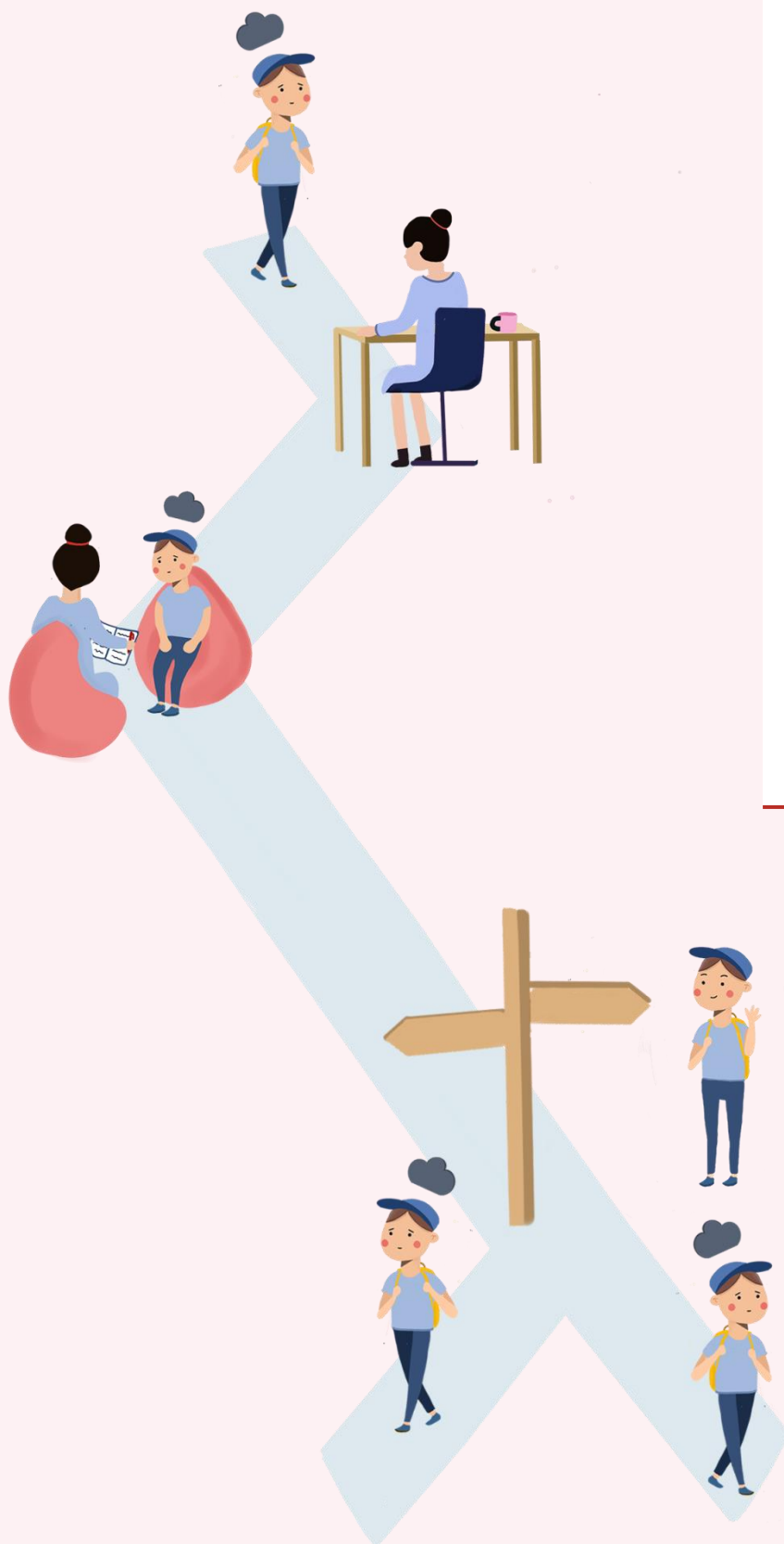




# jeugdhulp bij de huisarts

**Onderzoek naar inzet en effect van  
de Praktijkondersteuner Jeugd**

Marieke Spijk- de Jonge  
Marieke Boelhouwer  
Pauline Geuijen  
Marieke Zwaanswijk  
Marieke Serra





### Colofon

Auteurs:

Marieke Spijk- de Jonge (Accare Child Study Center)  
Marieke Boelhouwer (Molendrift)  
Pauline Geuijen (Karakter)  
Marieke Zwaanswijk (Kenniscentrum Kinder- en  
Jeugdpsychiatrie)  
MARIKE SERRA (Accare Child Study Center)

Bronvermelding:

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

Logo Jeugdhulp bij de Huisarts:

Frank van der Veen, Composita

Illustraties, lay-out datasheet:

Daniëlle Westdijk

*Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Accare Child Study Center te Assen. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning is met duidelijke bronvermelding toegestaan.*

*Het onderzoeksrapport is met de meest grootste zorgvuldigheid tot stand gekomen na een langdurig onderzoek waarbij data op een zorgvuldige wijze is geanalyseerd. Ook andere bronnen dan zelf verzamelde data zijn meegenomen/ gebruikt in dit onderzoeksrapport. Niettemin, vanwege de mogelijkheid op materiaal, interpretatie- en analysefouten, geeft de verstrekte analyse en aanbevelingen, geen garantie op juistheid, tijdigheid en volledigheid. Accare Child Study Center, haar onderzoekers en begeleiders zijn niet aansprakelijk voor enige schade of verlies, veroorzaakt door de verstrekte informatie. Iedere persoon of entiteit die informatie uit het rapport opneemt, doet dit met dit begrip en acceptatie.*

## De drie onderdelen van het onderzoek:

### 1. Analyse hulptrajecten

Registraties van 51 Praktijkondersteuner Jeugd

### 2. Successen & knelpunten

Ervaringen van 51 betrokkenen

### 3. Cliëntervaringen

Meningen van 181 jongeren + ouders

## 1. Analyse hulptrajecten

Tijdens de onderzoeksperiode hebben 51 Praktijkondersteuners Jeugd 2439 cliënten gezien. Hieronder staan de uitkomsten van de analyses van de zorgtrajecten.



51 Praktijkondersteuner Jeugd

96% Vrouw

4% Man

### Respondenten:

2439 Jeugdigen

47% Meisje (μ 12.4 jaar)

53% Jongen (μ 10.8 jaar)

### Meest voorkomende hulpvragen

De Praktijkondersteuner Jeugd ziet een brede variatie aan problemen met jeugdigen.



- Psychosociaal functioneren
- Gezin en opvoeding
- Lichamelijke gezondheid
- Jeugdige en omgeving
- Cognitieve ontwikkeling
- Overig (niet geïnclassificeerd)



### Meest voorkomende werkzaamheden

De werkzaamheden van de Praktijkondersteuner zijn divers. Vraagverheldering (triage en screening) is hun belangrijkste taak.



### Duur

De cliënttrajecten van de Praktijkondersteuner Jeugd zijn vrijwel altijd **weinig intensief en kortdurend**.

48% na 1-2 contacten afgesloten.

82% na maximaal 5 contacten afgesloten.

97% binnen 10 contacten afgesloten.

76% binnen 10 weken afgesloten.

### Verwijzingen:

47%

- Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ
- Generalistische basis GGZ
- CJG/wijk of gebiedsteam
- Vrij toegankelijke zorg
- Jeugdhulpaanbieder voor jeugdzorg
- Jeugdhulpaanbieder voor LVB
- Anders



### Afgeronde trajecten:

41%

### Anders\*:

12%

\* bv. overbruggingszorg

## 2. Successen & Knelpunten

We hebben van 51 betrokken professionals (bv. Praktijkondersteuners Jeugd, huisartsen, gemeenten, medewerkers van CJG/wijk- of gebiedsteams) ervaringen verzameld. Zij vinden dat de functie van Praktijkondersteuner Jeugd toegevoegde waarde heeft en signaleren nog ruimte voor verbetering.



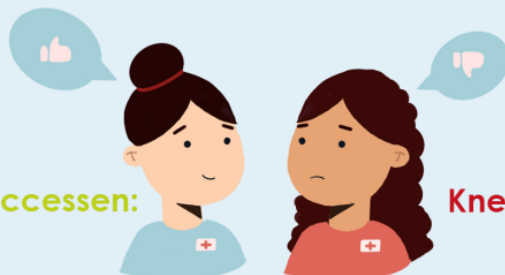
Laagdrempelige zorg



Kwaliteit van de zorg verbeterd



Verbinding huisarts - gebiedsteam verbeterd



**Successen:**

**Knelpunten:**



Werkwijze dossiervoering niet helder



Linking-pin functie huisarts- gebiedsteam niet optimaal

## 3. Cliëntervaringen

181 jeugdigen (12+) en ouders hebben hun mening gegeven over de Praktijkondersteuner Jeugd. Zij zijn over het algemeen erg tevreden. Het meest waarderen zij de laagdrempeligheid, dat zij snel terecht kunnen en een goede behandelrelatie.

**“Wij voelen ons erg bij haar op ons gemak. Dat zij via onze huisartsenpraktijk werkt heeft er voor gezorgd dat wij meteen geholpen konden worden. Heel fijn! Ook liet zij weten dat we altijd weer bij haar terecht kunnen.”**



## Aanbevelingen



**Juiste competenties**

De Praktijkondersteuner Jeugd moet beschikken over de juiste competenties om in te schatten of verwijzing noodzakelijk is. Gezien de aard van de hulpvragen is specifieke expertise op het gebied van Jeugd GGZ problemen en evidence based interventies noodzakelijk.



**Randvoorwaarden**

Niet alleen juiste competenties zorgen voor kwalitatief goede hulp, ook de randvoorwaarden moeten in orde zijn. Zo niet, dan gaat dat ten koste van de tijd die de praktijkondersteuner kan besteden aan cliënten.



**Positionering**

Positionering in de huisartsenpraktijk heeft als voordeel dat de Praktijkondersteuner Jeugd geassocieerd wordt met het vertrouwen in het beroepsgeheim en de deskundigheid van de huisarts. Een rol bij het CJG, wijk- of gebiedsteam versterkt de onderlinge verbinding.



**Laagdrempelig**

De laagdrempeligheid van de hulp is een belangrijke succesfactor. Om dat succes te borgen moeten cliënten snel terecht kunnen, op een plek dichtbij huis en waar nodig snel kunnen doorstromen naar passende vervolgzorg.



**Netwerkfunctie**

Het versterken en onderhouden van de verbinding met het bredere netwerk (zoals gebiedsteam of scholen) is een belangrijk aandachtspunt, en een kerntaak van de Praktijkondersteuner Jeugd die tijd kost.

**Inhoudsopgave**

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>Context</b>	<b>10</b>
<b>Werkwijze</b>	<b>11</b>
<b>Data</b>	<b>12</b>
<i>Bron 1: Registratiebestand</i>	12
<i>Bron 2: Evaluatie onder professionals</i>	12
<i>Bron 3: Vragenlijst voor cliënten</i>	12
<i>Analysemethoden</i>	14
Classificatie van de hulpvragen	14
Openstaande en afgesloten trajecten	14
Frequenties, Chi-kwadraat toetsen en de Monte Carlo-methode	14
Hiërarchische clusteranalyse	15
<b>Resultaten</b>	<b>16</b>
<i>Bron 1: Registratiebestand</i>	16
Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd	16
Kenmerken praktijksituatie	16
Instroom cliënten	17
Kenmerken jeugdigen	17
Hulpvragen	18
Werkzaamheden Praktijkondersteuner Jeugd	19
Intensiteit en duur van de hulp	20
Verwijzen	20
Relatie tussen opleidingsniveau van de Praktijkondersteuner Jeugd en taakinvinging, samenwerking en verwijzingen	21
Relatie tussen ervaring van de Praktijkondersteuner Jeugd en taakinvinging, samenwerking en verwijzingen	23
Drie typen cliëntentrajecten bij de Praktijkondersteuner Jeugd	25
<i>Bron 2: Evaluatie onder betrokkenen bij de OJG pilot</i>	27
Laagdrempeligheid van de zorg	27
Verbinding tussen huisartsenpraktijk en CJG, wijk- of gebiedsteam is verbeterd	27
Kwaliteit van zorg voor jeugdigen is verbeterd	28
Praktijkvoorbeeld 1	29
Jeugdigen in de eerste lijn geholpen	29
Korte lijnen met de huisarts	30
Praktijkvoorbeeld 2	30
Werkwijze dossiervoering en het omgang met cliëntgegevens niet helder	31
Linking-pin functie nog niet optimaal	32
Wachlijsten bij ketenpartners beperken uitstroom	32
Overige bevindingen	32
Praktijkvoorbeeld 3	33
<i>Bron 3: Evaluatie vragenlijsten voor jeugdigen en ouders</i>	34
Gezamenlijke besluitvorming	34
Behalen van doelen	34
Opmerkingen van cliënten	36



<b>Betekenis van de resultaten</b>	<b>37</b>
<i>Welke kenmerken heeft de functie van Praktijkondersteuner Jeugd?</i>	37
Achtergrond van professionals	37
Positionering van de functie	37
Logistieke werkwijze	37
<i>Wat zijn de resultaten van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd?</i>	38
Instroom en uitstroom van cliënten	38
Zorgactiviteiten	40
Samenwerking met het lokale veld	41
<i>Wat zijn de ervaringen van jeugdigen en ouders met de Praktijkondersteuner Jeugd?</i>	41
<i>Aandachtspunten voor de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd</i>	42
Zorgen voor de juiste competenties	42
Keuzes in positionering van de functie	43
Investeren in de netwerktaak	43
Snelheid van geboden hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd bewaken	44
Opleiden, bijscholen en intervisie	44
Ontwikkelen van kaders voor de functie	44
Zorgen voor de juiste randvoorwaarden	46
<i>Vervolg Jeugdhulp bij de Huisarts</i>	46
<b>Referenties</b>	<b>47</b>
<i>Bijlage 1 Overzicht van deelnemende gemeenten</i>	49
<i>Bijlage 2: Inhoud registratiebestand</i>	50
<i>Bijlage 3 Vragenlijst voor cliënten</i>	51
<i>Bijlage 4: Uitleg behandelingen/interventies in het registratiebestand</i>	55

## Samenvatting

### Werkwijze Jeugdhulp bij de Huisarts

Met het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' hebben Accare, Molendrieff en Karakter samengewerkt om op grote schaal gegevens te verzamelen over functies waarin jeugdhulp wordt ingezet in de huisartsenpraktijk. Aan het onderzoek deden 51 professionals mee die werken als Praktijk Ondersteuner Huisartsen Jeugd (POH Jeugd), Specialistisch Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) of Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG). In dit rapport gebruiken we voor deze functies de gezamenlijke naam Praktijkondersteuner Jeugd. De deelnemende Praktijkondersteuners Jeugd registreerden geanonimiseerde data over 2439 cliëntentrajecten via een uniform registratiebestand. Ook verzamelden we de successen en knelpunten die 51 betrokkenen (o.a. Praktijkondersteuners Jeugd, huisartsen, gebiedsteams, gemeenten) zijn tegengekomen, en de ervaringen van 181 jeugdigen en ouders. Met deze gegevens wilden we leren over de functie van Praktijkondersteuner Jeugd: welke kenmerken heeft de functie in de praktijk, wat zijn de resultaten van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd en wat zijn de ervaringen van betrokken professionals en cliënten? Op basis daarvan doen we aanbevelingen om de functie van Praktijkondersteuner Jeugd verder te ontwikkelen.

### Hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd

De Praktijkondersteuner Jeugd ziet een brede variatie aan problemen van jeugdigen, met als doel te zorgen dat zij de juiste hulp krijgen. De ouder(s) en de jeugdige zelf nemen vaak het initiatief tot het zoeken van hulp. Het merendeel van de hulpvragen heeft betrekking op het *psychosociaal functioneren* van de jeugdige, zoals emotionele problemen (zoals angst-, stemmings- en verwerkingsproblematiek en teruggetrokken gedrag) en gedragsproblemen (zoals druk en impulsief gedrag, problemen met aandacht en hyperactiviteit en impulsbeheersing, of opstandig en antisociaal gedrag). Daarnaast komen ouders met vragen die te maken hebben met *het gezin of de opvoeding*,

Van de jeugdigen die de Praktijkondersteuner Jeugd ziet, wordt 41% door hen zelf geholpen zonder dat het tot een verwijzing komt. Deze cliëntentrajecten zijn vrijwel altijd weinig intensief en kortdurend. Belangrijk in het werk van de Praktijkondersteuner Jeugd blijkt vraagverheldering (triage en screening). Verder blijkt dat de Praktijkondersteuner vaak psycho-educatie, ondersteunende gesprekken bij psychosociale problemen, opvoedondersteuning en bemiddeling of begeleiding bij verwijzing toepast.

Bij 47% van de trajecten verwijst de Praktijkondersteuner Jeugd ouders en jeugdigen door naar passende hulp. Daarnaast wordt de Praktijkondersteuner Jeugd in 12% van de trajecten ingezet om een wachttijd te overbruggen, werkt deze samen met al eerder ingezette hulpverleners, of is hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd bedoeld als tijdelijke intensivering van een lopend hulptraject. De Praktijkondersteuner Jeugd verwijst het vaakst naar Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ, maar ook regelmatig naar Generalistische basis-GGZ of een CJG, wijk-of gebiedsteam (45%, 16% en 12% van de verwijzingen).

### Successen van de Praktijkondersteuner Jeugd

Uit dit onderzoek blijkt dat de functie van Praktijkondersteuner Jeugd op verschillende manieren toegevoegde waarde heeft bij problemen rondom opgroeien, gedrag en opvoeden. Praktijkondersteuners Jeugd, huisartsen, medewerkers van het CJG, wijk- of gebiedsteam, beleidsambtenaren van gemeenten, jeugdigen en ouders zijn over het algemeen positief over de ondersteuning. De *laagdrempelige aard* van de functie wordt gezien als een belangrijke succesfactor van de Praktijkondersteuner Jeugd. De huisartsenpraktijk biedt een vertrouwde omgeving, dichtbij huis, waardoor de drempel voor het zoeken van hulp lager is. Soms ook voor gezinnen die eerder niet voor hulp open stonden.

Een ander veelgenoemd succes is dat de kwaliteit van de zorg verbeterd is doordat jeugdigen *sneller hulp* krijgen. Ook vinden zij het *aanbod voor kortdurende en/of lichte zorg* voor jeugdigen verbeterd. De *triage* is volgens de betrokkenen verbeterd doordat de Praktijkondersteuner Jeugd een betere inschatting maakt van de problematiek van de jeugdige dan de huisarts. Verder zien de betrokkenen in de praktijk dat er meer ingezet wordt op *preventie*: eerder en sneller hulp bieden om verergering te voorkomen. Hun inschatting is dat dit alles ertoe leidt dat verwijzingen naar de Specialistische Jeugd-GGZ (SGGZ) beter onderbouwd en meer doordacht zijn.

### Minder verwijzen?

We hebben geprobeerd om het idee dat de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd leidt tot minder onnodige verwijzingen naar de SGGZ te staven: heeft de Praktijkondersteuner Jeugd nu bij 41% van de jeugdigen een verwijzing voorkomen? Wij denken dat die conclusie op basis van de huidige data niet getrokken kan worden om de volgende redenen. Op dit moment zijn niet de juiste data beschikbaar om een vergelijking mogelijk te maken van verwijsstromen tussen huisartsenpraktijken met en zonder een Praktijkondersteuner Jeugd. De huidige registraties (zowel aan de kant van gemeenten als bij de huisartsen) moeten aanzienlijk aangescherpt worden om een dergelijke analyse mogelijk te maken. Daarnaast voorkomt nieuw aanbod niet alleen onnodige zorg, het creëert mogelijk ook een nieuwe vraag. De laagdrempeligheid van de Praktijkondersteuner Jeugd zorgt er mogelijk voor dat bepaalde jeugdigen hulp krijgen, die dat eerder niet kregen. Dit kunnen zowel jeugdigen met lichtere als jeugdigen met zwaardere problematiek zijn. De grootte van dat mogelijk toegenomen bereik is nu onduidelijk, en moeilijk te onderzoeken.

### Zorgen voor effectieve, vroege hulp

Verschillende bronnen in de literatuur laten zien dat als in een vroeg stadium effectieve hulp wordt ingezet dit escalatie van problemen kan voorkomen en kan zorgen voor individuele en maatschappelijke gezondheidswinst op latere leeftijd. Door ervoor te zorgen dat de Praktijkondersteuner Jeugd vroeg effectieve hulp biedt, kunnen we er dus voor zorgen dat kortdurende trajecten ook op langere termijn effectief zijn. Met andere woorden: alleen met de juiste hulp worden jeugdigen niet alsnog verwezen of zijn toekomstige problemen te voorkomen. De resultaten van dit onderzoek bieden verschillende aanknopingspunten om de effectiviteit van de Praktijkondersteuner Jeugd te optimaliseren:

#### *Competenties*

Het is belangrijk dat de Praktijkondersteuner Jeugd beschikt over *de competenties* om in te schatten of verwijzing noodzakelijk is of dat hij of zij zelf kortdurende hulp kan verlenen. Gezien de aard van de hulpvragen waarmee de Praktijkondersteuner Jeugd te maken krijgt, is specifieke expertise op het gebied van Jeugd GGZ problemen noodzakelijk. Deze moet een goede inschatting kunnen maken van de ernst en de complexiteit van de problemen, de mate van belemmering in het dagelijks leven en eventuele risico's. De Praktijkondersteuners Jeugd in dit onderzoek zijn hoog opgeleid (HBO, WO en WO+) en hebben relatief veel ervaring. Toch kan het ook voor hen zinvol zijn om te werken met een meer gestandaardiseerd instrumentarium om keuzes te onderbouwen. Daarnaast is van belang dat de Praktijkondersteuner Jeugd bekend is met de richtlijnen voor de meest voorkomende Jeugd GGZ-problematiek om te kunnen bepalen wat passende zorg is.

#### *Positioneren van de functie*

De laagdrempelige positionering van de Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk wordt gezien als een belangrijke succesfactor. Voor jeugdigen en ouders is de huisartsenpraktijk een relatief vertrouwde omgeving, dichtbij huis, waardoor zij de Praktijkondersteuner Jeugd associëren met het vertrouwen in het beroepsgeheim en de deskundigheid van de huisarts. In evaluatiegesprekken kwamen voorbeelden ter sprake van jeugdigen/gezinnen die niet open stonden voor hulp maar die door deze laagdrempelige voorziening nu wel langzaam hulp toelaten.

In dit onderzoek is ook de OJG vertegenwoordigd, een functie die zowel gepositioneerd is in de huisartsenpraktijk als in het basisteam van de gemeente (CJG, wijk- of gebiedsteam). Deze opzet heeft een extra positief effect op de verbinding met en het CJG, wijk- of gebiedsteam. Het op deze manier positioneren van de functie van Praktijkondersteuner Jeugd blijkt in de praktijk echter complex. Het meest genoemde knelpunt is het gebrek aan een duidelijke werkwijze in het rapporteren van en omgaan met cliëntgegevens. Daarmee samenhangend zijn ook onduidelijkheden rondom aansprakelijkheid en/of verantwoordelijkheid genoemd.

#### *Investeren in de netwerktaak*

De resultaten laten zien dat er voor de Praktijkondersteuner Jeugd kansen liggen voor het versterken van de verbinding met het bredere netwerk (zoals het CJG, wijk- of gebiedsteam) als in



deze functie professionals worden ingezet met inzicht in dat netwerk en tijd om te investeren en behouden van ervan. Kennis van de lokale zorgkaart of het lokale zorgnetwerk is ook belangrijk om goed te kunnen beoordelen waar een jeugdige en zijn of haar ouders het best en het snelst geholpen kunnen worden. Dat kan ervoor zorgen dat meer jeugdigen in de eerste lijn geholpen kunnen worden. Ook lijkt ruime ervaring in de jeugdhulp te zorgen voor meer overleg en samenwerking met het lokale netwerk.

#### *Laagdrempeligheid in stand houden*

Laagdrempeligheid wordt genoemd als een van de grootste successen van de Praktijkondersteuner Jeugd. Alle betrokkenen, zowel cliënten als professionals noemen dit voordeel. Wachtlijsten in de SGGZ belemmeren de uitstroom van cliënten van de Praktijkondersteuner Jeugd naar de SGGZ. Wanneer hierdoor wachttijden ontstaan bij de Praktijkondersteuner Jeugd tast dat één van de meest genoemde successen van de functie aan.

#### *Opleiden, bijscholen en intervisie*

In een autonome, nieuwe functie zoals die van Praktijkondersteuner Jeugd is het goed organiseren van opleiding, intervisie en (bij)scholing extra van belang. De detachering van een Praktijkondersteuner Jeugd door een organisatie in de jeugdhulp biedt het voordeel dat deze organisatie toegang biedt tot de benodigde kennis en de kennisinfrastructuur om de benodigde kennis *up to date* te houden. Daarnaast is verbinding met andere Praktijkondersteuners Jeugd die lokaal werkzaam zijn van belang.

#### *Kaders van de functie*

Voor de (constante) kwaliteit van hulp is het belangrijk om functiekaders te ontwikkelen. Waar in de startfase elke Praktijkondersteuner Jeugd zelf een invulling heeft gegeven aan de functie, is er nu behoefte aan kaders van wat wel en niet onder deze vorm van zorg valt. In de verdere ontwikkeling van deze functie is het van belang dat waar wordt gekozen voor behandeling, ook bij deze vorm van zorg *evidence based* interventies worden ingezet.

#### *Zorgen voor de juiste randvoorwaarden*

Een belangrijk aandachtspunt in de functie van Praktijkondersteuner Jeugd is het zorgen voor een duidelijke werkwijze in het rapporteren van en/of omgaan met gegevens/privacy, zeker als hij of zij ook werkzaam is een CJG, wijk- of gebiedsteam. Daarmee samenhangend zijn er ook rondom aansprakelijkheid/verantwoordelijkheid onduidelijkheden. Het beleid dat hiervoor van tevoren was opgesteld, werkt in de praktijk niet altijd goed.

Op het oog vrij simpele randvoorwaarden blijken erg belangrijk voor een adequate uitvoering van het werk van een Praktijkondersteuner Jeugd. De belangrijkste daarvan is om per huisartsenpraktijk genoeg tijd te hebben om te kunnen overleggen met de huisarts en om te kunnen investeren in de netwerktaak. Verschillende Praktijkondersteuners Jeugd werken bij meerdere huisartsenpraktijken, met elk verschillende werkplekken en verschillende werkwijzen. Dat maakt dat het onderhouden van contacten en het houden van overzicht hen veel inzet en tijd kost.

#### **Vervolg Jeugdhulp bij de Huisarts**

Natuurlijk blijft dit onderwerp ons bezighouden. Daarom werken we verder aan dit thema in verschillende vervolgprojecten. Ten eerste schrijven we wetenschappelijke artikelen waarin de reeds verzamelde data verder wordt uitgediept. Daarnaast willen we aanvullend onderzoek doen waarin we kijken wat er op langere termijn gebeurt met jeugdigen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd zijn geweest. We doen verslag van nieuwe ontwikkelingen rondom Jeugdhulp bij de Huisarts op de website van het onderzoek: [www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl](http://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl).



## Context

In de organisatie van de jeugdhulp zijn grootschalige veranderingen ingezet, onder meer bedoeld om het beroep op zorg in de tweede lijn te verkleinen door in de eerste lijn meer aandacht te hebben voor preventie en vroegtijdige behandeling. Een belangrijk onderdeel van deze zogenaamde transitie is dat de jeugdhulp sinds 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt, en niet meer onder die van de provinciale overheid en van zorgverzekeraars. De CJGs, wijk- of gebiedsteams (ook wel aangeduid als gemeentelijke toegang) zijn verantwoordelijk voor laagdrempelige hulp bij opvoeden en opgroeien, maar hebben ook een verwijz- en indicatiefunctie voor specialistische, niet vrij toegankelijke jeugdhulp.

Veel ouders gaan met zorgen over opgroeien, gedrag en opvoeden echter naar de huisarts (Magnée & Verhaak, 2015; CBS 2019). Dat maakt de huisarts, naast de gemeentelijke toegang, een belangrijke verwijzer voor niet vrij toegankelijke specialistische jeugdhulp. De huisartsenpraktijk is dan ook een belangrijke plek om preventie in de eerste lijn vorm te geven en het beroep op zorg in de tweede lijn te verkleinen.

Op verschillende plekken in Nederland zijn pilots gestart met jeugdhulp bij de huisarts, opgezet door gemeenten en/of zorgaanbieders. Jeugdhulp bij de huisarts wordt geboden onder functienamen als Praktijk Ondersteuner Huisartsen Jeugd (POH Jeugd), Specialistisch Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) of Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) (zie box 1). Een professional met ervaring in de jeugdhulp werkt als ondersteuner in een huisartsenpraktijk en kan worden ingeschakeld om te beoordelen of een jeugdige moet worden verwezen naar eerste- of tweedelijns zorg. Ook kan de professional, afhankelijk van de eigen achtergrond, kennis en ervaring, zelf hulp bieden bij lichte problematiek.

Doelen van deze vorm van hulp zijn over het algemeen drieledig: (1) het ondersteunen van de huisarts bij beslissingen rond inzet van passende zorg, (2) het bieden van laagdrempelige jeugdhulp bij de huisarts en (3) het voorkomen van (onterechte) verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp.

Door een professional met expertise over de jeugdhulp te laten werken in de huisartsenpraktijk komt daar kennis en kunde beschikbaar om problemen met opgroeien en opvoeden snel te kunnen herkennen, behandelen en indien nodig te verwijzen naar passende eerste- of tweedelijns hulp. Ook moet de inzet zorgen voor meer verbinding tussen de huisarts en het lokale veld, zoals CJGs, wijk- of gebiedsteams (Mok, e.a., 2016).

De pilots gaan vaak gepaard met plaatselijke (kleinschalige) evaluaties (zie bijvoorbeeld Van Dijk et al., 2013; Molendrift, 2015; Serra et al., 2015; Magnée & Verhaak, 2015; Boendermaker et al., 2016). Uit deze evaluaties blijkt over het algemeen dat de ervaringen positief zijn. Daarnaast zien we dat er verschillende keuzes worden gemaakt in de invulling van Jeugdhulp bij de Huisarts. Zo kunnen er keuzes worden gemaakt in opleiding en ervaring van de professional en in de taken die deze uitvoert (ROS Friesland, 2016). Door die verschillende keuzes zijn de resultaten van kleinschalige evaluaties moeilijk te vergelijken en dat laat vragen onbeantwoord. Zo is er bijvoorbeeld nog weinig overzicht over de werkzaamheden van deze professionals, welke invulling van de functie goed werkt en waarom, en de kenmerken van jeugdigen die zij zien. Ook ontbreekt kennis over het effect van jeugdhulp bij de huisarts op het zorggebruik in de specialistische jeugdhulp.

Daarom zijn onderzoekers van Accare, Molendrift en Karakter eind 2016 gestart met het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts'. Het onderzoek is erop gericht om meer te leren over de uitvoering, de effecten, de kansen en de struikelblokken van dit type functies. Daarbij was de ambitie om op grotere schaal onderzoek te doen door (1) in een aantal pilots op uniforme wijze (monitor)gegevens te verzamelen en (2) de gegevens uit deze pilots samen te voegen. Deze werkwijze zorgt ervoor dat de resultaten van de diverse pilots beter vergelijkbaar zijn en de opbrengsten ook breder toepasbaar zijn dan alleen in de betreffende lokale context.

**Box 1** Benamingen gebruikt in het onderzoek Jeugdhulp bij de Huisarts

**Praktijk Ondersteuner Huisartsen Jeugd (POH Jeugd)** is de meest gebruikte naam voor een professional die, vaak gedetacheerd vanuit een organisatie in de jeugdhulp, in een huisartsenpraktijk werkt. De achtergrond en ervaring van de POH Jeugd zijn heterogeen, en ook de invulling van de functie varieert. In dit onderzoek participeren POHs Jeugd vanuit pilots in de gemeente Leeuwarden en de gemeente Súdwest Frýslan (zie bijlage 1).

**Specialistisch Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ)** is een functienaam die wordt gebruikt voor een professional die, gedetacheerd vanuit een jeugd-GGZ-instelling, in een huisartsenpraktijk werkt. Specifiek aan deze functie is dat er enkel wordt gewerkt met BIG-geregistreerde zorgverleners (gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten of klinisch psychologen) met expertise in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In dit onderzoek participeren SOHs-JGGZ vanuit pilots in de regio Foodvalley en stadsregio Arnhem-Nijmegen (Otten e.a., 2018).

Ook de **Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG)** werkt in de huisartsenpraktijk, gedetacheerd vanuit de jeugdhulp of het sociaal domein. De achtergrond en ervaring van dit type professional variëren. Specifiek aan deze functie is dat de OJG niet alleen uren binnen de huisartsenpraktijk werkt, maar ook binnen een CJG, wijk- of gebiedsteam. De functienaam wordt gebruikt voor professionals in de provincie Groningen. In dit onderzoek participeren OJGs die deel uit maken van een pilot geleid vanuit de Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten (Stevenson, 2019).

**Werkwijze**

In het onderzoek *Jeugdhulp bij de Huisarts* verzamelden Acccare, Molendrift en Karakter op een uniforme wijze gegevens bij Praktijkondersteuners Jeugd<sup>1</sup> in hun werkgebied. Door bij een grote groep Praktijkondersteuners Jeugd op dezelfde wijze data te verzamelen, creëerden we schaalgrootte, vergelijkbaarheid en voldoende variatie om resultaten te genereren die breder toepasbaar zijn dan enkel in de lokale context. Met deze gegevens wilden we leren over de functie van Praktijkondersteuner Jeugd: welke kenmerken heeft de functie in de praktijk, wat zijn de resultaten van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd en wat zijn de ervaringen van betrokken professionals en cliënten (zie box 2)? Op basis daarvan doen we aanbevelingen om de functie van Praktijkondersteuner Jeugd verder te ontwikkelen.

De gegevens zijn ook gebruikt voor lokale (tussen)evaluaties en (tussen)rapportages. Bijvoorbeeld omdat de betrokken gemeenten en zorgaanbieders inzichtelijk wilden maken welk type jeugdigen hun Praktijkondersteuners Jeugd begeleiden en welke jeugdigen verwezen worden. Tussentijdse evaluaties werden benut om knelpunten op te lossen en goede ervaringen te delen. Deze actie-ondersteunende aard van het onderzoek maakte dat deelname niet alleen op lange termijn nuttige opbrengsten had, maar ook op korte termijn kon bijdragen aan de kwaliteit van de pilots.

**Box 2** Onderzoeksvragen

1. Welke kenmerken heeft de functie van Praktijkondersteuner Jeugd, in termen van:
  - Achtergrond van professionals;
  - Positionering van de functie;
  - Logistieke werkwijze?
2. Wat zijn de resultaten van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd, in termen van:
  - Instroom en uitstroom van cliënten;
  - Zorgactiviteiten;
  - Samenwerking met het lokale veld (bv. CJG, wijk- of gebiedsteam, scholen)?
3. Wat zijn de ervaringen van jeugdigen en ouders met de Praktijkondersteuner Jeugd?
4. Welke aandachtspunten voor de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd leveren de bevindingen bij onderzoeksvraag 1 t/m 3 op?

<sup>1</sup> In dit rapport hanteren we een verzamelnaam voor de functies van POH Jeugd, SOH-JGGZ en OJG, namelijk de term Praktijkondersteuner Jeugd. Alleen daar waar de resultaten betrekking hebben op de specifieke subgroep, gebruiken we de betreffende functienaam. Op die manier is het rapport leesbaarder, en is het duidelijk waar we de resultaten generaliseren.

## Data

### Bron 1: Registratiebestand

Voor het onderzoek *Jeugdhulp bij de Huisarts* ontwikkelden we een Excel registratiebestand, waarmee we op uniforme wijze gegevens verzamelden bij alle Praktijkondersteuners Jeugd die aan het onderzoek hebben meegewerkt. In het registratiebestand brachten zij hun achtergrond en activiteiten in kaart: gegevens over de praktijksetting, hun opleiding en ervaring en gegevens over lopende en afgesloten cliënttrajecten, zoals de hulpvraag, het aantal contacten, ingezette interventies en verwijzingen. Bijlage 2 geeft een overzicht van de gegevens in het bestand en waar deze gegevens in dit rapport zijn terug te vinden.

Het registratiebestand is zo ingericht dat de Praktijkondersteuner Jeugd zelf overzicht kon houden over de cliënttrajecten. Daarnaast werden de registratiegegevens in de verschillende pilots ook gebruikt voor lokale evaluatie en rapportage. Doordat de onderzoekers met de projectleiders samenwerkten, werd het bestand zoveel mogelijk aangepast op de lokale behoeften zonder dat uniforme dataverzameling in gevaar kwam. De Praktijkondersteuners Jeugd die deelnamen aan dit onderzoek registreerden over verschillende tijdsbestekken en in verschillende fases van pilots data. Aan het eind van de registratieperiode werden de gegevens van alle pilots verzameld in een databestand. De onderzoekers ontvingen voor dit onderzoek alleen geanonimiseerde gegevens over de cliënttrajecten.

### Bron 2: Evaluatie onder professionals<sup>2</sup>

In de pilots met de OJG in de provincie Groningen werden na (onder andere) zes maanden evaluatiegesprekken gevoerd, waarbij we in het kader van dit onderzoek konden aansluiten. Deze gesprekken werden geleid door de projectleider OJG van de RIGG. Verschillende stakeholders die betrokken waren bij die pilot waren bij de evaluatiegesprekken aanwezig, zoals:

- de Ondersteuner(s) Jeugd en Gezin (OJG),
- een beleidsmedewerker van de gemeente,
- professionals vanuit het basisteam en
- huisarts(en).

Soms waren er ook nog andere betrokkenen aanwezig, zoals een leidinggevende vanuit de detacherende organisatie van de OJG. Doordat deelnemers met deze verschillende perspectieven elkaar aanvullen, ontstond een gevarieerd beeld van de ervaringen.

De onderzoeker vroeg aanwezigen om aan het begin van de bijeenkomst de volgende twee vragen in te vullen, en hun antwoorden schriftelijk toe te lichten:

- 1) Wat is het grootste succes van de pilot met de Ondersteuner Jeugd en Gezin?
- 2) Wat is het grootste knelpunt in de pilot met de Ondersteuner Jeugd en Gezin?

Daarnaast observeerde ze het verdere verloop van de evaluatiegesprekken, waarin de projectleider OJG kwantitatieve trimesterrapportages besprak met de aanwezigen. Nadien maakte de onderzoeker per evaluatiebijeenkomst een samenvatting (1-2 A4). De samenvattingen per evaluatiebijeenkomst werden door de projectleider ook gebruikt voor lokale evaluatie en rapportage.

### Bron 3: Vragenlijst voor cliënten<sup>3</sup>

In de pilots met de OJG en de SOH-JGGZ is gewerkt met een korte cliëntenvragenlijst. Het vragen naar ervaringen van jeugdigen en ouders met de Praktijkondersteuner Jeugd was een uitdaging. De in de jeugdhulp gebruikte vragenlijsten<sup>4</sup> zijn meestal bedoeld voor het evalueren van intensievere of langer durende trajecten. De trajecten van de Praktijkondersteuner Jeugd zijn in de regel korter en minder intensief. Soms bestaan ze bijvoorbeeld maar uit één of twee contacten. We hebben daarom een vragenlijst samengesteld die gebruikt kan worden in

<sup>2</sup> Gegevens verzameld in de pilot OJG

<sup>3</sup> Gegevens verzameld in de pilot OJG en SOH-JGGZ




<sup>4</sup> Bijvoorbeeld Jeugdthermometer, C-toets of Exit-vragenlijst



dergelijke korte trajecten en die ook aansluit bij het doel van de hulp. Uitgangspunt binnen het onderzoek was dat het invullen van de lijst de cliënt niet meer dan 5-10 minuten mocht kosten. Bij het uitvragen van ervaringen van jeugdigen en hun ouders hebben we een selectie gemaakt van thema's die we relevant vinden voor de aard van het contact tussen de Praktijkondersteuner Jeugd en de cliënten: *gezamenlijke besluitvorming* (gebaseerd op Elwyn e.a., 2013)<sup>5</sup> en het *behalen van het doel* waarvoor de cliënt hulp vroeg<sup>6</sup>. In de pilot met de OJG hebben we daarnaast twee aanvullende stellingen opgenomen die meten of de cliënt de hulp heeft ervaren als een positieve bijdrage aan zijn/haar situatie en de zogenaamde *promotor-vraag* (Zou u de Praktijkondersteuner Jeugd aanraden aan een vriend?). Tenslotte vroegen we cliënten naar algemene opmerkingen over de Praktijkondersteuner Jeugd en/of verbetertips. Er was een versie van de vragenlijst voor ouders/verzorgers en een versie voor jeugdigen van 12 jaar en ouder. Bijlage 3 bevat een overzicht van de gebruikte vragen.

We vroegen OJGs om gedurende een periode van 3-4 maanden bij elke laatste afspraak een vragenlijst uit te delen. Cliënten die de vragenlijst wilden invullen, werd gevraagd om dat direct te doen, in de wachtkamer van de huisarts. Daarna konden zij de vragenlijst in een gesloten enveloppe afgeven aan de doktersassistenten. De SOHs-JGGZ konden de vragenlijst gedurende de gehele meetperiode afnemen tijdens het laatste cliëntcontact.

### Box 3 Overzicht van de databronnen in dit onderzoek

	<p><b>Databron 1:</b> <b>Registraties in pilots POH-Jeugd, SOH-JGGZ en OJG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 51 professionals</li> <li>• 2439 trajecten</li> <li>• 2012 afgesloten trajecten</li> </ul>
	<p><b>Databron 2:</b> <b>Evaluatie onder betrokkenen bij de pilot OJG</b></p> <p>Ervaringen van 51 betrokkenen</p>
	<p><b>Databron 3:</b> <b>Vragenlijst voor cliënten binnen pilots SOH-JGGZ en OJG</b></p> <p>Mening van 181 cliënten (jeugdigen 12+ en ouders)</p>

<sup>5</sup> De CollaboRATE is voornamelijk ontwikkeld voor gebruik door volwassen patiënten in de (somatische) zorg. Wij hebben kleine aanpassingen gedaan om dit instrument passend te maken voor onze cliënten en context

<sup>6</sup> Hierbij hebben we gebruik gemaakt van de GAS-methodiek (naar Kiresuk & Sherman, 1968)

## Analysemethoden

### *Classificatie van de hulpvragen*

We hebben de hulpvragen van cliënten in dit onderzoek gecategoriseerd volgens het Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J).<sup>7</sup> In CAP-J staan definities en heldere beschrijvingen van verschillende soorten problemen waarmee jeugdigen en gezinnen kunnen kampen. CAP-J beschrijft problemen in verschillende domeinen, zoals psychosociaal functioneren, gezinsproblematiek en de omgeving van de jeugdige. De oorspronkelijke bedoeling van het classificatiesysteem is dat de professional de hulpvragen van de jeugdige en de ouders classificeert met behulp van dit instrument. In dit onderzoek hebben de onderzoekers op basis van de tekst die de professional vastlegde in het registratiebestand de hulpvragen geclassificeerd. Dat brengt een risico met zich mee op interpretatiebias. Daarom hebben twee onderzoekers – onafhankelijk van elkaar – eerst beiden 10% van alle hulpvragen geclassificeerd. Op basis van een overeenkomst van 90% tussen beide onderzoekers, en een daarop volgende uitgebreide consensusbijeenkomst, is besloten dat het classificeren voldoende betrouwbaar kon worden voortgezet door één van beide onderzoekers.

### *Openstaande en afgesloten trajecten*

In de dataset hebben Praktijkondersteuners Jeugd in totaal 2439 cliënttrajecten vastgelegd. Daarvan waren er 2012 reeds afgesloten en betrof de rest lopende trajecten. De resultaten tot en met de paragraaf 'hulpvragen' (pagina 18) zijn gebaseerd op de volledige dataset (N=2439). Alleen bij afgeronde trajecten kunnen we conclusies trekken over bijvoorbeeld de hulp die de Praktijkondersteuner Jeugd inzet, hoe lang een cliëntentraject duurt of wat de verwijspersentages zijn. Daarom gaan de resultaten vanaf 'werkzaamheden Praktijkondersteuner Jeugd' (pagina 19) alleen over de afgesloten cliëntentrajecten. Daarnaast zijn er uiteraard missende gegevens. Daarom vermelden we bij alle analyses de aantallen waarover de analyses zijn gedaan.

### *Frequenties, Chi-kwadraat toetsen en de Monte Carlo-methode*

Om onze onderzoeksvragen te beantwoorden bleek dat bij veel van de variabelen, gezien de grote hoeveelheid data die we met dit onderzoek hebben verzameld, het presenteren van frequenties en percentages voldoende was. Daar waar we de frequenties en percentages aanleiding gaven voor aanvullende vragen, bijvoorbeeld verschillen tussen subgroepen, hebben we er voor gekozen om te toetsen met behulp van de Chi-kwadraat toets of de Monte Carlo-methode.

Met de Chi-kwadraat toets hebben we gekeken of verschillen tussen groepen in de data, bijvoorbeeld de trajecten van de OJG versus die van de POH Jeugd en die van de SOH-JGGZ, op toeval zijn gebaseerd of niet. Daarvoor vergelijkt de toets de (statistisch) verwachte waarden met de gevonden waarden. Een significante Chi-kwadraat toets betekent daarmee dat verschillen in de data van de steekproef waarschijnlijk ook in de populatie voorkomen.

Voor sommige aanvullende vragen is er gebruik gemaakt van een random permutatietoets. Deze behoort tot een bredere groep van statistische toetsingsmethoden, die bekend staan onder de term Monte Carlo-methoden (zie o.a. Good, 1999; Manly, 1997; Todman & Dugard, 2001). We gebruikten deze methode omdat deze op flexibele wijze rekening kan houden met allerlei eigenaardigheden van een verzameling data. Dat was bijvoorbeeld nuttig omdat niet alle subgroepen in de data, zoals bijvoorbeeld de Praktijkondersteuners Jeugd ingedeeld naar opleidingsniveau, even groot waren. De nulhypothese is bij deze methode dat de verschillende subgroepen in feite één groep vormen, waarbij de verschillen tussen de groepen wat betreft bijvoorbeeld het al dan niet doorverwijzen van een cliënt niet samenhangen met bijvoorbeeld het opleidingsniveau van de Praktijkondersteuner Jeugd. Wat met een random permutatietoets wordt onderzocht, is wat de kans is dat toevallige toewijzing aan een conditie (in dit voorbeeld de subgroepen HBO geschoold, WO of WO+) dezelfde of 'betere' resultaten oplevert dan de verkregen uitkomsten. Wanneer deze kans te groot wordt, dus wanneer de van te voren vastgestelde p-waarde wordt overschreden, betekent dit dat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen een systematisch (door opleiding veroorzaakt effect) en een toevallig effect. Wanneer deze kans een bepaalde grenswaarde overschrijdt, wordt de nulhypothese behouden

<sup>7</sup> Beschikbaar via: <https://www.nji.nl/nl/Databank/Classificatie-Jeugdproblemen>

en kan de alternatieve hypothese dat er een verschil is tussen opleidingsniveau en bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen, niet worden aangenomen.

### *Hiërarchische clusteranalyse*

In het rapport maakten we gebruik van clusteranalyses om de cliënttrajecten op basis van gedeelde kenmerken in betekenisvolle homogene subgroepen te kunnen indelen (Lorr, 1983). Met andere woorden: alle data werden op basis van een aantal kenmerken ingedeeld in groepen met cliënttrajecten die veel op elkaar lijken. Door te kijken naar clusters in de data kunnen we kijken of er verschillende typen cliënttrajecten te onderscheiden zijn. Als we weten welke typen hulp de Praktijkondersteuner Jeugd verleent, kan dat ons helpen om de hulpverlening gerichter vorm te geven.

Er bestaan verschillende classificatietechnieken om data te clusteren. In dit rapport wordt de hiërarchische clusteranalysetechniek gebruikt. Dit is een divisieve techniek waarbij algemene groepen kunnen worden onderverdeeld in subgroepen, die op hun buurt weer onder te verdelen zijn in nog kleinere groepen. Deze verdeling kan doorgaan totdat er sprake is van een verdeling op individueel niveau. Bij de divisieve techniek dient er van te voren te worden vastgesteld in hoeveel clusters de data wordt opgedeeld. In dit rapport werd gekeken wat het 'optimale' aantal clusters was voor de betreffende data. Met optimaal bedoelen we het aantal clusters waarbij de data wordt onderverdeeld in de grootst mogelijke groepen, waarbij de betekenis van de clusters (belangrijke details) toch niet verloren gaat.

De hiërarchische clusteranalyses zijn uitgevoerd met de volgende acht variabelen:

- Duur van het cliënttraject bij de Praktijkondersteuner Jeugd;
- Aantal contacten met de Praktijkondersteuner Jeugd;
- Aantal initiators van de hulp; (cliënt/ouder/school/zorgprofessional);
- Aantal hulpvragen;
- Aantal contacten met 'derden' (huisarts, school etc.) voor overleg en samenwerking;
- Aantal ingezette behandelingen/interventies;
- Overbruggingshulp (ja/nee);
- Verwijzing (ja/nee).

## Resultaten

### Bron 1: Registratiebestand

#### Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd

In totaal hebben 51 Praktijkondersteuners Jeugd (n=11 POH Jeugd, n=21 SOH-JGGZ en n=19 OJG) meegewerkt aan het onderzoek. Zij registreerden gemiddeld gedurende 44 weken (minimaal twee en maximaal 81 weken). Twee van de Praktijkondersteuners Jeugd zijn man (4%) en 49 vrouw (96%). Hun gemiddelde leeftijd is 39 jaar, variërend van 24 tot 60 jaar. Van 49 van de professionals is het opleidingsniveau bekend: 12 van hen zijn HBO opgeleid, meestal als sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV) of verpleegkundig specialist. Daarnaast zijn 14 van hen WO geschoold, bijvoorbeeld als orthopedagoog of psycholoog. In totaal hebben 23 deelnemers aanvullende scholing gehad tot veelal GZ psycholoog, orthopedagoog generalist of psychotherapeut. Passend bij de opzet van de verschillende typen functies in dit onderzoek (zie box 1) valt op dat de SOH-JGGZ in het algemeen een WO+ opleiding heeft, terwijl de OJG regelmatig HBO geschoold is. Het aantal jaren werkervaring van de Praktijkondersteuner Jeugd in dit onderzoek verschilt, variërend van één tot 27 jaar (zie tabel 1). De Praktijkondersteuner Jeugd heeft gemiddeld 11 jaar (SD=6,4) werkervaring.



**Tabel 1** Opleiding en werkervaring (frequenties)

	Opleiding*			Werkervaring**			
	HBO	WO	WO+	<5 jaar	6-10 jaar	11-15 jaar	>15 jaar
POH Jeugd (n=11)	2	7	1	1	2	3	2
SOH-JGGZ (n=21)	0	2	19	0	5	11	3
OJG (n=19)	10	5	3	3	5	0	7
<b>Totaal</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>12</b>

\*bekend voor n=49; \*\*bekend voor n=42

#### Kenmerken praktijksituatie

Vrijwel alle professionals die werken als Praktijkondersteuner Jeugd zijn bij de huisarts gedetacheerd vanuit hun werkgever. Die detachering wordt betaald door de gemeente, die vaak het initiatief heeft genomen voor de pilot. In sommige gevallen was een dergelijke detachering al vóór de pilot het geval, en kwam de detachering binnen de pilot voor rekening van de gemeente. Over het algemeen is de werkgever een organisatie voor jeugdhulp en/of specialistische Jeugd-GGZ. Echter, het komt ook voor dat een Praktijkondersteuner Jeugd wordt gedetacheerd vanuit een andere organisatie. In dit onderzoek zijn dat verslavingszorg, MEE en een GGD. Eén deelnemende Praktijkondersteuner Jeugd was, al voor de pilot, in dienst van een huisartsencoöperatie.

Gemiddeld werken de deelnemers aan dit onderzoek ruim tien uur per week in de functie van Praktijkondersteuner Jeugd (zie tabel 2). Bij de OJG ligt het gemiddeld aantal uren per week aanzienlijk hoger dan bij de POH Jeugd en de SOH-JGGZ. Dat heeft ook te maken met de opzet van die functie: de OJG werkt naast uren in de huisartsenpraktijk ook gemiddeld bijna vijf uur per week in het basisteam van de gemeente<sup>8</sup>. Tijdens de pilot bleek dat één OJG door de grote vraag bij de huisarts, deze uren in de huisartsenpraktijk besteedt. De SOH-JGGZ en de POH Jeugd werken in principe alleen binnen de huisartsenpraktijk, met uitzondering van één POH Jeugd in dit onderzoek die ook acht uur per week in het plaatselijke basisteam werkzaam is. Twee OJGs en twee SOHs-JGGZ hebben formeel geen uren in het basisteam binnen deze functie, maar zijn door een nevenfunctie ook werkzaam in een CJG, wijk- of gebiedsteam.

<sup>8</sup> Hier bedoelen we uren binnen de functie van Praktijkondersteuner Jeugd, niet de uren die de professional eventueel in een nevenfunctie binnen het basisteam besteedt of enkel vaste afspraken voor overleg.

**Tabel 2** Praktijksituatie (gemiddelde (minimum-maximum))<sup>9</sup>

	Aantal uren per week in functie*	Waarvan uren in basisteam**	Aantal bediende huisartsen <sup>#</sup>	Aantal bediende normpraktijken huisarts <sup>^</sup>
POH Jeugd (n=11)	8,7 (4,0-18,0)	0,5 (0,0-4,5)	4,2	2,5
SOH-JGGZ (n=21)	7,1 (4,0-12,0)	0,0 (0,0-0,0)	6,0	3,7
OJG (n=19)	16,2 (8,0-28,0)	4,9 (0,0-10,0)	5,8	4,4
<b>Totaal</b>	<b>10,4</b>	<b>1,6</b>	<b>5,5</b>	<b>3,8</b>

\*bekend voor n=42; \*\*bekend voor n=45; #bekend voor n=43; ^bekend voor n=35

Voor het onderzoek vroegen we de Praktijkondersteuners Jeugd ook of zij toegang hebben tot het huisartsinformatiesysteem (HIS) voor dossiervoering. Onze gegevens hierover bleken echter niet betrouwbaar, omdat a) de vraag vaak niet werd ingevuld (veel missende waarden), en b) omdat hierin gedurende de pilots vaak veranderingen optraden. Binnen de pilot OJG was het advies vooraf namelijk dat er niet geregistreerd werd in het HIS, maar in het regiesysteem van de gemeente omdat de verantwoordelijkheid van de OJG in beginsel bij (het basisteam van) de gemeente lag (zie ook Stevenson, 2019). Echter in de praktijk kozen verschillende huisartsen er toch voor om de OJG toegang tot het HIS te verschaffen, en maakten de betrokkenen daar onderling de benodigde afspraken over. Binnen pilots met de POH Jeugd en de SOH-JGGZ was er vaker sprake van toegang tot het HIS, omdat deze zorg nadrukkelijker onder de huisartsenzorg valt. Echter hoe de verslaglegging in het HIS eruit ziet, is vaak gebaseerd op afspraken op praktijkniveau.

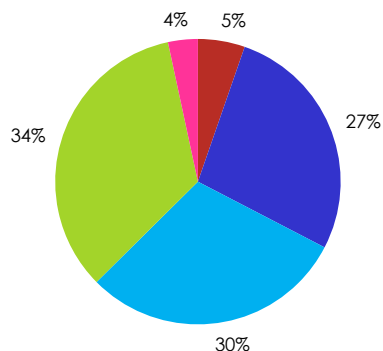
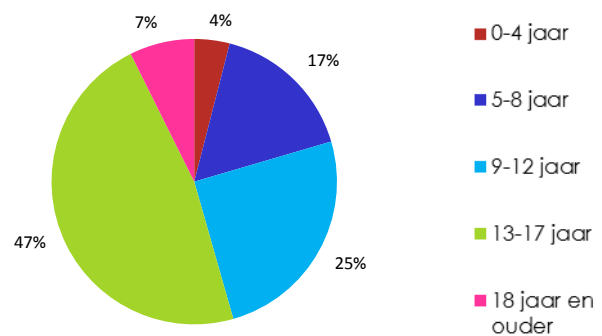
### Instream cliënten

Gemiddeld heeft een Praktijkondersteuner Jeugd een instroom van 1,3 nieuwe cliënten per week (SD=0,8). De instroom varieerde van gemiddeld 0,4 nieuwe cliënten per week, tot gemiddeld 4,8 cliënten per week.

Alleen de deelnemende SOHs-JGGZ hebben ook de wachttijd voor een aangemelde jeugdige bijgehouden, van in totaal 735 van de 1006 door hen geregistreerde trajecten. Een wachttijd van meer dan 5 weken werd 23 keer geregistreerd. Omdat de wachttijd werd bijgehouden als het verschil tussen de aanmelddatum en de datum van het eerste contact, kan het echter ook zijn dat de wachttijd (negatief) werd beïnvloed door de cliënt, bijvoorbeeld wanneer deze afspraken verplaatst of afzegt. Voor zover bekend is de wachttijd bij geen van de professionals in dit onderzoek structureel hoog opgelopen. Wel is bij verschillende Praktijkondersteuners Jeugd het aantal uren per week gedurende de pilot verhoogd, om zo tegemoet te komen aan de vraag (instroom).

### Kenmerken jeugdigen

In totaal hebben de deelnemende professionals data over 2439 cliënttrajecten geregistreerd. Daarvan waren 2012 trajecten reeds afgesloten. In totaal is 47% van de cliënten in deze dataset jongen en 53% meisje. Meisjes die bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen zijn gemiddeld ouder (12,4 jaar) dan jongens (10,8 jaar; zie figuur 1).

**Figuur 1a** Leeftijdverdeling jongens (n=978)**Figuur 1b** Leeftijdverdeling meisjes (n=1075)

<sup>9</sup> In gevallen waarin twee Praktijkondersteuners Jeugd een gedeelde functie bekleden binnen een huisartsenpraktijk, hebben we het aantal huisartsen en normpraktijken voor dit overzicht gelijk verdeeld over deze professionals.



### Hulpvragen

Van 2396 trajecten is bekend van wie de hulpvraag afkomstig is, met andere woorden: van wie het initiatief komt om hulp te zoeken. Ouders/verzorgers zijn in 69% van alle trajecten betrokken (zie tabel 3). Cliënten zelf zijn (één van de) initiatiefnemer(s) bij 37% van de trajecten, bij 12% is school betrokken en in 29% van de gevallen is een andere professional betrokken (bijvoorbeeld de huisarts of een medewerker van een sociaal team). Bij de meeste van die trajecten komt de hulpvraag vanuit één persoon of instantie (62%) en bij 30% komt de hulpvraag vanuit twee personen of instanties. Wanneer de hulpvraag van twee betrokkenen afkomstig is, betreft dat in 50% de jeugdige en de ouders/verzorgers en in 24% de ouders/verzorgers en een professional.

**Tabel 3** Wie zijn betrokken bij de aanmelding?

	Jeugdige	Ouder(s)/ verzorger(s)	School	Professional	Anders	Totaal
Frequentie	898	1643	287	648	3	<b>2396</b>
Percentage	37%	69%	12%	29%	0%	<b>100%</b>

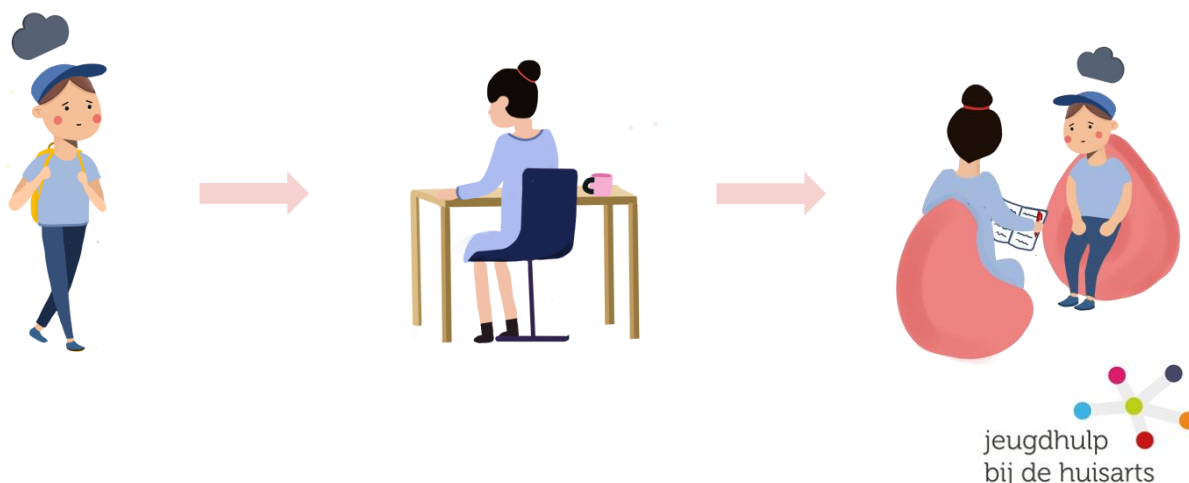
In 57% van de trajecten (n=1378) is er sprake van één hulpvraag. Regelmatig zijn er dus meerdere vragen waarvoor men de Praktijkondersteuner Jeugd inschakelt. In 35% van de trajecten (n=841) zijn er twee hulpvragen en 8% van de cliënten komt met drie hulpvragen (n=190).

Het merendeel van de hulpvragen heeft betrekking op het *psychosociaal functioneren* (CAP-J as A) van de jeugdige (2220 van de 3678 hulpvragen; 60%) (zie tabel 4). Daarnaast hebben veel hulpvragen betrekking op *de situatie in het gezin of de opvoeding* (CAP-J as D) van de jeugdige (567 van de 3678; 15%). Van deze twee meest voorkomende categorieën hebben we de hulpvragen verder uitgesplitst.

Dan blijkt dat de hulpvragen die betrekking hebben op psychosociaal functioneren het vaakst (864 keer) gaan over *emotionele problemen* (CAP-J categorie A-100) zoals angst-, stemmings- en verwerkingsproblematiek en teruggetrokken gedrag. Ook hulpvragen over *gedragsproblemen* (CAP-J categorie A-200) komen vaak voor (640 keer). Het gaat dan bijvoorbeeld over druk en impulsief gedrag, problemen met aandacht en hyperactiviteit en impulsbeheersing of opstandig en antisociaal gedrag. Ook valt een aanzienlijk deel van de hulpvragen (401 keer) onder de categorie *overige psychosociale problemen* (CAP-J categorie A-900).

Hulpvragen rondom de situatie in het gezin of de opvoeding gaan het vaakst (132 keer) over een *onstabiele opvoedsituatie* (CAP-J categorie D-400). Het gaat dan bijvoorbeeld om systeemproblemen of multiproblematiek of problemen rondom een nieuwe gezinssamenstelling. Ook problemen door *ontoereikende opvoedkwaliteiten* (CAP-J categorie D-100) komen regelmatig voor (115 keer) in deze categorie hulpvragen. Dat gaat bijvoorbeeld over bredere opvoedingsproblematiek of de behoefte aan opvoedingsondersteuning.

In 9% van de cliënttrajecten zijn er problemen rondom *lichamelijke gezondheid* (CAP-J as B). Denk dan bijvoorbeeld aan problemen rondom een somatische ziekte, somatische klachten met een mogelijke psychische aanleiding of problemen met zelfverzorging. Bij 7% gaat het om problemen met betrekking tot de *jeugdige en zijn/haar omgeving* (CAP-J as E). Problemen op school komen daarbij het meeste voor. De hulpvraag gaat in 6% van de gevallen over de *cognitieve ontwikkeling van de jeugdige* (CAP-J as C). Denk daarbij aan problemen met leren of problemen gerelateerd aan de intelligentie.



**Tabel 4** Aard van de hulpvragen gepresenteerd bij de Praktijkondersteuner Jeugd

CAP-J classificatie	Frequentie	Percentage
A Psychosociaal functioneren	2220	60%
B Lichamelijke gezondheid	315	9%
C Cognitieve ontwikkeling en vaardigheden	226	6%
D Gezin en opvoeding	567	15%
E Jeugdige en omgeving	252	7%
Overig (niet geclassificeerd)	96	3%
<b>Totaal</b>	<b>3678</b>	<b>100%</b>

Sommige cliënten hebben specifieke hulpvragen rondom psychosociale diagnostiek. Bij in totaal 143 jeugdigen noteerde de Praktijkondersteuner Jeugd dat er vragen waren omtrent een al eerder gestelde diagnose. In de meeste van die gevallen gaat het dan om ADHD (56%) of om een autismespectrum stoornis (24%). Daarnaast werd bij 166 jeugdigen genoteerd dat de hulpvraag gericht was op de behoefte aan diagnostiek.

#### Werkzaamheden Praktijkondersteuner Jeugd

In de meeste cliënttrajecten zet de Praktijkondersteuner Jeugd in ieder geval *triage en screening* in (zie tabel 5). Daarnaast zijn *psycho-educatie*, *ondersteunende gesprekken bij psychosociale problemen*, *opvoedondersteuning* en *bemiddeling of begeleiding bij verwijzing* belangrijke werkzaamheden van Praktijkondersteuner Jeugd. In relatief weinig van de trajecten wordt begeleiding bij medicatie ingezet en ook crisisinterventies of spoedhulp maken er in de regel geen deel van uit. In bijlage 4 zijn de definities te vinden van de behandelingen/interventies. In de afgesloten cliënttrajecten in ons onderzoek zijn vaak twee of drie van deze behandelingen of interventies ingezet (31% en 23%).

**Tabel 5** Aard van de interventies (1970 trajecten)

Behandeling/interventie	Aantal trajecten	% van trajecten*
Triage en screening	1491	76
Psycho-educatie	599	30
Ondersteunende gesprekken bij psychosociale problematiek	484	25
Opvoedondersteuning	446	23
Bemiddeling of begeleiding bij verwijzing	434	22
Kortdurende behandeling	334	17
Overbruggingshulp	248	13
Crisisinterventie of spoedhulp	47	2
Begeleiding bij medicatievragen	39	2

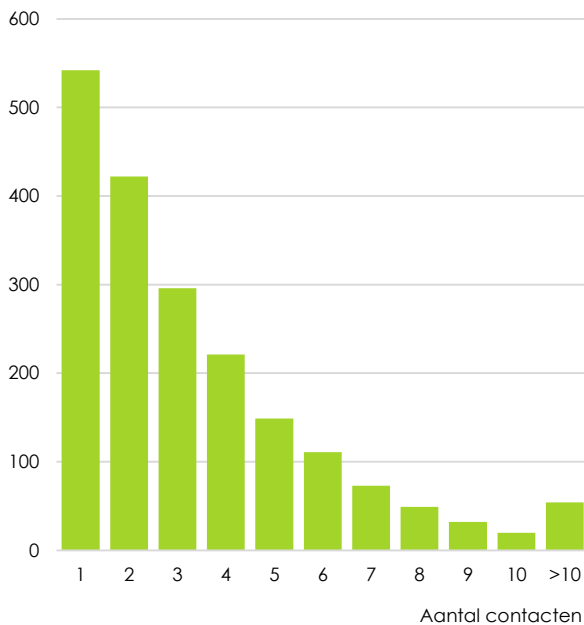
\* Percentages tellen op tot >100% omdat een Praktijkondersteuner Jeugd per cliënttraject meerdere interventies kan inzetten

Naast bovenstaande behandelingen of interventies maken ook *contacten en samenwerking met andere hulpverleners of met school* onderdeel uit van de werkzaamheden van een Praktijkondersteuner Jeugd. In dit onderzoek hebben we specifiek gevraagd naar contacten over de cliënt met de huisarts, lokale zorg- of hulpverleners, CJG, wijk- of gebiedsteam en school. In 1970 cliënttrajecten wordt het vaakst overlegd met de huisarts, namelijk in 693 gevallen (35%). Hier kan het bijvoorbeeld gaan om een vraag over de achtergrond of historie van een jeugdige aan de huisarts, maar ook om een consult waarin de huisarts advies vraagt over een jeugdige aan de Praktijkondersteuner Jeugd. In 346 trajecten is er contact met een CJG, wijk- of gebiedsteam (18%), in 281 trajecten met school (14%) en in 178 trajecten met lokale zorgverleners (9%).

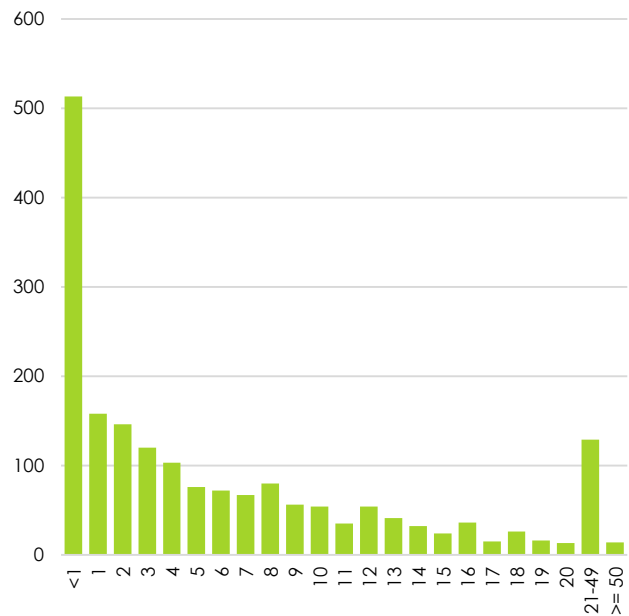
### Intensiteit en duur van de hulp

Van 1972 cliëntentrajecten in de dataset is het aantal contacten per traject bekend. Van die trajecten wordt bijna de helft (48%) na één of twee contacten met de Praktijkondersteuner Jeugd afgesloten. In totaal wordt 82% van de trajecten na maximaal vijf contacten afgesloten en 97% van de trajecten wordt binnen tien contacten afgesloten (Figuur 2).

**Figuur 2** Intensiteit van de trajecten (frequenties)



**Figuur 3** Duur van de trajecten in weken frequenties



Voor 1880 trajecten in dit onderzoek is de start- en einddatum van het traject ingevuld, waardoor we de duur van het traject konden berekenen (zie figuur 3). Van die trajecten wordt 35% binnen één week afgesloten. Ongeveer de helft (49%) wordt binnen drie weken afgesloten. Van de trajecten wordt 76% binnen tien weken afgesloten. Slechts 1% van de trajecten duurt langer dan 50 weken (maximale duur 68 weken). Bij sommige van die langdurige trajecten lijkt het, gezien het aantal contacten, inderdaad te gaan om een langdurig en vaak laag intensief traject. Bij andere trajecten geeft de betrokken Praktijkondersteuner Jeugd aan dat het traject nog niet is afgesloten, terwijl er geen concrete afspraken meer gepland staan.

### Verwijzen

Van de 2012 afgesloten cliëntentrajecten in dit onderzoek zijn er 817 (41%) door de Praktijkondersteuner Jeugd opgepakt en afgesloten, zonder dat het tot een verwijzing kwam ('Zelf afgerond') (Tabel 6). Belangrijk in de interpretatie van deze gegevens is dat we naast de uitkomsten 'zelf afgerond' en 'verwezen' een categorie 'anders' onderscheiden. Bij 250 trajecten (12%) verloopt het traject anders: hier bepaalt de Praktijkondersteuner Jeugd niet zelf of een jeugdige wordt verwezen. De hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd is daar bijvoorbeeld bedoeld om een wachttijd te overbruggen, loopt parallel aan al eerder ingezette hulp, of is gericht op tijdelijke intensivering van een al lopend hulptraject.



Als we de trajecten opsplitsen naar de functietypes POH Jeugd, OJG en SOH-JGGZ zien we dat de verwijzpercentages dicht bij elkaar liggen (zie tabel 6). Als we de drie groepen vergelijken zien we geen statistisch significant verschil in de percentages verwijzingen, zelf afgeronde en anders afgeronde trajecten. De kans of een jeugdige verwezen wordt hangt daarmee niet samen met of hij of zij gezien wordt door een POH Jeugd, OJG of de SOH-JGGZ.

**Tabel 6** Wijze van afronding van cliënttrajecten, in percentages (2012 trajecten)

%	POH Jeugd	OJG	SOH-JGGZ	<b>Totaal Praktijk- ondersteuner Jeugd</b>
Zelf afgeronde trajecten	42	42	39	<b>41</b>
Verwijzingen	46	42	50	<b>47</b>
Anders*	13	15	11	<b>12</b>

\* Trajecten waarbij een ander beslist over wel of niet verwijzen (zie uitleg op pagina 20)

Voor de 945 trajecten waarbij een verwijzing plaatsvond hebben we gekeken naar welk type organisatie de jeugdige werd verwezen (zie tabel 7). De Praktijkondersteuner Jeugd verwijst het vaakst naar specialistische Jeugd-GGZ/GGZ (48% van de verwijzingen). Daarnaast verwijst de Praktijkondersteuner Jeugd regelmatig naar Generalistische basis-GGZ of een CJG, wijk- of gebiedsteam (18% en 13% van de verwijzingen). Meestal wordt naar 1 organisatie verwezen, maar in 28 trajecten (3%) wordt de jeugdige of het gezin verwezen naar twee verschillende organisaties.

Opvallend is dat de OJG vaker verwijst naar het voorliggend veld: van deze verwijzingen gaat 27% naar het CJG, wijk- of gebiedsteam waar dat bij de POH Jeugd en SOH-JGGZ respectievelijk 5% en 12% bedraagt. Dit verwijsperscentage van de OJG verschilt statistisch significant van de verwijsperscentages van de POH Jeugd en de SOH-JGGZ. Daarnaast zien we dat de POH Jeugd significant wat vaker naar de Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ verwijst dan de OJG en de SOH-JGGZ (62% van de verwijzingen versus 39% en 43%).

**Tabel 7** Verwijzingen (percentages)

	POH Jeugd	OJG	SOH-JGGZ	<b>Totaal Praktijk- Ondersteuner Jeugd</b>
<i>Totaal aantal afgeronde trajecten</i>	578	429	1005	<b>2012</b>
<i>Aantal trajecten met verwijzing</i>	263 (46%)	182 (42%)	500 (50%)	<b>945 (47%)</b>
%				
Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ	62	39	43	<b>48</b>
Generalistische basis GGZ	12	4	26	<b>18</b>
CJG, wijk- of gebiedsteam	5	27	12	<b>13</b>
Vrij toegankelijke zorg	3	9	12	<b>9</b>
Jeugdhulpaanbieder voor jeugdzorg	5	9	6	<b>6</b>
Jeugdhulpaanbieder voor LVB	1	0	1	<b>1</b>
Anders	13	13	3	<b>8</b>

### *Relatie tussen opleidingsniveau van de Praktijkondersteuner Jeugd en taakinfilling, samenwerking en verwijzingen*

In de keuze van het type professional dat wordt ingezet door de Praktijkondersteuner Jeugd, is het opleidingsniveau van de kandidaat een belangrijke factor. Direct betrokkenen bij startende pilots met een Praktijkondersteuner Jeugd willen bijvoorbeeld graag weten welke invloed de keuze voor een professional met een bepaald opleidingsniveau heeft op de hulp. Daarom hebben we deze relatie verder onderzocht.

In de interpretatie van de resultaten van het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' zijn twee zaken van belang wat betreft opleidingsniveau:

- 1) Alle professionals die meededen aan het onderzoek zijn HBO, WO of WO+ geschoold, met een meerderheid met een WO of WO+ achtergrond. De uitkomsten in dit onderzoek moeten daarom worden gezien in het licht van dit relatief hoge opleidingsniveau. Daarbij resulteert deze beperkte variatie mogelijk ook in een beperktere variatie in uitkomsten.
- 2) Opleidingsniveau hangt in dit onderzoek samen met verschillen in functieopzet tussen de POH Jeugd, OJG en SOH-JGGZ. In de functie van SOH-JGGZ is een specifieke keuze gemaakt voor een invulling door hoofdzakelijk GZ-psychologen, waardoor 87% van de WO/WO+ geschoolde professionals in dit onderzoek als SOH-JGGZ werkt. De functies POH Jeugd en OJG zijn in opzet

heterogeen wat betreft opleidingsniveau, maar toch zien we dat 83% van de HBO opgeleide professionals in dit onderzoek als OJG werkt. Dit maakt dat de resultaten wat betreft opleidingsniveau niet los te zien zijn van de functieopzet.

Als eerste hebben we gekeken naar mogelijke verschillen in de invulling van de functie van Praktijkondersteuner Jeugd tussen professionals met verschillen in opleidingsniveau. Professionals met een HBO achtergrond geven minder vaak aan triage en screening toe te passen bij jeugdigen dan professionals met een WO of WO+ achtergrond (zie tabel 8). Met name in de WO-groep wordt in het overgrote gedeelte van de trajecten triage en screening gedaan. Deze verschillen tussen de drie groepen zijn statistisch significant.

Om te onderzoeken of dit verschil inderdaad samenhangt met opleidingsniveau en niet in de eerste plaats met functieopzet, hebben we hetzelfde onderscheid gemaakt met de data van alléén de OJGs. Ook daar zien we dat OJGs met een HBO opleiding minder vaak triage en screening rapporteren dan professionals met een WO achtergrond of een WO+ achtergrond (44%, 83% en 67% van de trajecten in die subgroep). Het lijkt er dus op dat een WO of WO+ geschoolde Praktijkondersteuner Jeugd vaker dan hun HBO geschoolde collega's een uitgebreide probleemanalyse doen om een goede inschatting te kunnen maken van de ernst van de problematiek van een jeugdige.

**Tabel 8** Opleiding en aard van de interventies (percentages; 1840 trajecten)

	HBO	WO	WO+
<i>Aantal trajecten</i>	363	340	1137
<i>Aantal professionals</i>	12	11	23
%			
Triage en screening	53	91	78
Psycho-educatie	39	34	26
Bemiddeling of begeleiding bij verwijzing	20	22	23
Opvoedondersteuning	32	20	20
Ondersteunende gesprekken bij psychosociale problematiek	40	25	19
Kortdurende behandeling	13	12	18
Overbruggingshulp	12	13	13
Begeleiding bij medicatievragen	4	1	2
Crisisinterventie of spoedhulp	3	4	2

Als we kijken naar overleg en samenwerking over de cliënt zien we geen statistisch significante verschillen tussen de drie opleidingsniveaus in hun samenwerking met lokale zorg, CJG-/wijk- of gebiedsteam en school. Wel zien we dat een HBO geschoolde Praktijkondersteuner Jeugd statistisch significant iets vaker overleg en samenwerking met de huisarts heeft (zie tabel 9).

**Tabel 9** Opleidingsniveau, overleg en samenwerking (percentages; 1840 trajecten)

%	Huisarts	lokale zorg-/ hulpverleners	CJG, wijk- of gebiedsteam	Scholen
HBO (n=363)	48	8	25	14
WO (n=340)	14	12	10	16
WO+ (n=1137)	38	8	18	12

*n=aantal trajecten*

In tabel 10 valt op dat een Praktijkondersteuner Jeugd met een HBO opleiding, relatief veel trajecten zelf afrondt en relatief weinig verwijst. Daarin verschilt de HBO geschoolde Praktijkondersteuner Jeugd statistisch significant van de andere twee groepen. Ook zien we dat de verschillen in zelf afronden versus verwijzen hier groter zijn dan de verschillen die we eerder



lieten zien tussen de functietypes POH Jeugd, OJG en SOH-JGGZ (zie tabel 6). Het aantal contacten dat valt onder 'anders' is bij alle drie de categorieën van opleiding vrijwel gelijk.

Wanneer we deze informatie naast de informatie in tabel 8 leggen, valt daar op dat een HBO geschoolde professional ook in een statistisch significant hoger percentage van de trajecten opvoedondersteuning of ondersteunende gesprekken bij psychosociale problematiek toepast dan een WO of WO+ geschoolde professional. Op basis van deze gegevens lijkt het er dus op dat HBO geschoolde Praktijkondersteuners Jeugd er wat vaker voor te kiezen om zelf kortdurend te behandelen dan hun WO/WO+ geschoolde collega's. Dat zou dan ook kunnen verklaren waarom zij relatief veel trajecten zelf afronden (zie tabel 10).

Echter, hoewel de genoemde verschillen statistisch significant zijn, zijn we er op basis van onze gegevens niet helemaal zeker van de invloed van de functieopzet van de OJG. Als we deze verschillen namelijk bekijken in alleen de data van trajecten van de OJGs, krijgen we hierover geen duidelijkheid. Daarom gaan we onderzoeken of we met vervolganalyses meer te weten kunnen komen over dit onderwerp. We denken hierbij aan het inzetten van multilevel analysetechnieken die rekening houden met de verschillende niveaus in onze data.

**Tabel 10** Opleidingsniveau en verwijzpercentages (1840 trajecten)

	HBO n=363	WO n=340	WO+ n=1137
%			
Zelf afgeronde trajecten	47	35	39
Verwijzingen	41	51	48
Anders*	12	13	13

\* Trajecten waarbij een ander beslist over wel of niet verwijzen (zie uitleg op pagina 20)

Bij het bekijken van verschillen in verwijzingen tussen de drie opleidingsniveau-groepen (zie tabel 11), valt op dat het percentage jeugdigen dat door een HBO professional wordt verwezen naar een CJG, wijk- of gebiedsteam bijna twee keer zo hoog is dan dat van de andere twee groepen (HBO 22%, WO 12%, WO+ 12%). Ook hier hebben we gekeken of dit verschil ook bestaat binnen de 163 trajecten van alleen de OJG, waarin de jeugdige werd verwezen. Daar zien we dat zowel de HBO opgeleide OJG als de WO/WO+ opgeleide OJG relatief veel verwijst naar een CJG, wijk- of gebiedsteam (HBO 27%, WO 38%, WO+ 33% in die subgroep). Het lijkt er dus sterk op dat *niet opleidingsniveau, maar de opzet van de functie van OJG* zorgt voor een hoger percentage verwijzingen naar CJGs, wijk- of gebiedsteams (zie ook pagina 21).

**Tabel 11** Opleidingsniveau en verwijzingen (percentages; 1840 trajecten)

	HBO	WO	WO+
Aantal trajecten	363	340	1137
Aantal verwijzingen	149 (41%)	175 (51%)	544 (48%)
%			
Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ	40	58	46
Generalistische basis GGZ	6	10	24
CJG, wijk- of gebiedsteam	22	12	12
Vrij toegankelijke zorg	8	4	11
Jeugdhulpaanbieder voor jeugdzorg	13	4	6
Jeugdhulpaanbieder voor LVB	0	1	1
Anders	13	14	4

### Relatie tussen ervaring van de Praktijkondersteuner Jeugd en taakinvulling, samenwerking en verwijzingen

Naast de keuze voor een bepaald opleidingsniveau, wordt de werkervaring van de professional ook vaak gezien als een belangrijke factor voor het functioneren van de Praktijkondersteuner Jeugd. Daarom hebben we ook hier aanvullend onderzoek naar gedaan. De Praktijkondersteuners Jeugd die meededen aan dit onderzoek hebben echter relatief veel jaren werkervaring in de jeugdhulp (gemiddeld 11 jaar, SD=6,4). Slechts 9,5% van de deelnemende

professionals heeft minder dan 5 jaar werkervaring in de jeugdhulp. De uitkomsten moeten dus gezien worden in het licht van dit relatief hoge aantal jaren werkervaring.

De invulling van de functie van Praktijkondersteuner Jeugd komt voor professionals met verschillen in ervaringsjaren grotendeels overeen (zie tabel 12). Psycho-educatie lijkt wat vaker te worden toegepast door zeer ervaren professionals (>15 jaar werkervaring) dan door professionals met minder ervaringsjaren. Tenslotte valt op dat de zeer ervaren Praktijkondersteuner Jeugd relatief weinig triage registreert, waar de Praktijkondersteuner Jeugd met minder ervaring dat juist vrijwel altijd doet. Deze verschillen tussen de vier groepen zijn statistisch significant.

**Tabel 12** Ervaringsjaren en aard van de interventies (percentages; 1683 trajecten)

	<5 jaar	6-10 jaar	11-15 jaar	>15 jaar
Aantal trajecten	77	612	548	446
Aantal professionals	4	12	14	12
%				
Triage en screening	90	78	87	57
Ondersteunende gesprekken bij psychosociale problematiek	34	19	24	32
Psycho-educatie	25	16	24	49
Bemiddeling of begeleiding bij verwijzing	22	23	22	22
Opvoedondersteuning	14	17	21	32
Kortdurende behandeling	18	11	17	19
Overbruggingshulp	6	12	13	18
Crisisinterventie of spoedhulp	3	1	3	4
Begeleiding bij medicatievragen	0	2	3	2

Tabel 13 lijkt de trend te laten zien dat naarmate een Praktijkondersteuner Jeugd behoort tot een categorie met meer ervaringsjaren in de jeugdhulp, deze in een wat groter percentage van de trajecten contact heeft met de huisarts, de lokale zorg, een CJG, wijk- of gebiedsteam en scholen. Om grofweg te kijken of er sprake is van een dergelijke trend, hebben we de percentages van de twee categorieën met de minste ervaring en de twee categorieën met de meeste ervaring samengenomen en vergeleken. Dan zien we dat de percentages van contacten waarin sprake is van overleg en samenwerking, tussen die twee samengestelde categorieën statistisch significant van elkaar verschillen voor zowel de huisarts, lokale zorg, een CJG, wijk- of gebiedsteam als scholen. Echter, als we kijken naar de verschillen tussen de vier categorieën zoals die in tabel 13 staan beschreven, zien we dat alleen de categorie met de meeste ervaring (>15 jaar) statistisch significant van de overige groepen verschilt in contacten met de huisarts, de lokale zorg, een CJG, wijk- of gebiedsteam en scholen. De andere categorieën lijken ook geleidelijke stijging te laten in het percentage contacten met het toenemen van ervaringsjaren, maar die verschillen zijn (net) niet statistisch significant.

**Tabel 13** Ervaringsjaren, overleg en samenwerking (percentages; 1683 trajecten)

%	Huisarts	Lokale zorg/ hulpverleners	CJG/wijk- of gebiedsteam	Scholen
<5 jaar (n=77)	18	6	13	8
6-10 jaar (n=612)	41	7	13	11
11-15 jaar (n=548)	34	11	20	18
>15 jaar (n=446)	43	11	24	15

n=aantal trajecten

Als we kijken naar de verwijspercentages gerelateerd aan werkervaringsjaren zien we geen duidelijke patronen (zie tabel 14). Naarmate een Praktijkondersteuner Jeugd meer ervaring heeft, lijkt deze wel vaker betrokken bij trajecten uit de categorie 'anders'. Daar gaat het om trajecten waarbij de Praktijkondersteuner Jeugd geen invloed heeft op wel of niet verwijzen omdat de hulp

bijvoorbeeld ter wachttijdoverbrugging, parallel aan al eerder ingezette hulp, of ter tijdelijke intensivering van bestaande hulp is. Het percentage van de categorie met de meeste ervaring verschilt statistisch significant van de andere drie groepen, de verschillen tussen de op één na hoogste categorie en de twee lagere categorieën zijn in deze steekproef niet statistisch significant.

**Tabel 14** Ervaringsjaren en verwijpercentages (1683 trajecten)

	<5 jaar n=77	6-10 jaar n=612	11-15 jaar n=548	>15 jaar n=446
%				
Zelf afgeronde trajecten	53	37	35	43
Verwijzingen	40	51	52	39
Anders*	6	12	13	18

\* Trajecten waarbij een ander beslist over wel of niet verwijzen (zie uitleg op pagina 20)

De combinatie van tabel 13 en 14 lijkt erop te wijzen dat meer ervaring in de jeugdhulp leidt tot een grotere neiging tot overleg en samenwerking met de huisarts, lokale zorg, CJG, wijk- of gebiedsteam en school en het vaker betrokken zijn bij trajecten uit de categorie 'anders'. In ieder geval lijkt ruime ervaring in de jeugdhulp (>15 jaar) te zorgen voor relatief veel overleg en samenwerking met het lokale netwerk.

In vervolgonderzoek willen we kijken of we meer duidelijkheid kunnen verkrijgen in het effect van ervaring op dit soort contacten. We onderzoeken of analyses waarin we ervaringsjaren kunnen meenemen als een continue variabele, in plaats van de vier categorieën die we hebben aangebracht voor deze analyses, hierin meer duidelijkheid kunnen geven.

Bij het relateren van verwijzingen aan werkervaringsjaren zien we weinig variatie tussen de verschillende groepen, en geen duidelijke patronen (zie tabel 15).

**Tabel 15** Ervaringsjaren en verwijzingen (percentages; 1683 trajecten)

	<5 jaar	6-10 jaar	11-15 jaar	>15 jaar
Totaal aantal trajecten	77	612	548	446
Aantal trajecten met verwijzing	31 (40%)	311 (51%)	284 (52%)	173 (39%)
%				
Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ	52	54	40	42
Generalistische basis GGZ	6	17	27	9
CJG, wijk- of gebiedsteam	16	11	14	16
Jeugdhulpaanbieder voor jeugdzorg	10	5	5	13
Vrij toegankelijke zorg	3	8	11	11
Jeugdhulpaanbieder voor LVB	0	2	0	1
Anders	13	6	8	12

### *Drie typen cliëntentrajecten bij de Praktijkondersteuner Jeugd*

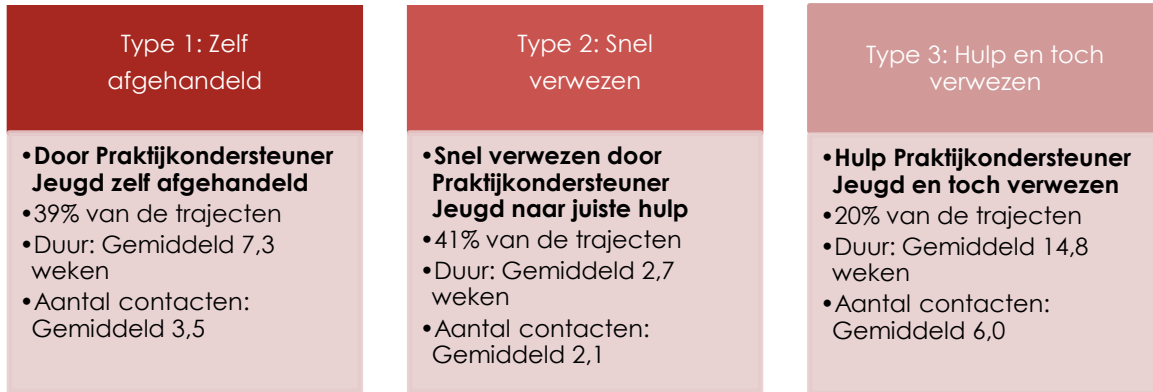
Met behulp van hiërarchische clusteranalyse hebben we vastgesteld dat de cliëntentrajecten van de Praktijkondersteuner Jeugd in te delen zijn in drie typen (zie figuur 4). Van de trajecten valt 39% binnen de groep 'Zelf afgehandeld'<sup>10</sup>. Cliënten in deze groep worden gemiddeld 3,5 keer gezien door de Praktijkondersteuner Jeugd in een tijdsbestek van 7,3 weken. Vervolgens vindt er geen verwijzing plaats: de hulp van de Praktijkondersteuner Jeugd lijkt op dat moment voldoende antwoord te bieden op de hulpvraag.

Daarnaast valt 41% van de cliënten binnen de groep 'Snel verwezen'. De gemiddelde duur van deze trajecten is 2,7 weken met een gemiddelde van 2,1 contacten. Bij deze cliënten lijkt de Praktijkondersteuner Jeugd snel de inschatting te hebben gemaakt dat andere hulp nodig is.

<sup>10</sup> De reden dat dit aantal iets afwijkt van de eerder genoemde 41% is dat je bij een hiërarchische clusteranalyse alleen kan werken met trajecten waar alle gegevens zijn ingevuld, en er dus geen missende waarden zijn. Dat maakt de dataset die we konden gebruiken voor deze analyse wat kleiner, wat ook tot dit (minimale) verschil leidt.

Tenslotte valt 20% van de cliëntentrajecten in de groep 'Hulp en toch verwezen'. Jeugdigen binnen deze groep worden gemiddeld langduriger gezien, namelijk gemiddeld 14,8 weken. Het contact is niet intensief, gemiddeld zijn er 6 contacten. Onder de trajecten in deze groep zijn er relatief veel (56%) waar overbruggingszorg wordt geboden. Dat is een belangrijke verklaring voor de relatief lange duur van deze trajecten en de combinatie van hulp en toch verwijzen. Al met al blijkt dus dat de Praktijkondersteuner Jeugd niet of nauwelijks cliënten voor langere tijd én hoogfrequent behandelt.

**Figuur 4** Typen trajecten



## Bron 2: Evaluatie onder betrokkenen bij de OJG pilot



In totaal hebben 51 deelnemers, verspreid over 11 bijeenkomsten, de volgens hen belangrijkste successen en knelpunten van de pilot met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) ingevuld. In tabel 14 en 15 staan de meest genoemde weergegeven. In het algemeen is onze indruk dat veel van deze successen en knelpunten breder toepasbaar zijn op de Praktijkondersteuner Jeugd. Enkele van de successen en knelpunten lijken echter sterker van toepassing op de situatie van OJG dan op die van POH Jeugd of SOH-JGGZ, omdat de OJG zowel in de huisartsenpraktijk als binnen een CJG, wijk- of gebiedsteam werkt.

Tabel 14 Successen van de OJG

Omschrijving succes	Aantal deelnemers <sup>1</sup>
Laagdrempeligheid van de zorg	24
Verbinding tussen huisartsenpraktijk en CJG, wijk- of gebiedsteam is verbeterd*	16
Kwaliteit van zorg voor jeugdigen is verbeterd doordat....	27
<i>jeugdigen sneller geholpen kunnen worden</i>	14
<i>er een beter aanbod is van lichte of kortdurende hulp</i>	12
<i>de triage is verbeterd</i>	12
<i>er meer oog is voor preventie</i>	4
Jeugdigen in de eerste lijn geholpen, die anders verwezen waren naar specialistische jeugdhulp	13
Korte lijnen met de huisarts	10

<sup>1</sup>Sommige deelnemers noemden meer dan één succes; \*Knelpunt dat sterk samenhangt met de opzet van de functie: rol van de OJG binnen CJG/wijk- of gebiedsteam

### Laagdrempeligheid van de zorg

Een van de meeste genoemde successen van de inzet van de OJG (genoemd door 24 van de 51 deelnemers) is dat de vertrouwdheid van de huisartsenpraktijk maakt dat de hulp laagdrempelig is voor jeugdigen en ouders. Die laagdrempeligheid ontstaat doordat de hulp dichtbij huis geboden wordt. Bovendien hebben veel mensen vertrouwen in het beroepsgeheim en de deskundigheid van de huisarts en huisartsen kennen vaak ook familieleden. Dat maakt dat het voor jeugdigen en ouders soms gemakkelijker is om met hun vragen of problemen naar de huisarts te gaan dan naar een CJG, wijk- of gebiedsteam.



"Extra toegang voor ouders/jongeren om hun vraag te stellen. Huisarts in sommige gevallen laagdrempeliger dan CJG"  
- Medewerker CJG

In evaluatiegesprekken kwamen verschillende voorbeelden ter sprake van jeugdigen/gezinnen die eerder niet open stonden voor hulp maar door deze laagdrempelige voorziening nu wel langzaam hulp toelaten. Zo werd een voorbeeld genoemd van een puber die het erg fijn vindt om met de 'praatdokter' af te spreken, een benaming die het laagdrempelige karakter van de Praktijkondersteuner Jeugd illustreert.

### Verbinding tussen huisartsenpraktijk en CJG, wijk- of gebiedsteam is verbeterd

Verschillende deelnemers (16 van de 51) noteerden de verbeterde verbinding tussen de huisartsenpraktijk en CJG, wijk- of gebiedsteam als belangrijk succes. Waar huisartsen aangeven eerder weinig contact met CJG, wijk- of gebiedsteam te hebben, komt er meer verbinding door de OJG die contact met beiden heeft. Door de OJG krijgen huisartsen meer zicht op het CJG, wijk- of gebiedsteam, en weten ze beter voor welke hulp jeugdigen en ouders er terecht kunnen.





"Belangrijk is elkaar goed leren kennen en weten van elkaars expertise en daar een beroep op doen" - Medewerker CJG

In de evaluatiegesprekken gaven de OJGs regelmatig aan dat ze tijd geïnvesteerd hebben in hun netwerktaak. Ze hebben contact gehad met verschillende ketenpartners en hadden vaak ook al een netwerk door hun werkervaring bij de detacherende organisatie. Het opbouwen en in stand houden van de netwerktaak kost de OJG wel veel tijd, terwijl die maar een beperkt aantal uren per week werkt in deze functie.

Verder werd opgemerkt dat deze netwerktaak belangrijk is voor de triagefunctie van de OJG. Als de OJG onvoldoende tijd heeft om te netwerken en minder bekend is met mogelijkheden om te verwijzen, vermindert dat de uitstroombmogelijkheden en kan er wachttijd ontstaan.

#### *Kwaliteit van zorg voor jeugdigen is verbeterd*

Van de 51 deelnemers noteerden er 27 als succes de verbetering van de kwaliteit van zorg door de komst van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG). Die successen hadden betrekking op:

- snellere hulpverlening aan jeugdigen (14x),
- een verbetering van het aanbod van lichte/kortdurende hulp (12x),
- een verbeterde triage (12x) en
- verbeterde mogelijkheden voor preventie (4x).

**Snelheid:** in de pilot in de provincie Groningen was er gedurende het eerste halfjaar van de pilot niet of nauwelijks sprake van wachttijd voor de OJG. Dat gaf de mogelijkheid om jeugdigen en hun ouders *snel hulp* te bieden. Over het algemeen zijn er wachttijden voor jeugdhulp, dus dit werd door de betrokkenen gezien als een belangrijk succes.



"Dat je redelijk snel bereikbaar bent voor een gesprek op locatie, om een inschatting te maken, geeft rust voor cliënten." - OJG

**Aanbod van lichte/kortdurende hulp:** verschillende deelnemers noteerden dat ze het aanbod van kortdurende en/of lichte zorg voor jeugdigen verbeterd vinden met de komst van de OJG. Huisartsen vertelden over jeugdige patiënten met in hun ogen te lichte problematiek voor een verwijzing naar de specialistische jeugdhulp, waarvoor zij voorheen geen goede plek wisten. Voor hen komt de OJG tegemoet aan de behoefte om deze doelgroep hulpverlening te kunnen bieden.



"Tot nu toe vooral de winst in kwaliteit van de behandeling van jonge mensen met (vooral milde) psychische problematiek in de huisartsenpraktijk"  
- Huisarts

Voor deze succesfactor geldt dat het samengaat met het risico op het ontstaan van wachttijd. Wanneer de OJG zelf hulpverlening biedt, is het belangrijk dat deze daadwerkelijk kortdurend is. Het is belangrijk om wachttijd bij de OJG te voorkomen door indien nodig ook tijdig te verwijzen en trajecten op tijd af te sluiten.

**Triage:** de triage is volgens de betrokkenen verbeterd doordat de OJG de tijd en expertise heeft om, beter dan de huisarts, een inschatting te maken van de problematiek bij een jeugdige. Goede triage leidt ertoe dat jeugdigen kortdurende hulp kunnen krijgen van de OJG wanneer dat genoeg is, of naar de juiste plek verwezen kunnen worden wanneer dat nodig is.



“Door de inschatting van de OJG kan er kortdurende behandeling worden geboden of komt het kind beter ‘op zijn plek’ doordat er uitgebreidere triage is gedaan.” - Medewerker CJG

In de praktijk blijkt dat de huisarts niet altijd van deze triagefunctie gebruik maakt: soms verwijst hij/zij een jeugdige direct door naar specialistische hulp. Dat gebeurt bijvoorbeeld in een crisis- of spoedsituatie. Ook geven huisartsen aan dat er soms vanuit ouders of school een dermate sterke wens is voor een bepaalde verwijzing, dat de huisarts daar moeilijk omheen kan. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij sterke vermoedens van ADHD vanuit de school.

Tijdens de evaluatiebesprekingen gaven sommige OJGs aan dat zij vinden dat ze bij directe verwijzingen niet altijd voldoende benut worden. Zij zien juist een rol voor zichzelf in dit soort gevallen en/of hebben de ervaring om in dit soort situaties hulp te bieden. Tegelijkertijd is de huisarts opgeleid om een poortwachtersfunctie te vervullen. Het afstemmen van verwachtingen en mogelijkheden tussen huisarts en OJG en afbakening van de taken is belangrijk om de triagefunctie optimaal vorm te geven.

**Preventie:** een aantal betrokkenen was van mening dat de OJG mogelijkheden biedt tot preventie van problemen bij jeugdigen en in gezinnen. De komst van de OJG biedt kansen om verergering te voorkomen door eerder en sneller hulp te bieden. Daarnaast werd geopperd dat overbruggingshulp het verergeren van problemen gedurende de wachttijd voor specialistische hulp kan voorkomen. Maar ook snel verwijzen naar passende zorg wordt door de betrokkenen gezien als het voorkomen van het verergeren van problemen. Tegelijkertijd wijzen sommigen erop dat deze nieuwe vorm van aanbod niet alleen onnodige zorg voorkomt: het creëert mogelijk ook een nieuwe vraag.

#### **Praktijkvoorbeeld 1**

In één van de wijken waar een OJG werkzaam is, komen psychosociale problemen veelvuldig voor. Daar is het idee ontstaan om de ervaringen van de OJG als input te gebruiken voor preventie op populatieniveau door het wijkteam. Door het monitoren van de problematiek die de OJG ziet, kan preventie gericht worden vormgegeven.

#### **Jeugdigen in de eerste lijn geholpen**

Van de 51 deelnemers noemden er 13 als grootste succes dat de OJG onnodige verwijzingen naar zwaardere hulp kan voorkomen. Zowel huisartsen als OJGs schatten in dat van de jeugdigen die nu hulp van de OJG kregen, een deel zonder die hulp opnieuw bij de huisarts terecht was gekomen. Huisartsen gaven aan dat zij deze jeugdigen zouden hebben verwezen naar een voorziening in de eerste lijn of naar specialistische hulp (zoals jeugd-ggz). Sommige huisartsen gaven aan daarbij moeite te hebben om zelf in te schatten wat de beste verwijzing is: voor hen is de jeugdhulp een onbekend werkterrein. Voor deze huisartsen zit de winst dan ook vooral in het feit dat de OJG kan ondersteunen bij verwijzing en dat de jeugdige in het zicht blijft van de huisarts door hulp bij de OJG.

Het is moeilijk te achterhalen of de OJG feitelijk onnodige verwijzingen voorkomt. Daarvoor moeten we jeugdigen gedurende langere tijd volgen. Bijvoorbeeld om te weten of in een later stadium alsnog verwijzing volgt. Ook zou het informatief zijn om te kijken naar de gevolgen in

situaties waarin geen hulp wordt gegeven door een OJG of vergelijkbare professional (zie box 4, pagina 39).

### *Korte lijnen met de huisarts*

Tien deelnemers noemden als grootste succes dat het contact tussen de OJG en huisarts laagdrempelig verloopt: de lijnen zijn kort. Door de aanwezigheid van de OJG in de praktijk is onderlinge consultatie mogelijk en kunnen huisarts en OJG eenvoudig overleggen. Toch werden er ook een aantal belemmeringen genoemd, met name op het gebied van logistiek:

- Soms varieert het aantal aanmeldingen bij de OJG, waardoor werktijd moeilijk te plannen is;
- In sommige praktijken is er gebrek aan geschikte ruimte om jeugdigen en ouders te zien;
- Ook is het in sommige praktijken lastig om overleg te organiseren, omdat de OJG en huisarts (soms noodzakelijkerwijs door ruimtegebrek) op verschillende dagen werken. Daarnaast ontstaan er soms problemen wanneer de agenda van de OJG vol is, of bij ziekte. Jeugdigen en ouders kunnen dan pas later of laagfrequent worden gezien;
- Tenslotte werkt een aantal OJGs bij meerdere huisartsenpraktijken, met elk verschillende werkplekken en verschillende werkwijzen. Dat maakt dat het onderhouden van contacten en het houden van overzicht hen veel inzet en tijd kost.



“Voor mij jammer dat de OJG er op mijn vrije dag is, maar ik spreek haar wel eens tussendoor of via telefoon/e-mail (...)” - Huisarts

### *Praktijkvoorbeeld 2*

Op sommige plekken onderzoekt men de mogelijkheid om de werkzaamheden van de OJG te centraliseren bij een kleiner aantal huisartsen of bij een CJG, wijk- of gebiedsteam. Verschillende huisartsen kunnen dan op die centrale plek jeugdigen en ouders aanmelden. Deze maatregel is weliswaar tijds- en kostenefficiënt en lost ook enkele logistieke problemen op, maar tast ook één van de belangrijke successen van de inzet van de OJG aan: het laagdrempelige karakter van de functie.

*Werkwijze dossiervoering en het omgang met cliëntgegevens niet helder*

Het meest genoemde knelpunt in de pilot met de OJG is het gebrek aan een duidelijke werkwijze in het rapporteren van/het omgaan met gegevens/privacy (24x genoteerd) (zie tabel 15). Daarmee samenhangend werd soms ook de onduidelijkheid over aansprakelijkheid en/of verantwoordelijkheid genoemd (3x genoteerd). Dit zijn aandachtspunten in de algemene functie van Praktijkondersteuner Jeugd (LHV, 2019) maar ze zijn nog wat complexer voor de OJG die zowel een rol heeft binnen de huisartsenpraktijk als binnen het CJG, wijk- of gebiedsteam. Waar beleidsmatig een opzet is bedacht voor deze vraagstukken, blijkt in de praktijk dat deze constructie complex is.

**Tabel 15** Knelpunten van de OJG

Omschrijving knelpunt	Aantal deelnemers <sup>1</sup>
Werkwijze dossiervoering en het omgang met cliëntgegevens niet helder* (inclusief AVG/privacy)	24
Linking-pin functie huisartsenpraktijk - CJG, wijk- of gebiedsteam (nog) niet optimaal	10
Wachlijsten bij ketenpartners beperken uitstroom	5
Afspraken over verantwoordelijkheid/ aansprakelijkheid in de praktijk complex*	3

<sup>1</sup>Sommige deelnemers noemden meer dan één knelpunt

\*Knelpunt dat sterk samenhangt met de opzet van de functie: rol van de OJG binnen CJG/wijk- of gebiedsteam

Formeel valt de OJG in deze pilot onder verantwoordelijkheid van het gemeentelijke basisteam, met het advies om te registreren in het gemeentelijk regiesysteem (zie ook Stevenson, 2019). In de praktijk blijkt deze constructie moeilijk uit te leggen aan jeugdigen en ouders, die er soms bewust voor kiezen om niet bij het CJG, wijk- of gebiedsteam, maar bij de huisarts aan te kloppen. Ook de functienaam van de OJG is soms moeilijk uit te leggen aan jeugdigen en ouders, die denken met een Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH) te maken te hebben zoals die in veel huisartsenpraktijken voor volwassenen ingezet wordt.

Er is onder de betrokken professionals verder onduidelijkheid over hoe te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensverwerking (AGV) in deze constructie. OJGs willen helder zijn over hun positie en waar nodig ouders en jeugdigen toestemming vragen voor overleg of het delen van gegevens. Enkele van de betrokken gemeenten hebben op basis van de AGV een schriftelijke toestemmingsverklaring ontwikkeld. Deze blijkt echter erg uitgebreid en ook complex om uit te leggen aan cliënten, en daarmee in disbalans met de lage intensiteit van de hulpverlening. De zorg is dat dit jeugdigen en ouders mogelijk afschrikt en de drempel tot hulp verhoogt.

"Wie mag/moet nu waarin, wat registreren (en anderen informeren)?" - Gemeente



Daarbij heeft de OJG in principe geen toegang tot het HIS. Dat leidt in de praktijk tot moeilijkheden met verslaglegging aan de huisarts, die wel op de hoogte wil blijven. Soms wordt dat tijdelijk opgelost door inzet van de doksterassistente. Dit is echter geen permanente oplossing, omdat het leidt tot achterstanden in de dossiervoering. De betrokken OJGs en huisartsen gaven de voorkeur aan registreren in het HIS en de meeste huisartsen kozen er daarom voor om de OJG wel in het HIS te laten registreren.

"De positie van OJG is wat ingewikkeld op dit moment in verband met werkgeverschap, aansprakelijkheid, informatiedeling/bewerking etc. Wellicht is een nieuwe constructie nodig." - Gemeente



Tijdens de evaluatiegesprekken werd opgemerkt dat het belangrijk is om tot een duidelijkere, in de praktijk werkbare opzet te komen. Dit is niet alleen belangrijk voor de werkbaarheid van de functie in de praktijk, maar ook om duidelijkheid te creëren rondom mogelijke klachten en aansprakelijkheidskwesties (zie ook Stevenson, 2019).

### Linking-pin functie nog niet optimaal

Hoewel de deelnemers aangeven dat de komst van de OJG de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het CJG, wijk- of gebiedsteam verbeterd heeft, gaven 10 van de deelnemers als belangrijkste knelpunt aan dat de met de pilot beoogde *linking-pin* positie (nog) niet optimaal is. De mate van samenwerking tussen beiden varieert sterk (zie voor voorbeelden Stevenson, 2019). In de praktijk werkt niet iedere OJG ook uren in het CJG, wijk- of gebiedsteam, waar anderen juist weer duidelijk onderdeel van het team zijn geworden. Zij nemen bijvoorbeeld deel aan overleg over jeugdigen en schakelen er regelmatig collega's in. Een *linking-pin* functie blijkt voor hen dus te betekenen dat de huisartsenpraktijk en het CJG, wijk- of gebiedsteam elkaar regelmatig weten te vinden via de OJG en zij daarmee een vaste (versus incidentele) samenwerkingspartner aan elkaar hebben.

"Nog steeds mist de daadwerkelijke verbinding tussen CJG als organisatie en de huisartsenpraktijk (sociaal versus medisch domein)" - Huisarts



Er werden verschillende redenen gegeven voor het ontbreken van een dergelijke vaste samenwerking met de OJG als *linking-pin*. Sommige OJGs geven aan meer affiniteit te hebben met de werkwijze van de huisartsenpraktijk dan met die van het CJG, wijk- of gebiedsteam. Ook werd genoemd dat de positie van de OJG binnen het CJG, wijk- of gebiedsteam lastig kan zijn. Het feit dat er nu twee enigszins parallelle routes van toestroom van cliënten zijn, zorgt soms voor onduidelijkheid in ieders positie.

### Wachlijsten bij ketenpartners beperken uitstroom

Vijf van de deelnemers noteerden de wachlijsten bij ketenpartners als belangrijkste knelpunt. Door die wachlijsten zien OJGs zich soms genooddaakt om overbruggingszorg te bieden, langer dan eigenlijk gewenst is. Hoewel dat erg prettig is voor jeugdigen en ouders, kunnen de wachttijden bij de OJG hierdoor oplopen.

"De stagnatie van doorstroming in verband met lange wachlijsten bij GGZ/CJG - OJG



### Overige bevindingen

Uit de evaluatiegesprekken werd duidelijk dat de OJGs in deze pilot de functie open zijn ingegaan. Ze hadden een nieuwe rol en moesten deze zelf vorm geven. Inmiddels is er behoefte aan afspraken over afbakening van de functie: Wat doe je als OJG en wat niet?

Enerzijds hangt de taakinvulling sterk af van de expertise en achtergrond van de OJG. Opleiding en werkervaring van de professional zijn belangrijk voor de vraag welke jeugdigen de OJG zelf kan helpen en welke jeugdigen verwezen moet worden. Tijdens de evaluatiegesprekken bleek er veel variatie in de invulling van de functie te zijn. Ook is er tijdens de evaluatiegesprekken gesproken over het belang van (bij)scholing en intervisie om de expertise en het functioneren optimaal te houden.

Anderszijds wordt in deze rapportage gesproken over 'verwijzen wanneer nodig', 'een traject op tijd afsluiten' en 'afstemmen van verwachtingen en afbakening van taken'. Deze zaken hebben gemeen dat ze belangrijk zijn voor het beperken van de wachttijd van de OJG en het optimaliseren van de triagefunctie. Voorkomen dat specialistische zorg onterecht verschuift naar de eerste lijn was een terugkerend thema tijdens de evaluatiegesprekken. Ook als de OJG de expertise heeft om bepaalde behandelingen uit te voeren, is het belangrijk om te overwegen of deze binnen de kaders van de functie van de OJG passen.

#### *Praktijkvoorbeeld 3*

In twee aangrenzende wijken werken OJGs met een heel verschillende expertise. Waar de één zelf behandelingen kan bieden (hoofdbehandelaar) kan de ander dat niet en heeft ze juist meer ervaring in hulpverlening bij systeemproblematiek. Voor de eerstgenoemde is het moeilijk om cliënten uit te laten stromen: de OJG kan zelf veel oplossen en doet dat dan ook, en verwijst daardoor heel weinig. Echter, door de grote instroom en de hoeveelheid relatief lange trajecten is er weinig tijd om te investeren in de opbouw van netwerken en blijft het moeilijk om een andere geschikte behandelaars te vinden. Bij de andere OJG zijn de trajecten vrij kort: zij doet vaak triage en regelt dat cliënten op de goede plek terecht komen. Als er behandeld moet worden, verwijst ze naar de juiste instantie/behandelaar of wordt er bij het CJG gestart. Zo ontstond het plan om samen op te trekken en hun expertise flexibeler in te zetten. De één kan zo ingezet worden voor behandeling en de ander richt zich meer op systeemproblematiek en het organiseren van de juiste hulp. Door zo efficiënter te werken komt er mogelijk meer tijd vrij voor beide taken.



### Bron 3: Evaluatie vragenlijsten voor jeugdigen en ouders



Binnen de pilots met de OJG en de SOH-JGGZ is gewerkt met een korte cliëntenvragenlijst van ongeveer 5-10 minuten. Hierin kwamen de thema's gezamenlijke besluitvoering en het behalen van doelen aan bod en vroegen wij cliënten naar hun verbeterpunten en algemene opmerkingen. We vroegen OJGs om gedurende een periode van 3-4 maanden bij elke laatste afspraak een vragenlijst uit te delen. De SOHs-JGGZ konden de vragenlijst gedurende de gehele meetperiode afnemen tijdens de laatste afspraak met een cliënt.

In totaal vulden 181 jeugdigen (12+) en ouder(s)/verzorger(s) de vragenlijst in. Hoewel dat een behoorlijk aantal is, was de respons laag. Met andere woorden: in de onderzoeksperiode waren er nog veel meer cliënten die de vragenlijst mogelijk hadden kunnen invullen. Naar ons idee ligt dit vooral aan het feit dat de functies waarnaar wij onderzoek doen gedurende de onderzoeksperiode op veel plekken in de pilotfase zat, en er dus veel werkzaamheden op de professionals afkwamen. Daardoor had het uitdelen van hadden de vragenlijsten waarschijnlijk minder prioriteit. Onze indruk is dan ook niet dat de vragenlijst selectief (alleen onder bepaalde cliënten of bij bepaalde problematiek) is uitgedeeld. Bij de pilot met de OJG zie je bijvoorbeeld dat ruim 50% van de 64 ingevulde lijsten afkomstig zijn van twee professionals die ingevulde vragenlijsten hebben ingeleverd. Tien van de OJGs hebben de vragenlijsten niet gebruikt. Daarnaast zou het natuurlijk kunnen dat er jeugdigen en ouders waren die wel benaderd zijn maar de vragenlijst niet wilden invullen. Op mogelijke redenen van non-respons hebben wij op dit moment geen zicht. We weten dus ook niet of onder de non-respondenten meer ontevreden cliënten zaten.

We moeten de resultaten hierdoor met voorzichtigheid interpreteren. Er is verbetering nodig in het verzamelen van cliëntenervaringen om een betrouwbaar beeld te krijgen van wat cliënten vinden van de Praktijkondersteuner Jeugd. Wel hopen we met deze resultaten een eerste indruk van de mening van de cliënt weer te geven, en die eerste indruk is positief. Daarnaast komt er steeds (bij de OJG en SOH-JGGZ, maar ook over de gehele range van vragen aan cliënten) een vrij eenduidig beeld naar voren, wat te indruk geeft dat de resultaten toch vrij robuust zijn.

#### Gezamenlijke besluitvorming

Cliënten zijn tevreden over de bejegening door de Praktijkondersteuner Jeugd. Zij gaven hoge rapportcijfers voor de moeite die de Praktijkondersteuner Jeugd deed om hun situatie te begrijpen en om te luisteren (8,9) en de moeite die de Praktijkondersteuner Jeugd deed om te luisteren (9,1; zie tabel 16). De mate waarin zij betrokken zijn bij keuzes kreeg een gemiddeld rapportcijfer van 8,8. Op de eerste en tweede vraag in de tabel vulden slechts twee cliënten een onvoldoende in, en voor de derde vraag slechts drie cliënten.

**Tabel 16** Resultaten vragen over gezamenlijke besluitvorming (n=178)

Als je terugdenkt aan de contacten met de Praktijkondersteuner Jeugd, hoeveel moeite deed hij/zij:	Gemiddelde (SD) <sup>1</sup>
om jouw situatie, zorgen of problemen te begrijpen?	8,9 (1,1)
te luisteren naar wat jij vertelde over jouw situatie, zorgen of problemen?	9,1 (1,2)
om jou te betrekken bij het maken van keuzes (bijvoorbeeld in het bepalen van vervolgstappen of het kiezen van de aanpak)?	8,8 (1,3)

<sup>1</sup> Respondenten gaven een rapportcijfer tussen 1-10

#### Behalen van doelen

Om te evalueren in hoeverre jeugdigen (12+) en hun ouder(s)/verzorger(s) vinden dat zij door de hulp van de Praktijkondersteuner Jeugd het doel waarvoor zij kwamen behaald hebben, vroegen we eerst om een korte beschrijving van dat doel. Deze vraag was vooral bedoeld als

voorbereiding op de volgende vraag. Die luidde: "In hoeverre vind je/vindt u dat dit doel bereikt is?". De antwoorden op die vraag zijn samengevat in tabel 17.

**Tabel 17** Resultaten doelrealisatie

	Percentage (aantal)
%	
Ik vind dat mijn situatie <u>minder goed</u> is dan voor het starten van de hulp.	0 (0)
Ik vind dat mijn situatie <u>hetzelfde</u> is gebleven als voor ik hulp kreeg.	4,6 (8)
Ik vind dat <u>een deel</u> van het doel is bereikt, maar nog niet alles.	22,9 (40)
Ik vind dat het doel waarvoor ik hulp zocht <u>bereikt</u> is.	46,9 (82)
Ik vind dat er <u>meer</u> bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.	21,1 (37)
Ik vind dat er <u>veel meer</u> bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.	4,6 (8)
<b>Totaal</b>	<b>100 (175)</b>

Het grootste deel van de cliënten geeft aan dat het doel waarvoor ze bij de Praktijkondersteuner Jeugd kwamen is bereikt of zelfs meer dan dat (72,6%). Onderstaande ervaring is van een ouder die tot deze groep behoort.

De cliënten die aangeven dat er *meer of veel meer dan hun doel bereikt is*, zeggen tevreden te zijn met de kwaliteit van de gesprekken, hadden een goede behandelrelatie en vinden het fijn dat de zorg in de huisartsenpraktijk laagdrempelige was. Ook geven ze aan dat ze het een prettig idee vinden dat ze altijd terug mogen komen in het geval dat de situatie verslechtert.



"Wij vonden het vooral erg fijn dat we zo snel (2-3 weken) terecht konden. We zaten met onze handen in het haar en dan is het fijn dat er snel actie ondernomen kan worden. (...) Wij zijn zeer tevreden, wij kunnen nu weer goed met onze zoon praten."

Toch geeft ook een deel van de cliënten aan dat het *doel niet of slechts deels bereikt is* (27,4%). Van deze cliënten die ook een algemene opmerking of verbeterpunt toegevoegd aan de vragenlijst is het opvallend dat zij zeer positief zijn over de Praktijkondersteuner Jeugd. Eén cliënt geeft een negatieve terugkoppeling, die betrekking heeft op de behandelrelatie in die specifieke situatie. Op basis van onze gegevens is het dus niet duidelijk waar het niet behalen van doelen door veroorzaakt wordt.

We denken dat een mogelijke verklaring zit in de vraagstelling. Voor cliënten is er een grote verscheidenheid aan doelen mogelijk waarvoor zij hulp zoeken. Wanneer een jeugdige door de Praktijkondersteuner Jeugd verwezen wordt naar specialistische jeugdhulp zou je kunnen zeggen dat het doel van de hulp behaald is, namelijk: de juiste hulp inschakelen voor deze hulpvraag. Echter de jeugdige en ouders zullen dat waarschijnlijk anders ervaren en aangeven dat het doel is om verbetering te zien in de problematiek. Dat doel is met de verwijzing nog niet of slechts deels behaald, zeker als er een wachtlijst is. Daarom hebben we ervoor gekozen om in de pilot met de OJG ook een vraag toe te voegen die een indruk geeft over de algemene tevredenheid van cliënten over de resultaten van de hulp (zie tabel 18).

In de evaluatie van de pilot met de OJG zijn drie aanvullende stellingen opgenomen over het resultaat van de hulp, die door 66 cliënten zijn ingevuld (zie tabel 18). In totaal zegt 96,9% van de cliënten *voldoende geleerd te hebben om verder te kunnen*, heeft eveneens 96,6% na de hulp *meer vertrouwen in de toekomst* en zou 98,5% van hen *de hulp aanraden aan een vriend met problemen*. Onderstaande opmerking komt van één van de cliënten die positief is over het verder kunnen na de hulp door de OJG.

**Tabel 18** Resultaten van de hulp! (percentages)

%	Helemaal niet eens	Niet eens	Wel eens	Helemaal eens
Ik heb voldoende geleerd van de OJG om verder te kunnen	0	3,1	43,1	53,8
Ik heb door de hulp van de OJG meer vertrouwen in de toekomst	0	3,1	48,4	48,4
Als één van mijn vrienden problemen heeft, zou ik hem of haar aanraden om naar een OJG te gaan	0	1,5	48,5	50

<sup>1</sup> 3 extra vragen uit de OJG pilot (n=66)



"Ben heel blij met de hulp die me aangeboden werd. We staan nu weer op een punt dat we verder kunnen."

### Opmerkingen van cliënten

In het veld van verbeterpunten en algemene opmerkingen reageert vrijwel iedere cliënt die iets invulde positief op de komst van de Praktijkondersteuner Jeugd. Cliënten zijn positief over hun eigen traject, bijvoorbeeld over de capaciteiten van de professional en over de behandelrelatie. Verschillenden van hen geven aan dat ze verder kunnen na de ontvangen hulp. Daarnaast vinden zij de laagdrempeligheid van de Praktijkondersteuner Jeugd een groot voordeel, waaronder het feit dat ze voor deze hulp bij de huisartsenpraktijk terecht konden. Ook noemen verschillende cliënten dat ze het prettig vinden dat ze opnieuw bij de Praktijkondersteuner Jeugd terecht kunnen als dat nodig is. De onderstaande opmerking is van één van de cliënten die erg tevreden was over de hulp.



"Wij voelen ons erg bij haar op ons gemak. Dat zij via onze huisartsenpraktijk werkt heeft er voor gezorgd dat wij meteen geholpen konden worden. Heel fijn! Ook liet zij weten dat we altijd weer bij haar terecht kunnen."

Ook reageerde er een cliënte die, op basis van onderstaande opmerking, duidelijk tot de doelgroep van de Praktijkondersteuner Jeugd behoort. Deze cliënt kon met een paar gesprekken verder, zonder dat verwijzing nodig was, en was daar erg blij mee.



"Ik vond het heel fijn om met iemand te kunnen praten en uiteindelijk te horen dat ik het veel beter doe dan ik zelf denk."

Een enkele negatieve opmerking ging over de behandelrelatie in die specifieke situatie. Geen van de cliënten had een verbeteruggestie die toepasbaar is op de functie van Praktijkondersteuner Jeugd in het algemeen.

## Betekenis van de resultaten

### Welke kenmerken heeft de functie van Praktijkondersteuner Jeugd?<sup>11</sup>

#### *Achtergrond van professionals*

De professionals die meededen aan het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' zijn HBO, WO of WO+ opgeleid, met een meerderheid met WO/WO+ opleiding. In de functie van SOH-JGGZ is er een specifieke keuze gemaakt voor een invulling door hoofdzakelijk GZ-psychologen, waardoor het opleidingsniveau in die functie overwegend WO+ is. De achtergrond van de POH Jeugd en OJG is in principe heterogener, maar toch zien we relatief veel professionals met een HBO opleiding in de functie van OJG.

Verder hebben de deelnemende professionals gemiddeld 11 jaar werkervaring in de jeugdhulp. Slechts 9,5% van hen heeft minder dan 5 jaar werkervaring. De Praktijkondersteuners Jeugd die deelnamen aan dit onderzoek waren meestal gedetacheerd vanuit een organisatie voor jeugdhulp en/of specialistische Jeugd-GGZ. Er waren enkele uitzonderingen. Een enkele Praktijkondersteuner Jeugd was gedetacheerd vanuit verslavingszorg, MEE of een GGD, of was al in dienst bij een huisartsencoöperatie. We weten dat op andere plekken ook ZZP-ers worden ingezet voor deze functie, maar in dit onderzoek kwam deze variant niet voor (Jonker e.a., 2017). De uitkomsten van dit onderzoek moeten worden gezien in het licht van het hoge opleidingsniveau en de grote hoeveelheid werkervaring van de deelnemende professionals.

#### *Positionering van de functie*

De Praktijkondersteuner Jeugd heeft meestal een vast aantal uren per week spreekuur in één of meerdere huisartsenpraktijk(en). De OJG werkt niet alleen in de huisartsenpraktijk, maar ook in het basisteam van de gemeente. Tijdens de pilot bleek dat één van de OJGs door de grote vraag bij de huisarts, deze uren in de huisartsenpraktijk besteedt. De SOH-JGGZ en de POHs Jeugd in dit onderzoek werken in principe alleen binnen de huisartsenpraktijk, met uitzondering van één POH Jeugd die in die functie ook in het plaatselijke basisteam werkzaam is.

#### *Logistieke werkwijze*

Gemiddeld werkt de Praktijkondersteuner Jeugd ruim tien uur per week in de functie van Praktijkondersteuner Jeugd, maar hierin is veel variatie tussen professionals en tussen huisartsenpraktijken. Bij de OJG ligt het gemiddeld aantal uren per week aanzienlijk hoger dan bij de POH Jeugd en de SOH-JGGZ. Dat komt omdat zij niet alleen uren binnen de huisartsenpraktijk werken, maar ook binnen het basisteam.

Voor het onderzoek vroegen we Praktijkondersteuners Jeugd of zij toegang hebben tot het huisartsinformatiesysteem (HIS) voor dossiervoering. Onze gegevens hierover bleken echter niet betrouwbaar, omdat a) de vraag vaak niet werd ingevuld, en b) omdat er hierin gedurende de pilots vaak veranderingen optraden. Binnen de pilot OJG was het advies om niet te registreren in het HIS maar in het gemeentelijk regiesysteem, vanwege het feit dat daar de verantwoordelijkheid voor de functie lag (Stevenson, 2019). Echter in de praktijk kozen verschillende huisartsen en OJGs er toch voor om de OJG toegang tot het HIS te verschaffen, en maakten zij daar onderling de juiste afspraken voor. In pilots met de POH Jeugd en de SOH-JGGZ hadden de professionals vaker toegang tot het HIS, omdat deze zorg nadrukkelijker onder huisartsenzorg valt. Echter hoe de verslaglegging in het HIS eruit ziet, is vaak gebaseerd op afspraken op praktijkniveau.

<sup>11</sup> In dit rapport hanteren we een verzamelnaam voor de functies van POH Jeugd, SOH-JGGZ en OJG, namelijk de term Praktijkondersteuner Jeugd. Alleen daar waar de resultaten betrekking hebben op de specifieke subgroep, gebruiken we de betreffende functienaam. Op die manier is het rapport leesbaarder, en is het duidelijk waar we de resultaten generaliseren.

## Wat zijn de resultaten van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd?

### *Instroom en uitstroom van cliënten*

Jeugdigen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen, komen daar vaak op initiatief van hun ouder(s)/verzorger(s). Ook komt een hulpvraag regelmatig (mede) van de jeugdige zelf. Verder kan een professional, zoals de school, huisarts of een medewerker van het sociaal team, de zorg initiëren. Iets meer dan de helft van de cliënten zijn meisjes. Meisjes die bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen zijn gemiddeld ouder dan jongens. De Praktijkondersteuner Jeugd ziet gemiddeld 1,3 nieuwe cliënten per week. We hebben geen aanwijzingen dat de wachttijd bij de professionals in dit onderzoek structureel is opgelopen. Wel is bij de onderzoekers bekend dat bij verschillende Praktijkondersteuners Jeugd het aantal uren per week gedurende de pilot is verhoogd, om zo tegemoet te komen aan de vraag (instroom).

De problematiek<sup>12</sup> van jeugdigen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen is zeer divers. Het gebeurt ook regelmatig dat jeugdigen met meerdere hulpvragen bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen. Het merendeel van de hulpvragen heeft betrekking op het *psychosociaal functioneren* van de jeugdige (bijv. emotionele problemen, zoals angst-, stemmings- en verwerkingsproblematiek en teruggetrokken gedrag, of gedragsproblemen, zoals druk en impulsief gedrag, problemen met aandacht en hyperactiviteit en impulsbeheersing of opstandig en antisociaal gedrag). Ook hebben hulpvragen regelmatig betrekking op *de situatie in het gezin of de opvoeding* van de jeugdige (bijv. een onstabiele opvoedsituatie, zoals systeemproblemen, multiproblematiek, problemen rondom een nieuwe gezinssamenstelling, of problemen door ontoereikende opvoedkwaliteiten, zoals bredere opvoedingsproblematiek of de behoefte aan opvoedingsondersteuning).

Daarnaast gaan hulpvragen soms over problemen rondom *lichamelijke gezondheid*, problemen met betrekking tot de *jeugdige en zijn/haar omgeving* en problemen rondom de *cognitieve ontwikkeling van de jeugdige*.

Bij deze hulpvragen zijn ook regelmatig vragen rondom een al bekende diagnose (met name ADHD of een autismespectrum stoornis) en vragen gericht op de behoefte aan diagnostiek.

Vanwege het grote aantal professionals dat aan dit onderzoek heeft deelgenomen, en daarmee het grote aantal verschillende beoordelaars van de hulpvragen, kunnen we helaas geen betrouwbare uitspraken doen over de ernst van de problematiek van jeugdigen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd komen. Wel zien we dat er bij 42% van de trajecten meerdere hulpvragen waren, wat iets zou kunnen zeggen over de ernst/complexiteit van de problemen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd terecht komen. Vervolgonderzoek dat hier meer inzicht in geeft zou een mooie volgende stap zijn in de ontwikkeling van de functie.

Van de jeugdigen die de Praktijkondersteuner Jeugd ziet, wordt 41% door hen zelf geholpen zonder dat het tot een verwijzing komt. Bij 47% van de trajecten verwijst de Praktijkondersteuner Jeugd de ouders en de jeugdige door naar passende hulp. De Praktijkondersteuner Jeugd verwijst het vaakst naar Specialistische Jeugd-GGZ/GGZ, maar ook regelmatig naar Generalistische basis-GGZ of een CJG, wijk- of gebiedsteam. Het verwijzingspercentage dat wij in deze studie vinden ligt daarmee wat hoger dan het percentage dat in sommige eerdere, kleinschalige evaluaties werd gevonden (zie bijvoorbeeld Molendrieff, 2015; Serra e.a., 2015; Boendermaker e.a., 2016). Daarnaast wordt de Praktijkondersteuner Jeugd in 12% van de trajecten ingezet om een wachttijd te overbruggen, werkt deze samen met al eerder ingezette hulpverleners, of is hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd bedoeld als tijdelijke intensivering van een lopend hulptraject.

Het oorspronkelijke doel van de Praktijkondersteuner Jeugd was om huisartsen te ondersteunen bij verwijzingen, laagdrempelige zorg te bieden bij problemen in opgroeien en opvoeden en daarmee onnodige verwijzingen naar de Specialistische Jeugd-GGZ te voorkomen. Uit onze kwalitatieve evaluaties onder betrokken professionals, blijkt dat een aantal van hen het idee heeft dat de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd inderdaad dit gevolg heeft. Om de werkelijke kwantitatieve effecten in beeld te krijgen, zouden we gegevens van huisartsenpraktijken met én zonder een Praktijkondersteuner Jeugd met elkaar moeten vergelijken. Daarvoor hebben we

<sup>12</sup> Geclassificeerd met behulp van de CAP-J, beschikbaar via: <https://www.nji.nl/nl/Databank/Classificatie-Jeugdproblemen>

verschillende mogelijkheden verkend. In box 4 beschrijven we de knelpunten die we tegenkwamen bij twee van die methoden<sup>13</sup>. Onze conclusie is dat door beperkingen in de beschikbare gegevens het tot nu toe niet is gelukt om referentiedata te verzamelen. De huidige registraties (zowel aan de kant van gemeenten als bij de huisartsen) moeten aanzienlijk aangescherpt worden om een dergelijke analyse mogelijk te maken.

#### Box 4 Op zoek naar referentiegegevens

Om te kunnen beoordelen of de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd de gewenste gevolgen heeft voor de verwijzingen, is het nodig om huisartsenpraktijken mét een Praktijkondersteuner Jeugd te vergelijken met een controlegroep van huisartsenpraktijken zonder dergelijke aanvullende ondersteuning. Hieronder beschrijven we twee mogelijke manieren om deze vergelijking te maken:

##### Optie 1 Gemeentelijke beschikkingendata

Omdat de jeugdhulp sinds januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt, moeten gemeenten formeel toestemming geven voor het verlenen van jeugdhulp. De gegevens die hiervoor geregistreerd worden (zorgbeschikkingen), bieden informatie over het type jeugdhulp dat bij een jeugdige is ingezet. Deze data bieden in principe de mogelijkheid om de verwijzingen vanuit huisartsenpraktijken met een Praktijkondersteuner Jeugd te vergelijken met een controlegroep van huisartsen zonder Praktijkondersteuner Jeugd.

Karakter deed ervaring op met deze werkwijze. Hoewel dit enig inzicht gaf in verwijs patronen (zie Otten e.a., 2018), kleven er belangrijke nadelen aan deze methode.

Ten eerste bleek het lastig om gevonden verschillen in verwijzingen tussen beide groepen te duiden. De gemeentelijke data bieden hiervoor te weinig inhoudelijke informatie. Een voorbeeld: we vonden dat vanuit huisartsenpraktijken met een Praktijkondersteuner Jeugd relatief minder jeugdigen verwezen worden naar de generalistische basis-GGZ dan vanuit huisartsenpraktijken zonder Praktijkondersteuner Jeugd (Otten e.a., 2018). Dit zou kunnen betekenen dat de Praktijkondersteuner Jeugd jeugdigen behandelt die anders naar de generalistische basis-GGZ verwezen zouden zijn. Aan de andere kant kan dit resultaat ook aangeven dat de signalering van psychische problemen in de controlegroep te wensen overlaat en dat de Praktijkondersteuner Jeugd deze problematiek juist naar boven brengt. Op basis van enkel deze gegevens is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de vraag of de Praktijkondersteuner Jeugd de gewenste veranderingen in verwijzingen teweeg brengt.

Een ander nadeel is het feit dat deze gemeentelijke data niet altijd van voldoende kwaliteit zijn. Zorgbeschikkingen kunnen overlappen doordat bij een aanvraag voor verlenging van zorg opnieuw een beschikking wordt afgegeven of doordat de zorg voor een jeugdige wordt overgedragen aan een andere zorgaanbieder. Daarnaast zijn de beschikkingencodes tussen 2015 en 2018 niet consistent; tot nu toe werden ieder jaar codes voor (een deel van de) zorgbeschikkingen gewijzigd. Bovendien worden er sinds 2018 geen diagnose-behandelcombinaties (DBC's) meer geregistreerd in de gemeentelijke data, omdat de gemeenten geen DBC's meer mogen gebruiken bij de inkoop van zorg. Dit heeft tot gevolg dat het niet duidelijk is of een volgende verwijzing plaatsvindt vanwege een nieuwe diagnose of omdat eerdere behandeling voor de bestaande diagnose niet voldoende was.

##### Optie 2 Gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS)

Een tweede manier om verwijzingen vanuit huisartsenpraktijken met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd met elkaar te vergelijken, is door gebruik te maken van de gegevens die huisartsen standaard registreren in hun HIS. Echter, ook deze data hebben belangrijke beperkingen. Ten eerste registreren huisartsen informatie over verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg vaak onvolledig of in de vorm van vrije tekst, waardoor deze gegevens lastig te verwerken zijn. Bovendien hebben Praktijkondersteuners Jeugd lang niet altijd toegang tot het HIS, waardoor ook zij verwijzingen niet op een adequate manier kunnen registreren.

Aanvullend hebben we geïnformeerd of er bruikbare gegevens beschikbaar waren vanuit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Echter, ook de zorgregistraties zijn gebaseerd op het HIS waardoor deze data ook de bovengenoemde beperkingen hebben en daardoor niet voldoende bruikbaar waren.

<sup>13</sup> Ook overleg met onderzoekers van CBS/CPB leverde geen bruikbare referentiedata op



Op basis van de huidige data kunnen we niet met zekerheid concluderen dat de Praktijkondersteuner Jeugd onnodige verwijzingen naar de Specialistische Jeugd-GGZ heeft kunnen voorkomen door bijvoorbeeld zelf behandeling of een betere triage te bieden. Daarvoor zijn verschillende redenen:

- 1) Op dit moment zijn niet de juiste data beschikbaar om een vergelijking te maken van verwijsstromen tussen huisartsenpraktijken met en zonder Praktijkondersteuner Jeugd (zie box 4). Omdat we geen controle-data hebben, weten we niet hoeveel jeugdigen een huisarts zonder Praktijkondersteuner Jeugd in zijn of haar praktijk verwijst voor specialistische hulp;
- 2) nieuw zorgaanbod creëert mogelijk ook een nieuwe vraag. Doordat de Praktijkondersteuner Jeugd aanwezig is in een huisartsenpraktijk, bereiken we wellicht een bredere doelgroep, namelijk de jeugdigen en hun ouders voor wie de verwijzing naar de Specialistische Jeugd-GGZ (nog) een te grote stap is. De grootte van dat toegenomen bereik is nu onduidelijk, en moeilijk te onderzoeken.

Om te kunnen beoordelen of de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd de gewenste gevolgen heeft op korte en langere termijn, moeten we dus inzicht krijgen in het verwijzpercentage van huisartsenpraktijken zonder Praktijkondersteuner Jeugd, maar is ook onderzoek nodig naar de langere termijn effectiviteit van de trajecten bij de Praktijkondersteuner Jeugd en van door hen verwezen jeugdigen. Stel dat huisartsen met een Praktijkondersteuner Jeugd inderdaad minder kinderen verwijzen dan huisartsen zonder Praktijkondersteuner Jeugd, dan nog weten we niet of deze kortdurende trajecten ook op langere termijn effectief zijn. Met andere woorden: worden deze cliënten in een later stadium niet alsnog verwezen? Daarnaast is het belangrijk om in het evalueren van de (verwachte) opbrengsten rekening te houden met een mogelijk toegenomen vraag van jeugdigen met psychosociale problemen door de laagdrempeligheid van de zorg door de Praktijkondersteuner Jeugd.

### Zorgactiviteiten

De cliënttrajecten van de Praktijkondersteuner Jeugd zijn vrijwel altijd weinig intensief en kortdurend. Bijna de helft (48%) wordt na één of twee contacten afgesloten. In totaal wordt 82% van de trajecten na maximaal vijf contacten afgesloten en 97% van de trajecten binnen tien contacten. In 35% van de gevallen wordt een traject binnen één week ook weer afgesloten. Ongeveer de helft (49%) wordt binnen drie weken afgesloten en 76% binnen 10 weken. Slechts 1% van de trajecten duurde langer dan 50 weken. Bij sommige van die langdurige trajecten lijkt het, gezien het aantal contacten, inderdaad te gaan om een langdurig en vaak laag intensief traject. Bij andere trajecten leert navraag bij de Praktijkondersteuners Jeugd ons dat het soms voorkomt dat een traject nooit is afgesloten, terwijl er geen concrete afspraken meer gepland staan.

Dit onderzoek laat zien dat de Praktijkondersteuner Jeugd in deze trajecten vaak vraagverheldering (triage en screening) doet. Verder zijn psycho-educatie, ondersteunende gesprekken bij psychosociale problemen, opvoedondersteuning en bemiddeling of begeleiding bij verwijzing belangrijke werkzaamheden van Praktijkondersteuner Jeugd. In relatief weinig van de trajecten wordt begeleiding bij medicatie ingezet en ook crisisinterventie of spoedhulp komt weinig voor.

De functie van Praktijkondersteuner Jeugd heeft volgens betrokkenen op verschillende manieren toegevoegde waarde voor de hulp bij problemen rondom opgroeien, gedrag en opvoeden. De Praktijkondersteuner Jeugd, de huisarts, de medewerker van het CJG, wijk- of gebiedsteam, de beleidsambtenaar van de gemeente, de jeugdige en de ouders zijn over het algemeen positief over de functie. De laagdrempelige aard van de functie wordt gezien als een belangrijke succesfactor. De huisartsenpraktijk biedt een vertrouwde omgeving, dichtbij huis, waardoor de drempel voor hulp laag is. Soms ook voor gezinnen die eerder niet open stonden voor hulp. Verder noemden betrokkenen dat de kwaliteit van de zorg verbeterde doordat jeugdigen sneller hulp krijgen. Ook vinden zij het aanbod voor kortdurende en/of lichte zorg voor jeugdigen verbeterd. De triage is volgens de betrokkenen verbeterd doordat de Praktijkondersteuner Jeugd een betere inschatting kan maken van de problematiek van de jeugdige dan de huisarts. Verder zien de betrokkenen in de praktijk dat er meer ingezet wordt op preventie: eerder en sneller hulp bieden

om verergering te voorkomen. Hun inschatting is dat dit alles ertoe leidt dat verwijzingen naar de Specialistische SGGZ beter onderbouwd en meer doordacht zijn.

### *Samenwerking met het lokale veld*

Naast behandelingen of interventies maken ook contacten en samenwerking met andere hulpverleners of met school onderdeel uit van de werkzaamheden van een Praktijkondersteuner Jeugd. Het meeste overleg vindt plaats met de huisarts, gevolgd door het CJG, wijk- of gebiedsteam, scholen en lokale zorgverleners. Onze resultaten wijzen erop dat een Praktijkondersteuner Jeugd die al veel ervaring heeft in de jeugdhulp, meer de neiging heeft tot overleg en samenwerking met de huisarts, lokale zorg, CJG, wijk- of gebiedsteam en school. Ook lijken zij wat vaker betrokken bij trajecten ter wachttijdoverbrugging, parallel aan al eerder ingezette hulp, of ter tijdelijke intensivering van bestaande hulp. Waarschijnlijk zorgt deze ervaring in de jeugdhulp voor een grotere hoeveelheid netwerkcontacten en meer kennis over waar hulp te vinden is: nuttige expertise voor een Praktijkondersteuner Jeugd.

In de functie van OJG werkt de professional niet alleen bij de huisarts, maar ook bij het basisteam van de gemeente (CJG, wijk- of gebiedsteam). OJGs verwijzen door deze opzet significant vaker naar het voorliggend veld: van hun verwijzingen gaat 27% naar een CJG, wijk- of gebiedsteam. Bij de POH Jeugd en SOH-JGGZ is dat respectievelijk 5% en 12%. Dat terwijl het algemene verwijsperscentage van de OJG niet significant hoger ligt dan dat van de POH Jeugd en de SOH-JGGZ. Dit verschil in verwijsperscentage laat zien dat de functieopzet van de OJG leidt tot een verbeterde verbinding van de huisartsenpraktijk met CJGs, wijk- of gebiedsteams.

Uit ons kwalitatieve onderzoek blijkt echter dat de deelnemers in de praktijk vinden dat er meer potentie is voor de Praktijkondersteuner Jeugd in de samenwerking met het lokale veld dan tot nu toe tot stand is gekomen. Hoewel betrokkenen in de pilot met de OJG aangeven dat de verbinding tussen huisartsen en het voorliggend veld is verbeterd, zouden zij de OJG graag nog meer zien als een linking-pin: iemand die ook structureel daadwerkelijke samenwerking stimuleert.

### **Wat zijn de ervaringen van jeugdigen en ouders met de Praktijkondersteuner Jeugd?**

In totaal vulden 181 jeugdigen (12+) en ouder(s)/verzorger(s) uit de pilots OJG en SOH-JGGZ de vragenlijst in. Toch heeft ook een groot aantal van hen de vragenlijst niet ingevuld: de respons was vrij laag en dat komt naar ons idee omdat de Praktijkondersteuners Jeugd de vragenlijst beperkt hebben uitgedeeld omdat ze het erg druk hadden met hun nieuwe functie. Omdat we daardoor geen duidelijk overzicht hebben welke cliënten de vragenlijst wel en niet hebben ingevuld, moeten we de resultaten met voorzichtigheid interpreteren. Wel komt er steeds (bij de OJG en SOH-JGGZ, maar ook over de gehele range van vragen aan cliënten) een eenduidig beeld naar voren, waardoor we denken dat onze resultaten een goede indruk geven van cliëntervaringen met de Praktijkondersteuner Jeugd.

Onze resultaten geven aan dat cliënten tevreden zijn over hoe zij door de Praktijkondersteuner Jeugd bejegend worden en over de mate waarin zij betrokken zijn in beslissingen rondom hun hulpvraag. Daarnaast geeft het grootste deel van de cliënten aan dat het doel waarvoor ze bij de Praktijkondersteuner Jeugd kwamen is bereikt of zelfs meer dan dat. Aan de ene kant geeft deze vraag een beeld van hoe cliënten de hulp ervaren, aan de andere kant merken we dat deze resultaten door het type hulp dat de Praktijkondersteuner Jeugd biedt ook wat moeilijk te interpreteren zijn. Omdat de Praktijkondersteuner Jeugd niet elke hulpvraag zelf aanpakt, ligt het voor de hand dat niet iedere cliënt aangeeft dat zijn of haar doel met de hulp van de Praktijkondersteuner Jeugd behaald is. Dit terwijl een juiste verwijzing daar wel een belangrijke stap in kan zijn. Waarschijnlijk zijn de antwoorden op de drie aanvullende stellingen die we daarom in de pilot met de OJG hebben toegevoegd informatiever. Daar geeft het overgrote deel van de cliënten aan voldoende geleerd te hebben om verder te kunnen, na de hulp meer vertrouwen te hebben in de toekomst en dat zij de hulp zouden aanraden aan een vriend met problemen.

Cliënten zijn positief over hun eigen traject, bijvoorbeeld over de capaciteiten van de professional en over de behandelrelatie. Daarnaast noemen zij dat ze de laagdrempeligheid van de Praktijkondersteuner Jeugd een groot voordeel vinden, waaronder het feit dat ze voor deze hulp

bij de huisartsenpraktijk terecht konden. Ook noemen verschillende cliënten dat ze het prettig vinden dat ze opnieuw bij de Praktijkondersteuner Jeugd terecht kunnen als dat nodig is.

### Aandachtspunten voor de inzet van een Praktijkondersteuner Jeugd

We weten dat *effectieve*, passende zorg aan het begin van de keten belangrijk is. Verschillende bronnen laten zien dat als in een vroeg stadium effectieve hulp wordt ingezet, dit escalatie van problemen kan voorkomen en kan zorgen voor individuele en maatschappelijke gezondheidswinst op latere leeftijd (zie box 5). Door er voor te zorgen dat de Praktijkondersteuner Jeugd vroeg effectieve hulp biedt, kunnen we ervoor zorgen dat kortdurende trajecten ook op langere termijn effectief zijn. Met andere woorden: alleen met de juiste hulp worden jeugdigen niet alsnog verwezen óf kunnen we toekomstige problemen voorkomen. De resultaten van het onderzoek Jeugdhulp bij de Huisarts bieden verschillende aanknopingspunten om de effectiviteit van de functie te optimaliseren.

#### Box 5 Het belang van laagdrempelige én effectieve hulp

Uit onderzoek weten we dat problemen zoals angst, depressie of gedragsproblemen in de kindertijd vaak blijven bestaan als deze niet adequaat worden behandeld (Hofstra e.a., 2002; Roza e.a., 2003). Het effect van deze problemen, maar ook het effect van traumatische gebeurtenissen of het meemaken van Adverse Childhood Experiences (ACE's) in de jeugd kan groot zijn. Layard & Clark (2014) wijzen er op dat het belangrijk is om laagdrempelig effectieve behandelingen aan te bieden. Vroeg en effectief behandelen van psychische problemen in de jeugd kan een negatieve spiraal van problemen voorkomen, die in de volwassenheid veel lastiger te behandelen zijn. Toch hebben verschillende onderzoeken aangetoond dat er sprake is van onderbehandeling: slechts een minderheid van de jeugdigen met angst, stemmings- of gedragsproblemen krijgt ook daadwerkelijk behandeling voor deze problemen (zie bijvoorbeeld Zwaanswijk e.a., 2003; Zwaanswijk e.a., 2005). Het Nederlandse TRAILS-onderzoek – een grootschalig onderzoek dat jongeren vanaf hun 10<sup>e</sup> jaar tot en met hun 26<sup>e</sup> levensjaar volgt – bevestigt dit beeld: slechts 35% van de jongeren met psychische problemen krijgt gespecialiseerde hulp (Jörg e.a., 2019).

De kosten van effectieve behandelingen – meestal een vorm van cognitieve gedragstherapie - zijn relatief laag in vergelijking tot de maatschappelijke kosten (over de levensloop) van onbehandelde problematiek (Layard & Clark, 2014). Bovenstaande resultaten laten zien dat we nog veel jeugdigen met psychische problemen niet bereiken. Dat onderstreept het belang om op een laagdrempelige manier effectieve behandelingen aan te bieden. De Praktijkondersteuner Jeugd kan daarin een belangrijke rol spelen.

### Zorgen voor de juiste competenties

Het is belangrijk dat de Praktijkondersteuner Jeugd beschikt over *de juiste competenties* om in te schatten of verwijzing noodzakelijk is of dat hij of zij zelf kortdurende hulp kan verlenen. Wat ons betreft is dit één van de belangrijkste aandachtspunten voor de Praktijkondersteuner Jeugd. Op dit moment is er met name veel aandacht voor verwijzpercentages en het voorkomen van verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp. Echter alleen op basis van een goede inschatting van de problematiek en een goed inzicht in de benodigde zorg kan een Praktijkondersteuner Jeugd hulp bieden die een verergering van problemen in de toekomst (en daarmee mogelijk duurdere zorg) kan voorkomen. Jeugdigen die specialistische hulp nodig hebben moeten niet onnodig blijven 'aanrommelen' in de eerste lijn. Het is van belang dat de Praktijkondersteuner Jeugd in een vroeg stadium kan inschatten of zelf hulp verlenen zinvol is, of dat het tot een verwijzing moet komen. Uit dit onderzoek blijkt dat een Praktijkondersteuner Jeugd met een hoger opleidingsniveau vaker een probleemanalyse doet.

Gezien de aard van de hulpvragen waarmee de Praktijkondersteuner Jeugd te maken krijgt, is specifieke expertise op het gebied van het analyseren en behandelen van Jeugd GGZ problemen noodzakelijk. De Praktijkondersteuner Jeugd moet een goede inschatting kunnen maken van de ernst en complexiteit van de problemen, de mate van belemmering in het dagelijks leven en eventuele risico's. De Praktijkondersteuners Jeugd in dit onderzoek waren hoog opgeleid en hadden relatief veel ervaring. Toch kan het ook voor hen zinvol zijn om te werken met

een gestandaardiseerd(er) instrumentarium, passend bij de functie, om keuzes te onderbouwen. Daarnaast is van belang dat de Praktijkondersteuner Jeugd bekend is met de richtlijnen voor de meest voorkomende JGGZ-problematiek om te kunnen bepalen wat passende zorg is.

### *Keuzes in positionering van de functie*

De laagdrempeligheid van de positionering van de Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk wordt gezien als een belangrijk voordeel van de functie. Voor jeugdigen en ouders lijkt de huisartsenpraktijk een vertrouwde omgeving, dichtbij huis, waardoor zij de Praktijkondersteuner Jeugd associëren met het vertrouwen in het beroepsgeheim en de deskundigheid de huisarts. Dat is mogelijk de verklaring dat het voor jeugdigen en ouders soms gemakkelijker is om met hun vragen of problemen naar de huisarts te gaan dan naar een CJG, wijk- of gebiedsteam (CBS, 2019). In evaluatiegesprekken kwamen verschillende voorbeelden ter sprake van jeugdigen/gezinnen die niet open stonden voor hulp maar door deze laagdrempelige voorziening nu wel langzaam hulp toelaten.

De evaluatie van de inzet van een Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek onderschrijft dit resultaat. Daar zijn sinds een paar jaar twee jeugdartsen en een klinisch psycholoog beschikbaar voor inzet of consultatie bij psychische of psychosociale problematiek bij jeugdigen. Ouders en kinderen die naar het team gingen, gaven soms aan dat ze de locatie van het team niet fijn vonden en dat ze liever dichterbij huis of op school wilden afspreken (Vandenbussche e.a., 2018). Ook hieruit blijkt het voordeel van een laagdrempelige Praktijkondersteuner Jeugd in de huisartsenpraktijk.

In dit onderzoek is ook de OJG vertegenwoordigd, een functie die zowel gepositioneerd is in de huisartsenpraktijk als in het basisteam van de gemeente (CJG, wijk- of gebiedsteam). Deze professionals hebben daardoor over het algemeen meer uren voor de functie. Op basis van de evaluatiegesprekken die we in deze groep hebben gevoerd zien we dat de aanstelling van de OJG de verbinding tussen de huisarts en het CJG, wijk- of gebiedsteam heeft verbeterd. Ook zien we dat de OJG meer jeugdigen verwijst naar een CJG, wijk- of gebiedsteam dan de POH Jeugd of de SOH-JGGZ.

Het op deze manier positioneren van de functie van Praktijkondersteuner Jeugd blijkt in de praktijk echter ook complex. Het meest genoemde knelpunt is het gebrek aan een duidelijke werkwijze in de rapportage/het omgaan met gegevens/privacy. Daarmee samenhangend werden ook de onduidelijkheden rondom aansprakelijkheid/verantwoordelijkheid genoemd. Hoewel deze kwesties ook een aandachtspunt zijn voor een Praktijkondersteuner Jeugd die alleen werkt binnen de huisartspraktijk (LHV, 2019), maakt de combinatie met het CJG, wijk- of gebiedsteam dit thema extra complex. In de pilot met de OJG zorgde dat voor de volgende struikelblokken: Formeel valt de OJG onder verantwoordelijkheid van het gemeentelijke basisteam, met het advies om gebruik te maken van het gemeentelijk regiesysteem (zie ook Stevenson, 2019). In de praktijk blijkt deze constructie moeilijk uit te leggen aan jeugdigen en ouders, die er soms ook bewust voor kiezen om niet bij het basisteam, maar bij de huisarts aan te kloppen. Door de twee verschillende rollen vergt ook het voldoen aan de AVG in deze constructie veel aandacht. Voor het delen van gegevens tussen beiden is dan toestemming van ouders en jongeren nodig. De toestemmingsprocedure die daarvoor nodig is, is vaak in disbalans met de lage intensiteit van de hulpverlening. De zorg is dat dit mogelijk jeugdigen en ouders afschrikt en de drempel tot hulp verhoogt. Daarbij heeft de OJG in principe geen toegang tot het HIS. Dat leidt in de praktijk tot moeilijkheden met verslaglegging aan de huisarts, die wel op de hoogte wil blijven. Het merendeel van de betrokken huisartsen heeft er daarom voor gekozen om de OJG wel in het HIS te laten registreren. Vanwege deze knelpunten kozen sommige OJGs ervoor om hun rol binnen het basisteam te beperken, en zich meer te richten op de huisartsenpraktijk.

### *Investeren in de netwerktaak*

Een belangrijke vraag is dan ook of het mogelijk is om de verbinding tussen huisartsenpraktijk en CJG, wijk-, of gebiedsteam te versterken in een functie waarbij de Praktijkondersteuner Jeugd (alleen) vanuit de huisartsenpraktijk werkt. Uit ons onderzoek blijkt dat het daartoe belangrijk is dat Praktijkondersteuners Jeugd de tijd en mogelijkheden krijgen om contacten met het brede netwerk (bijvoorbeeld lokale zorg, CJGs, wijk- en gebiedsteams en scholen) te leggen en te onderhouden. Betrokkenen bij de pilots geven aan dat het belangrijk is dat de partners uit het

zorgnetwerk elkaar daadwerkelijk kennen, dat persoonlijk contact een gerichte verwijzing of collegiaal overleg over een jeugdige veel gemakkelijker maakt.

Kennis van de lokale zorgkaart of het –netwerk is belangrijk om goed te kunnen beoordelen waar een jeugdige en zijn of haar ouders het best en het snelst geholpen kunnen worden. Van de functie-inrichting bij de OJG leren we dat investeren in de netwerktaak belangrijk is om elkaar beter te vinden. Ook blijkt uit dit onderzoek dat ruime ervaring in de jeugdhulp zorgt voor meer overleg en samenwerking met het lokale netwerk. Professionals met meer ervaring in de jeugdhulp lijken een betere basis te hebben voor het leggen en onderhouden van die contacten, ook vanwege het netwerk dat zij al hadden vanwege eerdere of andere functies.

Voor de netwerktaak moet expliciet tijd worden ingeruimd. Het is belangrijk dat er niet alleen bij de start van een nieuwe Praktijkondersteuner Jeugd tijd is voor het bouwen van het netwerk, zoals op de meeste plekken wel gebeurt, maar dat er ook tijd is/wordt genomen om te blijven werken aan deze contacten.

### *Snelheid van geboden hulp door de Praktijkondersteuner Jeugd bewaken*

De jeugdigen in dit onderzoek kunnen snel geholpen worden door de Praktijkondersteuner Jeugd en hoeven daarbij niet vaak of lang te wachten. Voor zover bij ons bekend is bij de professionals die deelnamen aan dit onderzoek de wachttijd niet structureel opgelopen. Wel is op verschillende plekken het aantal uren per week uitgebreid, om zo aan de instroom tegemoet te kunnen komen. Verschillende betrokkenen geven aan dat de wachttijsten voor de specialistische jeugdhulp een risico vormen voor de doorstroom in de jeugdhulp bij de huisarts. Te weinig uitstroom zal uiteindelijk leiden tot wachttijd bij de Praktijkondersteuner Jeugd.

Op basis van onze hiërarchische clusteranalyse weten we dat er drie typen cliëntentrajecten zijn bij de Praktijkondersteuner Jeugd: Jeugdigen worden voor korte tijd geholpen door de Praktijkondersteuner Jeugd waarbij er geen verwijzing nodig is, jeugdigen worden snel verwezen, of jeugdigen krijgen hulp en worden alsnog verwezen. Intensieve trajecten, met veel contacten gedurende een lange periode, komen nauwelijks voor. Een goede triagefunctie en uitstroommogelijkheden zonder veel wachttijd zijn belangrijk om te zorgen dat de laatste groep 'hulp en toch verwijzen', waarin de cliëntentrajecten langer duren, niet te groot wordt omdat er anders wachttijd zou kunnen ontstaan bij de Praktijkondersteuner Jeugd.

### *Opleiden, bijscholen en intervisie*

In een autonome, nieuwe functie zoals die van de Praktijkondersteuner Jeugd is het goed organiseren van opleiding, intervisie en (bij)scholing extra van belang. De functie is bedoeld om kennis en ervaring uit de jeugdhulp op een laagdrempelige manier in te zetten om problemen op lange termijn, en zo mogelijk specialistische hulp, te voorkomen. Om die kennis en ervaring ook op lange termijn in stand te kunnen houden is het van belang om (bij)scholing en intervisie goed te organiseren. Tot nu toe is de aandacht hiervoor wisselend. De detachering van een Praktijkondersteuner Jeugd door een organisatie in de jeugdhulp maakt het makkelijker om dit te organiseren, en de benodigde kennis *up to date* te houden. Ook in het onderzoek van Jonker e.a. (2017) worden opleiden, bijscholen en intervisie genoemd als belangrijke voorwaarden om te zorgen dat een Praktijkondersteuner Jeugd goed kan functioneren.

### *Ontwikkelen van kaders voor de functie*

Voor de (constante) kwaliteit van hulp is het belangrijk om functiekaders te ontwikkelen. Uit het kwalitatieve onderzoek werd duidelijk dat veel van de professionals zelf een invulling hebben gegeven aan hun functie. Variaties in expertise kan dan leiden tot verschillen in praktijksituaties. Nu is er behoefte aan kaders die aangeven wat wel en niet onder deze vorm van zorg valt. Ook als de Praktijkondersteuner Jeugd de expertise heeft om bepaalde behandelingen uit te voeren, is het belangrijk om te overwegen of deze binnen de kaders van de functie passen. Voorkomen dat zorg uit de specialistische hulp onterecht verschuift naar de eerste lijn was een terugkerend thema tijdens de evaluatiegesprekken.

In de verdere ontwikkeling van deze functie is het van belang dat als er wordt gekozen voor behandeling door de Praktijkondersteuner Jeugd, ook bij deze vorm van zorg *evidence based*



interventies worden ingezet. Op dit moment is er, op basis van de individuele kwaliteiten van de Praktijkondersteuner Jeugd, veel variatie in de inhoudelijke interventies die toegepast worden. Het maken van richtlijnen voor effectieve, *evidence based* interventies die passen bij deze problematiek en passend en haalbaar zijn binnen de setting van de huisartsenpraktijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de jeugdhulp bij de huisarts. Hoewel onderzoek heeft laten zien dat verschillende weinig intensieve interventies voor psychische problemen geschikt zijn voor toepassing in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk e.a., 2009), zijn dergelijke interventies tot nu toe vooral gericht op de volwassen populatie. Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit en toepasbaarheid van interventies voor psychische problemen van jeugdigen in de huisartsenpraktijk (Bower e.a., 2001; Garralda 2001; Zwaanswijk e.a., 2011). Box 6 geeft enkele voorbeelden van dergelijke *evidence based* interventies.

**Box 6** Voorbeelden van *evidence based* interventies

**Gebruik van signaleringsinstrumenten**

Het gebruik van signaleringsinstrumenten kan voorkomen dat belangrijke signalen over het hoofd worden gezien en kunnen helpen om de aard en ernst van problemen in kaart brengen. Ze kunnen gebruikt worden als ondersteuning bij triage en verwijzing. Voorbeelden zijn algemene screeners zoals de SDQ ([www.SDQ.info](http://www.SDQ.info)) of de CBCL ([www.aseba.nl](http://www.aseba.nl)). Er zijn ook screeningsinstrumenten voor specifieke stoornissen beschikbaar (een overzicht is binnenkort beschikbaar op [www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)).

**Probleemoplossingsvaardigheden**

Er zijn diverse behandelmodellen die gericht zijn op het versterken van het eigen probleemoplossende vermogen bij kinderen met milde psychische klachten. Het PrOP-model (Debruyne e.a., 2010; Rijnders & Heene, 2010) is daarvan een goed voorbeeld. Het is een model voor kortdurende behandeling waarmee de behandelaar kinderen en ouders inzicht geeft in de wisselwerking tussen gebeurtenissen in je omgeving en de manier waarop je daar mee omgaat. Daarnaast ligt de nadruk op het aanleren van copingstrategieën en omgaan met problemen in de toekomst.

**Motiverende gespreksvoering**

Motiverende gespreksvoering is een methode om mensen te begeleiden bij gedragsverandering (zie voor meer informatie het dossier over motiverende gespreksvoering op [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

**Voorlichting en psycho-educatie**

Voorlichting of psycho-educatie is altijd een belangrijk onderdeel een behandeling. Het is belangrijk dat de voorlichting gegeven wordt aan de juiste personen (ouders, jeugdigen of anderen), dat gebruik wordt gemaakt van correcte en up-to-date informatie en dat de informatie wordt aangeboden op een manier die voor de ontvanger begrijpelijk is. Voor sommige problemen zijn goed beschreven en theoretisch onderbouwde programma's beschikbaar (bijv. Straatwijzer voor jongeren met LVB).

**Toeleiden naar online zelfhulpprogramma's**

Er zijn verschillende goed onderbouwde online zelfhulp programma's beschikbaar voor milde psychische problemen, zoals Grip op Je Dip of Praten Online (depressie) of 99gram (problemen rond uiterlijk, eten). Daarnaast zijn er diverse online tools die ondersteunend kunnen zijn in de behandeling (Zie [www.ehealthjeugdnetwerk.nl](http://www.ehealthjeugdnetwerk.nl) voor een overzicht en vergelijking van beschikbare e-health-toepassingen in de jeugd-ggz).

**Kortdurende gedragstherapie**

Er zijn diverse kortdurende gedragstherapeutische interventies beschikbaar of in ontwikkeling die goed ingezet kunnen worden voor milde psychische problemen en die kinderen vaardigheden aanleren waarmee ze eventueel toekomstige klachten kunnen hanteren. *Buikpijn de Baas* is bijvoorbeeld voor kinderen met onverklaarde buikpijn of andere onverklaarde lichamelijke klachten. Binnen de *Durfpoli* worden ultrakorte interventies ontwikkeld voor specifieke angsten ([www.durfpoli.nl](http://www.durfpoli.nl)) en binnen *PAINT-P* ([www.paint-studies.nl](http://www.paint-studies.nl)) werkt men aan een laagdrempelige cursus voor ouders van kinderen met druk gedrag of gedragsproblemen.



### Zorgen voor de juiste randvoorwaarden

Voor de verdere ontwikkeling van de functie van Praktijkondersteuner Jeugd zijn er verschillende randvoorwaarden die aandacht behoeven. De belangrijkste daarvan kwam naar voren uit de evaluatie van de pilot met de OJG. Daar bleek er vooral behoefte aan meer duidelijkheid en een duidelijke werkwijze rondom thema's als rapportage, omgaan met cliëntgegevens en privacy. Daarmee samenhangend werden ook de onduidelijkheden rondom aansprakelijkheid/verantwoordelijkheid genoemd. In een functie zoals die van OJG, waarin een Praktijkondersteuner Jeugd in zowel de huisartsenpraktijk als een CJG, wijk- of gebiedsteam werkt verdienen deze onderwerpen extra aandacht. Echter ook een andere functieopzet verdienen ze nog aandacht. Inmiddels heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een keuzehulp gepubliceerd met overwegingen die daarin, in ieder geval vanuit het perspectief van de huisarts, behulpzaam kunnen zijn (LHV, 2019).

Daarnaast zijn er ook op het oog vrij simpele randvoorwaarden die toch veel invloed kunnen hebben een adequate uitvoering van het werk van een Praktijkondersteuner Jeugd. Verschillende van hen werken bij meerdere huisartsenpraktijken, met elk verschillende werkplekken en verschillende werkwijzen. Dat maakt dat het onderhouden van contacten, zoals overleg met de huisarts als de netwerktaak, en het houden van overzicht hen veel inzet en tijd kost. Simpele randvoorwaarden, zoals de beschikbaarheid van een geschikte werkruimte, zijn dan des te meer van belang.

Op sommige plekken onderzoekt men daarom de mogelijkheid om de werkzaamheden van Praktijkondersteuner Jeugd te centraliseren bij een kleiner aantal huisartsen of bij het CJG, wijk- of gebiedsteam. Verschillende huisartsen kunnen dan op die centrale plek jeugdigen en ouders aanmelden. Deze maatregel is weliswaar tijds- en kostenefficiënt en lost ook enkele logistieke problemen op, maar tast ook één van de belangrijke successen van de inzet van de Praktijkondersteuner Jeugd aan: het laagdrempelige karakter van de functie.

In het eerder genoemde initiatief van het Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek zit het team ook op een centrale plek, meer op afstand. Daar kunnen huisartsen en jeugdconsultanten het team inschakelen door een aanmeldformulier via e-mail of door te bellen. Uit de evaluatie blijkt dat huisartsen en jeugdconsultanten de voorkeur gaven aan (structureel) face-to-face contact of een telefonisch spreekuur (Vandenbussche e.a., 2018). Uit dat rapport blijkt dat wanneer een Praktijkondersteuner Jeugd meer op afstand zit, het gevolg zou kunnen zijn dat de functie meer consultatief van aard wordt en de Praktijkondersteuner Jeugd minder trajecten zelf afsluit (minder kortdurend behandelt).

### Vervolg Jeugdhulp bij de Huisarts

Natuurlijk blijft dit onderwerp ons bezighouden. Daarom hebben we verschillende ideeën voor vervolganalyses en hebben we nog enkele projecten op de planning staan. Zo willen we kijken of we met andere analysetechnieken nog meer te weten kunnen komen over de effecten in keuzes in opleidingsniveau en in aantal jaren werkervaring van een professional die werkt als Praktijkondersteuner Jeugd (zie hoofdstuk resultaten). Verder schrijven we wetenschappelijke artikelen waarin de reeds verzamelde data verder wordt uitgediept. Daarnaast willen we aanvullend onderzoek doen waarin we kijken wat er op langere termijn gebeurt met jeugdigen die bij de Praktijkondersteuner Jeugd zijn geweest. We doen verslag van nieuwe ontwikkelingen rondom Jeugdhulp bij de Huisarts op de website van het onderzoek: [www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl](http://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl).

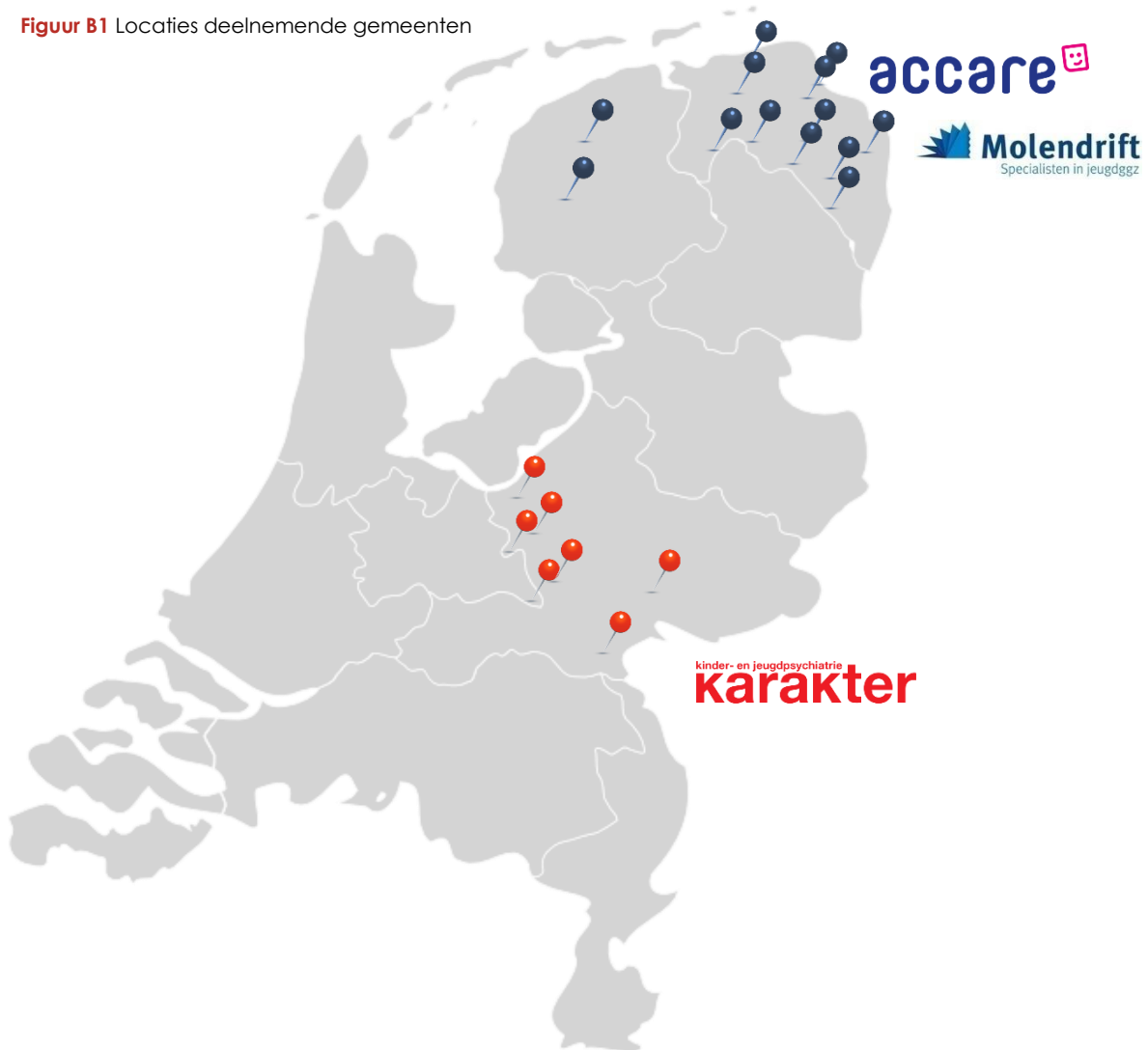
## Referenties

- Bower P., Garralda E., Kramer T., Harrington R., & Sibbald B. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: A systematic review. *Family Practice*, 18, 373-382.
- Boendermaker, M., Snippe, J., & Bieleman, B. (2016). *Eerste evaluatie POH-Jeugd Leeuwarden*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019, 31 oktober). *Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, perspectief*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82970NED&D1=0&D2=a&D3=a&D4=l&HDR=G1,G3,G2&STB=T&VW=T>.
- Elwyn, G., Barr, P.J., Grande, S.W., Thompson, R., Walsh, T. & Ozanne, E.M. (2013). Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 93, 102-107.
- Debruyne, S., & Haeck, N. (2016) *Met PrOP los ik het op! Kortdurende psychologische interventies: stappenplan voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Boom.
- Garralda E. (2001), Child and adolescent psychiatry in general practice. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 308-314.
- Good, P. I. (1999). *Resampling methods: A practical guide to data analysis*. Boston: Birkhauser.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Jonker, T., Knot-Dickscheit, J., & Huygen, A. (2017). *De praktijkondersteuner Jeugd. Een verkennende studie*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Jörg, F., Raven, D., Visser, E., & Oldehinkel, T. (2019). *Gebruik van gespecialiseerde GGZ door jongeren met en zonder psychiatrische diagnose(s)*. *GGzet*, 23(1), 34.
- Kiresuk, T.J., & Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community mental health journal*, 4(6), 443-453.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2018). *Keuzehulp POH-jeugd: kansen en risico's*. Utrecht: LHV. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/service/keuzehulp-poh-jeugd-kansen-en-risico> Geraadpleegd 1-10-2019.
- Layard, R., & Clark, D.M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London: Penguin Books.
- Lorr, M (1983). *Cluster Analysis for Social Scientists*. San Fransisco: Jossey Bass Publishers.
- Magnée, T., & Verhaak, P. (2015). *Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg"*. Utrecht: Nivel.
- Manly, B.F. (1997). *Randomization, bootstrap and Monte Carlo methods in biology (2nd ed.)* Boca Raton: Chapman & Hall.
- Mok, L., Wenning, H., & Vries, I. de (Eds.) (2016). *Handboek POH-GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Molendrift (2015). *Project: POH/Linking Pin Heerenveen, tussenevaluatie 31 december 2015*. Groningen: Molendrift. Geraadpleegd op 10 januari 2019, van <http://www.molendrift.nl/bibliotheek/publicaties/vakinhoudelijk/81-evaluatie-poh-ggz-kind-gezin-bij-de-huisartsen-in-jubbega-en-nieuwehorne/file>.
- Otten E, Geuijen P, Zwaanswijk M, Koopman I (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven*, 34, 596-615.
- Rijnders, P., & Heene, E. (2010) *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Amsterdam: Boom.
- ROS Friesland (2016). *Kader voor een POH-GGZ Jeugd. Heerenveen: ROS Friesland*. Geraadpleegd op 10 januari 2019, van <https://www.rosfriesland.nl/wp-content/uploads/kader-voor-een-poh-ggz-jeugd-02-11-16.pdf>.
- Roza, S.J., Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2003) Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2116-2121
- Serra, M., Drent, C., Jagersma, D., De Lange, M., Klöne, E., Free, T., Karadayi, R., Jacobs, H., Wetterauw, M., Loykens, E., & Mulder, E. (2015). *Jeugd GGZ dichtbij. Evaluatie van jeugd GGZ dichtbij projecten (juli 2013-december 2014)*. Geraadpleegd op 10 januari 2019, van <http://www.molendrift.nl/bibliotheek/publicaties/vakinhoudelijk/72-jeugd-ggz-dichtbij-evaluatie-accare-molendrift-maart-2015/file>.
- Stevenson, H. (2019). *Eindrapportage Pilots Ondersteuning Jeugd en Gezin*. Groningen: RIGG.
- Todman, J. B., & Dugard, P. (2001). *Single-case and small-n experimental designs: A practical guide tot randomization tests*. Mahwah (NJ): Erlbaum.
- Vandenbussche, S., & Hoogsteder, M. (2018). *Expertise aan de voorkant. Evaluatie van een Consultatie en Adviesteam jeugd ggz in Gooi en Vechtstreek*. Geraadpleegd op 29 juli 2019 van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2019/07/Eindrapportage-evaluatie-Consultatie-en-Adviesteam-jeugd-GGZ-Gooi-en-Vechtstreek-I.pdf>
- Van Dijk, M., Verhaak, P., & Zwaanswijk, M. (2013). *Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen*. Utrecht: Nivel.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 692-700.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst F.C. (2005). Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1292-1300.
- Zwaanswijk, M., & Verhaak, P.F.M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Zwaanswijk, M., Van Dijk, C.E., & Verheij, R.A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: Time trend analyses. *BMC Family Practice*, 12, 133-144.

## Bijlage 1 Overzicht van deelnemende gemeenten

**Figuur B1** Locaties deelnemende gemeenten



**Tabel 18** Deelnemende gemeenten en hun Praktijkondersteuners Jeugd

<b>POH Jeugd (11)</b>	<b>SOH-JGGZ (21)</b>	<b>OJG (19)<sup>14</sup></b>
Leeuwarden (10)	Barneveld (2)	Appingedam (2)
Súdwest Fryslân	Ede (3)	Delfzijl
	Nijmegen (5)	Groningen (3)
	Nijkerk (5)	Hoogezand (2)
	Rheden (2)	Oldambt
	Rhenen (3)	Slochteren/ Harkstede
	Scherpenzeel	Stadskanaal (2)
		Veendam
		Warffum/Eenrum/Usquert
		Westerkwartier (3)
		Winsum (2)

<sup>14</sup> In de eindrapportage OJG (Stevenson, 2019) worden 17 OJG plekken genoemd. Twee van hen zijn echter (tijdelijk) vervangen door andere professionals. In dit overzicht tellen we niet het aantal plekken, maar het aantal professionals dat heeft meegedaan aan het onderzoek.

**Bijlage 2: Inhoud registratiebestand**

<b>Gevraagde gegevens (variabele)</b>	<b>Waar terug te vinden in rapport? (paragraaf)</b>
<b>Algemene gegevens (eenmalig)</b>	
Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd: Leeftijd (numeriek) Geslacht (M/V) Achtergrond opleiding (meerkeuzevraag, incl. anders, namelijk)  Aantal jaren werkervaring jeugd GGZ/KJP (numeriek)  Andere relevante werkervaring (open vraag)	Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd, tabel 1, Relatie tussen opleidingsniveau (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd, tabel 1, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing Kenmerken Praktijkondersteuner Jeugd, tabel 1, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing
Dienstverband en logistiek: Loondienst huisartsenpraktijk (ja/nee) Bekostiging (meerkeuzevraag, incl. anders, namelijk) Uren werkzaam huisartsenpraktijk (numeriek) Uren werkzaam instelling jeugd GGZ/KJP (numeriek) Uren werkzaam andere instelling (numeriek)  Huisvesting in huisartsenpraktijk (ja/nee) Huurkosten voor praktijkruimte (ja/nee) Gebruik van HIS (ja/nee) Gebruik van zorgmail (ja/nee)	Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie (CJG, wijk- of gebiedsteam) Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie Kenmerken praktijksituatie Niet opgenomen in rapport
Kenmerken Huisartsenpraktijk: Aantal huisartsen in praktijk (numeriek) Leeftijd huisartsen in praktijk (numeriek) Aansluiting bij coöperatie (ja/nee) Andere disciplines in praktijk (numeriek, per categorie) Aantal cliënten in praktijk (numeriek) Aantal jeugdigen (<18) in praktijk (numeriek)	Kenmerken praktijksituatie Niet opgenomen in rapport Niet opgenomen in rapport Niet opgenomen in rapport Kenmerken praktijksituatie Niet opgenomen in rapport
<b>Kenmerken hulp (per cliënttraject)</b>	
Basisgegevens: Leeftijd (geboortemaand, geboortejaar) Geslacht (M/V)	Kenmerken jeugdigen Kenmerken jeugdigen
Bij aanmelding: Startdatum traject (datum) Aard hulpvraag (open vraag) Aanmelder hulpvraag (meerkeuzevraag, incl. anders, namelijk)	Intensiteit en duur van hulp Hulpvragen Hulpvragen
Tijdens traject: Totaal aantal contacten (visites overige werkzaamheden voor cliënt >15 minuten) (numeriek) Werkzaamheden (meerkeuzevraag, incl. anders, namelijk)	Intensiteit en duur van hulp  Werkzaamheden Praktijkondersteuner Jeugd, Relatie tussen opleidingsniveau (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing
Bij afsluiting: Einddatum traject (datum) Vervolg hulptraject (datum)  Verwijzing (indien van toepassing) (meerkeuzevraag, incl. anders, namelijk)  Naam ketenpartner (indien van toepassing) (open vraag)	Intensiteit en duur van hulp Verwijzen, Relatie tussen opleidingsniveau (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing Verwijzen, Relatie tussen opleidingsniveau (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing Verwijzen, Relatie tussen opleidingsniveau (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing, Relatie tussen ervaring (...) en taakinvinging, samenwerking en verwijzing

### Bijlage 3 Vragenlijst voor cliënten

#### Wat vind jij van de Ondersteuner Jeugd en Gezin? (versie jeugdige 12+)

We willen je graag 8 vragen stellen over wat jij vond van de hulp door de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG). Het duurt ongeveer 5-10 minuten om deze vragen in te vullen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. We zijn benieuwd naar jouw mening.

We doen onderzoek naar de hulp van de OJG om de hulp zo goed mogelijk te maken. Als je deze vragenlijst invult helpt dat de OJG om beter te worden in zijn of haar werk. Als je vragen hebt over dit onderzoek, mag je deze altijd aan de OJG stellen. Dat kun je doen via de doktersassistenten.

Je hoeft op deze vragenlijst je naam niet in te vullen. De OJG weet niet welke antwoorden jij hebt ingevuld. Als je de vragenlijst hebt ingevuld mag je hem in een dichtgeplakte enveloppe aan de doktersassistenten geven. Als je de vragen niet wilt invullen, hoeft dat natuurlijk niet. Je mag de vragenlijst dan gewoon weggooien of teruggeven.

*Alvast heel erg bedankt als je de vragenlijst invult!*

#### Wat vind jij van de Ondersteuner Jeugd en Gezin?

##### Uitleg:

De eerste drie vragen gaan over hoe jij de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) vond. Omcirkel alsjeblieft het getal dat het beste bij jouw mening past. Het getal 0 betekent steeds 'Helemaal geen moeite' en het getal 10 'Alle mogelijke moeite'.

Als je terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

##### 1. Hoeveel moeite deed hij/zij om jouw situatie, zorgen of problemen te begrijpen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite

Als je terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

##### 2. Hoeveel moeite deed hij/zij om te luisteren naar wat jij vertelde over jouw situatie, zorgen of problemen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite

Als je terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

##### 3. Hoeveel moeite deed hij/zij om jou te betrekken bij het maken van keuzes (bijvoorbeeld in het bepalen van vervolgstappen of het kiezen van de aanpak)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite



*Uitleg:*

*De volgende twee vragen gaan erover of de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) jou verder kon helpen. Wil je bij vraag 4 opschrijven met welk doel je bij de OJG kwam? Wil je bij vraag 5 aangeven of je vindt dat jouw situatie verbeterd is door het antwoord aan te kruisen dat het beste bij jouw mening past?*

**4. Wat was het doel waarvoor je bij de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) kwam?**

**5. In hoeverre vind je dat dit doel bereikt is?**

- Ik vind dat mijn situatie minder goed is dan voor het starten van de hulp.
- Ik vind dat mijn situatie hetzelfde is gebleven als voor ik hulp kreeg.
- Ik vind dat een deel van het doel is bereikt, maar nog niet alles.
- Ik vind dat het doel waarvoor ik hulp zocht bereikt is.
- Ik vind dat er meer bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.
- Ik vind dat er veel meer bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.

*Uitleg:*

*We hebben nog drie vragen over wat je van de hulp van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) vindt. Wil je bij deze vragen het antwoord aankruisen dat het beste bij jouw mening past?*

**6. Als één van mijn vrienden problemen heeft, zou ik hem of haar aanraden om naar een Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) te gaan.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**7. Ik heb voldoende geleerd van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) om verder te kunnen.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**8. Ik heb door de hulp van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) meer vertrouwen in de toekomst.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**Heb je nog opmerkingen of verbetertips?**

## Wat vindt u van de Ondersteuner Jeugd en Gezin? (versie ouder(s)/verzorger(s))

We willen u graag 8 vragen stellen over wat u vond van de hulp door de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG). Het duurt ongeveer 5-10 minuten om deze vragen in te vullen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. We zijn benieuwd naar uw mening.

We doen onderzoek naar de hulp van de OJG om de hulp zo goed mogelijk te maken. Daarbij helpt het om uw mening te weten. Heeft u vragen over dit onderzoek? Stel ze dan gerust aan de OJG. Dat kunt u doen via de doktersassistenten.

U mag de vragenlijst anoniem invullen en we zullen vertrouwelijk met uw antwoorden omgaan. De OJG weet niet welke antwoorden u hebt gegeven. Zou u de vragenlijst na het invullen in een dichtgeplakte enveloppe aan de doktersassistenten willen geven? Als u de vragenlijst niet wilt invullen, hoeft dat natuurlijk niet. U mag de vragenlijst dan gewoon weggooien of teruggeven.

*Alvast heel erg bedankt als u de vragenlijst invult!*

### Wat vindt u van de Ondersteuner Jeugd en Gezin?

*Uitleg:*

*De eerste drie vragen gaan over hoe u de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) vond. Omcirkel alsjeblieft het getal dat het beste bij uw mening past. Het getal 0 betekent steeds 'Helemaal geen moeite' en het getal 10 'Alle mogelijke moeite'.*

Als u terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

#### 1. Hoeveel moeite deed hij/zij om uw situatie, zorgen of problemen te begrijpen?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite

Als u terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

#### 2. Hoeveel moeite deed hij/zij om te luisteren naar wat u vertelde over uw situatie, zorgen of problemen?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite

Als u terugdenkt aan de contacten met de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG):

#### 3. Hoeveel moeite deed hij/zij om u te betrekken bij het maken van keuzes (bijvoorbeeld in het bepalen van vervolgstappen of het kiezen van de aanpak)

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Helemaal geen moeite										Alle mogelijke moeite

*Uitleg:*

*De volgende twee vragen gaan over of de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) u verder kon helpen. Wilt u bij vraag 4 opschrijven met welk doel u bij de OJG kwam? Wilt u bij vraag 5 aangeven of u vindt dat uw situatie verbeterd is, door het antwoord aan te kruisen dat het beste bij uw mening past?*

**4. Wat was het doel waarvoor u bij de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) kwam?**

**5. In hoeverre vindt u dat dit doel bereikt is?**

- Ik vind dat mijn situatie minder goed is dan voor het starten van de hulp.
- Ik vind dat mijn situatie hetzelfde is gebleven als voor ik hulp kreeg.
- Ik vind dat een deel van het doel is bereikt, maar nog niet alles.
- Ik vind dat het doel waarvoor ik hulp zocht bereikt is.
- Ik vind dat er meer bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.
- Ik vind dat er veel meer bereikt is dan het doel waarvoor ik hulp zocht.

*Uitleg:*

*We hebben nog drie vragen over wat u van de hulp van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) vindt. Wilt u bij deze vragen het antwoord aankruisen dat het beste bij uw mening past?*

**6. Ik zou de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) bij vrienden en familie aanbevelen.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**7. Ik heb voldoende geleerd van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) om verder te kunnen.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**8. Ik heb door de hulp van de Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) meer vertrouwen in de toekomst.**

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Wel mee eens
- Helemaal mee eens

**Heeft u nog opmerkingen of verbetertips?**

## **Bijlage 4: Uitleg behandelingen/interventies in het registratiebestand**

### **Begeleiding bij medicatievragen**

Het begeleiden of adviseren van cliënten bij vragen over medicatie.

### **Bemiddeling of begeleiding bij verwijzing**

Gaat verder dan alleen advies over welke hulp passend is en welke instelling dat zou kunnen bieden. De Praktijkondersteuner Jeugd begeleidt het gezin of jeugdige bij aanmelding, overlegt met de betreffende (jeugdhulp)aanbieder of gaat mee naar een intakegesprek.

### **Crisisinterventie of spoedhulp**

Alle vormen van hulp die worden ingezet omdat er sprake is van een crisissituatie bij de jeugdige of in het gezin.

### **Kortdurende behandeling**

Geen aanvullende uitleg

### **Ondersteunende gesprekken bij psychosociale problemen**

Gesprekken die bedoeld zijn om de jeugdige of het gezin kortdurend of langdurend maar heel laag frequent te ondersteunen bij psychosociale problemen. Dit kan ook zijn na afloop van een behandeling in de specialistische GGZ.

### **Opvoedondersteuning**

Interventie gericht op het ondersteunen van ouders bij de opvoeding of het aanleren of consolideren van vaardigheden.

### **Overbruggingshulp**

Iedere vorm van hulp die bedoeld is om wachttijd te overbruggen.

### **Psycho-educatie**

Voorlichting en uitleg aan ouders, jeugdige of andere betrokkenen over de aard van de problematiek, de gevolgen voor het dagelijks functioneren en voor de ontwikkeling van de jeugdige. Uitleg over behandelmogelijkheden hoort ook bij psycho-educatie.

### **Triage of screening**

Hiermee bedoelen we dat je de cliënt zelf spreekt om in te schatten wat er aan de hand is, hoe ernstig het is en welke hulp passend is.