



Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten

# Eindrapportage Pilots Ondersteuning Jeugd en Gezin

Groningen, 25 januari 2019  
Heleen Stevenson



## Inhoud

1. Inleiding .....	4
2. Beschrijving van het proces.....	4
3. Pilots in relatie tot het onderzoek 'Jeugdhulp bij de huisarts' .....	6
4. Resultaten monitoring pilots OJG .....	8
4.1: Algemene monitoringsgegevens van de pilots in Groningen.....	8
4.2: Samenvatting kwalitatief onderzoek.....	11
4.3: Toegevoegde waarde inzet OJG in basisteam.....	12
4.4: De baten in beeld .....	14
5. Modelovereenkomst versus de praktijk: aandachtspunten en aanbevelingen .....	16
6. Opleiding en competentieprofiel OJG .....	19
7. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	20
Bijlage a: Modelovereenkomst.....	25
Inhoud .....	26
1. Doelstellingen.....	28
2. Samenwerkingsafspraken Huisarts - OJG .....	28
3. Jeugdhulp en activiteiten OJG .....	28
4. Werkgeverschap en aansturing .....	29
5. Financiering en facturering .....	29
6. Privacy .....	29
7. Aansprakelijkheid .....	30
8. Werkafspraken .....	30
9. Duur samenwerkingsovereenkomst .....	30
Bijlage b: Functieprofiel OJG .....	31
Bijlage c: Onderbouwing financiële doorrekening kosten en opbrengsten pilots OJG.....	32

## 1. Inleiding

Een belangrijk doel van de Groninger Gemeenten is om gezamenlijk toe te werken naar een *kwitatief goed en effectief werkend jeugdinstel in de provincie Groningen; een stelsel waar jeugdigen gezond en veilig kunnen opgroeien en waar jeugdhulp efficiënt en effectief wordt uitgevoerd en ingezet.*

De huisarts heeft een verwijzfunctie naar alle vormen voor jeugdhulp en is dus voor jeugdigen en hun ouders en voor gemeenten een belangrijke partner als het gaat om de inrichting van een goede jeugdhulp en een goed werkend jeugdinstel. Voor gemeenten is het verbeteren en/of intensiveren van de samenwerking met de huisarts mede van belang omdat de kosten van de jeugdhulp door de gemeenten wordt gefinancierd.

In het land zijn diverse pilots waarbij een ondersteuner Jeugd wordt ingezet bij de huisarts (Praktijkondersteuner Jeugd Friesland, Specialistisch ondersteuner van Karakter in Food Valley of een jeugd- en gezinswerker in Zwolle).

In het Westerkwartier was reeds eerder goede ervaring opgedaan met de inzet van een ondersteuner die zowel bij de huisarts werkt als ook bij het CJG/basisteam gemeente. Op basis van de positieve ervaringen en de behoefte van alle gemeenten om de samenwerking met de huisartsen te versterken hebben de samenwerkende gemeenten in Groningen eind 2016 besloten om meerdere pilots te starten met een ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG) bij de huisarts. In Groningen is bewust gekozen voor de term Ondersteuner Jeugd & Gezin, enerzijds vanuit de gedacht om integraal te kijken naar de hulpvraag, maar tevens om aan te geven dat de OJG-er niet alleen bij de huisarts werkt (wat de term praktijkondersteuner suggereert), maar ook een aantal uren wordt ingezet in het lokale basisteam.

Het doel van de pilots OJG is samen te vatten in de volgende subdoelen:

1. Goede zorg dichtbij de cliënt, juiste zorg op de juiste plek
2. Versterken verbinding tussen huisartsen en basisteams gemeenten
3. Het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp
4. Vermindering van de kosten van de specialistische jeugdhulp.

In januari 2017 is een projectleider aangesteld met de volgende opdracht: zorg dat er 10 pilots ondersteuning jeugd en gezin gaan starten in 2017, evenredig verdeeld over de 8 regio's in de provincie Groningen, draag zorg voor een gemeenschappelijk toetsingskader en doe voorstellen ten aanzien van de monitoring van de pilots.

## 2. Beschrijving van het proces

De projectleider is begin 2017 begonnen met de voorbereidingen, zoals verkenning vergelijkbare initiatieven in het land, overleg met verschillende gemeenten die interesse hadden in het starten met een pilot, afstemming met huisartsen en Elann, en overleg met jeugdhulpaanbieders die mogelijk een ondersteuner zouden kunnen leveren. Op basis hiervan is een projectplan opgesteld dat is vastgesteld door het Dagelijks Bestuur.

In maart 2017 werd duidelijk werd helder dat Elann en Menzis voorafgaand aan verdere uitrol van meer pilots OJG een modelovereenkomst wilden hebben, waarin de kaders voor de pilots op hoofdlijnen waren uitgewerkt, inclusief de verantwoordelijkheidsverdeling van de diverse betrokkenen. Dit om onduidelijkheid met betrekking tot de rol-en taakverdeling van huisartsen te voorkomen. De belangrijkste aandachtspunten voor deze modelovereenkomst zijn op 6 april 2017

besproken met vertegenwoordigers van gemeenten, jeugdhulpaanbieders, Elann en de Groninger Huisartsen Coöperatie.

Belangrijkste conclusies uit dit overleg:

- er is overeenstemming over het takenpakket van de ondersteuner: consultatie, vraagverheldering, bieden van kortdurende ondersteuning aan kind/gezin (max. 5-7 gesprekken), de ondersteuner als linking pin tussen huisarts, patiënt, basisteam en zo nodig andere relevante spelers zoals school of andere jeugdhulpaanbieders;
- doelgroep: jeugdigen en/of hun ouders met opvoed-, opgroei, psychische- en/of psychosociale problematiek;
- de ondersteuners hanteren het referentiekader Toegang Jeugdhulp ;
- de naamgeving voor de pilots POH Jeugd en Gezin wordt gewijzigd in pilots Ondersteuning Jeugd & Gezin (OJG);
- de OJG-er valt onder de verantwoordelijkheid van het basisteam, maar is in principe werkzaam in de huisartsenpraktijk en werkt daarnaast een beperkt aantal uren op de locatie van het basisteam;
- alle pilots doen mee aan het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' dat wordt uitgevoerd door Accare, Molendrift en Karakter;
- gemeenten zijn tijdelijk bereid om de kosten van deze ondersteuning te financieren met uitzondering van de vacatiegelden voor huisartsen. Het is in de ogen van de gemeenten principieel onjuist om vacatiegelden voor de uren van de huisarts te betalen, omdat het een wettelijke taak van de huisarts is om tot goede screening en triage voor de jeugd te komen.

Op basis van de uitkomsten van deze discussie is een modelovereenkomst opgesteld, die elke gemeente kon gebruiken om de afspraken met betrekking tot de pilot in hun gemeente vast te leggen met de betrokken partners.

Na deze voorbereidingen werd duidelijk dat de oorspronkelijke financiering van de pilots uit het overschot op het jeugdhulpbudget van 2015 op losse schroeven stond vanwege het feit dat het jaar 2016 afgesloten zou worden met een tekort op het jeugdhulpbudget. Dit hield in dat de pilots niet van start konden gaan voordat er overeenstemming was over de wijze van financieren. In het advies voor het Dagelijks Bestuur van de RIGG met betrekking tot de financiering van de pilots is geadviseerd om door te gaan met de ontwikkeling van de pilots, zodat er in 2017 mee geoefend kon worden en de ervaringen daaruit gebruikt konden worden bij de verdere uitrol in 2018.

Op 21 april 2017 heeft het DB ingestemd met het voorgestelde advies en is besloten om wat betreft financiering van de pilots aansluiting te zoeken bij de afspraken die reeds waren gemaakt ten aanzien van de fte inzet in de basisteams en de financiering van de pilots OJG voor 2017 te laten plaatsvinden met de middelen voor de ZIN voor 2017. En om de financiering vanaf 1 januari 2018 te laten plaatsvinden vanuit het vrij besteedbare budget van elke gemeente voor lichte jeugdhulp en ondersteuning.

Omdat alle individuele gemeenten dienden in te stemmen met dit nieuwe financieringsvoorstel voordat daadwerkelijk gestart kon worden met de nieuwe pilots, heeft dit voor de nodige vertraging gezorgd bij de uitrol van de pilots. Tussen april en september 2017 is aandacht besteed aan de volgende zaken: ambtelijke afstemming met betrekking tot de voorbereiding en de financiering van de pilots, het uitwerken van het functieprofiel, de tarieven, de modelovereenkomst en het voorstel met betrekking tot de monitoring van de pilots.

Zodra de instemming voor het financieringsvoorstel van de pilots binnen was, zijn de pilots in het najaar 2017 van start gegaan.

In onderstaande tabel een overzicht van alle pilots OJG in de provincie Groningen. De pilot in Slochteren was reeds eerder van start gegaan, net zoals de pilot Westerkwartier en Appingedam. Deze pilots zijn deels verder uitgebreid en zijn mee genomen in de monitoring.

Te zien is hoeveel huisartsen per pilot meedoen, wat de totale omvang is van de normpraktijken van alle deelnemende huisartsen in de betreffende pilot, het aantal uren dat de OJG-ers werkzaam zijn de huisartsenpraktijk, het aantal dat de OJG-ers beschikbaar hebben ten behoeve van afstemming met het basisteam van de gemeente en de naam van de Jeugdhulpaanbieder die de OJG-er levert.

In totaal zijn 17 OJG-ers ingezet in deze pilots en zijn ruim 100 huisartsen betrokken.

Gemeente	Aantal huisartsen	omvang normpraktijk	uren OJG <sup>1</sup>	Uren basisteam <sup>2</sup>	JHA
Appingedam	6	5,3	32	8	Accare & Lentis
Delfzijl	10	8,1	20	8	Lentis
Groningen De Held	2	1,3	2	4	Wij-team
Groningen Hoogkerk	2	1,5	3	6	Accare
Groningen Vinkhuizen	4	3,4	12	0	Elker
Hoogezand	7	6,1	14	8	Accare
Oldambt	10	4,6	16	10	MEE
Slochteren/ Harkstede	4	4	4	8	Accare
Stadskanaal	10	10	24	6	Lentis & VNN
Veendam	4	2,8	6	2	Molendrift
Warffum/Eenrum/Us quert	4	3,7	6	4	Molendrift
Westerkwartier	26	nb	68	nb	Accare, Lentis, Detacheringsbureau
Winsum	4	3,7	8	0	Molendrift

### 3. Pilots in relatie tot het onderzoek 'Jeugdhulp bij de huisarts'

Een van de afspraken die bij de start van de pilots is gemaakt is dat alle pilots mee zouden doen aan het reeds lopende onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts'. Dit had als voordeel dat er sprake was van

<sup>1</sup> In Appingedam en Stadskanaal worden deze uren ingevuld door 2 OJG-ers, in Westerkwartier door 3 OJG-ers. In de overige pilots door 1 OJG-er

<sup>2</sup> NB: een 2-tal OJG-ers had bij aanvang wel uren voor het basisteam, maar door de grote vraag worden deze uren bij de huisarts ingezet. Een aantal andere OJG-ers hebben ook een contract bij het basisteam (bv. als gedragswetenschapper of als jeugdconsulent), maar aangezien deze uren niet zijn gekoppeld aan de pilot, zijn deze uren niet opgenomen in deze tabel.

een uniforme registratie, waardoor het mogelijk was om (gedurende de looptijd van de pilots) de data met elkaar te vergelijken. Hieronder een korte toelichting over dit onderzoek.

Vanuit het Child Study Center van Accare is in 2016 een onderzoeker aangesteld die, samen met onderzoekers van Molendrift en de instelling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Karakter, een onderzoek doet naar de effecten van en ervaringen met het inzetten van Jeugdhulp bij de Huisarts. Binnen het onderzoek worden gegevens en ervaringen van verschillende pilots binnen een aantal regio's in Noord en Oost-Nederland verzameld, waaronder de pilots OJG in Groningen. Door deze gegevens en ervaringen op grote schaal bij elkaar te brengen zijn de aanbevelingen van het onderzoek breed toepasbaar.

Als onderdeel van het onderzoek is een registratieformat ontwikkeld (Excelbestand), dat in de verschillende pilots wordt gebruikt. In dat registratieformat wordt zowel informatie vastgelegd over een aantal algemene zaken (aard huisartsenpraktijk, informatie over de POH/OJG/SOH), als over data met betrekking tot de cliënttrajecten (aantal trajecten, aard hulpvraag, duur trajecten, aard interventies, aantal doorverwijzingen). Alle gegevens worden anoniem verzameld en geanalyseerd.

Op basis van die data, in combinatie met de ervaringen van betrokken hulpverleners en cliënten, zullen de onderzoekers praktijkaanbevelingen doen. Ze beantwoorden vragen als:

- Welke mogelijkheden zijn er in de inrichting van jeugdhulp bij de huisarts (bijvoorbeeld opleidingsniveau professional of het wel of niet positioneren in een CJG/wijk- of gebiedsteam)?
- Wat zijn de gevolgen van keuzes die je hier in maakt voor de geboden zorg (bijvoorbeeld in zelf oplossen vs. verwijzen)?
- Wat zijn de grootste successen en wat zijn mogelijke struikelblokken?

Op dit moment zijn de onderzoekers bezig de reeds verzamelde gegevens te analyseren en rapporteren. De resultaten van het onderzoek zullen worden teruggekoppeld aan alle betrokken pilots in het land, waaronder de pilots OJG in Groningen. Daarnaast zullen de onderzoekers, naar verwachting begin 2019, de resultaten publiceren en verspreiden.

De monitoring van de pilots OJG op provinciaal niveau is belegd bij de projectleider van de RIGG. De resultaten van deze monitoring worden beschreven in het volgende hoofdstuk.

De resultaten en aanbevelingen die in het huidige rapport staan beschreven zijn niet de resultaten van het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts', maar bevindingen van de projectleider OJG. Beide rapporten zijn (gedeeltelijk) gebaseerd op dezelfde gegevensbronnen.

## 4. Resultaten monitoring pilots OJG

### 4.1: Algemene monitoringsgegevens van de pilots in Groningen

Alle data die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd zijn de geaggregeerde data op provinciaal niveau van de deelnemende pilots in de provincie Groningen.

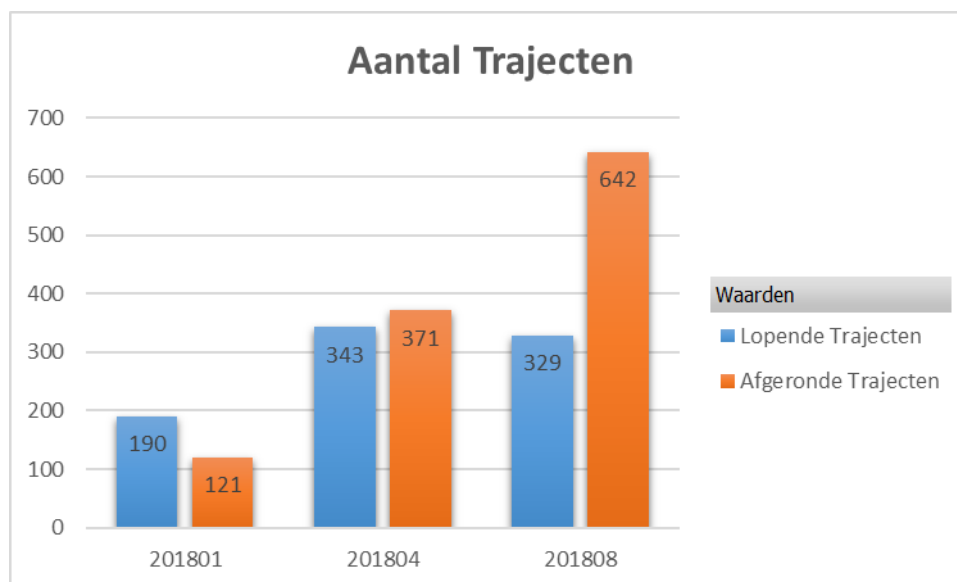
De data die in dit hoofdstuk worden beschreven komt voort vanuit de volgende informatiebronnen:

- De geanonimiseerde data uit de registratieformats van 16 OJG
- Informatie uit het kwalitatief evaluatie onderzoek dat na 6 maanden is gehouden
- Informatie uit de evaluatiegesprekken die na 3, 6 en 9 maanden gehouden zijn in elke pilot.

Zoals reeds eerder beschreven zijn de nieuwe pilots rond oktober 2017 van start gegaan. De pilots van Appingedam en Westerkwartier liepen al langer, maar hebben niet van het begin af aan met een eenduidig registratieformulier gewerkt. De gemeenten waar deze pilots liepen hebben gekozen voor uitbreiding van de bestaande pilot en hebben vanaf dat moment hetzelfde registratieformulier gebruikt. Alleen de pilot in Slochteren heeft van het begin met het registratieformulier gewerkt, waardoor er van deze pilot informatie beschikbaar is over een langere periode (ruim 1,5 jaar). Van 1 pilot zijn de gegevens niet meegenomen, omdat de OJG-er ziek is geworden waardoor er over een te korte periode informatie beschikbaar is die niet goed vergelijkbaar was met de andere pilots. De data van de meeste pilots gaat over een periode van 9 tot 10 maanden.

#### Aantal ingestroomde cliënten

In figuur 1 is te zien hoeveel cliënten totaal zijn ingestroomd bij alle deelnemende pilots tot aan het moment van de laatste meetperiode. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in nog lopende cliënttrajecten en reeds afgesloten cliënttrajecten.



Figuur 1: Aantal cliënttrajecten, lopend en afgerond in januari, april en augustus 2018

In januari 2018 hadden alle OJG-ers samen 311 cliënten gezien, daarvan waren inmiddels 121 trajecten afgesloten en 190 trajecten liepen nog door. In augustus lag het totaal cliënttrajecten op 971, waarvan 642 trajecten reeds waren afgesloten.

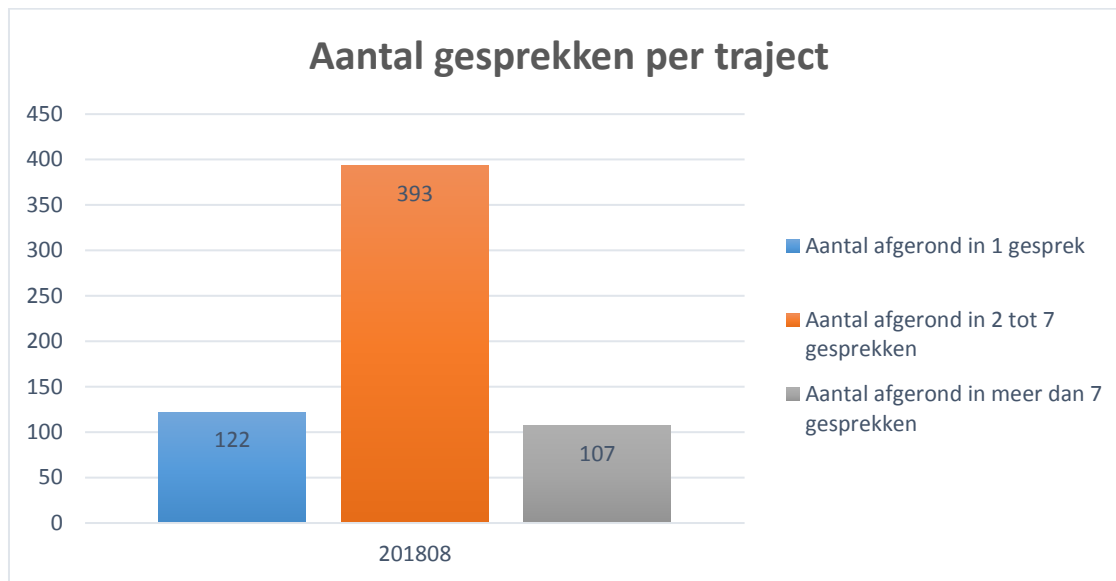


Uit deze grafiek is goed te zien dat het tijd kost om de instroom van cliënten op gang te brengen en dat het aantal afgeronde trajecten vanzelfsprekend toeneemt naarmate de pilots langer lopen. Pas als een cliënttraject is afgerond zijn conclusies te trekken over het aantal gesprekken per cliënt en de vraag hoe het traject is afgerond.

### Aantal gesprekken per cliënttraject

Een van de verwachtingen bij de pilots is dat de OJG-er beschikbaar is voor consultatievragen van de huisarts, zelfstandig in staat is om tot goede vraagverheldering en triage te komen en dat de OJG-er een deel van de hulpvragen in gemiddeld 1-7 gesprekken kan afronden<sup>3</sup>.

Bij de evaluatiegesprekken bleek dat de duur van een gesprek per OJG kan verschillen. Sommige OJG-ers plannen standaard een afspraak in van een half uur en anderen plannen standaard een afspraak van 1 uur in. Hierdoor is de vergelijkbaarheid van de gegevens niet optimaal.



Figuur 2: Aantal gesprekken per afgerond cliënttraject

In figuur 2 is te zien dat de meeste cliënt trajecten in 1- 7 gesprekken wordt afgerond. Van de 107 trajecten die zijn afgerond in meer dan 7 gesprekken geldt dat het merendeel hiervan was afgerond in 8 of 9 gesprekken. Bij 2 pilots zijn er lokaal andere afspraken gemaakt in verband met de lange wachttijden in de 2<sup>e</sup> lijn en de wens om wijkgericht de zorg af te ronden, waardoor het aantal gesprekken per cliënt in deze pilots toeneemt. Het zal duidelijk zijn dat dit de doorloopsnelheid van de cliënten in de pilot beïnvloed.

### Aard van de hulpvraag

In het registratieformulier kunnen de OJG-ers aangeven wat de aard van de hulpvraag is waar jeugdigen en/of hun ouders/verzorgers binnenkomen.

In algemene zin kan gesteld worden dat de meest voorkomende hulpvragen waarmee ouders of jeugdigen bij de huisarts komen en die zijn doorverwezen naar de OJG betrekking hebben op de volgende zaken:

- Ontwikkelingsproblematiek
- Gedragsproblematiek
- Somberheid en depressieve klachten
- Angstklachten
- Trauma/rouwverwerking

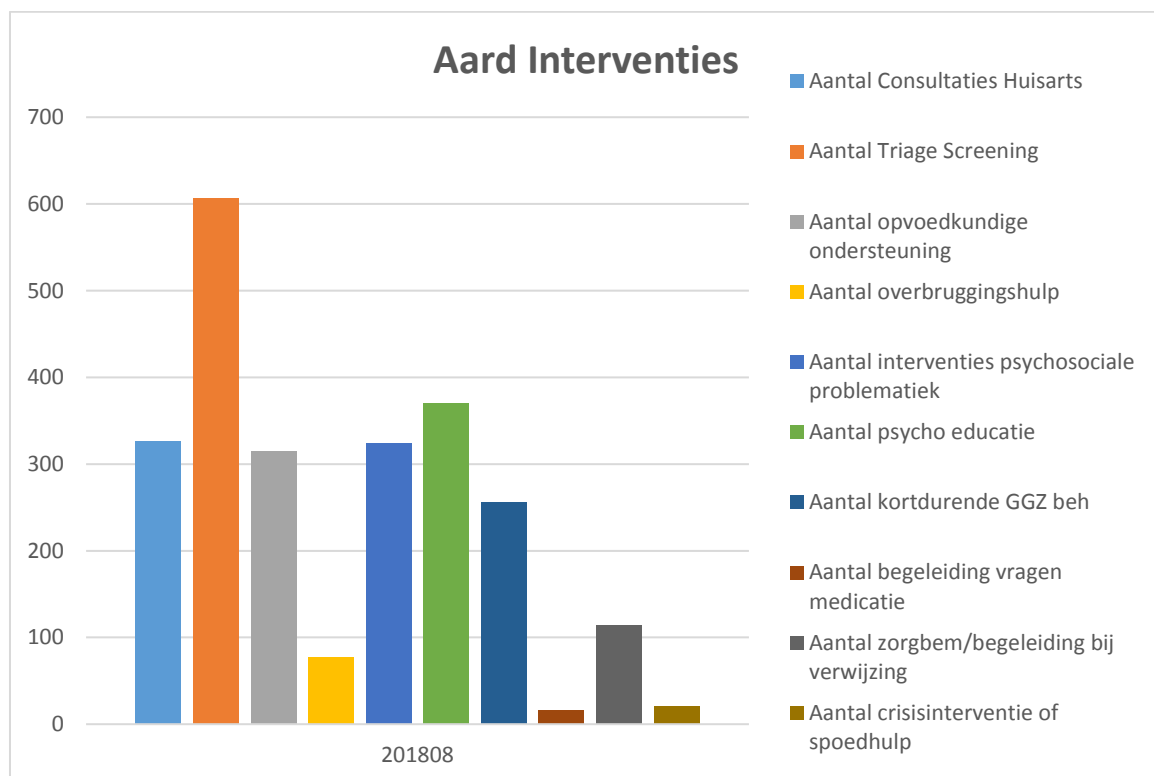
<sup>3</sup> Definitie gesprek: gesprek = elk cliënt gerelateerd overleg/contact > 15 minuten

- Lichamelijke klachten, slaapproblemen, eetproblemen
- Problemen in verband met scheiding ouders
- Gepest/weerbaarheid
- Concentratie/leerproblemen

In het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' zal specifiek worden ingegaan op de aard van de hulpvraag. Deze informatie is van belang om te bepalen wat een Ondersteuner Jeugd & Gezin moet kunnen om deze functie te kunnen uitoefenen.

### Aard van de interventies

De OJG-ers kunnen in het registratieformulier aanvinken welke interventies zij hebben ingezet om de hulpvraag te beantwoorden. Per cliënttraject kunnen meerdere interventies worden ingezet, bijvoorbeeld triage/screening en psycho-educatie.



Figuur 3: Aard interventies ingezet door OJG

In figuur 3 is te zien dat het accent van de interventies ligt op triage/screening, psycho-educatie, consultatie huisarts, interventies bij psychosociale problematiek, opvoedkundige ondersteuning en kortdurende GGz-behandelingen. De OJG-er wordt zelden ingezet bij medicatievragen of bij crisisinterventie of spoedhulp. In de evaluatiegesprekken die zijn gehouden is aangegeven dat in pilots die langer lopen en waarbij de samenwerking met de huisarts intensiever is, de huisarts vaker een beroep doet op de OJG om mee te denken bij crisisvragen. Het inzetten van overbruggingshulp wordt vaker ingezet naarmate de wachtlijsten van de 2<sup>e</sup> lijn toenemen.

## Aantal verwijzingen

In figuur 4 is te zien naar welke vorm van hulp de OJG-ers doorverwijzen als doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp nodig is.

	Totaal	Percentage
Totaal aantal clienttrajecten	971	
Afgeronde Trajecten	642	100%
Aantal trajecten afgehandeld OJG (incl. doorverwijzing lokale veld)	348	54%
Verwijzingen CJG/Wijk of gebiedsteam	80	12%
Verwijzingen naar instelling voor jeugdzorg (en LVB)	29	5%
Verwijzingen naar generalistische basis GGZ	27	4%
Verwijzingen naar specialistische jeugd GGz/GGz	129	20%
Verwijzingen naar vrij toegankelijke zorg	14	2%
Verwijzingen anders	9	1%

Figuur 4: Overzicht aantal verwijzingen door alle OJG-ers van deelnemende pilots in de provincie Groningen

In totaal zijn 642 van de 971 cliënttrajecten afgerond door de OJG-ers van alle deelnemende pilots in de provincie Groningen in een periode van ongeveer 10 maanden (NB: 2 pilots hadden een langere doorlooptijd).

Van deze 642 cliënttrajecten is 54 % door de OJG-er zelf afgehandeld

Bij 12 % van de afgehandelde trajecten wordt door de OJG-er doorverwezen naar het basisteam van de gemeente. Daarmee wordt duidelijk dat, zo nodig, de verbinding met het basisteam wordt gevonden.

### 4.2: Samenvatting kwalitatief onderzoek.

Als onderdeel van het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' hebben de onderzoeker en de projectleider OJG per pilot kwalitatieve informatie verzameld bij het evaluatiegesprek van de pilots OJG na 6 maanden. Tijdens deze evaluatiegesprekken konden de onderzoeker en de projectleider informatie verzamelen over de successen en knelpunten van de jeugdhulp bij de huisarts volgens de betrokken stakeholders (OJG, gemeente, basisteam, huisartsen en eventuele overige aanwezige betrokkenen). Om te voorkomen dat de deelnemers aan de evaluatiegesprekken elkaars antwoorden beïnvloedden, vroeg de onderzoeker hen om al 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 Ondersteuning Jeugd en Gezin?
- 2) Wat is het grootste knelpunt in de pilot met de Ondersteuning Jeugd en Gezin?

Daarnaast observeerde de aanwezige onderzoeker het verdere verloop van de evaluatiegesprekken, waarin de projectleider OJG trimesterrapportages besprak met de aanwezigen. Nadien ontvingen de deelnemers de door de onderzoeker gemaakte samenvatting van hun evaluatiebijeenkomst (1-2 A4). In totaal hebben 51 deelnemers, verspreid over 11 bijeenkomsten, de volgens hen belangrijkste successen en knelpunten ingevuld. Hun antwoorden op die vragen zijn samengevat in onderstaande tabellen.

<b>Meest genoemde successen</b>	
<i>Omschrijving succes</i>	<i>Aantal deelnemers dat dit succes omschreef</i>
1. Jeugdhulp bij de huisarts dichtbij, in de vertrouwdeheid van de huisartsenpraktijk maakt het laagdrempelige hulp	24
2. Jeugdhulp bij de huisarts heeft de verbinding tussen de huisartsenpraktijk en CJG/wijk- of gebiedsteam verbeterd	16
3. Jeugdhulp bij de huisarts heeft de kwaliteit van zorg voor jeugdigen verbeterd (genoemde onderdelen door 27 unieke deelnemers):	
a. doordat jeugdigen sneller geholpen kunnen worden	14
b. doordat er een beter aanbod is voor lichte/kortdurende hulp	12
c. doordat de triage is verbeterd	12
d. doordat er meer oog is voor preventie	4
4. De jeugdhulpprofessional bij de huisarts heeft jeugdigen in de eerste lijn geholpen, die anders verwezen waren naar specialistische jeugdhulp	13
5. De jeugdhulpprofessional bij de huisarts heeft korte lijnen met de huisarts	10

<b>Meest genoemde knelpunten</b>	
<i>Omschrijving knelpunt</i>	<i>Aantal deelnemers dat dit knelpunt omschreef</i>
1. Er is geen duidelijke, werkbare werkwijze voor dossiervoering en het omgaan met cliëntgegevens (inclusief AVG/privacy)	24
2. De linking-pin functie (huisartsenpraktijk - CJG/wijk- of gebiedsteam) van jeugdhulp bij de huisarts is (nog) niet optimaal	10
3. Wachlijsten bij ketenpartners beperken de uitstroom van cliënten	5
4. In de praktijk blijken afspraken over verantwoordelijkheid/aansprakelijkheid voor de functie een ontwikkelpunt	3

In het onderzoeksrapport van 'Jeugdhulp bij de Huisarts' zullen de onderzoekers een uitgebreidere rapportage van de hier samengevatte gegevens presenteren.

#### 4.3: Toegevoegde waarde inzet OJG in basisteam

Zoals reeds in de inleiding is beschreven is voor de pilots OJG geadviseerd om elke OJG-er ook een aantal uren te koppelen aan het lokale basisteam. De wijze waarop de uren bij het basisteam worden ingezet verschilt per pilot. Omdat het registratieformat geen informatie oplevert over de meerwaarde van deze uren, is bij de laatste evaluatiegesprekken na 9 of 10 maanden expliciet gevraagd hoe deze uren in elke pilot worden ingevuld en wat in de ogen van de deelnemers van de pilot de toegevoegde waarde is van deze uren.

Het aantal uren inzet dat een OJG-er beschikbaar heeft voor taken in het basisteam varieert van 2 – 10 uur per week. Hierbij moeten de volgende opmerkingen worden geplaatst:

- 1 OJG-er heeft formeel 4 uur voor de werkzaamheden in het basisteam, maar vanwege grote vraag bij de huisarts worden alle uren nu ingezet bij de huisarts.

- Twee OJG-ers hebben formeel geen uren voor werkzaamheden in het basisteam gekoppeld aan hun functie als OJG, maar zij hebben naast hun aanstelling als OJG een functie in het basisteam als jeugdconsulent of als gedragswetenschapper. Hiermee is ook sprake van een nauwe verbinding tussen huisarts en basisteam.

Naast het verschil in aantal uren voor de taken voor het basisteam, zijn er ook verschillen in aard van de huisartsenpraktijken. Sommige pilots vinden plaats in een groot gezondheidscentrum met meerdere huisartsen onder 1 dak, waarbij soms ook het basisteam van de gemeente is gehuisvest. In andere pilots werkt de OJG 1 dagdeel per 14 dagen bij een kleine huisartsenpraktijk en staat het basisteam van de gemeente verder af van de huisartsen. Dit heeft vanzelfsprekend invloed op de mate van bekendheid en samenwerking tussen huisarts en basisteam.

Op de vraag hoe de OJG-ers invulling geven aan de uren die zij beschikbaar hebben voor het basisteam hebben OJG-ers en teamleiders van basisteams de volgende antwoorden gegeven:

- Deelname aan het multidisciplinair overleg van het basisteam
- Afstemming over casuïstiek bij doorverwijzing naar het basisteam
- In sommige gevallen ziet de OJG-er jeugdigen op verzoek van het basisteam en niet alleen cliënten die instromen via de huisarts
- In sommige gemeenten neemt de OJG-er deel aan het aanmeldoverleg waar casuïstiek verdeeld wordt
- In meerdere pilots neemt de OJG-er deel aan het teamoverleg of het afstemmingsoverleg tussen basisteam gemeente en huisartsen
- Delen kennis en expertise met het basisteam
- In sommige pilots ook gezamenlijke scholing, intervisie en werkbegeleiding
- Brugfunctie: verbinding huisartsen-CJG-contactpersoon onderwijs
- Het leggen van contacten met onderwijs, maatschappelijk werk, 1<sup>e</sup> lijn of met het voorliggend veld van buurgemeenten
- In 1 gemeente gaat de OJG soms mee op huisbezoek met de jeugdconsulent
- In 1 gemeente is kortdurend casemanagement bij de OJG-er belegd
- Ook wordt de OJG-er in 1 gemeente ingezet bij het project goede toekenningen, dat wil zeggen dat bij verzoeken tot verlenging van de zorgtoewijzingen jeugdhulp de OJG-er helpt bij de inhoudelijke beoordeling van de aanvraag

De toegevoegde waarde van de uren die de OJG-er beschikbaar heeft voor het basisteam wordt als volgt verwoord:

- De contacten met het basisteam zijn cruciaal om je werk als OJG goed te kunnen uitoefenen: Je moet de mensen leren kennen om lijntjes te kunnen leggen
- Deze verbinding is een randvoorwaarde voor ketensamenwerking in de eerste lijn (huisarts, basisteam, onderwijs, maatschappelijk werk, GGD)
- Als OJG-er heb ik meer zicht gekregen op het aanbod van het basisteam en het voorliggend veld
- Kennisuitwisseling en elkaars taal leren spreken
- Doordat casuïstiek gezamenlijk wordt besproken (basisteam en OJG) wordt vertrouwen in elkaars deskundigheid ontwikkeld.
- Het correct overdragen van casuïstiek
- Het afstemmen van werkwijzen
- Een betere verbinding met preventie en algemene voorzieningen mogelijk

- Vroegtijdig signaleren en voorkomen zwaardere hulp
- Snelle inzet van hulp waardoor verergering wordt voorkomen (geen wachtlijsten)
- Inzicht in het systeem rondom het kind
- Voorkomen shoppedrag: sommige cliënten zijn zowel bekend bij het basisteam als bij de huisarts. Dan is het van belang om de hulpverlening goed op elkaar af te stemmen
- Doordat de OJG-ers ook de weg weet in het basisteam en weet wat het basisteam te bieden heeft, kunnen de OJG-ers cliënten helpen om de weg te vinden bij het zoeken naar passende hulp
- Huisartsen gaan inmiddels zelf ook vragen om inzet vanuit het basisteam
- Gezamenlijke innovatie en visieontwikkeling mogelijk van huisartsen en basisteams

#### 4.4: De baten in beeld

Zoals in de inleiding al is beschreven zijn de volgende doelstellingen gekoppeld aan de pilots OJG:

1. Goede zorg dichtbij de cliënt, juiste zorg op de juiste plek
2. Versterken verbinding tussen huisartsen en basisteams gemeenten
3. Het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp
4. Vermindering van de kosten van de specialistische jeugdhulp.

Om deze doelstellingen te kunnen vertalen naar een kosten- en batenanalyse wordt in het rapport van DSP van 25 april 2017<sup>4</sup> uitgegaan van de volgende veronderstellingen en uitgangspunten:

- De aanname bij de doelstelling goede zorg dichtbij en de juiste zorg op de juiste plek is dat huisartsen in een aantal gevallen doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp (basis ggz en specialistische ggz), waar lichtere vormen van hulp meer op hun plaats zou zijn geweest.
- Een aanname bij de tweede doelstelling is dat de inzet van een OJG als verbindingsofficier tussen de huisarts en het basisteam van een gemeente, leidt tot een betere samenwerking tussen de huisarts en het gemeentelijke basisteam.
- Een veronderstelling bij de derde doelstelling is dat de inzet van een OJG ervoor kan zorgen dat vanuit de huisartsenpraktijken minder vaak wordt verwezen naar de specialistische jeugdhulp.
- Tenslotte wordt bij doelstelling 4 verondersteld dat de inzet van een OJG-er wordt gecompenseerd door lagere kosten van de jeugdhulp (minder doorverwijzingen) en derhalve een kostenbesparing kan opleveren.

De stelling of er minder wordt doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp door de betrokken huisartsen wordt bij voorkeur onderzocht aan de hand van het absolute aantal verwijzingen per deelnemende huisarts. Deze informatie bleek niet op een betrouwbare wijze uit het registratiesysteem van de gemeente te halen, waardoor deze informatie ontbreekt. Data die wel beschikbaar is zijn de verwijscijfers die de OJG-ers hebben bijgehouden in het registratieformat.

In de voorgaande paragrafen van de Eindrapportage pilots OJG zijn de resultaten van de monitoring van de pilots gepresenteerd. In de paragraaf 4.1 is kort beschreven wat de aard van de hulpvraag is waarbij de cliënten die door de huisarts worden doorverwezen naar de OJG-er binnenkomen en welke interventies worden ingezet door de OJG. In figuur 4 is te zien dat 54 % van de afgeronde cliënt trajecten door de OJG-er zelf is afgehandeld en dat andere cliënten worden doorverwezen naar de specialistische GGz (20%), naar het basisteam van de gemeente (12 %), naar een instelling voor jeugdzorg en LVB (5 %) of naar basis GGz (4 %).

---

<sup>4</sup> DSP: Naar meer effectiviteit en efficiency in de JGGZ, tussenevaluatie van de pilot SOH-KJP in de regio FoodValley.

Of met de inzet van de OJG daadwerkelijk de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden, kan pas worden vastgesteld als de cliënten gedurende langere periode worden gevolgd.

In paragraaf 4.2 worden de resultaten van het kwalitatief onderzoek beschreven: de meest genoemde successen en knelpunten van de pilot OJG door de betrokken deelnemers aan de pilots.

In paragraaf 4.3 wordt beschreven wat de betrokkenen zelf noemen als de toegevoegde waarde van deze inzet in het basisteam.

Op basis van het kwalitatieve onderzoek kan worden geconcludeerd dat alle betrokken deelnemers van mening zijn dat de inzet van de OJG leidt toe een versterking van de verbinding tussen huisarts en basisteams van gemeenten. Het effect van een verbeterde samenwerking en een sluitende keten is niet gekwantificeerd en daardoor niet in euro's uit te drukken.

### **Doorrekening resultaat pilots**

Alhoewel veel informatie verzameld is door middel van het monitoren van de pilots is het niet mogelijk om met de beschikbare informatie een betrouwbare en volledige businesscase te maken. Omdat er wel behoefte was naar een antwoord op de vraag of de inzet van een OJG financieel gezien uit kan zijn diverse berekeningen gemaakt. Financieel gezien kunnen hieruit niet meer dan globale aannames gedaan worden.

De incidentele kosten van de pilot zijn hierbij niet meegerekend (inzet projectleider, inzet beleidsambtenaren en huisartsen e.d.). Alleen de structurele kosten van de inzet van de OJG-er is meegenomen in de berekening.

De kosten van de inzet van de OJG komt globaal voor alle pilots gedurende de looptijd van de monitoring uit op ruim € 780.000,-.

De geschatte besparingen door minder doorverwijzingen komt uit op ruim € 1 miljoen euro.

**Positief Resultaat** op basis van deze berekening:

€ 239.775,-

NB: Toelichting niet meegerekende opbrengsten

1. Het zogenaamde 'onderhanden werk': In totaal zijn er 329 lopende trajecten. De opbrengsten hiervan zijn nog niet te berekenen omdat niet helder hoeveel trajecten hiervan zelfstandig worden afgehandeld door de OJG-er danwel worden doorverwezen. De uren die OJG-ers hieraan hebben besteed zijn wel meegenomen in de berekening van de kosten.
2. De maatschappelijke gezondheidswinst van een op elkaar aansluitende keten en het effect van een kwalitatief gerichtere doorverwijzing zijn niet gekwantificeerd en daardoor niet in euro's uit te drukken.

Op basis van deze berekeningen kan worden geconcludeerd dat het financiële resultaat van de inzet van de OJG op provinciaal niveau positief is. De aanname is dat de financiële opbrengsten in werkelijkheid hoger zijn dan nu in de berekening tot uitdrukking komt.

Variatie in rendement lijkt te worden beïnvloedt door de volgende factoren:

- Verschil in aantal uren per OJG voor inzet in CJG. Deze uren beïnvloeden de kostprijs van de pilot, echter de resultaten van deze inzet worden niet uitgedrukt in een kwantificeerbaar resultaat. NB: gezien de uitkomsten van het kwalitatief onderzoek lijken deze uren echter wel een belangrijke parameter te zijn in het tot stand brengen van de ketensamenwerking.
- Omvang instroom cliënten en aantal afgeronde cliënt trajecten per OJG-er op het moment van aanleveren van de laatste dataset per OJG.
- Looptijd pilot. Naarmate een pilot langer loopt heeft aanlooptijd pilot (op gang brengen instroom) minder invloed op de resultaten

- Mate van reeds bestaande samenwerking tussen huisarts en basisteam (bv. meerdere huisartsen en basisteam samen gehuisvest in 1 pand)

Harde conclusies over een mogelijk verschil in rendement tussen de diverse pilots zijn echter op basis van de beschikbare gegevens niet te trekken. Het besluit of een gemeente wel of niet door wil gaan met de pilot OJG is aan de gemeente zelf. Veel gemeenten hebben inmiddels besloten om de pilots te continueren of zijn voornemens om op meer plekken te starten met de inzet van een OJG in overleg met huisartsen in hun gemeente.

#### **Advies met betrekking tot vervolg monitoring**

De dataverzameling voor het onderzoek 'Jeugdhulp bij de huisarts' is inmiddels afgerond en ook de monitoring door het RIGG is beëindigd. De verplichting om met het uitgebreide registratieformulier te werken is hiermee komen te vervallen. Het is aan gemeenten zelf om te bepalen of en op welke wijze zij de inzet van de OJG willen monitoren. Geadviseerd wordt om als gemeente zelf een aantal basisgegevens zelf bij te houden met betrekking tot de inzet van de OJG, zoals het aantal cliënten gezien door de OJG, het aantal gesprekken per cliënt, het aantal afgeronde trajecten, het aantal doorverwijzingen en naar wie. Daarnaast is het van belang om in het gemeentelijk registratiesysteem vast te leggen wie de verwijzer is, met de naam van de verwijzende huisarts, zodat ook objectieve informatie over mogelijke wijzigingen met betrekking tot het aantal verwijzingen van huisartsen beschikbaar is. Deze informatie levert relevante informatie op voor de evaluatiegesprekken met de betrokken partijen.

## 5. Modelovereenkomst versus de praktijk: aandachtspunten en aanbevelingen

#### **Positionering OJG**

Voor aanvang van de pilots is veel energie gestoken in het opstellen van een modelovereenkomst, waarin de taken, rollen en verantwoordelijkheden zijn beschreven. Deze modelovereenkomst is als bijlage bijgevoegd. Bij de start van een aantal pilots blijkt de ondertekening van deze modelovereenkomst in sommige gemeenten en bij sommige aanbieders te leiden tot discussie. De discussiepunten hebben vooral betrekking op de volgende punten:

- a) Werkt de OJG onder de verantwoordelijkheid van de huisarts of onder verantwoordelijkheid van het basisteam?
- b) In welk systeem registreert de OJG, in het huisartseninformatie systeem of in het regiesysteem van de gemeente en wie is verantwoordelijk voor de dossiervoering?
- c) Hoe zit het met de aansprakelijkheid van de werkgever?
- d) Wie is verantwoordelijk voor de afhandeling van klachten in het geval zich dit voor doet?

Al deze vragen zijn terug te herleiden naar de basisvraag of de hulp die de OJG biedt huisartsenzorg is of jeugdhulp:

- Als de zorg van de OJG gedefinieerd wordt als *huisartsenzorg*, dan is het logisch dat de OJG onder regie van de huisarts werkt, dat geregistreerd wordt in het huisartseninformatiesysteem (HIS), dat de huisarts eindverantwoordelijk is voor de dossiervoering, waarbij de OJG op basis van de WGBO zelf verantwoordelijk blijft voor de verslaglegging en hierop kan worden aangesproken in het klacht- of tuchtrecht. Mocht er als gevolg van de dossiervoering schade ontstaan voor de patiënt, dan kan deze de huisartsenpraktijk aanspreken.
- Als de hulp van de OJG wordt gedefinieerd als *jeugdhulp van de gemeente*, dan is registratie in het HIS niet vanzelfsprekend, maar als alle partijen dit nodig achten voor een goede



samenwerking, dan is het wel mogelijk. De OJG blijft op basis van de Jeugdwet zelf verantwoordelijk voor de verslaglegging en kan hierop worden aangesproken in het klacht- of tuchtrecht. Mocht er als gevolg van de dossiervoering schade ontstaan voor de cliënt, dan kan deze de gemeente of de werkgever van de OJG aanspreken. De gemeente en de werkgever kunnen daarover afspraken maken, maar het kan ook zijn dat de rechter uiteindelijk de aansprakelijkheid legt bij diegene die in het maatschappelijk verkeer wordt gezien als degene die de jeugdhulp aanbiedt en dat zal in dit geval waarschijnlijk de gemeente zijn.

Hoe simpel het bovenstaande ook klinkt, in de praktijk bleek deze scheiding minder gemakkelijk te maken en zit de kracht van de pilots juist in het feit dat de huisartsenzorg en de jeugdhulp meer in samenhang wordt geboden en zit de kracht van de samenwerking ook in het delen van informatie. Dit stelt echter hoge eisen aan het vastleggen van de samenwerkingsafspraken en levert her en der discussie op. Dit is ook bij andere pilots in het land een herkenbaar beeld en er is behoefte aan duidelijke richtlijnen<sup>5</sup>.

### **Registratie in de praktijk van de pilots OJG:**

In deze paragraaf een korte toelichting hoe in de praktijk van de pilots OJG in Groningen is omgegaan met het vraagstuk van de registratie.

Bij de start van de pilots was niet helemaal duidelijk hoe er geregistreerd moest worden door de OJG-er. Het advies van Elann was om niet in het HIS te registreren, maar in het gemeentelijk regiesysteem. Bij een deel van de huisartsen en OJG-ers was de nodige weerstand om alle informatie van de cliënten die door de OJG-er wordt gezien vast te leggen in het regiesysteem van de gemeente.

Bij navraag bij de LHV werd aangegeven dat de huisarts toestemming kan geven aan een medewerker om in het HIS te werken mits er een geheimhoudingsverklaring is getekend. Vervolgens is de keuze in welk systeem er geregistreerd wordt in elke pilot in overleg met de direct betrokkenen gemaakt.

Op dit moment registreren de meeste OJG-ers in het huisartseninformatie systeem (HIS); in een enkele pilot wordt alle informatie in het gemeentelijke regiesysteem gezet; en bij een aantal OJG-ers is alleen sprake van registratie op de eigen computer van de OJG. Deze laatste variant is het meest kwetsbaar als het gaat om de kwaliteitseisen met betrekking tot dossiervoering.

### **Huisartsen en de OJG-ers benoemen de volgende voordelen van het werken in het HIS:**

- De OJG-er heeft voorafgaand aan het eerste contact direct de relevante informatie over de cliënt;
- De OJG-er maakt direct na afloop van het gesprek een kort verslag in het HIS, waardoor de huisarts continu op de hoogte is van het verloop van het contact. Huisartsen geven aan dit belangrijk te vinden voor het geval patiënt of ouder terugkomt op zijn spreekuur;
- OJG-ers geven aan dat het veel efficiënter werkt als alle informatie op 1 centrale plek wordt bewaard: het voorkomt dubbele registratie en extra administratieve handelingen;
- Het HIS voldoet aan alle eisen van een medisch dossier;
- De patiënten die gezien worden door de OJG gaan er zelf vanuit dat de huisarts geïnformeerd is, omdat de gesprekken plaatsvinden in de huisartsenpraktijk;
- Bij een beperkt deel van de cliënten die gezien wordt door de OJG is sprake van afstemming met het gemeentelijk basisteam: in die gevallen waar dit aan de orde is wordt toestemming gevraagd aan de cliënt of ouders/verzorgers om ook informatie in het gemeentelijk

---

<sup>5</sup> In de leidraad Samenwerking huisartsen en gemeenten rondom jeugd van de LHV en de VNG d.d. 17 september 2018 ([https://vng.nl/files/vng/leidraad-samenwerking\\_20181102.pdf](https://vng.nl/files/vng/leidraad-samenwerking_20181102.pdf)) worden de uitgangspunten beschreven met betrekking tot het maken van samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en huisartsen.

regiesysteem op te nemen. Bij een doorverwijzing naar het gemeentelijk basisteam gaat de dossiervoering over naar het gemeentelijk basisteam.

Welke vorm van registratie een gemeente ook kiest: in elke vorm zullen heldere afspraken gemaakt moeten worden over de privacy van een cliënt, conform de eisen van de AVG. Wanneer informatie gedeeld wordt met derden dan moet vastgelegd zijn met welk doel en op basis van welke wettelijke grondslag wordt geregistreerd en moeten de autorisaties worden vastgelegd.

### **Aansprakelijkheid**

Het advies aan alle gemeenten die doorgaan met de pilots of gemeenten die willen starten met een OJG-er, is om opnieuw naar deze bovenstaande aandachtspunten te kijken en voorafgaand aan de samenwerking heldere afspraken te maken met de betrokken partijen. Een enkele gemeente heeft inmiddels een aantal artikelen uit de modelovereenkomst aangepast (aanpassing artikel 7.2 en 7.3 van de modelovereenkomst). Aanleiding hiervoor is dat de verzekering van de werkgever (gespecialiseerde jeugdhulpaanbieder) van de OJG vaak alleen de risico's dekt als de medewerker aan het werk is in de specialistische jeugdhulp en niet als de medewerker werkzaamheden verricht waarover de werkgever geen sturing heeft en die ook niet onder de verantwoordelijkheid van de werkgever worden uitgevoerd.

**Advies:** Als de OJG-er wordt ingehuurd bij een specialistische jeugdhulpaanbieder dat dient de tekst in de modelovereenkomst aangepast te worden.

In dat geval zijn er 2 mogelijkheden:

- a) De gemeente is tijdens de uitvoering van de opdracht aansprakelijk voor schade die die het gevolg is van, voortvloeit uit of verband houdt met het handelen of nalaten van de OJG tijdens of in verband met het verrichten van arbeid in het kader van deze samenwerkingsovereenkomst, tenzij de schade een gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de OJG.
- b) Indien gemeente en huisarts samen tot de conclusie komen dat het gaat om huisartsenzorg waarbij de OJG onder regie van de huisarts werkt, dan is het ook mogelijk om de OJG bij te schrijven op de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de huisarts. Dit kost volgens de juridische afdeling van de LHV ongeveer € 150,- per medewerker op jaarbasis.

Uit bovenstaande blijkt dat de oplossing van het knelpunt met betrekking tot de aansprakelijkheid samenhangt met het model dat de gemeente wil hanteren voor de positionering van de OJG:

- a) positionering bij het basisteam van de gemeente of
- b) positionering van de OJG-er bij de huisarts

De keuze met betrekking tot de positionering van de OJG moet in overleg met de huisartsen worden vastgesteld.

De opgestelde modelovereenkomst voor de pilots OJG in de provincie Groningen gaat uit van de gedachte dat het gaat om jeugdhulp bij de huisarts, waarbij de OJG-er gepositioneerd wordt bij het basisteam van de gemeente. Bij de uitvoering van de diverse pilots zien we echter dat de grens tussen huisartsenzorg en jeugdhulp niet eenvoudig te maken is en dat sommige pilots eerder in de buurt komen van optie b zoals hierboven beschreven. Of huisartsen zover willen gaan om dan ook de aansprakelijkheid op zich te willen nemen is echter de vraag.

Voor de OJG-er die het werk uitvoeren is het van belang dat deze vraag niet in de lucht blijft hangen, maar dat hier bewuste keuzes in worden gemaakt en helder wordt vastgelegd hoe de aansprakelijkheid is geregeld.

## Klachtrecht

Alle huisartsen zijn wettelijk verplicht om een klachtencommissie of een geschillencommissie te hebben. Als gekozen wordt voor model b, dan is helder dat de huisarts verantwoordelijk is voor de klachtafhandeling. Als gekozen wordt voor model a, dan zal de gemeente hier iets voor moeten regelen. In dat geval is het aan de gemeente om in afstemming met de huisarts en de werkgever waar de OJG in dienst is de afspraken hierover vast te leggen. Als de scheidslijn tussen jeugdhulp en huisartsenzorg minder scherp is, dan vraagt de afhandeling van de klacht veel tijd van alle betrokken partijen.

## 6. Opleiding en competentieprofiel OJG

Bij de start van de pilots is een functieprofiel opgesteld voor de Ondersteuner Jeugd en Gezin (zie bijlage b). Het advies was om iemand te werven die functioneert op HBO+/WO opleidings- en ervaringsniveau (als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, SPH met aanvullende scholing als cognitief gedragstherapeutische werker dan wel een orthopedagoog of psycholoog).

Op basis van dit competentieprofiel hebben gemeenten zelf de werving en selectie van OJG-ers gedaan.

Het opleidingsniveau van de 16 OJG-ers die zijn aangesteld is als volgt verdeeld:

- 1 persoon op WO+: GZ-psycholoog
- 6 personen met een achtergrond op WO-niveau: orthopedagoog of psycholoog
- 8 personen op HBO+-niveau: SPV of SPH met aanvullende scholing en werkervaring als cognitief gedragstherapeutisch werker
- 1 persoon op HBO-niveau

Bij veel pilots blijkt dat gemeenten vaak de voorkeur gaven aan een medewerker uit het lokale netwerk waar zij vertrouwen in hadden en dat het opleidingsniveau vaak minder doorslaggevend was. Huisartsen spreken in eerste instantie vaak de voorkeur uit voor een orthopedagoog of psycholoog. Bij sommige pilots zijn ketenpartners gevraagd om namen aan te leveren voor potentiële kandidaten en zijn huisartsen ook daadwerkelijk betrokken bij de selectie van de OJG-er.

Op basis van de uitkomsten van de monitoring van de pilots kunnen geen conclusies getrokken worden over de relatie tussen de opbrengsten van de pilot en het opleidingsniveau.

Op de vraag hoeveel huisartsen zelf nog rechtstreeks doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp geeft een deel van de huisartsen aan dat ze bij Ggz-problematiek nog wel rechtstreeks doorverwijzen naar de jeugd GGz, echter bij de ene huisarts is dit incidenteel, andere huisartsen geven aan dat ze alle Jeugd GGz-problematiek nog direct zelf doorverwijzen. Dit is niet terug te zien in de rapportage van de OJG-er. Huisartsen geven aan dat naarmate zij meer vertrouwen hebben in de OJG, de OJG-er ook in staat is om kortdurende GGz-behandelingen zelf te doen en de OJG-er voldoende zichtbaar is voor de huisarts, dat de huisarts meer rechtstreeks overlegt met de OJG en minder rechtstreeks doorverwijst naar de specialistische jeugdhulp zonder overleg met de OJG-er.

In die zin is het van belang dat de OJG-er daadwerkelijk in staat is om alle taken zoals beschreven staan in het functieprofiel zelfstandig uit kan voeren, dus inclusief de kortdurende Ggz-behandelingen.

In het onderzoek van 'Jeugdhulp bij de Huisarts' zullen de verschillende modellen in het land nader geanalyseerd worden op basis van een veel grotere steekproef. Mogelijk dat dit nog leidt tot heldere adviezen ten aanzien van het competentieprofiel van de OJG-er.

Voor de toekomst is het van belang om tot een nadere uitwerking te komen van het competentieprofiel van de OJG-er, net zoals dat inmiddels is uitgewerkt voor de POH GGz.

In Friesland heeft ROS Friesland in overleg met de LHV naar aanleiding van de pilots POH GGz Jeugd een kwaliteitskader opgesteld, waarbij wordt gesteld dat het huisartsenzorg is die ook uitgevoerd kan worden door een POH GGz van de huisarts indien deze over de juiste competenties beschikt. Deze competenties zijn uitgewerkt in bijgaand addendum.

<https://www.rosfriesland.nl/wp-content/uploads/Kwaliteitseisen-POHGGZ-jeugd-addendum.pdf>

Op dit zijn moment is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de verdere doorontwikkeling van de functie van OJG en welke beroepsvereniging het meest passend is bij deze functie. Daarmee is ook niet helder wie verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van een competentieprofiel en het organiseren van passende bij- en nascholing.

Geadviseerd wordt om de uitkomsten van het onderzoek 'Jeugdhulp bij de Huisarts' onder de aandacht te brengen van diverse beroepsverenigingen.

Zie voor meer informatie met betrekking tot de ontwikkeling van het competentieprofiel het oriënterend onderzoek De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd van Ton Jonker, Jana Knot-Dickscheit & Anne-Marie Huygen

[https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden\\_nieuwe\\_website\\_2015\\_-\\_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek\\_POHJ\\_febr\\_2018.pdf](https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden_nieuwe_website_2015_-_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek_POHJ_febr_2018.pdf)

### **Intervisie**

Tenslotte geven de OJG-ers aan behoefte te hebben aan intervisie. Het is een nieuwe functie, waarbij de OJG-er veel zelfstandigheid en vrijheid heeft, maar waarbij het soms ook zoeken is naar de beste manier om iets aan te pakken. Wat een OJG-er weet en kan is bepalend voor welke jeugdige hij/zij kan helpen in de functie van OJG. Sommige gemeenten waar meerdere OJG-ers werken hebben een intervisie-overleg voor OJG-ers in het leven geroepen. Dit is echter niet in alle gemeenten het geval. Het is de moeite waard om als gemeenten te verkennen of het organiseren van gemeenschappelijke intervisie bijeenkomsten gefaciliteerd kan worden.

## 7. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.

Een belangrijk doel van de Groninger Gemeenten is om gezamenlijk toe te werken naar een *kwalitatief goed en effectief werkend jeugdstelsel in de provincie Groningen; een stelsel waar jeugdigen gezond en veilig kunnen opgroeien en waar jeugdhulp efficiënt en effectief wordt uitgevoerd en ingezet.*

De huisarts heeft een verwijfsfunctie naar alle vormen voor jeugdhulp en is dus voor jeugdigen en hun ouders én voor gemeenten een belangrijke partner. Voor gemeenten is het verbeteren en/of intensiveren van de samenwerking met de huisarts mede van belang omdat de kosten van de jeugdhulp door de gemeenten wordt gefinancierd.

In opdracht van het DB is in januari 2017 een project gestart met de volgende opdracht:

- realiseer 10 pilots ondersteuning en gezin bij huisartsen, evenredig verdeeld over de 8 regio's in de provincie Groningen
- draag zorg voor een gemeenschappelijk toetsingskader
- doe voorstellen ten aanzien van de monitoring van de pilots

Het doel van de pilots OJG is samen te vatten in de volgende subdoelen:

1. Goede zorg dichtbij de cliënt, juiste zorg op de juiste plek
2. Versterken verbinding tussen huisartsen en basisteams gemeenten
3. Het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp
4. Vermindering van de kosten van de specialistische jeugdhulp.

In afstemming met Elann, de Groninger Huisartsen Coöperatie, vertegenwoordigers huisartsen, jeugdhulpaanbieders en gemeenten is een modelovereenkomst opgesteld waarin de belangrijkste afspraken met betrekking tot de samenwerking, taken en verantwoordelijkheden zijn beschreven (zie bijlage a).

Ten behoeve van de werving en selectie van de OJG-ers is een functieprofiel opgesteld (zie bijlage b) met een taakomschrijving en kwaliteitseisen. Het functieprofiel gaat uit van minimaal HBO+ niveau en minimaal 2 jaar werkervaring in de jeugdhulp.

Ten aanzien van de bepaling van het aantal uren inzet van een OJG is het volgende geadviseerd:

- 2-4 uur inzet OJG per week bij een huisartsennormpraktijk van 2160 patiënten
- 4-8 uur per pilot per week inzet in basisteam

In het licht van de grote tekorten in de jeugdhulp besloot het DB om de financiering van de pilots OJG vanaf 1 januari 2018 te laten plaatsvinden vanuit het vrij besteedbare budget voor lichte jeugdhulp en ondersteuning van elke gemeente.

Gemeenten waren zelf verantwoordelijk voor de werving en selectie van de OJG-ers en het vastleggen van de contractuele afspraken met de betrokken jeugdhulpaanbieders. De RIGG heeft advies gegeven over de hoogte van de tarieven, waarbij de hoogte van het tarief van de OJG-er samenhangt met het opleidingsniveau van de OJG-er en de wijze waarop de inzet van de OJG wordt vergoed. Geadviseerd werd om uit te gaan van minimaal HBO+-niveau en om uit te gaan van 1200 declarabele uren bij 1 fte/36 uur per week, conform de inzet fte in basisteams.

De pilots hebben plaatsgevonden in de volgende gemeenten:

- Appingedam (uitbreiding bestaande pilot);
- Delfzijl;
- Groningen (wijken Vinkhuizen, Hoogkerk en De Held);
- Hoogezand en Slochteren/Harkstede (reeds lopende pilot), nu gemeente Midden Groningen;
- Oldambt;
- Stadskanaal;
- Veendam;
- De Marne (Usquert) en Eemsmond (Warffum en Eenrum);
- Westerkwartier (uitbreiding bestaande pilot)
- Winsum.

In totaal zijn bij al deze pilots 17 OJG-ers aangesteld. Het opleidingsniveau van de meeste OJG-ers lag op HBO+ of WO-niveau. In totaal zijn ruim 100 huisartsen betrokken bij de pilots.

## **SAMENVATTING RESULTATEN**

In hoofdstuk 4 van deze rapportage worden de resultaten beschreven van de monitoring pilots.

De resultaten van het onderzoek 'Jeugdhulp bij de huisarts' worden naar verwachting begin 2019 gepubliceerd. Beide rapporten zijn (gedeeltelijk) gebaseerd op dezelfde gegevensbronnen.

### **Feiten en cijfers:**

- Aantal ingestroomde cliënten vanaf startdatum van (de monitoring van) alle pilots tot uiterlijk 1 augustus 2018: 971 cliënten. Op het moment van de laatste dataverzameling waren hiervan 642 cliënt trajecten afgerond en 329 trajecten liepen nog door.
- Van de afgeronde trajecten zijn 122 trajecten afgerond in 1 gesprek, 393 trajecten in 2-7 gesprekken en 107 trajecten in meer dan 7 gesprekken (meestal in 8 of 9 gesprekken). Dit komt

overeen met de inschatting die voorafgaand is gemaakt dat het merendeel van de trajecten in gemiddeld 1-7 gesprekken kan worden afgerond.

- Het accent van de interventies ligt op triage/screening, psycho-educatie, consultatie huisarts, interventies bij psychosociale problematiek, opvoedkundige ondersteuning en kortdurende GGz-behandelingen. De OJG-er wordt zelden ingezet bij medicatievragen of bij crisisinterventie of spoedhulp.
- In de evaluatiegesprekken die zijn gehouden is aangegeven dat in pilots die langer lopen en waarbij de samenwerking met de huisarts intensiever is, de huisarts vaker een beroep doet op de OJG om mee te denken bij crisisvragen. Het inzetten van overbruggingshulp wordt vaker ingezet naarmate de wachtlijsten van de 2<sup>e</sup> lijn toenemen.
- Van de 642 afgeronde cliënttrajecten is 54 % door de OJG-er zelf afgehandeld.
- Bij 12 % van de afgehandelde trajecten wordt door de OJG-er doorverwezen naar het basisteam van de gemeente. Daarmee wordt zo nodig de verbinding met het basisteam gevonden.
- Van de cliënten die door de OJG-ers worden doorverwezen naar specialistische jeugdhulp wordt 20% doorverwezen naar specialistische GGz, 4 % naar basis GGz en 5 % naar een instelling voor jeugdzorg of LVB, 2% naar vrij toegankelijke zorg, 1 % naar overig.
- Met de beschikbare informatie is het niet mogelijk om een volledige en betrouwbare businesscase te maken. In bijlage c is te lezen op welke manier en op basis van welke aannames de kosten en besparingen door minder doorverwijzingen zijn berekend. Financieel gezien kunnen hieruit niet meer dan globale aannames worden gedaan.
- Deze berekening leidt tot de volgende uitkomsten: De kosten van de inzet van de OJG komt voor alle pilots gedurende de looptijd van de monitoring uit op ruim € 780.000,-; de besparingen door minder doorverwijzingen komen uit op ruim € 1 miljoen euro. Het positieve resultaat op basis van deze berekening is ongeveer € 240.000,-
- De aanname is dat het financiële resultaat van de pilots hoger is dan in deze berekening tot uitdrukking komt.
- Opbrengsten die niet gekwantificeerd kunnen worden zijn de opbrengsten van het zogenaamde 'onderhandenwerk' (lopende cliënttrajecten), de maatschappelijke gezondheidswinst van een op elkaar aansluitende keten en het effect van een snelle inzet van hulp en het effect van een kwalitatief gerichtere doorverwijzing.
- Variatie in rendement tussen de diverse pilots wordt beïnvloed door de volgende factoren: aantal uren per OJG inzet in basisteam; omvang instroom en aantal afgeronde trajecten per OJG-er op het moment van laatste meetmoment; looptijd pilot; mate van samenwerking tussen huisarts en basisteam. Harde conclusies over een mogelijk verschil in rendement tussen de verschillende pilots zijn echter op basis van de beschikbare cijfers niet te trekken.

### **Kwalitatief**

- Naast de uren die elke OJG-er wordt ingezet bij de huisarts, is geadviseerd om elke OJG-er ook een aantal uren te koppelen aan het lokale basisteam. De wijze waarop deze uren worden ingezet verschilt per OJG-er. Het aantal uren dat is toebedeeld aan de OJG-er ten behoeve van de afstemming met het basisteam varieert van 2 – 10 uur per week.
- De opbrengsten van de inzet van deze uren is niet gekwantificeerd. De betrokken deelnemers zijn van mening dat juist de flexibele inzet van deze uren een randvoorwaarde is voor het verbeteren van de ketensamenwerking in de eerste lijn: huisarts, basisteam, onderwijs, maatschappelijk werk, GGD. Tevens biedt deze manier van samenwerking mogelijkheid voor gezamenlijke innovatie en visie ontwikkeling van huisartsen en basisteams.
- De meeste OJG-ers hebben HBO+ of WO-niveau. Voor een nauwe samenwerking tussen OJG en huisarts en het slagen van de pilot is een 'match' tussen OJG en huisarts zeer belangrijk.

- Op basis van het kwalitatieve onderzoek wordt geconcludeerd dat alle betrokken deelnemers van mening zijn dat de inzet van de OJG leidt toe een versterking van de verbinding tussen huisarts en basisteams van gemeenten.

Alle betrokkenen geven aan dat de pilot leidt tot een betere samenwerking tussen huisartsen en de gemeentelijke basisteams. In hoeverre de inzet van een OJG ook leidt tot lastenvermindering van de huisarts is moeilijk hard te maken. Diverse huisartsen geven aan dat ze de OJG-er hebben omarmd als één van hun eigen medewerkers en dat ze niet meer zouden weten hoe ze de zorg voor jeugdigen zonder OJG zouden moeten regelen. Eén van de huisartsen zei letterlijk: *“voor de komst van de OJG zwom ik als huisarts bij dit type hulpvragen, want van dit soort zaken heb ik geen verstand. De inzet van de OJG bevordert de preventieve inzet en werkt kwaliteit verhogend”*. Een andere huisarts gaf aan dat de gezondheidswinst die behaald wordt door een sluitende keten niet te berekenen is, maar voor de cliënten van cruciaal belang is.

Op basis van het kwalitatieve onderzoek en de evaluatiegesprekken kan worden geconcludeerd dat de inzet van de OJG leidt tot een versterking van de verbinding tussen huisarts en basisteams van gemeenten. Daarmee komen de gemeenten beter in positie in de toegang tot de jeugdhulp.

#### **Wat hebben we van de pilots geleerd?**

- In de modelovereenkomst zijn afspraken gemaakt over de taken, verantwoordelijkheden, registratie en aansprakelijkheid. Een aantal afspraken hangen samen met de positionering van de OJG-er
- In de praktijk blijkt dat in het merendeel van de pilots om inhoudelijke redenen gekozen is om de OJG-ers te laten registreren in het huisartseninformatie systeem (HIS). Geconstateerd wordt in alle pilots dat de kracht van de samenwerking ook zit in het delen van informatie. Dit stelt echter hoge eisen aan het vastleggen van afspraken van de samenwerkingsafspraken;
- Ten aanzien van het regelen van de aansprakelijkheid geldt dat dit samenhangt met de keuze die door gemeenten en huisartsen wordt gemaakt met betrekking tot de positionering van de OJG: positionering bij het basisteam van de gemeente of positionering van de OJG-er bij de huisarts;
- De artikelen in de modelovereenkomst met betrekking tot de aansprakelijkheid (artikel 7.2 en 7.3) dienen te worden aangepast afhankelijk van de keuze die gemaakt wordt met betrekking tot de positionering van de OJG;
- Huisartsen geven aan dat naarmate zij meer vertrouwen hebben in de OJG, de OJG-er ook in staat is om kortdurende GGz-behandelingen zelf te doen en de OJG-er voldoende zichtbaar is voor de huisarts, dat de huisarts meer rechtstreeks overlegt met de OJG en minder rechtstreeks doorverwijst naar de specialistische jeugdhulp zonder overleg met de OJG-er;
- In die zin is het van belang dat de OJG-er daadwerkelijk in staat is om alle taken zoals beschreven staan in het functieprofiel zelfstandig uit kan voeren, dus inclusief de kortdurende Ggz-behandelingen;
- Alle betrokken OJG-ers geven aan behoefte te hebben aan intervisie. Geadviseerd wordt om de doorontwikkeling van de functie onder de aandacht te brengen van een aantal beroepsverenigingen en te kijken op welke manier er mogelijk regionaal intervisie-bijeenkomsten kunnen worden georganiseerd.

#### **Aanbevelingen voor gemeenten die willen starten met een OJG:**

- Maak vooraf goede afspraken met de huisartsen over positionering van de OJG, waarbij gekozen kan worden voor positionering bij het basisteam van de gemeente of positionering van de OJG-er bij de huisarts. Dit heeft namelijk gevolgen voor aansturing en aansprakelijkheid;

- Maak vooraf afspraken over in welk systeem de OJG-er de relevante zaken registreert, en realiseer je daarbij dat de kracht van de samenwerking zit in het feit dat huisartsenzorg en de jeugdhulp meer in samenhang wordt geboden en dat de kracht van de samenwerking ook zit in het delen van informatie;
- Leg de afspraken over welke informatie met wie wordt gedeeld goed vast
- De modelovereenkomst is een bruikbaar hulpmiddel bij het vastleggen van afspraken tussen gemeente, huisartsen en uitlenende jeugdhulpaanbieder;
- Maak bij de werving van een OJG-er gebruik van het regionaal vastgestelde functieprofiel. Het is belangrijk dat de OJG-er alle taken zoals beschreven in het functieprofiel zelfstandig kan uitvoeren, inclusief de kortdurende GGz-behandelingen;
- Het is van belang dat de OJG-er goed kan samenwerken in de 1<sup>e</sup> lijn en het vertrouwen heeft van de huisarts;
- Zie voor informatie over het maken van de samenwerkingsafspraken met huisartsen de nieuwe richtlijn van de VNG en LHV In de leidraad Samenwerking huisartsen en gemeenten rondom jeugd van de LHV en de VNG d.d. 17 september 2018 ([https://vng.nl/files/vng/leidraad-samenwerking\\_20181102.pdf](https://vng.nl/files/vng/leidraad-samenwerking_20181102.pdf)).



Bijlage a: Modelovereenkomst

## **SAMENWERKINGSOVEREENKOMST**

### **PILOT: ONDERSTEUNER JEUGD EN GEZIN**

VERSIE: 10 mei 2017

## Inhoud

1.	Doelstellingen.....	28
2.	Samenwerkingsafspraken Huisarts – OJG.....	28
3.	Jeugdhulp en activiteiten OJG.....	28
4.	Werkgeverschap en aansturing.....	29
5.	Financiering en facturering.....	29
6.	Privacy.....	29
7.	Aansprakelijkheid.....	30
8.	Werkafspraken.....	30
9.	Duur samenwerkingsovereenkomst.....	30

## DE ONDERGETEKENDEN:

- I. De gemeente (<*naam gemeente*>), in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door (< *naam en functie contactpersoon*> ), hierna te noemen “Gemeente”,
- II. De huisartsenmaatschap (<*naam maatschap*>), in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door (naam arts), hierna te noemen “Huisarts”,
- III. (< *Naam jeugdhulpaanbieder*>), in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door (< *naam contactpersoon*> ), hierna te noemen “Aanbieder<sup>6</sup>”

## OVERWEGENDE:

- a. dat de Gemeente vanuit de Jeugdwet verantwoordelijk is voor een integrale aanpak van Jeugdhulp problematiek bij jeugdigen en hun opvoeders en de financiering daarvan;
- b. dat de Groninger Gemeenten werken aan een stelsel waar jeugdigen gezond en veilig opgroeien en waar de Jeugdhulp efficiënt en effectief uitgevoerd en ingezet wordt;
- c. dat de Huisarts als poortwachter in de zorg en vertrouwenspersoon van de jeugdige(n) en hun opvoeders een belangrijke verwijfsfunctie heeft naar alle vormen van Jeugdhulp en daarin een belangrijke bijdrage levert aan het gezond en veilig opgroeien van de jeugdigen;
- d. dat de Gemeente en de Huisarts beiden als verwijzers partners zijn in het tijdig en juist inzetten van passende jeugdhulp;
- e. dat Gemeente en Huisarts -met in achtneming van ieders verantwoordelijkheid- door samenwerking de inzet van Jeugdhulp kunnen verbeteren en daarmee de inzet van niet passende Jeugdhulp verminderen;
- f. dat om deze samenwerking tussen Gemeente en Huisarts te versterken in gezamenlijkheid de pilot *Ondersteuner jeugd en gezin* (OJG) wordt gestart met de intentie om deze na beëindiging na de pilot voort te zetten;
- g. dat de Aanbieder in de pilot de *ondersteuner jeugd en gezin* aan Gemeente en Huisarts levert. De OJG is de verbindende schakel tussen de beide verwijzers en het doel van de pilot is dat daarmee de kwaliteit en de effectiviteit van de verwijzing wordt verhoogd;
- h. dat de OJG zelf kortdurende laagdrempelige Jeugdhulp kan bieden op verzoek van de huisarts.

---

<sup>6</sup> Dit kan ook een medewerker zijn die in dienst is van de gemeente. In dat geval is de gemeente de aanbieder.

## 1. Doelstellingen

- De Gemeente wil d.m.v. een pilot OJG met de Huisarts onderzoeken hoe een integrale aanpak van Jeugdhulp kan worden versterkt en verbeterd.
- D.m.v. de inzet van een OJG de verwijzers ondersteunen in het doen van een verwijzing die in één keer tot de juiste inzet van jeugdhulp leidt.
- Door het bieden van kortdurende en laagdrempelige jeugdhulp door de OJG voorkomen van een verwijzing naar meer specialistische jeugdhulp.
- Het versterken van de samenwerking tussen Huisarts, < naam basis team > , overige aanbieders van zorg en ondersteuning, zodat de inzet van jeugdhulp versterkt of ondersteund wordt met (gemeentelijke) voorzieningen of interventies die bevorderend werken voor de veiligheid en gezondheid van de betrokken jeugdige(n).

## 2. Samenwerkingsafspraken Huisarts - OJG

- 2.1. De Huisarts werkt samen met een vaste OJG van de Aanbieder. De OJG maakt onderdeel uit van het (naam basisteam)
- 2.2. De OJG biedt, op verzoek van de huisarts, ondersteuning aan deze jeugdigen en hun opvoeders conform de gemaakte afspraken hierover (zie werkzaamheden OJG).
- 2.3. De OJG koppelt het resultaat van de geboden Jeugdhulp terug aan de Huisarts.
- 2.4. De OJG kan, indien zinvol, met toestemming van de jeugdige of opvoeders, de casus ook onder de aandacht brengen van het basisteam van de gemeente.
- 2.5. De OJG kan bij casuïstiek die is ingestroomd via het basisteam van de gemeente en waarbij sprake is van specifieke medische problematiek, met toestemming van de jeugdige of opvoeders, de casus ook inbrengen in het overleg met de huisarts.
- 2.6. De Huisarts is verantwoordelijk voor de registratie van verwijzingen in Huisartsen Informatie Systeem (HIS).
- 2.7. Indien gewenst wordt overleg gepland tussen Huisarts en OJG over specifieke casuïstiek. Informatie wordt op een veilige manier uitgewisseld, bv. via zorgdomein of zorgmail.

## 3. Jeugdhulp en activiteiten OJG

- 3.1. De OJG biedt Jeugdhulp op verzoek van de huisarts.
- 3.2. De Jeugdhulp bestaat uit:
  - Laagdrempelig consulteren.
  - Het uitvoeren van vraagverheldering bij jeugdige en opvoeders.
  - Het maken van een inschatting van de aanwezige mogelijkheden en beperkingen jeugdige/ gezin en netwerk.
  - Waar nodig afleggen van huisbezoeken en doen van observaties.
  - Op cliëntniveau zo nodig onderhouden contacten met school
  - Het geven van advies van jeugdige en/of opvoeders.
  - Waar nodig geven van psycho-educatie, (ouder) begeleiding, zorg gerelateerde preventie en overbruggingszorg (in beginsel maximaal vijf tot 7 gesprekken zonder zorgtoewijzing. Daarna jeugdhulp met zorgtoewijzing).
  - Schriftelijke rapportage aan Huisarts over resultaat Jeugdhulp, met toestemming cliënt.
  - Overleg met Huisarts over specifieke gevallen/casuïstiek, met toestemming cliënt.
- 3.3. Activiteiten:
  - Het versterken van de samenwerking tussen Huisarts, < naam team > en relevante aanbieders zorg en ondersteuning.

- Op casusniveau leggen van verbindingen met de zorgstructuren in het onderwijs NB de OJG is niet de contactpersoon onderwijs van het basisteam.
- Neemt op verzoek van Huisarts deel aan overleg van de huisartsenpraktijk.
- Deelname teamoverleg < naam team > en teamleden
- Vastleggen werkzaamheden in informatiesysteem gemeente.
- Bijhouden noodzakelijke verslaglegging ten behoeve van de pilot (zie projectplan).

#### 4. Werkgeverschap en aansturing

- 4.1. De OJG is in dienst van de Aanbieder en is uitgeleend als medewerker van het < naam team >. De arbeidsvoorwaarden van de Aanbieder zijn van toepassing.
- 4.2. De Aanbieder is verantwoordelijk voor het formele werkgeverschap (o.a. beoordelings- en functioneringsgesprekken, faciliteren van opleiding) en zorgt voor tijdige vervanging bij langdurige ziekte. Inhoudelijk wordt de OJG aangestuurd door < functienaam manager team >. Het gaat hierom het verdelen van de werkzaamheden (workload), dagelijks functioneren, kwaliteit van het uitvoeren van de werkzaamheden, training/ bijscholing/deskundigheidsbevordering, het samen oplossen van (samenwerkings) problemen zowel intern als extern. De < functienaam manager team > kan daarbij functionele aanwijzingen geven, met inachtneming van de professionele standaard van de OJG.
- 4.3. Aanbieder en < functienaam manager team > hebben maandelijks telefonisch contact en stemmen bij problemen af. Er vindt minimaal 1 maal in de drie maanden overleg plaats tussen Aanbieder, < functienaam manager team > en OJG over de voortgang en inhoud van de werkzaamheden.
- 4.4. < functienaam manager team > is eerste aanspreekpunt voor de Huisarts bij de voortgang van de pilot en bij aangelegenheden in de samenwerking tussen OJG en huisarts.
- 4.5. De Huisarts bepaalt welke kinderen/opvoeders onder de aandacht worden gebracht van de OJG. De OJG rapporteert over het resultaat aan de Huisarts indien cliënt of wettelijke vertegenwoordiger hier toestemming voor geven. Bij onvoldoende resultaat, kwaliteit of samenwerking bespreekt de Huisarts dit eerst met de OJG. Wanneer geen verbetering plaatsvindt, bespreekt de Huisarts dit met < functienaam manager team >

#### 5. Financiering en facturering

- 5.1. De OJG wordt bekostigd door de Gemeente conform rekenregels inzet in de basisteam 2018 - 2020. Het opleidingsniveau van de OJG zal van invloed zijn op het uurtarief. Als richtlijn voor vaststelling van het daadwerkelijk in te zetten aantal uren van de OJG wordt geadviseerd om uit te gaan van 2- 4 uur per week per normpraktijk huisarts, naast een inzet van 4 – 8 uur per week in het basisteam van de gemeente.
- 5.2. Alle kosten worden gefactureerd naar (naam contactpersoon, afdeling) van gemeente (naam gemeente).

#### 6. Privacy

- 6.1. De OJG is geregistreerd in het BIG-register of het SKJ-register en houdt zich aan de eigen professionele standaard.
- 6.2. Zonder toestemming van de jeugdigen en opvoeders (tenzij de veiligheid van de jeugdige in het geding is) wordt door OJG geen vertrouwelijke informatie gedeeld.
- 6.3. OJG, Aanbieder en Gemeente houden zich aan alle wettelijke regelingen van de privacy.

## 7. Aansprakelijkheid

- 7.1. De OJG dient zich te houden aan alle relevante wetgeving zoals deze zijn vastgelegd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Jeugdwet en in de eigen beroepscode's.
- 7.2. De Aanbieder zal de Gemeente vrijwaren van en schadeloos stellen voor vorderingen die Jeugdigen en/of overige derden instellen tegen Gemeente in verband met het tekortschieten in de nakoming van de verplichtingen van de Aanbieder op grond van deze Samenwerkingsovereenkomst. Onderdeel van deze kosten vormen tevens redelijke kosten van rechtsbijstand die de Gemeente in deze moet maken, tenzij al rechtens is vastgesteld dat de Aanbieder geen enkel verwijt gemaakt kan worden.
- 7.3. De Aanbieder draagt zorg voor een adequate verzekering tegen wettelijke aansprakelijkheid en beroepsaansprakelijkheid voor toerekenbare schade van OJG jegens Jeugdige gedurende de looptijd van deze samenwerkingsovereenkomst

## 8. Werkafspraken

Per samenwerking in te vullen:

- 8.1. De OJG verricht zijn werkzaamheden voor < *aantal uren en dag* > vanuit het pand van de Huisarts.
- 8.2. De OJG is voor < *aantal uren en dag* > werkzaam < *naam team en standplaats* >
- 8.2. De Huisarts en de Gemeente zorgen voor een passende spreek- of werkruimte voor de OJG. Indien de OJG zijn werkzaamheden vanuit een spreek- of werkruimte in het pand van de huisarts verricht, wordt zo nodig een vergoeding voor de huur voor deze ruimte afgesproken tussen de gemeente en de huisarts.
- 8.3. Er vindt in opdracht van de Gemeente vervanging van de OJG plaats bij een ziekte van meer dan zes weken. De Aanbieder draagt zorg voor een vaste vervanger en continuïteit van de geboden Jeugdhulp en activiteiten van de pilot.
- 8.4. .....

## 9. Duur samenwerkingsovereenkomst

- 9.1. Na ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst duurt de samenwerkingsovereenkomst één jaar.
- 9.2. Afhankelijk van de resultaten van de pilot kunnen de contractpartners, in goed onderling overleg, de samenwerkingsovereenkomst verlengen of aanpassen aan de resultaten.

In drievoud ondertekenen met ingangsdatum.

## Bijlage b: Functieprofiel OJG

<b>Taakomschrijving Ondersteuner Jeugd en Gezin</b>
<p>De 'Ondersteuner Jeugd en Gezin' (OJG):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Biedt kwalitatief goede, meest passende en toegankelijke jeugdhulp aan jeugdige en opvoeder, dichtbij kind/gezin volgens het principe 1 gezin/1 plan.</li><li>• De jeugdhulp bestrijkt het volledige terrein van de jeugdhulp (GGZ, Jeugd &amp; Opvoedhulp en LVG) en bestaat uit onder meer:<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultatie;</li><li>- vraagverheldering van krachten en zorgen rondom jeugdige/ gezin en hun netwerk;</li><li>- bieden van kortdurende lichte ondersteuning aan kind/gezin, zoals psycho-educatie, opvoedondersteuning, zorg gerelateerde preventie (max. 5 – 7 gesprekken) en schaal op wanneer nodig.</li><li>- (waar nodig) afleggen van huisbezoeken, contacten (voor) schoolse voorzieningen, en doen van observaties</li></ul></li><li>• Draagt zorg voor een goede samenwerking tussen gemeenten en huisarts op het terrein van de jeugdhulp en voor verbreding van de expertise en ondersteuningsmogelijkheden, bij zowel basisteam als bij huisarts</li><li>• Handelt volgens de kwaliteitskaders jeugd, zoals o.m. omschreven in het 'Referentiekader Toegang Jeugdhulp Groninger Gemeenten' (zie <a href="http://www.RIGG.nl">www.RIGG.nl</a>)</li><li>• Werkt zowel bij huisarts als in het basisteam (2 locaties) en valt onder de verantwoordelijkheid van het basisteam. De OJG is vanuit die hoedanigheid een belangrijke 'linking pin' tussen huisarts en het lokale basisteam.</li><li>• Participeert in het onderzoek dat wordt uitgevoerd door Accare en Molendrift</li></ul>
<b>Profiel</b>
<p>De ondersteuning jeugd en gezin:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• functioneert op HBO+/WO opleidings- en ervaringsniveau (als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, SPH met aanvullende scholing als cognitief gedragstherapeutische werker, orthopedagoog of psycholoog);</li><li>• staat geregistreerd in het kwaliteitsregister jeugd (SKJ) of is BIG (of NIP/NVO bij gedragswetenschapper) geregistreerd; voldoet aan de eisen van jeugdprofessional volgens de Jeugdwet;</li><li>• functioneert met een grote mate van zelfstandigheid;</li><li>• is in staat om binnen het eigen vakgebied gecompliceerde vraagstukken en situaties op te lossen en houdt hierbij rekening met de verantwoordelijkheid van zowel huisarts als van basisteam;</li><li>• heeft kennis van zowel de domeinen jeugd- en opvoedhulp, (I)VB als jeugd GGz;</li><li>• heeft minimaal 2 jaar ervaring in de jeugdhulp;</li><li>• denkt en handelt vanuit een integrale, domein overstijgende visie;</li><li>• is in staat om constructief samen te werken;</li><li>• is flexibel en kan snel schakelen;</li><li>• heeft kennis van de opzet, kaders, en de bijbehorende rollen en taken in het nieuwe jeugdstelsel in de Groninger Gemeenten;</li><li>• heeft kennis en inzicht in de door de gemeenten ingekochte jeugdhulpproducten en aanbod in het lokale veld.</li></ul>

## Bijlage c: Onderbouwing financiële doorrekening kosten en opbrengsten pilots OJG

Om tot een berekening te komen van de maatschappelijke opbrengsten zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- 1) De business case is een vereenvoudiging van de werkelijkheid. De exacte kosten en opbrengsten kunnen per gemeente verschillen. In de berekening wordt uitgegaan van een aantal aannames. De gehanteerde aannames zullen steeds geëxpliciteerd worden.
- 2) Niet alle maatschappelijke opbrengsten kunnen worden doorgerekend. Daar waar mogelijk wordt kwalitatieve informatie toegevoegd die is opgehaald uit de trimesterbesprekingen van de diverse pilots.
- 3) De incidentele kosten blijven buiten de business case. Dit betreft de kosten van bijvoorbeeld de projectleider, maar ook de inzet van beleidsambtenaren en huisartsen voor de voorbereiding en evaluatie van de pilots.
- 4) Wij gaan er vanuit dat 90 % van alle kinderen die nu door de OJG-er zijn gezien, anders doorverwezen zouden zijn naar de specialistische jeugdhulp en dat 10 % mogelijk door de huisarts zelf zou zijn opgeroepen of een doorverwijzing had gekregen naar niet specialistische jeugdhulp. In rapporten van andere pilots in het land wordt vaak gerekend met 100 % doorverwijzing naar specialistische jeugdhulp. Dit leek ons niet reëel en dat beeld werd bevestigd door de huisartsen in de evaluatiebesprekingen.

De structurele kosten van een pilot Ondersteuning Jeugd & Gezin (OJG) hangen af van de volgende variabelen:

- Omvang pilot: Aard en omvang deelnemende huisartsenpraktijken per pilot. Geadviseerd is 2-4 uur inzet OJG bij een huisartsennormpraktijk van 2160 patiënten
- Aantal uren inzet OJG-er in basisteam gekoppeld aan pilot OJG. Advies 4-8 uur per pilot per week
- Hoogte uurtarief OJG. Dit hangt samen met het opleidingsniveau van de OJG-er en de wijze waarop de inzet van de OJG wordt vergoed. Geadviseerd is om uit te gaan van minimaal HBO+-niveau en om uit te gaan van 1200 declarabele uren bij 1 fte/36 uur per week, conform de inzet fte in basisteams.

### **Berekening kosten:**

Het totaal aantal ingezette uren OJG van alle pilots gedurende de looptijd van de monitoring is van elke pilot bekend en bepaald aan de hand van de instroomdatum van de eerste cliënt in de betreffende pilot en de instroomdatum van de laatste cliënt op het moment van aanlevering van de laatste dataset.

Het uurtarief per OJG-er kan per pilot verschillen. Voor deze berekening zijn we uit gegaan van een uurtarief van € 75,- per uur:

- a) 7240 uur inzet OJG in de huisartsenpraktijk x € 75,- per uur = € 543.000,-
- b) 3179 uur inzet OJG bij het basisteam gemeente x € 75,- = € 238.425,-
- c) Totaal: 10419 uur inzet OJG bij het basisteam gemeente x € 75,- = € 781.425,-

### **Berekening opbrengsten:**

Het totaal aantal afgeronde cliënttrajecten is 642

Aangenomen wordt dat 90 % van de cliënten die nu gezien zijn door de OJG-er anders hadden geleid tot een doorverwijzing naar de specialistische jeugdhulp:  $90\% \times 642 = 578$  afgeronde trajecten

De inzet van OJG-ers heeft geleid tot 214 minder doorverwijzingen naar de specialistische jeugdhulp

Voor de berekening van de opbrengsten wordt hier uitgegaan van een gemiddelde trajectprijs van

€ 2760,- (zie toelichting).



Daarmee komt de berekening van het voordeel van minder doorverwijzingen door de inzet van de OJG-ers uit op het volgende plaatje:

Aantal afgeronde trajecten	642		
Schatting reguliere doorverwijzingen door huisarts (90%)		578	
Aantal doorverwijzing door OJG-ers in de pilots		208	
Voordeel minder doorverwijzingen door inzet OJG			370
Gemiddelde trajectprijs doorverwijzing			€ 2760,-
Besparing in euro's			€ 1.021.200,-

De geschatte besparing door minder doorverwijzingen komt op basis van de berekening uit op € 1.021.200,-

De totale kosten van alle pilots komt op basis van de berekening op € 781.425 euro.

**Resultaat** op basis van deze berekening:

€ 239.775,-

NB: Toelichting niet meegerekende opbrengsten

1. Het zogenaamde 'ónderhanden werk': In totaal zijn er 329 lopende trajecten. De opbrengsten hiervan zijn nog niet te berekenen omdat niet helder hoeveel trajecten hiervan zelfstandig worden afgehandeld door de OJG-er dan wel worden doorverwezen. De uren die OJG-ers hieraan hebben besteed zijn wel meegenomen in de berekening van de kosten.
2. De maatschappelijke gezondheidswinst van een op elkaar aansluitende keten en het effect van een kwalitatief gerichtere doorverwijzing zijn niet gekwantificeerd en daardoor niet in euro's uit te drukken.

**Toelichting op deze berekening:**

Van elke pilot is exact bekend hoeveel uur de OJG per week wordt ingezet. De duur van de pilot is bepaald aan de hand van de instroomdatum van de eerste cliënt in de pilot tot aan het moment dat de laatste cliënt is ingestroomd in de monitoringsperiode van de betreffende pilot.

Omdat de gemeente zelf verantwoordelijk was voor het afsluiten van het contract en de gemeente ook zelf kon kiezen welke organisatie die de OJG levert voor hoeveel uur per week, kan de kostprijs per OJG-er per pilot verschillen. Voor de berekening van de kosten is gerekend met € 75,- per uur. Om de opbrengsten te kunnen uitrekenen zou van elke cliënt die een OJG-er gezien heeft vastgesteld moeten worden, naar welk jeugdhulpproduct uit het productenboek jeugdhulp RIGG deze cliënt zou zijn verwezen en wat de omvang van de indicatie zou zijn geweest als er geen OJG-er zou zijn ingezet. Deze informatie is niet beschikbaar. Voor het bepalen van de omvang van de opbrengst is de aanname gedaan dat 90% van de cliënten anders zouden zijn doorverwezen naar een van de volgende producten uit het productenboek van de RIGG:

- 51G01 Individuele behandeling basis
- 52G11 Individuele behandeling specialistisch licht
- 52G02 Individuele behandeling specialistisch middel
- 52G06 Individuele diagnostiek
- 52G07, Individuele behandeling laag frequent
- 45A51 Gezinsbegeleiding basis

De gemiddelde trajectprijs is bepaald aan de hand van de daadwerkelijk gefactureerde kosten in 2017 op bovenstaande producten. Het gemiddelde van deze trajectprijs komt uit op een bedrag van € 2760,-.