

Aanleiding, inleiding en toelichting

Per 1-1-2015 zal de Jeugdzorg geheel bij de gemeenten ondergebracht worden wat betreft organisatie en financiering. Dit is inclusief de gehele Jeugd GGZ (dus generalistische en specialistische GGZ). De huisartsenzorg (zoals geformuleerd in de Basis GGZ) valt hier buiten en blijft gefinancierd via de zorgverzekering. Evenals de financiering van de medicatie. Dit betekent dat er op dit gebied een scherpe afbakening gemaakt moet worden tussen reguliere huisartsenzorg gefinancierd uit het huisartsenbudget en jeugdzorg gefinancierd door de gemeente. Als huisartsen jeugdzorg willen aanbieden die valt buiten de reguliere huisartsenzorg (b.v. door de inzet van een POH Jeugdzorg) zal dit door de gemeente gefinancierd moeten worden.

Dit Jeugdzorgpad is een algemeen hulpmiddel voor huisartsen, praktijkondersteuners en psychologen werkzaam in de generalistische GGZ om te bepalen welke zorg ze zelf kunnen leveren en wanneer doorverwezen dient te worden. Het is niet gericht op specifieke aandoeningen of problemen, maar is gericht op de gehele niet-somatische hulp aan kinderen en jeugdigen zoals gegeven in de huisartsenpraktijk en de generalistische GGZ.

De **patiëntengroep** bestaat uit alle kinderen en jeugdigen van 0 – 18 jaar (met een mogelijke uitloop tot 23 jaar) en hun opvoeders. Dit betreft alle psychische, sociale, psychiatrische en opvoedings**problematiek** waar kinderen en jeugdigen en/of hun opvoeders mee te maken hebben. Dus alle GGZ problematiek en alle jeugdproblematiek.

Uitgegaan wordt van het **stepped diagnosis en stepped care** model. Stepped diagnosis betekent dat men de eerste stappen in de behandeling uitvoert zonder een kindgebonden classificerende DSM-diagnose. Wel wordt er eerst een werkdiagnose gesteld om het kind of de jongere te begeleiden of behandelen, bijvoorbeeld: opvoedproblematiek, schoolachterstand en concentratiestoornis. Er wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met het (gezins)systeem en de context van de problematiek. Stepped diagnosis is gekoppeld aan stepped care waarbij de eerste stappen in de begeleiding of behandeling minimaal belastend zijn. Er wordt gebruik gemaakt van de krachtige werking van de tijd en ondersteuning op maat. Pas als er verslechtering of geen verbetering in de toestand van de patiënt optreedt wordt er overgegaan op een meer invasieve / intensieve behandeling. De stappen in de behandeling zijn:

Richtlijnen stepped diagnoses en stepped care:

Stap 1: *Baseline gegevens verzamelen*

Schat de aard en de ernst van de problemen zo goed mogelijk in. In geval van ernstige, specifieke of terugkerende problemen; ga **direct** naar stap 6.

Stap 2: *normaliseren*

Problemen normaliseren betekent niet dat je ze niet serieus neemt. Het betekent dat je ze uitlegt als normale en te verwachten reacties op de onvermijdelijke stressoren in een mensenleven. Opvoeden kan zwaar zijn en sommige kinderen vragen heel veel van hun ouders en leerkrachten. Geef opvoeders hier erkenning voor.

Stap 3: *Watchful waiting*

Normaliserende contacten gaan samen met of worden gevolgd door watchful waiting; een periode waarin er wekelijks (vaak telefonisch) contact is tussen behandelaar en hulpvrager, maar waarin er geen sprake is van een diagnose of een actieve behandeling. Men kijkt, met andere woorden, wat de tijd kan doen.

Stap 4: *Minimale interventies*

Als de problemen blijven kan een minimale interventie ingezet worden. Wanneer behandelaars een minimale interventie aanbieden, dan is het nodig om expliciet duidelijk te maken dat deze niet ingezet wordt voor een diagnose die al vaststaat. Zelfhulpboeken of internetprogramma's zijn voorbeelden van minimale behandelingen.

Stap 5: *Kortdurende therapie*

Indien stap 4 onvoldoende soelaas biedt, kan een kortdurende therapie ingezet worden. Kortdurende therapieën zoals cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie zijn vaak effectief en kosteneffectief. Oplossingsgerichte therapie is ook een kortdurende positieve therapie die gericht is op wat hulpvragers willen bereiken in plaats van op de problemen waarvoor ze hulp zochten.

Stap 6: *DSM-diagnose en specialistische behandeling*

Wanneer problemen en disfunctioneren ondanks de voorgaande stappen blijven bestaan, is classificatie en specialistische behandeling in de specialistische GGZ geïndiceerd. Het proces van (pre)diagnostiek eindigt echter geenszins wanneer er eenmaal een DSM-diagnose is gesteld. Die diagnose behoort het begin te zijn van specialistisch classificerend en verklarend diagnosticeren en van een persoonsgericht interventietraject waarin medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen elkaar aanvullen en afwisselen.

Tegelijkertijd met deze stepped diagnosis en stepped care vindt een afwegingsproces bij de zorgverlener plaats op basis waarvan continue een inschatting van ernst en risico plaatsvindt waarmee de keuze van (al dan niet) **verwijzen** onderbouwd wordt. Voor zorgverlening binnen de huisartsenzorg zijn de volgende algemene richtlijnen opgesteld:

Richtlijnen zorgverlening binnen de huisartsenzorg:

- 1) als de ernst van de problematiek licht of subklinisch is
- 2) en er geen of een laag risico is
- 3) en er geen sprake van complexiteit is, dus enkelvoudige problematiek
- 4) of er sprake is van een stabiel chronische problematiek
- 5) en het (gezins)systeem en de opvoeder(s) stabiel is dus tenminste voldoet aan de eisen 1) t.m. 4).
- 6) en de sociale omstandigheden stabiel zijn en dus geen risico vormen
- 7) en er geen of nauwelijks sprake is van schoolverzuim en de schoolloopbaan onproblematisch verloopt

In alle andere gevallen dient er een **doorverwijzing** te volgen naar gespecialiseerdere hulpverleners.

Als er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling dient er altijd direct contact te worden opgenomen met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Taken praktijkondersteuner GGZ

Er kan tussen huisarts en POH GGZ een eigen taakverdeling gemaakt worden. Er kan voor sommige problematiek naast verwijzing naar de eerstelijns psycholoog ook samenwerking met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) gezocht worden. De diagnostiek, begeleiding en behandeling van huisarts, POH GGZ en psycholoog zijn getrapd en lopen vloeiend en continu in elkaar over. De een bouwt voort op de bevindingen van de ander.

Algemene taken voor de POH GGZ:

- probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek
- opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan
- herkennen wanneer doorverwezen moet worden
- geven van psycho-educatie
- begeleiden/ondersteunen van zelfmanagement
- interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten
- geïndiceerde preventie
- zorggerelateerde preventie
- terugvalpreventie

Wat de POH GGZ daadwerkelijk kan doen is deels afhankelijk van de ervaring en expertise van de POH GGZ en van de afgesproken taakverdeling met de huisarts. **Voorbeelden** van taken voor de POH GGZ binnen de zorg aan kinderen, jeugdigen en /of hun opvoeders zijn:

- nazorg na behandeling in de specialistische of generalistische GGZ (bijvoorbeeld voor ADHD)
- ondersteunende gesprekken met kinderen met milde problematiek zoals onzekerheid, somberheid en depressieve kenmerken, omgaan met scheiding ouders, rouw en verlies
- geven van opvoedadvies
- ondersteuning van kinderen van opvoeders met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek
- lichte gedragsproblematiek.

Naast de financieringsproblematiek bij deze voorgestelde taken van de POH GGZ, speelt ook mee dat de POH-GGZ in principe is ingesteld op behandeling van volwassenen. De behandeling van kinderen vergt een specifieke deskundigheid die veel praktijkondersteuners (nog) niet bezitten. Desgewenst kunnen met de gemeente afspraken gemaakt worden over het aanbieden van jeugdzorg in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld over de inzet van gespecialiseerde functionarissen, het instellen van een orthopedagogisch spreekuur, of verdere samenwerking met het CJG.