BUREAU hhm
ONDERZOEK EN ADVIES

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Internet** www.hhm.nl
E-mail info@hhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Generalistische Basis GGZ

Verwijsmodel en productbeschrijvingen

Enschede, 30 januari 2013
PJ/13/0160/baggz

drs. Peter Bakker
dr. Patrick Jansen

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1. Algemeen 4

2. Aanpak 5

3. GGZ-verwijsmodel 6
3.1 Verwijscriteria 6
3.2 Verwijzing op hoofdlijnen 8

4. Zorgproducten Generalistische Basis GGZ 9
4.1 Uitgangspunten 9
4.2 Inhoud productbeschrijvingen 10
4.3 Opbouw productbeschrijvingen 11
4.4 Monitor 11

Bijlage 1. Prestatiebeschrijving Praktijkondersteuning GGZ 12
Bijlage 2. Uitgangspunten verwijsmodel 14
Bijlage 3. Productbeschrijvingen en cliëntprofielen GBGGZ 17
Bijlage 4. Begrippenlijst 22

Samenvatting

Om de kwaliteit en kostenbeheersing in de GGZ te waarborgen vindt een verschuiving van cliënten plaats tussen de drie echelons:

- Gespecialiseerde GGZ;
- Generalistische Basis GGZ;
- Huisartsenzorg met praktijkondersteuning GGZ.

In dit rapport besteden we hoofdzakelijk aandacht aan de Generalistische Basis GGZ.

In het kader van de verwachte verschuiving heeft bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS objectieve criteria beschreven voor een verwijsmodel dat de huisarts met praktijk-ondersteuning kan toepassen. Met behulp van deze criteria kan meer uniformiteit worden bereikt in de verwijzing naar de drie genoemde echelons.

Daarnaast hebben we voor de Generalistische Basis GGZ zorgzwaarteproducten ontwikkeld, inclusief een beschrijving van het bijbehorend cliëntprofiel. Uitgesplitst naar een aantal componenten is per product een inschatting gegeven van de totale tijdbesteding per product.

De verwijscriteria en productbeschrijving zijn gebaseerd op deskresearch, registratiegegevens en ervaringsdeskundigheid. Door het gebruik van deze criteria en producten in de praktijk te monitoren kunnen gegevens worden verzameld om het verwijsmodel en de productbeschrijvingen te verfijnen.

1. Algemeen

In het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 is geconstateerd dat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland een onmisbare bijdrage levert aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. Het is belangrijk dat er in de GGZ een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod bestaat om mensen met psychische aandoeningen te behandelen. Uitgangspunt is goede samenhangende zorg waarin mensen met psychische problematiek snel en effectief worden behandeld. De zorg wordt rond de patiënt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. Dit gebeurt in het kader van drie echelons:

Om kwaliteit en kostenbeheersing in de GGZ te waarborgen, verwacht men dat er een verschuiving van patiëntenstromen kan plaatsvinden van de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ) naar de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en naar de huisartsenzorg met ondersteuning (HA+POH). Om dit mogelijk te maken dienen de laatste functies te worden versterkt.

De HA+POH kenmerkt zich door een sterke poort waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld en waar nodig verwezen naar de GBGGZ of de GGGZ. Medicalisering moet zoveel mogelijk worden voorkomen en mensen moeten niet onnodig (lang) in de curatieve zorg worden behandeld. Om de huisarts in staat te stellen de toestroom van patiënten met psychische problematiek beter te organiseren en te begeleiden is de module ondersteuning (POH-GGZ) per 2013 geflexibiliseerd (deze prestatiebeschrijving hebben we opgenomen in bijlage 1).

Om de GBGGZ te versterken wordt een uniforme bekostiging ontwikkeld op basis van een beperkt aantal zorgzwaarteproducten dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Door het ontwikkelen en versterken van de GBGGZ kan een aanzienlijk deel van de patiënten dat nu door de GGGZ wordt geholpen naar de GBGGZ verschuiven. Dit betekent dat de GBGGZ een zwaardere populatie gaat behandelen dan nu het geval is in de eerstelijns psychologische zorg.

In het kader van de verwachte verschuiving van patiëntenstromen heeft bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS objectieve criteria beschreven voor een verwijsmodel dat de HA+POH kan gebruiken. Daarnaast hebben we voor de GBGGZ zorgzwaarteproducten ontwikkeld, inclusief een beschrijving van het bijbehorend cliëntprofiel.

2. Aanpak

Gezien het beperkte tijdpad waarin de producten zoals beschreven in de offerte moesten worden opgeleverd, hebben we gewerkt met deskresearch in combinatie met een expertbenadering. Bij dit traject zijn de volgende landelijke partijen en beroepsorganisaties betrokken geweest: CVZ, ZN, LVG, LHV, LVE, GGZ NL, NVVP, NVvP, V&VN, Trimbos-instituut, Nivel, ROS-netwerk en Kaderhuisartsengroep GGZ. Vanuit deze organisaties zijn diverse experts uit het veld aangeleverd die een bijdrage hebben geleverd aan de uitwerking van het verwijsmodel en de productbeschrijvingen.

Om te komen tot een verwijsmodel en productomschrijvingen zijn daarnaast interviews afgenomen bij functionarissen uit het veld om in combinatie met het deskresearch de input aan te leveren voor de werkgroepen waarin de resultaten werden voorgelegd en getoetst.

De resultaten van de deskresearch en interviews in het kader van het verwijsmodel hebben we opgenomen in bijlage 2.

Voor de werkgroepen hebben we telkens groepen geformeerd waarin alle relevante beroeps-groepen hebben geparticipeerd. Op het moment dat beroepsgroepen door het beperkte tijdpad niet aanwezig konden zijn, hebben wij in de voorbereiding van de werkgroep bijeenkomsten de relevante reacties meegenomen.

Tussentijds hebben we de resultaten van de groepen gedeeld en getoetst met alle betrokken partijen en koepels op bureauniveau tijdens het Koepeloverleg (voorgezeten door het ministerie van VWS) en het directeurenoverleg.

Ten slotte hebben we voornamelijk naar aanleiding van vragen uit de werkgroepen een voorstel gedaan voor het monitoren van de implementatie van het verwijsmodel en de zorgproducten in de Generalistische Basis GGZ.

3. GGZ-verwijsmodel

In dit hoofdstuk beschrijven we een GGZ verwijsmodel[1] in de huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. De patiënt komt met een hulpvraag bij de huisarts. De huisarts beoordeelt die hulpvraag en wanneer het psychische problematiek betreft, gaat de huisarts na in welk echelon de patiënt het beste geholpen kan worden. We onderscheiden drie echelons (beoogd per 2014):

- Huisartsenzorg inclusief POH-GGZ;
- Generalistische Basis GGZ (GBGGZ);
- Gespecialiseerde GGZ (GGGZ).

Om een weloverwogen keuze te kunnen maken of verwijzing geboden is, houdt de huisarts idealiter rekening met een aantal aspecten/criteria. Daarbij houdt de huisarts nadrukkelijk rekening met de omgeving (context) van de cliënt, de mogelijkheden voor zelfmanagement en de impact van de klachten op het dagelijks functioneren. De aspecten samen vormen een multi-dimensionaal beeld. Bij de afweging om al dan niet te verwijzen gaat het steeds om de combinatie waarin de aspecten zich voordoen.

We gaan er vanuit dat de huisarts (HA) beschikking heeft over een ondersteuningsmodule (POH-GGZ) in de praktijk en de mogelijkheid om de GBGGZ of de GGGZ te consulteren. Zo nodig kunnen deze partijen de huisarts ondersteunen bij de keuze om al dan niet te verwijzen.

In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ staat: “In de generalistische Basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM-benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren.” Voor het verwijsmodel hebben we dit als volgt geïnterpreteerd:

- Wanneer de huisarts wil verwijzen naar de GBGGZ of de GGGZ, moet er sprake zijn van een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
- Een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor verwijzing; geen voldoende voorwaarde. Dat wil zeggen dat niet iedere cliënt met een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis wordt doorverwezen. Een deel van deze cliënten kan prima door de huisarts (+ POH GGZ) worden behandeld.[2]

Wanneer een cliënt met een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis wordt doorverwezen, zal de behandelaar in de GBGGZ of de GGGZ vervolgens moeten aantonen dat er inderdaad sprake is van een DSM-benoemde stoornis. Zo niet, dan is er geen aanspraak op Zvw-verzekerde zorg (basispakket).

3.1 Verwijscriteria

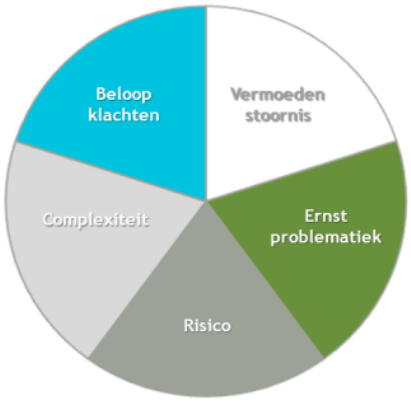
Via veld- en deskresearch hebben wij de criteria verzameld die een rol spelen bij het verwijzen naar de GGZ. In bijeenkomsten met experts zijn we nagegaan wat de essentiële criteria zijn. Het gaat om de volgende criteria:

- vermoeden DSM-benoemde stoornis;
- ernst problematiek;
- risico;

[1] Eerder hebben we dit triage genoemd. De experts vinden verwijzen een betere term.

[2] Zie bijvoorbeeld de prestatiebeschrijving POH-GGZ van de NZa.

- complexiteit;
- beloop klachten.



Hieronder zijn de criteria uitgewerkt door per criterium aan te geven wat de relevante 'waarden' van het criterium zijn. De criteria vormen de aanzet voor een checklist voor de huisarts om te bepalen in welk echelon de hulpvraag van de cliënt kan worden opgepakt. De essentiële meerwaarde van deze checklist is, dat elke huisarts (al of niet ondersteund door POH-GGZ) al deze criteria beoordeelt, zodat kan worden bepaald welk echelon naar verwachting het best passend is voor de cliënt.

Vermoeden DSM-benoemde stoornis

- Er is een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
- Er is geen vermoeden van een DSM-benoemde stoornis, er is enkel sprake van klachten.

Ernst problematiek

- Subklinisch: er is wel sprake van klachten maar dit is onvoldoende om een diagnose te stellen. Ondanks het ontbreken van een diagnose kunnen de impact van de klachten op het dagelijks functioneren en de duur van de klachten reden zijn om gepaste hulp te bieden.
- Licht: er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt. De cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.
- Matig: de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen. Er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Ernstig: de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken).

Om de ernst van de problematiek te kunnen bepalen zou een GAF score gebruikt kunnen worden. Experts geven aan te twijfelen aan de bruikbaarheid van de GAF als meetinstrument. Indien GAF wordt gebruikt, dan correspondeert 'licht' met een score 61-70, 'matig' met een score 51-60 en 'ernstig' met een score 1-50.

Risico

In dit criterium zijn ook de contextuele factoren en het vermogen tot zelfmanagement opgenomen.

- Laag: er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.
- Matig: er zijn duidelijke klachten/symptomen of er is sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
- Hoog: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.

Complexiteit

- Afwezig: er is sprake van een enkelvoudig beeld.
- Laag: er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek op As 2 (persoonlijkheid, zwakzinnigheid), As 3 (somatische factoren) of As 4 (psychosociale en omgevingsproblemen), maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- Hoog: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.

Beloop klachten

- De duur van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- Er is sprake van aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.
- De duur van de symptomen beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- Er is sprake van recidive.
- Er is sprake van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.
- Er is sprake van stabiele chronische problematiek, crisisgevoelig.
- Er is sprake van instabiele chronische problematiek.

3.2 Verwijzing op hoofdlijnen

Aan de hand van bovenstaande criteria worden cliënten in grote lijnen als volgt verwezen:

Verwijzing naar de GGGZ is aan de orde bij:

- een hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis. De ‘score’ op andere criteria is in die gevallen niet doorslaggevend.

Behandeling door HA + POH GGZ zelf (dus geen verwijzing naar de GBGGZ of GGGZ) is aan de orde bij:

- geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis; of
- vermoeden DSM-benoemde stoornis, maar daarbij is de ernst licht of subklinisch, het risico laag, de complexiteit afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld; of
- stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.

In alle andere gevallen ligt verwijzing naar de GBGGZ voor de hand.

4. Zorgproducten Generalistische Basis GGZ

In dit hoofdstuk presenteren wij productbeschrijvingen met cliëntprofielen voor de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). De productbeschrijvingen zijn gebaseerd op de input van veldresearch (waaronder een aantal expertbijeenkomsten) en deskresearch. In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 wordt het belang geschetst van een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod van de GGZ dat bestaat om mensen met psychische aandoeningen te herkennen, diagnosticeren, behandelen en/of stabiliseren. In de kern betekent dit dat de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de cliënt wordt georganiseerd en niet de cliënt rond de zorg.

4.1 Uitgangspunten

Bij het opstellen van de productbeschrijvingen hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De GBGGZ is alleen toegankelijk via de huisarts (jeugdarts, bedrijfsarts et cetera), die de cliënt verwijst op basis van criteria die expliciet worden gemaakt.
- Door middel van registratie dienen de verwijscriteria en diagnose inzichtelijk gemaakt te worden om transparantie te bieden over de wijze waarop de patiënt de keten doorloopt. Indien blijkt dat er na enkele gesprekken toch geen sprake is van een DSM-stoornis dient ook dit inzicht geboden te worden.
- De productbeschrijvingen moeten ruimte bieden voor innovatieve invullingen. Om tarieven te kunnen bepalen, geven we per product een indicatieve invulling.
- Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.
- Het vereiste deskundigheidsniveau voor de verschillende activiteiten/componenten wordt (mede) bepaald door de kwaliteitsregels uit de wet BIG. Daarnaast verwachten we dat zorgverzekeraars hier aandacht aan zullen besteden bij de inkoopafspraken.
- De hoofdbehandelaar bepaalt gedurende het behandeltraject welk zorgproduct het best passend is voor de cliënt.
- Bij elke cliënt waar dat zinvol is en waar instrumenten voor zijn vastgesteld, worden gedurende de behandeling ROM-vragenlijsten afgenomen. Dit heeft primair tot doel de behandeling te ondersteunen en verbeteren en de cliënt aanknopingspunten voor zelfmanagement te geven.
- Bij elke productbeschrijving hoort een bepaald cliëntprofiel: een beschrijving van de kenmerken van cliënten waarvoor het product geschikt wordt verwacht. Deze beschrijvingen zijn gemaakt op basis van registratiegegevens en ervaringsdeskundigheid. Door met de producten te gaan werken en per product gegevens te registreren kunnen de cliëntprofielen en de bijbehorende producten worden verfijnd. De cliëntprofielen samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de GBGGZ.
- De cliëntprofielen zijn beschreven met behulp van dezelfde criteria als die worden gehanteerd in het verwijsmodel. Met die criteria is het mogelijk om onderscheid te maken tussen cliëntgroepen.

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gebruiken de producten om contracten af te spreken (de producten kennen in de regel een bepaalde mix van componenten). Zorgaanbieders registreren/declareren in termen van producten.
- De beschreven producten en cliëntprofielen zijn niet 'in marmer gehouwen'. Na invoering moet er ruimte zijn voor verfijningen van de systematiek.

In de volgende paragraaf volgt een beknopte beschrijving van de integrale zorgproducten voor de GBGGZ en de cliëntprofielen die daarbij horen. In bijlage 3 is een uitgebreide beschrijving van deze producten opgenomen. Zoals hiervoor bij de uitgangspunten is vermeld, is de opbouw per product indicatief en is het de bedoeling dat deze producten een stimulans zijn om te komen tot innovatie. In bijlage 4 lichten we een aantal gebruikte begrippen toe.

4.2 Inhoud productbeschrijvingen

Voor de Generalistische Basis GGZ onderscheiden we vier integrale zorgproducten:

1. Generalistische Basis GGZ Kort (BK)
2. Generalistische Basis GGZ Middel (BM)
3. Generalistische Basis GGZ Intensief (BI)
4. Generalistische Basis GGZ Chronisch(BC)

Deze vier producten dekken de zorg die in de toekomst, zoals geschetst in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014, wordt geleverd in de GBGGZ. Voor het leveren van deze vier producten geldt dat er bij de cliënt sprake is van een (vermoeden op een) DSM-benoemde stoornis. De huisarts heeft de mogelijkheid om via de module POH-GGZ per 2014 een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren, om de psychische problematiek adequaat te herkennen. Indien er sprake is van een vermoeden op een DSM stoornis, en de huisarts niet zelf kan behandelen, mag de huisarts doorverwijzen naar de Generalistische Basis GGZ. Indien tijdens de diagnostiek/behandeling in de Generalistische Basis GGZ blijkt dat er toch geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling stopgezet. Eventueel wordt de cliënt terug verwezen naar de huisarts of een andere hulpverlener zoals het maatschappelijk werk. Deze zorgverlening die is verleend, valt binnen het product 'GBGGZ kort'.

Het aanscherpen en nader duiden van de aanspraken die binnen het basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen, en het nader afbakenen van de huisartsenzorg (HA + POH) en de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ) kan aanleiding zijn om sommige producten aan te passen.

Product 1. GBGGZ Kort (BK)

Dit product is voor cliënten met problematiek van lichte ernst, waarbij sprake is van een laag risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en aanhoudende of persisterende klachten.

Product 2. GBGGZ Middel (BM)

Dit product is voor cliënten met problematiek van matige ernst, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Product 3. GBGGZ Intensief (BI)

Dit product is voor cliënten met ernstige problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Product 4. GBGGZ Chronisch (BC)

Dit product is voor cliënten met instabiele of stabiele chronische problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico. Vaak hebben cliënten een traject binnen de GGGZ achter de rug en is er veelal sprake van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten hebben bijvoorbeeld behoefte aan onderhoudsbehandelingen, zorggerelateerde preventie en zorgcoördinatie. Behandeling wordt ingezet met als doel om de cliënt te stabiliseren of stabiel te laten blijven.

4.3 Opbouw productbeschrijvingen

De vier producten zijn opgebouwd uit een aantal componenten. Deze componenten zijn in de expertbijeenkomsten vastgesteld. De componenten zijn:

- intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging;
- aanvullende psychodiagnostiek;
- behandeling (met onderscheid naar face-to-face en blended);
- consultatie.

Op basis van deskresearch en de kennis van de experts hebben we per component een indicatie gegeven van de tijdbesteding en het percentage cliënten waarvoor de component van toepassing is. Op die wijze hebben we ook een globale totaaltijd voor de producten bepaald.

We gaan ervan uit dat bij een deel van de cliënten een combinatie van face-to-face behandelingen met e-health kan worden toegepast. Daarom maken we binnen deze productbeschrijvingen een onderscheid tussen face-to-face en blended (een combinatie van face-to-face en e-health). Voorwaarde voor toepassing van blended behandeling is dat de cliënt gemotiveerd is om zelfstandig te werken, voldoende computervaardigheden bezit en toegang heeft tot internet.

4.4 Monitor

De verwijscriteria en productbeschrijving zijn gebaseerd op deskresearch, registratiegegevens en ervaringsdeskundigheid. Door het gebruik van deze criteria en producten in de praktijk te monitoren kunnen gegevens worden verzameld om het verwijsmodel en de productbeschrijvingen te verfijnen. Door een onderscheid te maken naar verschillende niveaus kan een monitor de ontwikkelingen en verbeteringen goed in beeld brengen:

- Het niveau van de hulpverleners: zijn de ontwikkelde instrumenten werkbaar in de praktijk?
- Het niveau van de partijen: welke afspraken zijn tussen de betrokken partijen nodig?
- Het niveau van de samenleving (overheid, cliënten): wat zijn de effecten van invoering van het nieuwe model?

Bijlage 1. Prestatiebeschrijving Praktijkondersteuning GGZ

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft onderstaande tekst opgenomen in de tariefbeschikking huisartsenzorg 2013 (kenmerk TB-CU-7053-02).

Prestatiebeschrijving POH-GGZ

De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. Onder de functie POH-GGZ worden de volgende zorgactiviteiten begrepen:

Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek

Probleemverheldering betreft nader analyseren en uitdiepen van psychische, (psycho)sociale en (psycho)somatische klachten en de oorzaken van die klachten, aan de hand van een of meer gesprekken met de patiënt. Doorgaans zal het hierbij gaan om patiënten die zich recent hebben gemeld met nieuwe klachten. Hierbij kan ook screeningsdiagnostiek (bijv. gestructureerde interviews of vragenlijsten) worden ingezet.

Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan

Vervolgstappen kunnen betrekking hebben op verwijzing voor diagnostiek of behandeling buiten de huisartsenzorg, waarover de verantwoordelijk (huis)arts uiteindelijk moet beslissen.

Geven van psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie aan de patiënt over klachten of een stoornis, de oorzaken ervan, en mogelijke oplossingen.

Begeleiden / ondersteunen van zelfmanagement

Wanneer met de patiënt overeengekomen wordt dat zelfmanagement een afdoende c.q. de beste aanpak is van de psychische klachten, kunnen contacten tussen GGZ-ondersteuner en patiënt nodig zijn ter begeleiding of ondersteuning van het zelfmanagement-programma, bijvoorbeeld om vragen te beantwoorden of vorderingen en mogelijke aanpassingen van het programma te bespreken. Hieronder valt ook de begeleiding van e-health trajecten.

Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten

Bij patiënten met psychische klachten is vaak geen sprake van een psychische ziekte maar wel van een vastlopen in het functioneren als gevolg van de problematiek. Kortdurende behandeling binnen de huisartsenzorg kan dan aangewezen zijn. Uitvoeren van interventies binnen dergelijke behandeling behoort tot de functie POH-GGZ. Deze interventies richten zich veelal op gedragsverandering en (begeleide) zelfhulp.

Geïndiceerde preventie

Interventies van geïndiceerde preventie hebben tot doel het ontstaan van een psychische ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Alleen geïndiceerde preventie bij een individu met een hoog risico op een depressie, paniekstoornis of bij problematisch alcoholgebruik valt onder de Zvw.

Zorggerelateerde preventie

Richt zich op individuen met een (chronische) psychische ziekte op een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te begeleiden en ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en verergering op tijd te signaleren c.q. voorkomen. Dit kan ook betrekking hebben op somatische co-morbiditeit. Zorggerelateerde preventie kan ook de vorm van casemanagement aannemen. Het gaat hierbij om casemanagement voor zover dit valt onder de verzekerde zorg. [3]

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie betreft een of enkele handelingen / gesprekken met individuen die samenhangen met een behandeling die zij hebben ondergaan voor een psychische ziekte, gericht op het voorkomen en/of vroeg herkennen door het individu zelf van terugkeer van de klachten. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.

Bij de lijst met zorgactiviteiten dient het volgende te worden opgemerkt:

De lijst zorgactiviteiten bestaat uit zo goed mogelijk afgebakende direct patiëntgebonden zorgactiviteiten. Dit betekent niet dat zorgaanbieders zich moeten beperken tot die activiteiten in het vormgeven van de zorgverlening, hiervan kunnen ook indirect patiëntgebonden activiteiten (bijv. overleg met een school) en niet-patiëntgebonden activiteiten (bijv. activiteiten nodig voor het onderhouden van een netwerk) deel uitmaken.

De lijst met zorgactiviteiten is een lijst in ontwikkeling. De lijst met zorgactiviteiten heeft tot doel contractpartijen voor 2013 een basis te bieden voor hun lokale afspraken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning wordt ingezet. Ontwikkelingen in de Basis GGZ per 2014 kunnen leiden tot wijzigingen.

3 Zie uitspraak CVZ: casemanagement, 25 maart 2011

Bijlage 2. Uitgangspunten verwijsmodel

Bij verwijsgedrag van huisartsen spelen in de huidige situatie verschillende factoren een rol. Naast aard en ernst van de klacht/stoornis gaat het om de inschatting van de huisarts van het leervermogen van de patiënt. Ook niet-patiëntgebonden factoren spelen een rol: de aanwezigheid van GGZ-voorzieningen (zowel 1e als 2e lijn), de bekendheid van de huisarts daarmee, de mate waarin deze voorzieningen actief op zoek gaan naar patiënten. Ook de competenties van huisartsen om de problematiek te beoordelen spelen mee.

In het voorgestelde verwijsmodel beperken wij ons tot de criteria die huisartsen moeten beoordelen. De keuze voor het instrument of de manier waarop een huisarts dit kan beoordelen, laten wij daarmee aan de beroepsgroep.

Huisartsen werken in de huidige situatie niet veel met diagnostische vragenlijsten, maar vaak wel met eenvoudige screeners zoals 4DKL, Five Shot Test, BDI en andere tests volgens handvatten uit de NHG-standaarden en beschrijvingen van het ROS Netwerk. Passend bij de invalshoek van huisartsen richten deze vragenlijsten zich op de As-I stoornissen, As-II komt hierbij niet aan de orde. Om naast de klachten op het gebied van depressie/angst/verslaving inzicht te krijgen in het onderliggende probleem (bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek) zijn er mogelijkheden om breder en diepgaander te testen aan het begin van het traject (zoals bijvoorbeeld met TelePsy gebeurt).

Daarnaast worden in Nederland de volgende instrumenten gebruikt voor officiële diagnostiek:

- SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)
- SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)
- CIDI (Composite International Diagnostic Interview)
- MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Om tot een betrouwbare afname te komen is training noodzakelijk. Met uitzondering van de CIDI is klinische deskundigheid vereist. Dit geldt ook voor een deel van onderstaande instrumenten.

Hieronder volgt een overzicht van instrumenten die in de huidige situatie gebruikt worden voor screening of diagnostiek. Het is geen uitputtend overzicht en niet volledig gevuld, maar het geeft een beeld van de vele mogelijke instrumenten. De meeste instrumenten richten zich op screening van een bepaalde stoornis of groep van stoornissen (zoals SAS). Ook effectmetingen (ROM) komen in het overzicht voor.

Instrument	Welk doel	Welke problematiek	Bron/Bijzonderheden
4DKL Vier Dimensionale KlachtenLijst	Screening	Distress, depressie, angst, somatisatie Volwassenen	• NHG-standaard: nadrukkelijk niet voor diagnostiek. • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden • Onderdeel van ScreenQuest van VitalHealth
WSQ Web Screening Questionnaire for common mental disorders	Screening	Depressie, angst, alcohol, PTSS, OCS	• Ontwikkeld door VU • Onderdeel van ScreenQuest van VitalHealth

Instrument	Welk doel	Welke problematiek	Bron/Bijzonderheden
AUDIT Alcohol use disorder identification test	Probleemverheldering	Alcoholgebruik Volwassenen	• NHG-standaard • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden • Gebruikt in PrimQuest
Audit-C verkorte versie AUDIT	Probleemverheldering	Alcoholgebruik Volwassenen	• Robuust Handleiding zorgpaden
FST Five Shot Test	Monitoring	Alcoholgebruik Volwassenen	• NHG-standaard heeft vragen ontleend aan FST • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden
CAGE		Alcoholgebruik Volwassenen	• NHG-standaard: niet aanbevolen, AUDIT is beter.
BAI Beck Anxiety inventory	Screening/monitoring ernst van symptomen	Angst	• NHG-standaard (zonder toelichting) • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden
BDI Beck Depression inventory	Screening/monitoring ernst van symptomen	Depressie	• NHG-standaard: Meer geschikt voor monitoren van verloop depressie • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden
GDS-15 Geriatric depression scale	Screening	Depressie bij ouderen	• NHG: nadrukkelijk niet voor diagnostiek • ROS Netwerk Handleiding zorgpaden
PHQ-9 Patiënt Health Questionnaire (PHQ-som)	Screening		NB. NHG-standaard: Vraagtekens bij validiteit en bruikbaarheid in HA-praktijk (gebruikt in PrimQuest)
OQ-45 Outcome Questionnaire	Meer voor ROM?		
CBCL Child Behaviour Check List		Kinderen met gedragsproblemen?	
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire	Screening	3-16 jarigen	Op de website www.sdqinfo.org staat per schaal en voor de totaalscore beschreven welke score normaal is, welke score subklinisch is en welke score klinisch is
IES Impact of Event Scale	Screening	PTSS	
MASQ-30 Mood and Anxiety Questionaire		Depressie en angst	
MDQ Mood Disorder Questionaire		Depressie	Betere herkenning van bipolair
DHS Depressie Herkenning Schaal INSTEL Interventie Studie Eerste Lijn (afgeleide van DHS)		Depressie	
BSI Brief Symptom	Screening		

Instrument	Welk doel	Welke problematiek	Bron/Bijzonderheden
Inventory			
SCL-90 Symptom Checklist	Meer voor ROM?	AS-I?	Zelf invulvragenlijst voor veelvoorkomende psychopathologie
K10 Kessler Psychological Distress Scale 10 EK10 (uitgebreide versie K10)	Screening	Depressie (en bij de uitgebreide versie ook angst)	
KKL Korte Klachten Lijst	Evaluatie/bijsturing behandeling (meer ROM dan 1e screening)		
GHQ General Health Questionnaire			Zelfbeoordelingsvragenlijst, kan ook als effectmaat worden gebruikt
FQ Fear Questionnaire	Screening	Angst	Gebruikt in PrimQuest
Y-BOCS Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale		Obsessief-compulsieve stoornis	Gebruikt in PrimQuest
GAD-7 Generalized Anxiety Disorder		Angst	
DSI Diagnose en Screening Instrument (afgeleide van MINI)	Screening	AS-I	Screening van psychische klachten, psychosociale klachten en sociaal maatschappelijke problemen
CGI Clinical Global Impression Scale	Ernst- en effectmeting		Meten van ernst van stoornis en effect van behandeling.
GAF Global Assesment of Functioning			
HoNOS Health of the Nations Outcome Scale	ROM?		Routinematig gebruik, ook geschikt als effectmaat

Bijlage 3. Productbeschrijvingen en cliëntprofielen GBGGZ

Voor de Generalistische Basis GGZ zijn vier producten omschreven die verschillen in intensiteit.

Productomschrijving	Afkorting
GBGGZ Kort	(BK)
GBGGZ Middel	(BM)
GBGGZ Intensief	(BI)
GBGGZ Chronisch	(BC)

Hierna volgt per product een korte omschrijving van de cliënten waarvoor naar verwachting het betreffende product passend is. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de criteria uit het in hoofdstuk 3 beschreven verwijsmodel.

Daarnaast is elk product opgebouwd uit een aantal componenten. Op basis van registratiegegevens en ervaringsdeskundigheid is voor de verschillende componenten een tijdsinschatting gegeven, die leiden tot een totaaltijd per product.

Zoals beschreven bij de uitgangspunten in hoofdstuk 4, is de opbouw per product indicatief en is het de bedoeling dat deze producten een stimulans zijn om te komen tot innovatie. De beschrijvingen in deze bijlage van de vier producten zijn dan ook voorbeelden ter illustratie en betreffen nadrukkelijk geen blauwdruk waar zorgaanbieders zich aan moeten houden.

Product GBGGZ Kort (BK)

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van **lichte ernst** (er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen, de impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een **laag risico** (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie). Er is sprake van een **enkelvoudig beeld** tot **lage complexiteit** (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). En er zijn **aanhoudende/persisterende klachten** (eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd).

Component	Toelichting	Percentage cliënten	Aantal eenheden	Direct (min)	Indirect (min)	Totaal tijd (min)
Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging	Probleemanalyse en behandeladvies	100%	1	45	15	60
bij 80% f2f: behandeling (incl. terugvalpreventie), verslaglegging	Conform vastgestelde richtlijnen, evidence based	80%	4	45	15	192
bij 20% blended (combinatie face-to-face en e-health)	a) behandeling (incl. terugvalpreventie), verslaglegging	20%	2	45	15	24
	b) begeleiding e-mental health, verslaglegging	20%	2		30	12
Bij 10% consultatie	a) Consultatie, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (aanvrager)	10%	1	15	15	3
	b) Consultatie specialist, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (gever)	10%	1	15	15	3
Totaal product BK = circa 300 minuten						**294**

Product GBGGZ Middel (BM)

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van **matige ernst** (de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen, er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een **laag** tot **matig risico** (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun). En er is sprake van een **enkelvoudig beeld** tot **lage complexiteit** (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Component	Toelichting	Percentage cliënten	Aantal eenheden	Direct (min)	Indirect (min)	Totaal tijd (min)
Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging	Probleemanalyse en behandeladvies	100%	1	60	30	90
bij 10% aanvullende psychodiagnostiek	Aanvullende anamnese, eventueel psychodiagnostische testen en heteroanamnese	10%	1	15	15	3
bij 80% f2f: behandeling (incl. terugvalpreventie), verslaglegging	Conform vastgestelde richtlijnen, evidence based	80%	7	45	15	336
bij 20% blended (combinatie face-to-face en e-health)	a) behandeling (incl. terugvalpreventie), verslaglegging	20%	3	45	15	36
	b) begeleiding e-mental health, verslaglegging	20%	4		30	24
Bij 10% consultatie	a) Consultatie, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (aanvrager)	10%	1	15	15	3
	b) Consultatie specialist, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (gever)	10%	1	15	15	3
Totaal product BM = circa 500 minuten						**495**

Product GBGGZ Intensief (BI)

De gemiddelde zorgzwaarte betreft **ernstige problematiek** (de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig, er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een **laag** tot **matig risico** (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover, zie product GBGGZ Middel). En er is sprake van een **enkelvoudig beeld** tot **lage complexiteit** (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Component	Toelichting	Percentage cliënten	Aantal eenheden	Direct (min)	Indirect (min)	Totaal tijd (min)
Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging	Probleemanalyse en behandeladvies	100%	1	60	30	90
bij 10% aanvullende diagnostiek	a) Aanvullende anamnese, eventueel psychodiagnostische testen en heteroanamnese	10%	1	15	15	3
	b) Aanvullende gespecialiseerde diagnostiek	10%	1	120	120	24
bij 80% f2f: behandeling (incl. terugvalpreventie), verslaglegging	Conform vastgestelde richtlijnen, evidence based	80%	10	45	15	480
bij 20% blended (combinatie face-to-face en e-health)	a) behandeling (incl. terugval-preventie), verslaglegging	20%	5	45	15	60
	b) begeleiding e-mental health, verslaglegging	20%	5		30	30
Bij 30% gespecialiseerde behandeling, verslaglegging	Conform vastgestelde richtlijnen, evidence based	30%	2	30	15	27
Bij 30% consultatie	a) Consultatie, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (aanvrager)	30%	2	15	15	18
	b) Consultatie specialist, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (gever)	30%	2	15	15	18
Totaal product BI = circa 750 minuten						**750**

Product GBGGZ Chronisch (BC)

De gemiddelde zorgzwaarte betreft **risicogevoelige stabiele** of **instabiele chronische problematiek** of **ernstige problematiek** in **remissie**. Er is sprake van een **laag** tot **matig risico** (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun).

Component	Toelichting	Percentage cliënten	Aantal eenheden	Direct (min)	Indirect (min)	Totaal tijd (min)
Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging	Probleemanalyse en behandeladvies	100%	1	45	15	60
Behandeling, incl. onderhoud en zorggerelateerde preventie, verslaglegging (verdeeld over jaar)	Conform vastgestelde richtlijnen; meer focus op onderhoud, nazorg, begeleiding en ondersteuning	100%	9	45	15	540
Gespecialiseerde behandeling, verslaglegging	Conform vastgestelde richtlijnen, evidence based	100%	1	30	15	45
Consultatie	a) Consultatie, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (aanvrager)	90%	2	15	15	54
	b) Consultatie specialist, gemiddelde tijdsindicatie telefonisch en face-to-face contact (gever)	90%	2	15	15	54
Totaal product BC = circa 750 minuten per jaar						**753**

Bijlage 4. Begrippenlijst

Componenten producten GBGGZ	
Begeleiding e-mental health	Begeleiding e-mental healthprogramma, voornamelijk via mailcontact.
Consultatie	Consultatie ander echelon. Hieronder verstaan we consultaties die worden aangevraagd door een functionaris binnen de Generalistische Basis GGZ. Een voorbeeld daarvan is een eerstelijnspsycholoog die een psychiatrisch onderzoek aanvraagt bij een psychiater. De cliënt gaat op consult bij de psychiater, maar de eerstelijnspsycholoog blijft de hoofdbehandelaar.
Intake/diagnostiek	Probleemanalyse, behandeladvies en diagnostiek. Hieronder verstaan wij het eerste consult van behandelaar en cliënt. Er wordt onder andere kennis gemaakt, er worden afspraken gemaakt en er is sprake van een deel anamnese en diagnostiek.
Onderhoud	De onderhoudsbehandeling is er in de eerste plaats op gericht de symptomen te verminderen of te voorkomen, en de inspanningstolerantie te verhogen.
Behandeling	Elementen uit behandelingen volgens de richtlijnen van de beroepsgroep. Bijvoorbeeld problem solving treatment (PST), cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT), acceptance and commitment therapy (ACT), mindfulness based cognitive therapy (MBCT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), exposure and response prevention (ERP) of Emotionally Focused Therapy (EFT).
Psychodiagnostiek	Anamnese, eventueel psychodiagnostische testen en heteroanamnese.
Terugvalpreventie	Deze vorm van preventie hangt samen met de behandeling en is gericht op het zelf voorkomen en/of vroeg herkennen van terugkeer van klachten. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.
Zorggerelateerde preventie	Deze vorm van preventie richt zich veelal op cliënten met een (chronische) psychische ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel te begeleiden en te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en verergering te voorkomen.