

Concept Plan van Aanpak
Transformatie ADHD zorg naar huisartsen, subregio Den Bosch
(Den Bosch, Vught, Boxtel en Sint-Michielsgestel)

Aanleiding

ADHD zorg is zorg die onder de Jeugdwet valt. Op dit moment vindt ADHD zorg vrijwel volledig plaats binnen basis en gespecialiseerde GGZ. Tot 1 juli 2022 was ook de kinderopoli van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) een belangrijk aanbieder ADHD zorg. Met name voor de regiogemeenten Den Bosch, Vught, Boxtel en Sint-Michielsgestel. Vanaf 1 januari 2022 is het JBZ geen gecontracteerde aanbieder meer omdat ze niet aan de door de regio NOB opgelegde voorwaarden konden voldoen (GGK berichtenverkeer).

De zorg die zij leverden aan jongeren is in de afgelopen anderhalf jaar afgebouwd en overgedragen aan één van de gecontracteerde aanbieders en zo mogelijk aan huisartsen. Hierbij werd direct een knelpunt zichtbaar: basis GGZ-aanbieders kunnen geen medicatie voorschrijven en het merendeel van de huisartsen in deze regio kunnen/willen de ADHD zorg (incl. medicatie-instelling) op dit moment niet overnemen. Het is geen basiszorg en ze hebben te weinig kennis van ADHD-zorg en –medicatie.

Dit betekent voor de jeugdigen die medicatie nodig hebben dat ze tussen wal en schip vallen. Basis GGZ- en sGGZ-1 aanbieders en huisarts mogen c.q. kunnen of willen het niet, en doorverwijzen naar sGGZ-2 of sGGZ-3- aanbieders voor medicatie-instelling kan niet want daarvoor is de problematiek te licht.

Het transformeren van ADHD zorg naar huisartsen (samen met POH GGZ jeugd) heeft, naast het oplossen van dit knelpunt, nog meer voordelen. Juist voor de kinderen en jongeren zelf. De huisarts is laagdrempelig en de begeleiding van de kinderen en jongeren kan in de vertrouwde omgeving plaatsvinden. Het kind is niet 'ziek' en loopt daarmee minder kans op een negatief zelfbeeld.

1. Transformatie ADHD zorg naar huisarts (in subregio Den Bosch)

Zoals aangegeven valt ADHD zorg onder de Jeugdwet. Echter, kinderen met aandachtsproblemen, zonder bijkomende problemen, zouden ook goede en vaak meer passende ondersteuning en begeleiding kunnen krijgen bij de eigen huisarts. Het is prettiger voor het kind én het gezin. De begeleiding gebeurt dichtbij en afstemming met de omgeving en school kan directer en eenvoudiger. Daarnaast kan, indien nodig, de huisarts medicatie voorschrijven, hetgeen nu een groot knelpunt is de subregio.

Het is ook een brede landelijke doelstelling om ADHD-zorg zo veel als mogelijk te demedicaliseren. Daar waar ondersteuning nodig is willen we dit zo licht en zo dichtbij als mogelijk organiseren. Daar waar specialistische jeugdhulp nodig is moet die beschikbaar zijn. Het doel is niet direct ADHD zorg goedkoper te maken maar het vooral anders in te richten. Dit kan de ADHD zorg beter maken en tegelijkertijd ontstaat er ruimte bij GGZ aanbieders voor andere vragen.. Dit alles draagt bij aan de verbetering van het zorglandschap.

Samenvattend, deze transformatie:

- lost het huidige knelpunt op van medicatie-instelling na diagnose door basis GGZ
- draagt bij aan demedicalisering van ADHD zorg (hetgeen prettiger is voor kind en gezin).
- ligt in lijn met de afspraken uit de Landelijke Hervormingsagenda
- het past binnen het in ontwikkeling zijnde regionale Beleidsprogramma Jeugdhulp 2024 e.v.
- creëert ruimte bij gespecialiseerde jeugdhulp (basis GGZ) en draagt hiermee bij aan de noodzakelijke verandering van het zorglandschap.
- is geen bezuinigingsopdracht.

2. Ervaringen pilot ADHD zorg 's Hertogenbosch 2019-2021

In de periode 2019-2021 heeft in de gemeente 's Hertogenbosch een pilot gedraaid met een aantal huisartsen die ADHD zorg leverden. Zij waren hiertoe vooraf geschoold en konden voor ondersteuning, consultatie en advies terugvallen op de Bruispoli (gespecialiseerd kaderarts GGZ). De Bruispoli stelde daarnaast medicatie in indien huisartsen zich daar onbekwaam voor voelden waarna de controle weer terugging naar de huisarts.

De resultaten van de pilot waren zeer positief. De huisartsen die de ADHD zorg leverden gaven aan duidelijk een leereffect te ervaren waardoor ze steeds minder gebruik hoefden te maken van de Bruispoli.

Zowel bij de huisarts als bij de Bruispoli werden de gesprekken gevoerd met de insteek van positieve psychologie: kijken met behulp van een 'OK, ik heb ADHD-kaartje' naar de sterke kanten van het kind. ADHD werd minder een beperking maar vooral een gegeven.

Bij de evaluatie van de pilot wordt voor een eventueel vervolg aandacht gevraagd voor:

- juiste/voldoende financiering huisartsen voor geleverde zorg
- aanwezigheid van psycho-educatie
- inrichting 'expertisecentrum' ADHD zorg t.b.v. huisartsen voor consultatie en advies
→ Bruispoli 2.0
- relatie met school bij begeleiding van kind/jongeren
- afstemming met gemeentelijke toegang over in te zetten ADHD zorg.

De ervaringen, leerpunten en aanbevelingen van deze pilot zijn meegenomen bij dit voorstel tot transformatie ADHD zorg naar huisartsen in de gemeenten 's Hertogenbosch, Vught, Boxtel en Sint Michielsgestel.

3. Wat is nodig voor transformatie ADHD zorg?

De zorggroep Jeroen Bosch Huisartsen (JBH) heeft een inventarisatie gedaan bij de huisartsen in de gemeenten in de subregio Den Bosch. Hieruit blijkt dat het merendeel van de huisartsen (ruim 90%) mee wil werken aan deze 'transformatie'. Wel moeten ze hiervoor voldoende gefaciliteerd zijn. Een kleine groep (7%) geeft aan niet bereid te zijn mee te werken aan de transformatie.

In overleg met een vertegenwoordiging van huisartsen (Regien Kievits namens JBH en Sylvia van Manen, kaderarts GGZ) is vastgesteld dat het volgende nodig is om de ADHD zorg te transformeren:

- a. Facilitering van de huisartsen door:
 - vergroten kennisniveau van huisartsen rondom ADHD-zorg;
 - aanwezigheid POH GGZ jeugd bij huisartsen
 - financiering extra kosten verbonden aan het bieden van ADHD zorg (buiten vergoeding consult door zorgverzekering)
- b. Beschikbaarheid aanbod van psycho-educatie voor kinderen en jongeren met ADHD dat laagdrempelig beschikbaar is.
- c. Inrichten van een expertisecentrum ADHD (Bruispoli 2.0) voor:
 - informatie en advies voor huisarts en POH
 - Instellen van medicatie bij twijfel waarna begeleiding terug gaat naar de huisarts/POH
 - het overnemen van medicatie-instelling en begeleiding indien huisarts dit weigert te doen omdat zij zich hier niet bekwaam in acht (voor ADHD zorg in het algemeen én voor medicatie-instelling na terugverwijzing GGZ naar huisarts)

a. Facilitering huisartsen

Vergroten kennisniveau van huisartsen rondom ADHD-zorg

Er is een bestaand geaccrediteerd scholingsaanbod AD(H)D voor zowel de huisartsen als de POH'ers jeugd. Dit zijn geaccrediteerde nascholingen en opleidingen. Haspel kan dit scholingsaanbod zowel fysiek als digitaal verzorgen. Mogelijk zijn er nog andere aanbieders van scholing voor huisartsen en POH'ers.

Aanwezigheid POH GGZ Jeugd bij huisartsen

Een POH-GGZ Jeugd is een praktijkondersteuner met GGZ achtergrond die ingezet wordt voor probleemverheldering, kortdurende behandeling/begeleiding, processturing en advisering bij kinderen/jeugdigen (0-18 jaar) met psychosociale, psychische of psychiatrische problematiek. en POH-jeugd heeft een belangrijke taak in het begeleiden van jongeren met ADHD -kenmerken en hun omgeving. Zij bieden ondersteuning die bijdraagt aan het zo goed mogelijk

functioneren van kinderen met druk gedrag (kenmerken en/of diagnose ADHD). De ondersteuning is gericht op de kinderen/jongeren én het gezin en de omgeving (o.a. school).

Deze begeleiding kan de huisarts niet zelf bieden. De aanwezigheid van een POH Jeugd is dus een voorwaarde om de ADHD zorg (meer) bij huisartsen te leggen.

In alle gemeenten binnen de subregio NOB zijn POH'ers-jeugd aanwezig maar met de extra taken is een uitbreiding van capaciteit noodzakelijk. Een voorlopige inschatting is dat per kind per jaar 2 uur begeleiding door POH GGZ nodig is.

Financiering extra inzet huisartsen

Voor een regulier consult waar de huisartsen de kinderen/jongeren zien, bijvoorbeeld eerste contact met zorgvraag, medicatieconsultatie etc. ontvangt de huisarts een reguliere vergoeding via de Zorgverzekeraar. Echter, naast het consult, komen er wel taken bij die extra tijd kosten. Denk aan afstemming/overleg, bewaken controlemomenten. Dit kost extra tijd waarvoor waarvoor huisartsen geen vergoeding ontvangen via de Zorgverzekeraar.

Voor deze extra inzet vragen ze een vergoeding van de gemeente. Op basis van de ervaringen van de pilot die eerder heeft gedraaid bij enkele huisartsen in Den Bosch heeft een berekening plaatsgevonden van het tarief per kind per jaar van € 80,-.

b. Voldoende aanbod psycho-educatie.

Inzet van psycho-educatie door POH GGZ jeugd is een belangrijke voorwaarde. Conform de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) is het een verplicht onderdeel van de behandeling voor alle psychische aandoeningen, dus ook voor ADHD. Iedere patiënt heeft volgens deze wet recht op informatie over zijn of haar aandoening. Dit betekent dat wanneer ADHD bij kinderen of jongeren wordt geclassificeerd, in alle gevallen psycho-educatie gegeven moet worden. Maar ook zonder een formele ADHD indicatie maar wel alle kenmerken is inzet ervan belangrijk.

Het goed kunnen uitleggen wat ADHD inhoudt, het wegnemen van vooroordelen en onjuiste beeldvorming en het voor het voetlicht brengen van een genuanceerde visie op classificatie en DSM-5 vragen om de juiste opleidingsachtergrond, kennis en ervaring van zorgprofessionals. Professionals die psycho-educatie geven moeten daarom gedegen, actuele en evidence-based kennis van ADHD hebben en op de hoogte zijn van nieuwe informatie en maatschappelijke discussies. Daarnaast moeten professionals die psycho-educatie geven in staat zijn om de informatie die ze geven op de individuele ouder, de leerkracht, het kind, of de jongere af te stemmen. Dat wil zeggen dat de professional rekening houdt met (onder andere) iemands cognitieve mogelijkheden- en stijl, ontwikkelingsniveau, leeftijd en levensfase.

Binnen de regio De Meierij is er op dit moment voldoende aanbod psycho-educatie. Dit wordt o.a. aangeboden vanuit Ypse (via Trainingscentrum). Bij de training van huisartsen en POH GGZ is aandacht voor het aanbod psycho-educatie en de wijze waarop hiervan vanuit de subregio gebruik gemaakt kan worden.

c. Inrichten expertisecentrum ADHD: Bruispoli 2.0

Om de transitie van de ADHD zorg naar huisartsen te realiseren is het belangrijk dat er voor de huisarts en POH'er een consultatie- en adviesmogelijkheid is, een 'expertisecentrum ADHD'. Dit om informatie in te winnen over kenmerken, mogelijke diagnoses, behandeling en begeleiding. In de pilot die van 2019 tot 2021 in Den Bosch is geweest was er zo'n plek met deze taak onder de naam Bruispoli. Vanwege de bekendheid bij al een aantal huisartsen willen we het expertisecentrum de naam 'Bruispoli 2.0' noemen. Belangrijk is dat de Bruispoli 2.0 voldoende kennis, kunde en capaciteit heeft om de ondersteunende functie te kunnen bieden.

De functie en taak van de Bruispoli is driedelig:

- Een informatie- en adviesfunctie invullen voor huisartsen en POH GGZ jeugd bij vragen m.b.t. de begeleiding en ondersteuning die zij bieden aan kinderen en jongeren en bij eventueel medicatie-instelling indien dit noodzakelijk lijkt.
- Het op verzoek van de huisarts zien van kinderen en eventueel medicatie instellen, waarna het kind weer teruggaat naar huisarts voor verdere begeleiding en controle.
- Het instellen van medicatie en begeleiden van kinderen en jongeren van die huisartsenpraktijk die aangeeft dit niet te doen (bijvoorbeeld omdat zij zich hier niet bekwaam voor achten, er geen andere huisarts is binnen de praktijk die het kan of het principieel niet zien als rol voor huisarts).

Het expertisecentrum ADHD is geen fysiek centrum, maar een informatiepunt dat telefonisch en via de mail bereikbaar is. Medicatie-instelling, door één van de deskundigen van het expertisecentrum, kan, op afspraak, gebeuren op locatie van één van de partners of op locatie van de huisarts van het kind/de jongere die het betreft.

Capaciteit/samenstelling:

De inrichting van het expertisecentrum is als volgt: 8 uur per week voor zowel consultatie en advies als medicatie-instelling en eventueel begeleiding.

Deskundigheid die binnen het expertisecentrum is bestaat uit kaderarts GGZ en medisch verpleegkundige (Herlaarhof). Andere disciplines die toegevoegd zouden kunnen worden: gespecialiseerd huisarts, jeugdarts, kind psychiater.

Financiering Bruispoli:

De financiering van de Bruispoli gebeurt op 2 verschillende manieren.

De taken onder 1 en 2 worden gefinancierd met CET-gelden (Consultatie, eHealth, Triage).

Dit is een financiering van huisartsen aan Bruispoli.

De taak onder 3 is ADHD zorg die de gemeenten moeten financieren vanuit de Jeugdwet.

Bij beide vormen van financiering geldt dat betaling plaatsvindt op basis van p x q.

Beheer en betaling van CET gelden ligt bij Haspel.

Betaling van zorg onder 3 gebeurt op factuurbasis die de specialisten binnen Bruispoli rechtstreeks declareren bij de desbetreffende gemeente.

4. Financiën

De transformatie van ADHD zorg is geen bezuinigingsopdracht. Het is gericht op het verbeteren van het ADHD aanbod, lichter en dichterbij, het oplossen van het knelpunt (hiaat) medicatie-instelling en het verbeteren van het zorglandschap.

ADHD-zorg valt onder de Jeugdwet en dus moeten de kosten ten laste van de middelen Jeugdwet komen. Het betreft een verschuiving van middelen binnen de gemeentelijke budgetten Jeugdwet. De verwachting is dat het niet tot grote financiële verschillen leidt m.b.t. de huidige uitgaven ADHD zorg. Het is echter niet volledig meetbaar omdat de huidige inzet bGGZ niet gesplitst is naar de problematiek waarvoor deze ingezet wordt. Wel zijn de uitgaven van ADHD poli JBZ bekend. Bij de monitoring kunnen wel de uitgaven voor Bruispoli 2.0 en huisartsen gemonitord worden en doorberekend naar kosten per cliënt. Deze kunnen bij de evaluatie gelegd worden naast de tarieven bGGZ.

Voor de berekening van de kosten gaan we uit van het totaal aantal jeugdigen 0-18 jaar in de gemeenten Den Bosch, Vught, Sint Michielsgestel en Boxtel, waarvan volgens landelijke cijfers 4% ADHD(-kenmerken) heeft.

Gemeenten	Aantal kinderen 0-18 jaar per gemeente (volgens CBS 2023)	Geschat aantal kinderen met ADHD: 4%	93% van de huisarts wil kind met ADHD zorg bieden. Dit betreft globaal het volgend aantal kinderen:	7% van de huisartsen wil kind met ADHD geen zorg bieden. Dit betreft globaal het volgend aantal kinderen:
Den Bosch	28.796	1151 (60,4%)	1070	81
Vught	6538	262 (13,8%)	244	18
Boxtel	6279	251 (13,2%)	233	18
Sint Michielsgestel	6021	241 (12,6%)	224	17
Totaal aantal	47.634	1905 100%	1771	134

De kosten die voor de gemeente komen voor deze andere organisatie en inrichting van ADHD zorg zijn concreet:

Kosten bruispoli		
Medicatie-instelling en begeleiding (134 kinderen x 126,04 per kind) ¹	€ 16.763	gemeente
Consultatie en advies aan huisartsen/POH	€ 0	huisartsen (CET)
Medicatie-instelling t.b.v. huisartsen die daarna begeleiding overneemt	€ 0	huisartsen (CET)
Huur ruimte door bruispoli	€ 4.200	gemeente
Overheadkosten ²	€ 19.908	gemeente
Vergoeding huisartsen (naast vergoeding ZVW voor regulier consult)		
€ 80,00 x 1.771 ³	€ 141.680	gemeente
Kosten Reg.trainingscentrum en e-health ouders en jeugdigen		
Minddistrict E-health	€ 0	CET gelden
Regionaal trainingscentrum	€ 0	bestaande financ.
Kosten scholing huisartsen en POH GGZ		
Scholing huisartsen	€ 0	Huisarts (accreditatie)
Scholing POH GGZ jeugd	€ 0	Onderdeel tarief inhuur
Facilitering kosten opleiding, huur ruimte	€ 2.000	Onder voorbehoud van definitieve offerte
Totaal per jaar ADHD zorg	€ 184.551	

Geschatte ureninzet POH GGZ jeugd en kosten: begeleiding 1771 kinderen. 2 uur per kind is totaal 3542 uur per jaar. Inzet per gemeente per week naar beneden afgerond	Uren per week	Kosten per jaar (€ 75,- per uur)
Den Bosch (60,5%)	40 uur	€ 156.000
Vugt (13,7%)	8 uur	€ 31.200
Boxtel (13,2%)	8 uur	€ 31.200
Sint-Michielsgestel (12,6%)	8 uur	€ 31.200
	64 uur	€ 249.600

¹ Betreft een schatting van het maximaal aantal kinderen waarvan hun eigen huisarts niet de medicatie-instelling en begeleiding doet.

² Zie bijlage voor berekening overheadkosten

³ Betreft een schatting van het maximaal aantal kinderen waarvan de huisarts de medicatie-instelling en/of medicatiebegeleiding doet.

Op basis van een verdeelsleutel van het totaal aantal jongeren in de gemeenten, het landelijke gehanteerde percentage jongeren met een vorm van ADHD (4%), en de verdeling per gemeente is er een globale schatting van de kosten per gemeente per jaar:

Financiering ADHD zorg	Huisarts/bruispoli	POH GGZ	Totaal
Den Bosch (60,5%)	€ 111.654	€ 156.000	€ 267.654
Vught (13,7%)	€ 25.283	€ 31.200	€ 56.483
Boxtel (13,2%)	€ 24.360	€ 31.200	€ 55.560
Sint-Michielsgestel (12,6%)	€ 23.253	€ 31.200	€ 54.453
Totaal	€ 184.550	€ 249.600	€ 434.150

Het bedrag ad. € 184.550,- zijn de totale kosten die doorberekend/verdeeld worden over de gemeenten. Voor medicatie-instelling en begeleiding door Bruispoli en begeleiding door huisarts vindt doorberekening van de kosten plaats op basis van daadwerkelijk gebruik per gemeente. De overige kosten worden verdeeld over gemeenten op basis van percentages zoals hierboven genomen.

De gemeenten zijn ieder zelf verantwoordelijk voor de inhuur/inzet extra POH GGZ jeugd en de financiering hiervan.

Deze kosten betreffen in principe 'verschoven kosten'. De gemeenten betalen deze nu aan bGGZ aanbieders en t/m uiterlijk 2023 Jeroen Bosch ziekenhuis (zie onderstaande tabellen). De bGGZ aanbieders kunnen nog ingezet worden voor eventueel een indicatiestelling maar dit waarschijnlijk minder, en ook de begeleiding door bGGZ aanbieders zal afnemen. JBZ levert vanaf 1.1.2024 geen ADHD zorg meer.

JBZ (ADHD zorg en begeleiding en medicatie-instelling)	Aantal cliënten	Kosten
2019	647	€ 159.362,57
2020	598	€ 156.200,53
2021	500	€ 153.816,66
2022	477	€ 127.158,65
Prognose 2023	150	€ 42.000,00

Kosten ADHD zorg JBZ ziekenhuis

2021:		2022	
Gemeente	Aant. cliënten	Gemeente	aant. cliënten
Bernheze	3	Bernheze	
Boxtel	77	Boxtel	15
Landerd	2	Landerd	
Meerijstad	24	Meerijstad	3
Oss	10	Oss	4
s Hertogenbosch	218	s Hertogenbosch	36
Sint Michielsgestel	32	Sint Michielsgestel	4
Uden	5	Uden	
Vught	129	Vught	18
cliënten	500	cliënten	80
Uitgaven	€ 153.816,00	Uitgaven	€ 127.158,65

Verdeling kosten ADHD zorg JBZ ziekenhuis 2021 en 2022 per gemeente

5. Planning, communicatie en evaluatie

De transformatie ADHD zorg moet per 1 januari 2024 van start gaan.

Dit kan alleen indien:

- Gemeenten instemmen met de transformatie ADHD zorg en de gewijzigde vorm van financiering ADHD zorg → betaling van Bruispoli voor medicatie-instelling en -begeleiding en vaste kosten én betaling van huisarts voor extra inzet ADHD zorg.
- Bruispoli is ingericht en bemenst en hierover schriftelijke overeenstemming is tussen functionarissen/organisaties.
- Er is een opdrachtverlening aan Bruispoli vanuit gemeente over inzet en financiering.
- Er zijn afspraken over de wijze van declareren van kosten bij Gemeente Vught → wie declareert kosten van huisartsen en Bruispoli bij gemeente, wanneer, met welke frequentie.
- Communicatie heeft plaatsgevonden naar huisartsen in gemeenten Den Bosch, Vught, Boxtel en Sint-Michielsgestel.
- Scholing van huisartsen en POH'ers GGZ heeft plaatsgevonden, zo mogelijk vóór 1 januari 2024 maar uiterlijk vóór 1 april 2024

- Systemen van doorverwijzing bij huisartsen en Bruispoli afgestemd zijn → gebruik maken van bestaande systemen
- Voldoende capaciteit POH GGZ Jeugd beschikbaar is.

Dit betekent dat er in de komende periode de volgende acties uitgezet en gerealiseerd moeten zijn.

Sept – december 2023:

- Juridische check inkoop/aanbesteding contracteren bruispoli;
- Scholingen huisarts;
- Trainingen POH GGZ Jeugd ;
- Eventueel werving benodigde capaciteit;
- Inrichten facturatie proces indien nodig;
- Collegebesluiten;
- Opdrachtverlening aan Bruispoli 2.0

Evaluatie pilot ADHD zorg naar huisartsen

De komende twee jaar vindt er een monitoring plaats van de inzet van ADHD zorg van huisartsen, POH GGZ- jeugd en de Bruispoli. De monitoringgegevens worden in overleg met betrokkenen voor de start vastgesteld. In de eerste helft van 2026 vindt een evaluatie plaats van deze pilot Transformatie ADHD zorg en vindt er uiterlijk 1 juni 2026 besluitvorming plaats over eventuele continuering en financiering vanaf 1.1.2027

2024 – 2025

- monitoren en bijsturen
- periodiek overleg met huidige werkgroep ADHD zorg huisartsen

1^e kwartaal 2026:

- Evaluatie pilot
-

Uiterlijk 1 juni 2026

- Besluitvorming over continuering/definitieve inrichting en financiering ADHD zorg bij huisarts.