
2 **2017_B&W_00214** **Informatienota jeugd GGZ - informeren**

Samenstelling:

Aanwezig:

de heer R. Bats, Burgemeester; de heer O. Akkerman, Wethouder; de heer W. Brus, Wethouder; mevrouw H.J. Frantzen-Boeve, Wethouder; de heer D. Oosterveen, Wethouder; mevrouw D. Cazemier, Waarnemend secretaris

Informatienota

Inleiding

In een eerdere raadsbrief d.d. 9 februari 2017 bent u geïnformeerd over verschillende transformatieprojecten in het sociale domein. Een van deze projecten is de praktijkondersteuner huisartsen (POH-er) voor de jeugd-GGZ. Hij is inmiddels al ruim een half jaar werkzaam binnen een 3-tal huisartsenpraktijken in onze gemeente. In deze informatienota geven wij een tussenstand van de resultaten.

De jeugd-GGZ valt onder de jeugdhulp en is in theorie toegankelijk via de gemeentelijke toegang, de huisarts, een gecertificeerde instelling of een jeugdarts. In de praktijk zien wij dat de ouders/kinderen vooral (zo'n 80%) via huisartsen bij de jeugd-GGZ terechtkomen. Blijkbaar is dit voor ouders een logische en vertrouwde route.

Enmaal verwezen, worden kinderen en hun ouders veelal geconfronteerd met een (te lange) wachtlijst en wordt er nog teveel gezocht naar oorzaken (diagnoses) in plaats van oplossingen. Van een 'label' kom je niet weer af en het helpt veel kinderen uiteindelijk niet verder. Dit terwijl veel kinderen en hun omgeving ook zonder diagnose prima geholpen kunnen worden. Om dat te veranderen hebben wij gekozen voor de inzet van een POH-er.

Bijkomend knelpunt waren de wachtlijsten in de jeugd-GGZ. Rond de zomer waren de wachttijden zelfs zo hoog opgelopen, dat wij hierop de regie hebben gepakt. Wij willen u ook kort informeren over de inzet die is gepleegd om de wachtlijsten voor de jeugd-GGZ terug te brengen naar een acceptabel niveau.

Kernboodschap

1. AANPAK WACHTLIJSTEN

Door verschillende oorzaken liep de wachtlijst van met name de gespecialiseerde jeugd-GGZ op tot een onacceptabel niveau. Met als dieptepunt een wachtlijst van 27 weken bij Accare (onze belangrijkste aanbieder voor Jeugd-GGZ) en zo'n 35 kinderen uit onze gemeente die wachtten op GGZ-zorg.

Alhoewel dit een regionaal probleem was, was dit voor ons aanleiding om met lokale jeugd GGZ-aanbieders rond de tafel te gaan en tot een aanpak te komen.

Extra GGZ-medewerker specifiek voor de wachtlijst

Wij hebben besloten een extra GGZ-medewerker in te huren specifiek voor de aanpak van de wachtlijst. Deze GGZ-deskundige heeft:

- de wachtlijst opschoonde;
- kinderen op de wachtlijst versneld ondergebracht bij GGZ-aanbieders;
- kinderen van de wachtlijst voor de specialistische GGZ afgehaald en ondergebracht bij de basis GGZ;
- overbruggingszorg geleverd, wat voor een enkeling zelfs afdoende was.

Deze aanpak heeft ons ook veel inzicht gegeven in de wachtlijst. Het blijkt dat de wachtlijstregistratie van aanbieders behoorlijk vervuild is. Na telefonisch contact door de GGZ-medewerker bleek bijna de helft van de kinderen op een wachtlijst eraf te kunnen. Het grootste gedeelte was inmiddels ergens in zorg. Ook bleek dat zo'n 10% op de wachtlijst voor gespecialiseerde GGZ, prima bij basis GGZ geholpen te kunnen worden.

Wachtlijstaanpak was effectief

Deze aanpak is zeer effectief geweest. De basis GGZ heeft helemaal geen wachtlijst meer en voor de gespecialiseerde GGZ zijn de wachttijden voor niet-spoed terug gebracht naar zo'n 8 weken bij Accare. Alle kinderen die momenteel wachten zijn op korte termijn ingepland voor behandeling. Inmiddels is er geen extra inzet op de wachtlijst meer nodig.

2. PILOT POH JEUGD-GGZ

In tegenstelling tot de gekozen aanpak van de wachtlijst, is de praktijkondersteuner huisartsen (POH-er) voor de jeugd-GGZ een echte transformatie en geen tijdelijk instrument. Met een POH-er beogen wij de jeugd GGZ-deskundigheid in de 1e lijn blijvend te versterken. Het doel hiervan is dat kinderen en hun ouders beter, sneller en dichterbij geholpen worden. De druk op de 2e lijns-GGZ wordt hierdoor minder, waardoor de 2e lijns-GGZ goed toegankelijk is voor degenen die deze 2e lijnszorg wel echt nodig hebben. Uiteindelijk is dit ook nog eens efficiënter.

Huisartsen verwijzen bij vermoeden van psychische of niet-medische problematiek relatief snel door naar jeugd GGZ. Dit is ook logisch als je kijkt naar de scholing (primair medisch) en werkwijze van huisartsen (10 minuten consulten). Ook zijn huisartsen vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden en specialisaties binnen de jeugd GGZ. De vraag is of 2e lijns-GGZ hulp altijd wel nodig en wenselijk is en of mensen wel bij de meest passende aanbieder uitkomen. Vandaar dat verandering binnen de jeugd-GGZ gewenst is. De introductie van de POH-er voor de jeugd GGZ is zo'n verandering.

Wat is precies een POH-er Jeugd-GGZ?

Zoals de naam al zegt, is het een ondersteuner van de huisarts met jeugd-GGZ deskundigheid. Hij werkt vanuit de huisartsenpraktijk en onder verantwoordelijkheid van de huisarts en is ook alleen toegankelijk via de huisarts. Hij wordt volledig gefinancierd door de gemeente.

De werving van POH-er is samen met de huisartsen gedaan. Er gekozen voor een detachingsconstructie vanuit de 2e lijns GGZ. Hierbij is gekozen voor iemand met een verpleegkundige achtergrond en GGZ deskundigheid (cognitief gedragstherapeut). Inmiddels zijn er 3 huisartsenpraktijken die meedoen aan de pilot. Hiermee is deze zorgvorm beschikbaar voor circa 35% van de kinderen in Steenwijkerland. De POH-er is inzetbaar voor zowel ADHD-medicatiecontroles als andersoortige GGZ problematiek.

a. ADHD-medicatiecontroles door POH-er

ADHD medicatie wordt nooit door een huisarts geïnitieerd. Dit kan alleen door een kinder- of GGZ-arts voorgeschreven worden, nadat zij ADHD hebben vastgesteld. Dergelijke medicatie valt onder de opiumwet en de medische richtlijn schrijft twee controles per jaar voor. Deze 2e lijns medicatiebegeleiding valt onder de jeugdhulp. Als het goed gaat met een kind, wordt vaak door de specialisten verwezen naar de huisarts voor herhalingsrecepten en medicatiecontrole. Dit terwijl niet alle huisartsen vinden dat zij hier voldoende voor zijn toegerust. Met een POH-er (met verpleegkundige achtergrond) kan deze zorg prima in de 1e lijn geboden worden.

In de huisartsenpraktijken waar de POH-er werkzaam is, roept hij de kinderen met ADHD-medicatie op voor medicatiecontrole. Het is gebleken dat deze medicatiebewaking onvoldoende geborgd was, sommige kinderen waren al een paar jaar niet meer door een arts gezien. De medicatiecontroles hebben in 15% van de gevallen geleid tot medicatieaanpassing (gestopt of verlaagd). Bij 1 kind was zelfs sprake van een veel te hoge dosering, wat op termijn zeker schadelijk is voor de gezondheid. Kortom de POH-er zorgt voor een duidelijke kwaliteitsverbetering in de ADHD-medicatiecontrole.

b. Andersoortige GGZ problematiek

Naast de ADHD-medicatiecontroles, ziet de POH-er ook veel kinderen met andersoortige GGZ-problematiek. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om angsten, eetstoornissen, onhandelbaar- of boos gedrag, trauma en slaapproblemen.

Een beperkt deel van de problematiek blijkt hoofdzakelijk 'in het kind' te liggen. Het merendeel van de problematiek hangt nauw samen met de omgeving. De POH-er kijkt dan ook altijd naar het systeem om het kind heen.

Een POH-traject is kortdurend en bestaat uit een aantal gesprekken. Ook een observatie thuis of op school of een korte training kan onderdeel zijn van de behandeling. In zo'n 20 tot 40% van de gevallen is de problematiek te complex voor een POH-er, deze kinderen worden dan doorverwezen naar de 2e lijns GGZ. Als daar een (te lange) wachtlijst is, biedt de POH-er waar nodig overbruggingszorg.

De POH-er blijkt meer dan de helft van de kinderen en ouders te kunnen helpen met een POH-traject. Dit aandeel kan zelfs rond de 80% blijken te liggen, als wij over een langere periode hebben kunnen monitoren. Een kwart van deze kinderen en ouders is al geholpen met 1 tot 3 gesprekken. Bij ruim de helft volstaat een traject van 3-7 gesprekken en bij 20% is er nog net iets meer nodig (maximaal 10 gesprekken). Doordat de POH-er zoveel 2e lijns GGZ zorg afvangt, neemt de druk op de GGZ af en komt daar alleen de zorgvraag terecht die daar thuis hoort.

Tevredenheid over POH-er

Kinderen en ouders zijn zeer tevreden over de POH-er. Zij waarderen hem met een gemiddeld rapportcijfer dat boven de 8 ligt. Zij gebruiken woorden als '*deskundig, adequaat, doelgericht, prettig, eerlijk*' om hem te duiden. Ook de huisartsen van de 3 praktijken zijn zonder uitzondering enthousiast. Zij kunnen de POH-er al niet meer wegdenken uit de praktijk en vinden dit een waardevolle aanvulling op hun praktijkvoering.

Het is natuurlijk heel lastig te bepalen wat er was gebeurd als deze kinderen niet door de POH-er waren gezien. In het kader van de monitoring geeft de POH-er aan wat er naar zijn professionele mening was gebeurd wanneer er op korte termijn (2-3 maand) geen hulp was ingezet en deze kinderen op een wachtlijst gekomen waren. De POH-er geeft aan dat in 27% van de gevallen de situatie zou zijn geëscaleerd. Hieronder vallen 2 crisisopnamen en echtscheidingen die zijn voorkomen. Daarnaast geeft de POH-er aan dat een depressie in zo'n 15% van de gevallen is afgewend. Dit is heftig, maar dit is wel de oprechte overtuiging van de POH-er. Vaak is de problematiek nog 'klein' en is een lichte interventie effectief. Zonder interventie gaat het toch vaak

snel de verkeerde kant op met een kind. Problemen rondom een kind kunnen hele gezinnen ontwrichten.

Consequenties voor de gemeente

Alhoewel de pilot nog loopt, zijn de resultaten dermate veelbelovend dat wij besloten hebben om met meerdere huisartsen in gesprek te gaan over de pilot. De POH-er wordt na afloop van de pilot definitief ingebed in de jeugdhulp en wij zouden de POH-functie willen uitbreiden naar alle huisartsenpraktijken die hiervoor open staan. Doordat het niet alleen een kwaliteitsverbetering is, maar ook nog eens het aantal verwijzingen naar jeugd-GGZ beperkt, is de verwachting dat de implementatie kostenneutraal of zelfs met een besparing te realiseren is.

Een prachtig neveneffect is dat de POH-er een prima verbinding is tussen de huisartsenpraktijken en onze toegang. De relatie met de deelnemende huisartsen is door de pilot zeer goed geworden. Dit straalt ook uit naar de andere huisartsen. Ook met hen komen wij nu veel makkelijker in gesprek.

Communicatie

De pilot is een samenwerking met huisartsenpraktijken. Met de deelnemende huisartsenpraktijken wordt geregeld gecommuniceerd. Via de deelnemende praktijken horen ook niet-deelnemende huisartsen hierover.

Daarnaast communiceren wij via onze nieuwsbrief huisartsen (verschijnt een paar keer per jaar en gaat naar alle huisartsenpraktijken in onze gemeente) over deze pilot en andere voor hun relevante informatie over het sociale domein. In het kader van relatiebeheer proberen wij alle huisartsen toch minimaal 1x per jaar persoonlijk te spreken.

Vervolg

De eindevaluatie is rond mei 2018 afgerond. Gezien het succes nu al, bedden wij de pilot in de reguliere jeugdhulp en proberen wij de POH-er voor de jeugd GGZ uit te rollen naar de andere huisartsenpraktijken in onze gemeente. Huisartsen worden actief bezocht, waarbij dit het belangrijkste gespreksonderwerp is.

Besluit

Beslispunt 1

Kennis te nemen van de informatie over de pilot met de praktijkondersteuner voor de jeugd GGZ en de aanpak van de wachtlijst jeugd GGZ.

Beslispunt 2

Deze informatienota ter kennisname aan de gemeenteraad voor te leggen.