Samenvatting
Gestructureerde POH-GGZ voor ernstige chronische psychiatrie

In 2016 is het project 'Gestructureerde POH-GGZ voor ernstige chronische psychiatrie' door het Zilveren Kruis en de huisartsen van de Regiotafel goedgekeurd voor de duur van twee jaar. Deze pilot is in overleg met de regiotafel in 2017 gestart in Amsterdam Zuidoost en Diemen en kan bij succes verder in Amsterdam uitgerold worden.

Waarom deze pilot?

De transitie van de ggz die vanaf 2014 is ingezet heeft verschillende situaties met zich meegebracht. Een daarvan is de problematiek rondom de ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) patiënten. De uitstroom van twintig procent van patiënten uit de specialistische GGZ naar de eerste lijn heeft tot gevolg dat een groep patiënten met zwaardere problematiek onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt. In Amsterdam is het aantal patiënten dat binnen de ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) doelgroep valt relatief groot ten opzichte van de rest van Nederland. Het 'uit beeld raken' van deze EPA-patiënten en (hierdoor) onder-behandeling wordt zeer reëel wordt geacht, met name voor de doelgroep die zorg mijdt.

De werkgroep ggz van de Huisartsen Kring Amsterdam/Almere heeft zichzelf de volgende vraag gesteld:

Hoe kan de eerste lijn zorgdragen voor deze chronisch psychiatrisch patiënten die mogelijk tussen de wal en het schip belanden?

In de pilot is dan ook ingezet op een meer gestructureerde aanpak binnen de huisartsenpraktijk, waarbij de POH GGZ op een geselecteerde groep een vinger aan de pols aanpak toepaste met als doel een beter zicht op de patiënten en toeleiding naar passend wijkaanbod ter voorkoming van escalatie.

Er zijn drie doelstellingen opgesteld voor de pilot:
1. In kaart brengen van de specifieke EPA-doelgroep: patiënten die antipsychotica (jaar 1) of antidepressiva (jaar 2) gebruiken.
2. Begeleiding van EPA-patiënten door de POH GGZ.
3. EPA-patiënten toeleiden naar passend wijkaanbod.

Pilotlocaties

Elaa heeft een oproep gedaan naar geïnteresseerde praktijken om deel te nemen aan de pilot. Als voorwaarde is onder andere gesteld dat de praktijk een POH GGZ heeft die:
- Affiniteit en ervaring heeft met chronische ggz patiënten.
- Geschoold is/wil worden om de doelgroep te kunnen bedienen.
- De mogelijkheid heeft om extra tijd gemiddeld twee uur per week te besteden aan deze pilot.

Hoe ziet de gestructureerde aanpak eruit?

Scholen van de POH-GGZ

De POH-GGZ hebben een Anders Denken Anders Doen (AKAD) scholing gevolgd.

Doorlichten patiëntenbestand

In het eerste jaar van de pilot is in de pilotpraktijken de doelgroep die antipsychotica gebruikt in kaart gebracht en doorgelicht. In het tweede jaar is de focus richting patiënten met stemmingsstoornissen gegaan. Het idee was dat het wijkaanbod bij deze groep beter zou aansluiten.

Afspraak POH-GGZ

Aan de hand van een uitdraai van de patiënten die antidepressiva slikken, of waarvan een episode van een stemmingsstoornis genoteerd staat in het patiëntenbestand van de huisarts zijn de patiënten uitgenodigd voor een afspraak bij de POH-GGZ.

Inventarisatie POH-GGZ

Tijdens de afspraak wordt geïnventariseerd of er begeleiding van de POH-GGZ nodig is en of toeleiding naar het wijkaanbod voor de desbetreffende patiënt mogelijk/geschikt is.

Monitoren van de EPA-patiënten

Voor het in kaart brengen van de kwaliteit van leven voor deze doelgroep voor en na de interventie van de POH-GGZ is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst die op meerdere levensgebieden de subjectief ervaren tevredenheid van de patiënt uitvraagt, de MANSA.

In de pilot zijn deze onderdelen bij iedere patiënt uitgevoerd en toegepast, maar er valt nog te betwisten of dit dan ook de beste onderdelen zijn om een gestructureerde aanpak in te vullen. De discussie over hoe dit moet gaan plaatsvinden zal nog gevoerd moeten worden, in Amsterdam en daarbuiten.

Welke inzichten heeft de pilot opgeleverd?

- De patiëntengroep is dankzij deze pilot goed in beeld gebracht.
- Bij stressvolle situaties vindt de EPA-patiënt of de familie sneller de weg naar de POH-GGZ.
- Er hebben succesvolle verwijzingen naar de ggz plaatsgevonden.
- In de huisartsenpraktijk is er meer alertheid op gebruik van psychofarmaca.
- De POH-GGZ is beter bekend met aanbod in de wijk

- Er is geconstateerd dat de stedelijke afspraken rondom terugverwijzen vaak niet worden nageleefd.
- Dossiers van deze patiëntengroep zijn regelmatig niet up to date. Het in beeld krijgen van de patiëntengroep kost zeer veel tijd.
- Door de huidige focus op zelfredzaamheid en participatie wordt veel verwacht van het toeleiden van mensen met psychiatrische problematiek naar sociaal wijkaanbod, maar uit de pilot blijkt dit in de praktijk lastig. Er is bij de doelgroep vaak geen behoefte of het aanbod sluit niet aan.

Aanbevelingen

Voorvloeiend uit de inzichten die de pilot heeft gegeven, kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk:

- Extra inzet van POH-GGZ en huisarts: maak tijd vrij in de huisartsenpraktijk om de EPA-doelgroep in beeld te krijgen.
- Inventariseer behoeften en noodzaak van begeleiding of doorverwijzingen.
- Breng dossiers up to date.
- Investeer in communicatie met de ggz.
- POH-GGZ: Investeer in kennis over chronische psychiatrie.
- Actief toeleiden van EPA-patiënten naar wijkaanbod behoeft geen (stedelijke) opvolging.

Meer informatie?

Wil je het volledige rapport lezen of heb je andere vragen? Neem dan contact op met ons op.

Mirjam Kohinor
Senior adviseur
06 - 425 85 074
m.kohinor@elaa.nl

Nione Imanuel
Adviseur
06 - 438 46 836
n.imanuel@elaa.nl