

# Triage en indicatiestelling in de eerste lijn



Symposium '**Basis GGz: doen wat werkt**'

13 september 2014

Paul Rijnders en Robert Waterreus

# Onderwerpen

## Deel 1: GGZ in vogelvlucht

1. **Introductie:** urgentie, uitgangspunt beleid VWS, bestuurlijk akkoord ggz
2. **Stelsel:** 3 echelons, de huisarts, de poh ggz, verschuiving in de keten, verwijfsmodel?

## Deel 2: Triage en indicatiestelling

1. **Verwijfsmodel:** Mirro, Taxonomie Bower, MHI 5
2. **KOP model:** kernelementen, de stappen, P: de balans
3. **Resultaten:** effectenonderzoek, KOP guided self help
4. Hoe maak je **onderscheid**

**Deel 1**

# **De GGZ in vogelvlucht**

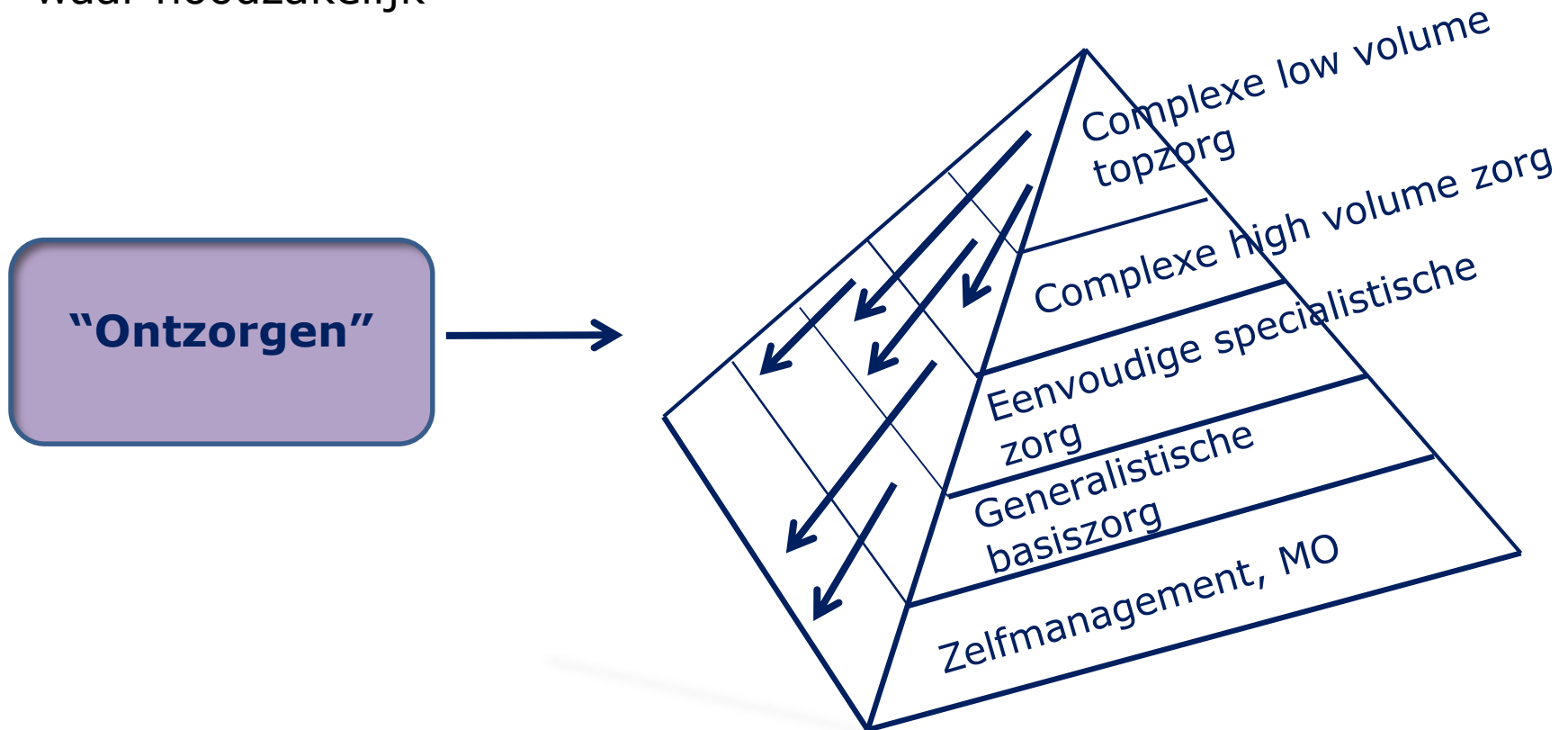
# 1. Introductie: **GGZ, urgentie**

- 18% in jaar (18-64) psychische problemen, 4 op 10 ooit
- psychische klachten zijn verzuimoorzaak no 1
- behandeling in 2<sup>de</sup> lijn, waar 1<sup>ste</sup> lijn zou kunnen
- jaren zowel volumegroei en kostengroei (nu:afvlakking)
- veel winst te halen op kwaliteit & efficiency
- gestructureerde samenwerking kan beter, gezien vraag & urgentie

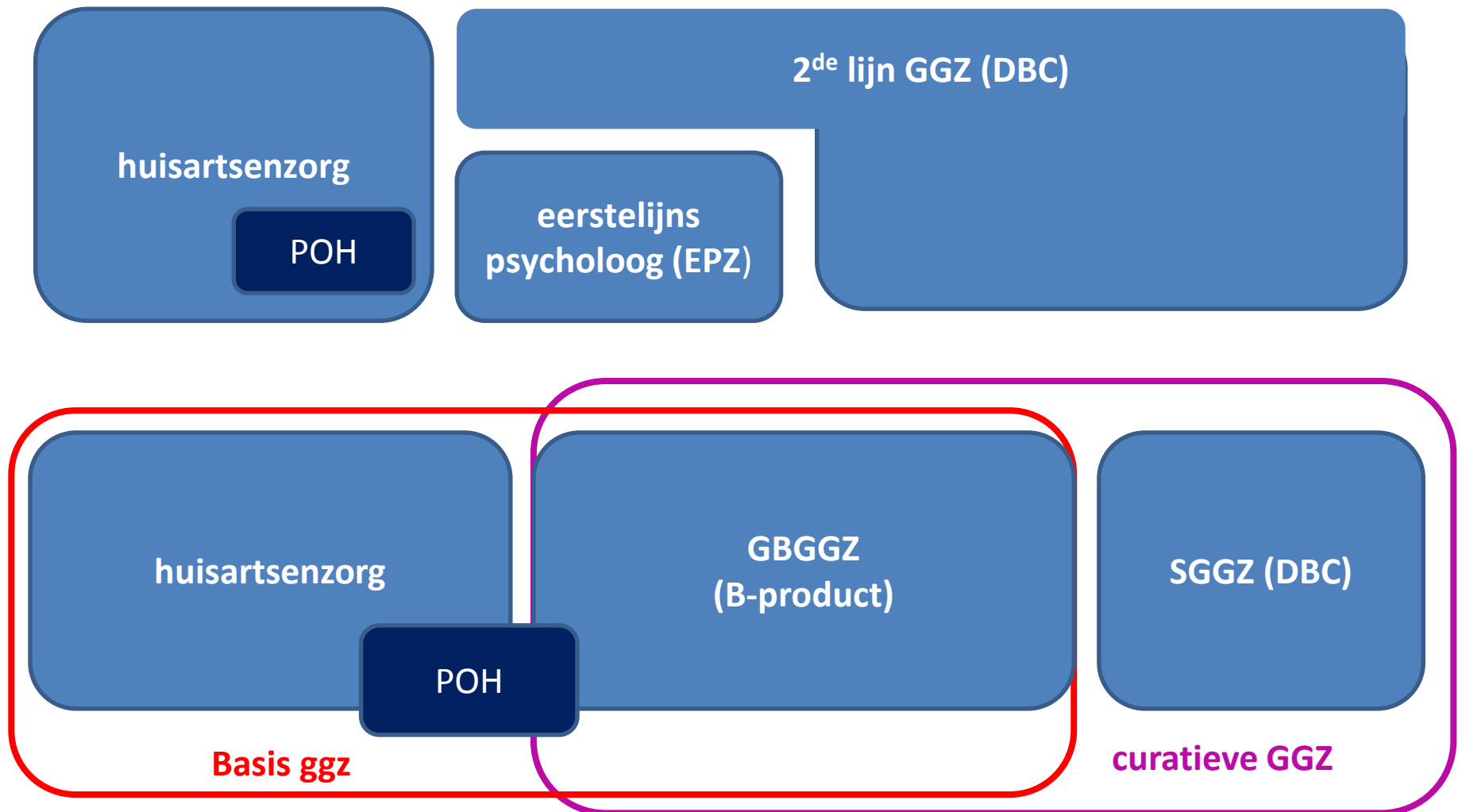
**wens: dichtbij, toegankelijk, kwaliteit, passend & zinnig & zuinig**

# 1. Introductie: uitgangspunt beleid VWS

Dichtbij en generalistisch waar mogelijk, specialistisch waar noodzakelijk



## 2. Stelsel: 2013 → 2014 en verder



## 2. Stelsel: de huisarts

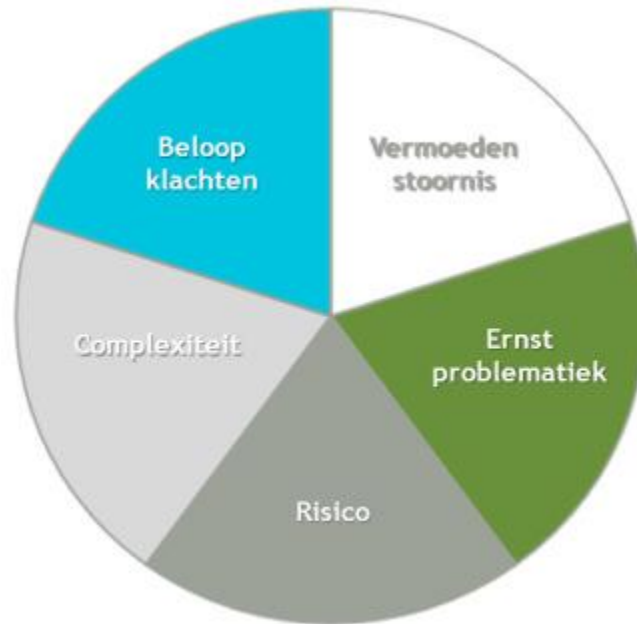
### centrale rol huisarts

de behandelaar

de poort

de wachter

de spelverdeler



**POH GGZ: de loods?**

## 2. Stelsel: de **POH GGZ**

**(POH GGZ in 2013:** van 4,5 naar 9 uur per week per normpraktijk)

**POH GGZ in 2014:** tot 12 uur per week per normpraktijk

- inschrijftarief 'flexibel' inzetten:
  - e-health (&triage) & consultatie
  - contractpartner: huisarts of derden
  - nieuw: groepsconsult
- Functieomschrijving: geïndiceerde, zorggerelateerde en terugvalpreventie (basis voor doelmatige zorg)



## 2. Stelsel: verschuiving in de keten

### **Beweging 'naar voren' in de keten:**

- huisarts(voorziening) centrale rol
- generalisme en specialisme
- chronische patiënten

### **Toegang curatieve GGZ (= GBGGZ + SGGZ):**

- stoornis = voorwaarde voor behandeling
- eigen risico

## 2. Stelsel: verschuiving in de keten

### Uitdagingen in de praktijk:

- er verandert veel! .. en .... niet alles is ontwikkeld.
- 'lerend model'
- nieuwe marktordening
- grotere rol huisarts: als poortwachter en behandelaar

### **zorg in de wijk**

- visie op samenhang decentralisaties en zorgdomein?
- ideeën over samenwerking met mantelzorg, welzijn, jeugdzorg, wijkverpleegkundige, FACT teams, wijkteams e.a.?
- nieuwe slimme coalities?

# Onbetwistbare GGz?

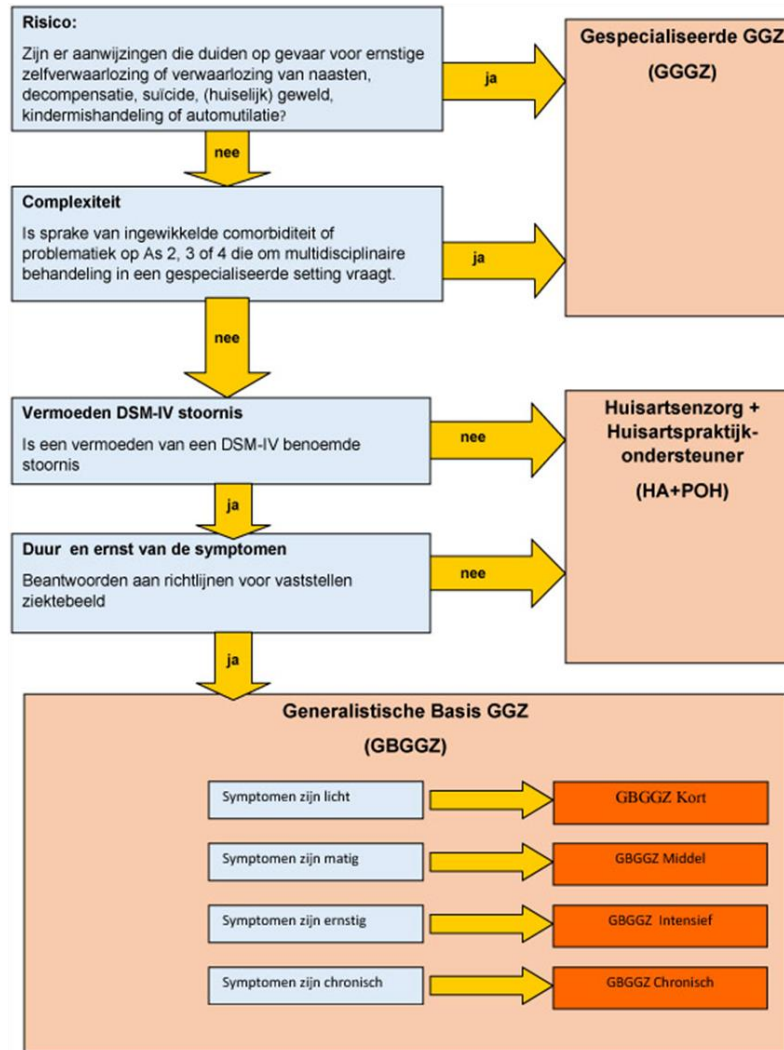


## 2. Stelsel: verwijzmodel?



Het soms toegepaste “over de schutting” verwijzmodel  
steeds moeilijke toepasbaar in het nieuwe stelsel

## 2. Stelsel: verwijzmodel?



## Deel 2

# Triage en indicatiestelling

1. **Verwijzmodel:** Mirro, Taxonomie Bower, MHI 5
2. **KOP model:** kernelementen, de stappen, P: de balans
3. **Resultaten:** effectenonderzoek, KOP guided self help
4. Hoe **maak je onderscheid**

# 1. Verwijsmodel: Mirro / HMM

DSM	Ernst	Risico	Complex	Duur	Product
Nee, wel klacht	Licht / matig subklinisch	Laag/ matig	Nee	Nvt < 3 mnd	Ha / POH
Ja	Licht	Laag/ matig	Nee	3 mnd, n. chron	B. Ggz K (5)
Ja	Matig	Laag/ matig	Nee	n. chron	B. Ggz M (8)
Ja	Ernstig	Laag / matig	Nee	n. chron	B. Ggz I (11)
Ja	L, M, E	Laag / matig	Nee	chronisch	B.Ggz Chron
Ja	L, M, E	Hoog	Hoog	Nvt	Gesp, GGZ

# 1. Verwijsmodel: **Taxonomie** volgens **P. Bower**

(British Medical Journal, februari 2013)

- Risico (suïcide; ernst verslaving; geweld; psychose; cognitieve beperkingen)
- Mislukte eerdere behandelingen
- Stagnatie in lopende behandeling
  
- Bij afwezigheid risico, afwezigheid mislukte eerdere behandelingen start met Low intensity interventions + evaluatie + stepped care



# 1. Verwijzmodel: **MHI 5** (Mental Health Inventory)

- 5 uitspraken + meerkeuze antwoord mogelijkheden
- Uitslag = indicatie psychologisch functioneren

(zie handout)

# 1. Verwijsmodel: **OQ -45** (Outcome Questionnaire)

- 45 uitspraken + meerkeuze antwoord mogelijkheden
- Uitslag correspondeert met GAF score
- Ook:
  - Indicatie van risico's
  - Indicatie van domeinen van disfunctioneren

## 2. KOP-model: kernelementen

- Simpele procesgang: 5 stappen
- Eenvoudige FA: (K = O x P )
- Accent op coping ( “P” )
- Meten en her – meten
- Shared decision making
- Empirische cyclus
- Trans diagnostisch
- Trans methodisch

## 2. KOP model: **de stappen** binnen het model

1. Overzicht	K, O, P
2. Samenhang /diagnose	$K = O \times P$
3. Doelen	K; O; P
4. Gedragsverandering technieken.	(P als balans) - Social learning, gedragsexperiment
5. Terugvalpreventie	exposure., etc. Valkuilen Reminders

## 2. KOP-model: stap 1, het schema

(geleide exploratie / holistische theorie): werkboek blz. 11, 14, 18, 22

	omschrijving
Klachten	
Omstandigheden	
Persoonlijke stijl ("gewoontes" / coping)	

## 2. KOP-model: “P”: de balans

(werkboek blz. 16, 17, 25)

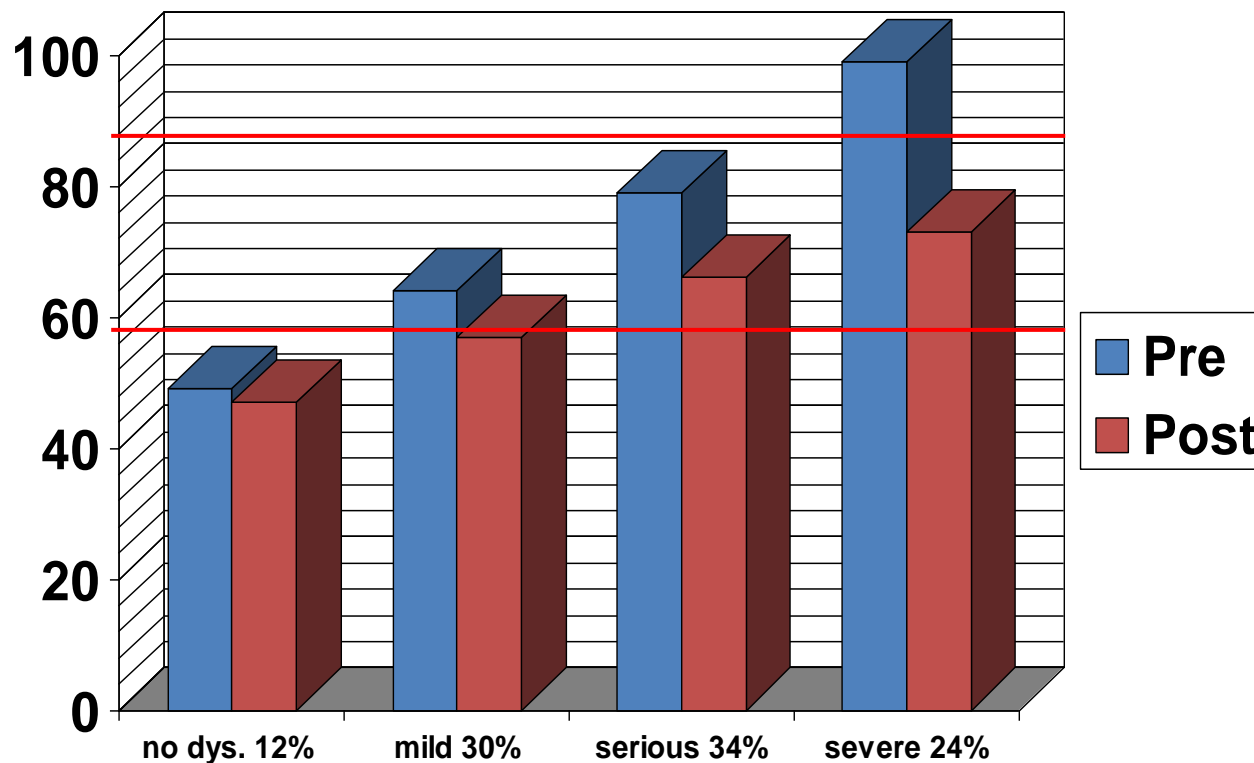
<b>Ernstig tekort</b>	<b>Tekort</b>	<b>Gemiddeld aanwezig</b>	<b>Teveel</b>	<b>Ernstig teveel</b>
“sterk uit balans”	“beetje uit balans”	“in balans”	“beetje uit balans”	“sterk uit balans”
Snel in paniek	Voorzichtig	Voordeel v d twijfel	onbezorgd	Onbezonnen / onbesuisd

### 3. Resultaten: effectonderzoek

- Klachten verminderen, snel, klinisch significant
- (juist) ook bij de ernstige categorieën
- In tweede fase (na 3<sup>e</sup> sessie) significante verbetering coping (UCL: *Act; Ver; Soc; Pas*)
- Terugval: nog niet bekend
- Vaak: “verbetering is genoeg”

### 3. Resultaten: **KOP guided self help** 2000 ptn

#### Results pre-post measurement: OQ-45





## 4. Hoe maak je onderscheid ?

- Hou het simpel
- Voorbeeld: Bower (risico; eerdere behandeling; stagnatie)  
of MHI-5
- Kader: stepped care; tussen-evaluaties /  
tussen-metingen