



# **PRAKTIJK VOOR PSYCHOLOGIE TRAJECTUM**

**PROTOCOL INTERVENTIE**

**GBGGZ**

C.J. STRAUS BIG 19916173725

Definitieve versie: januari 2018

---

## INHOUDSOPGAVE

---

### 1. INDIVIDUELE GBGGZ INTERVENTIE

#### 1.1 **INLEIDING**

*Voorwaarden GBGGZ interventie*  
*Gespreksmodel voor GBGGZ interventie*  
*Model probleemoplossing*

#### 1.2 **VERWIJZING**

*Vraagstelling*  
*Verwijzing naar aanleiding van hulpvraag*  
*GZ-psycholoog*  
*Specialistische GGZ*

#### 1.3 **INTAKE**

*Beslisboom GBGGZ interventie*  
*Inhoud intake GZ-psycholoog*

#### 1.4 **BEGELEIDINGSTRAJECT**

*Opbouw begeleiding*

#### 1.5 **METHODEN/ BEHANDELPLAN**

*Behandelplan*  
*Behandelingen*  
*Contra indicaties*  
*Methoden*  
*Samenwerking*  
*Testmateriaal*

#### 1.6 **EVALUATIE + Routine Outcome Monitoring (ROM)**

### 2. LITERATUURLIJST

BIJLAGEN                      GGZ verwijsmodel HHM

---

## BESLISBOOM GBGGZ INTERVENTIE

Verwijzing



Intake → GBGGZ interventie → nee → **terugkoppeling:verwijzer**



Doorverwijzen, zie voor criteria bijlage 1  
GGZ verwijsmodel



ja → **terugkoppeling: verwijzer en  
werkgever**



begeleidingstraject (methoden) → duur → kort → 3-5 sessies  
→ midden → 5-8 sessies  
→ lang → 8-12 sessies



**terugkoppeling** → **- eindverslag: verwijzer**

# 1. INDIVIDUELE GBGGZ INTERVENTIE

## INLEIDING GBGGZ INTERVENTIE GZ-PSYCHOLOOG

Interventie binnen de GBGGZ is gericht op de curatieve zorg. Doelstelling is reductie van klachten en symptomen.

### VOORWAARDEN GBGGZ INTERVENTIE (F. Engel)

- Probleemoplossend vanuit samenwerkingspositie
- Kortdurend
- Gerichte hulpvraag
- Nadruk op het heden, geen belast psychiatrisch verleden
- Adviserend, interveniërend in de lijn van zelfhulp
- Geen sprake van misbruik van middelen, meerdere suicide-pogingen
- Tijdelijk probleem, geen psychopathologie
- Goede roldifferentiatie, coöperatief gedrag
- Redelijk goed functionerende mensen
- Klachtgericht

### EEN GESPREKSMODEL VOOR GBGGZ INTERVENTIE (Egan, 1975,1982)

Intake	<i>Probleemverheldering (exploratie)</i> <i>Klachtenreductie:</i> <i>Inventarisatie spanningsgebieden</i> <i>Advies en planning ontspannende maatregelen</i>
Vervolg	<i>Probleemnuancering (differentiatie, verduidelijking)</i> <i>Cognitieve interventie:</i> <i>Analyse invaliderende automatische gedachten</i> <i>Heroriëntatie en implementatie van rationele gedachten</i>

## *Probleembehandeling (actiefase)*

### **ALGEMEEN MODEL PROBLEEMOPLOSSING ( F. Engel)**

- Constatering probleem ( I )
- Gemeenschappelijke aanvaarding probleem
- Definiëring probleem ( II )
- Analyseren probleem
- Mogelijke oplossingen formuleren
- Keuze van de beste oplossing ( III )
- Implementatie

## **1.2 VERWIJZING**

### **VRAAGSTELLING**

De GZ-psycholoog richt op probleemverkenning waarin de persoon centraal staat. De GZ-psycholoog maakt hierbij ook gebruik van psychodiagnostisch onderzoek.

### **VERWIJZING NAAR AANLEIDING VAN HULPVRAAG**

De verwijzing vindt plaats naar aanleiding van de volgende klachten:

→ *psychische en psychosociale problemen*  
(generalistische benadering 'gezonde' mensen) →

### **GBGGZ interventie door GZ-psycholoog**

- PTSS interventie: Opvang na trauma
- Stemmingsklachten: angsten
- Stemmingsklachten: depressie
- Somatoforme stoornissen
- Trauma en stressgerelateerde stoornissen
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Cognitieve stoornissen

### Conditie die klinische aandacht vereisen

- Persoonsgebonden copingproblematiek
- Psychosomatische klachten
- Leeftijdsgebonden cognitieve achteruitgang

→ *ernstige psychische problemen* = doorverwijzen  
specialistische GGZ  
(gespecialiseerde benadering 'zieke' mensen) →

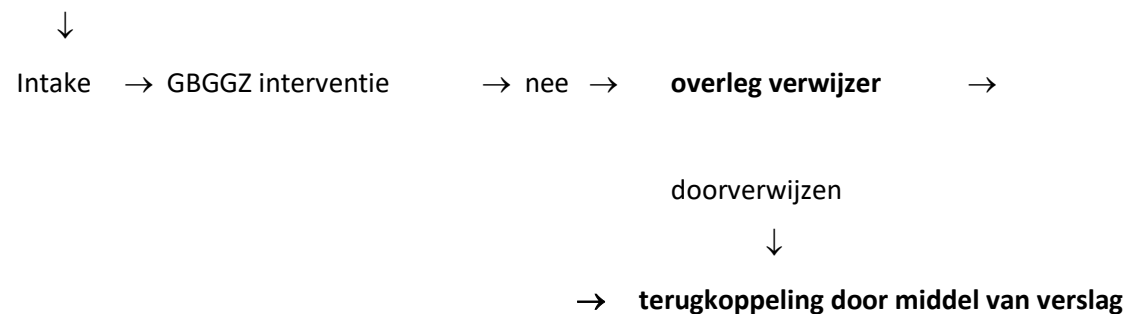
### Specialistische GGZ

- waandenkbeelden
- desoriëntatie
- disruptieve, impulsbeheersing en andere gedragstoornissen
- verslavingsstoornis
- schizofreniespectrum
- Bipolaire stoornissen
- Dissociatieve stoornissen
- Seksuele disfuncties
- geheugenstoornissen
- persoonlijkheidsstoornissen

## 1.3 INTAKE

### BESLISBOOM GBGGZ INTERVENTIE

Verwijzing



naar verwijzer



ja

begeleidingstraject (methoden) → duur → kort → 3-5 sessies  
→ midden → 5-8 sessies  
→ lang → 8-12 sessies



- eindverslag verwijzer

## INHOUD INTAKE PSYCHOLOGIE

Een intake bestaat gemiddeld uit twee oriënterende gesprekken. Het eerste oriënterende gesprek omvat een inventarisatie van de aandachtsgebieden:

- Demografische gegevens
- Reden verwijzing problematiek
- Lichamelijke klachten
- Psychische klachten
- Persoon (lijkheid)
- Werk en opleiding
- Sociale omgeving/Sociaal functioneren
- Capaciteiten/kwaliteiten
- Doelstellingen/Conditie
- Behandeling (lichamelijk + psychisch)

Ook worden vier standaard tests afgenomen (NVM, UCL, BSI, NPV). De BSI wordt gebruikt als ROM instrument. Deze lijst wordt tevens als nameting gebruikt. Tijdens het tweede oriënterende gesprek staat de bespreking van de testresultaten in het licht van de probleemstelling centraal. Na de gemeenschappelijke aanvaarding van het probleem wordt besproken welk begeleidingstraject. Aan de hand van de scores op de BSI en het interview kan besloten worden de cliënt terug te verwijzen

naar de verwijzer. De verwijzer maakt vervolgens de keuze de cliënt door te verwijzen naar de Specialistische GGZ.

## 1.4 BEGELEIDINGSTRAJECT

**Bij aanvraag van de behandeling door de verwijzer wordt ervan uitgegaan dat betrokkene binnen 10 werkdagen wordt opgeroepen voor een intake. Uitgangspunt voor het oproepen van de intake is datum aanvraag van de verwijzer.**

Begeleidingstraject GBGGZ interventie	→	begeleidingstraject (methoden)	→	duur
		→ kort	→	3-5 sessies
		→ midden	→	5-8 sessies
		→ lang	→	8-12 sessies

↓

### OPBOUW GBGGZ INTERVENTIE

Intake	<i>Probleemverheldering (exploratie)</i> <i>Klachtenreductie:</i> <i>Inventarisatie spanningsgebieden</i> <i>Advies en planning ontspannende maatregelen</i>
Vervolg	<i>Probleemnuancering (differentiatie, verduidelijking)</i> <i>Cognitieve interventie:</i> <i>Analyse invaliderende automatische gedachten</i> <i>Heroriëntatie en implementatie van rationele gedachten</i> <i>Probleembehandeling (actiefase)</i>

**Na het eerste intakegesprek wordt een planning voor de vervolgafspraken gemaakt.**

## 1.5 METHODEN

### BEHANDELPLAN

-.....protocol

**Opdrachten:** Registratie  
Uitschrijven



### **Interventies**

#### **-Spanningsreductie**

Ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen ten behoeve van reductie van de klachten. Het in evenwicht brengen van de in- en ontspanningsboog.

#### **-Psycho educatie /leefstijl**

Voorlichting over: leefstijl, slaaphygiëne, droomuitleg. ingrijpende gebeurtenissen

#### **-Taak concentratietaken:**

Gericht op het richten van de aandacht in het hier en nu, waarbij de nadruk wordt gelegd/ aandacht wordt gericht op de waarneming los van de cognities (denken).

#### **-Versterken copingstrategieën:**

Coping: trachten het concrete doen en laten te beïnvloeden, in het bijzonder het aanleren van nieuwe, dan wel versterken van al bestaande gedragingen waarmee de cliënt problematische situaties beter het hoofd kan bieden

#### **-Traumabegeleiding**

EMDR in verband met herbeleving klachten/disfunctionele betekenisverlening naar aanleiding van de ingrijpende gebeurtenis/traumatische situatie met als doel reductie van de klachten; desensitisatie.

#### **-Ondersteunende, supportieve begeleiding**

Ondersteunende gesprekken om betrokkene met als doel een bewuste zelfgekozen oplossing voor de problematische situatie.

#### **-Cognitieve gedragstherapie**

Met behulp van het cognitieve gedragsmodel disfunctionele gedachten relativeren waardoor er een verandering in de betekenisverlening plaats kan vinden. De gesprekken worden gevoerd binnen het kader van de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve herstructurering door middel van gewijzigde betekenisverlening binnen de cognitieve domeinen om vervolgens de vernieuwde betekenisverlening aan te passen in de bestaande structuur.

#### **-Schematherapie**

Het bewust worden en inventariseren van disfunctionele schema's, die met behulp van verschillende interventies, onder andere de cognitieve gedragstherapie, van een andere betekenis worden voorzien.

#### **-Medicatie: overleg huisarts**

**-eHealth:** mogelijkheden begeleiding of interventies te bieden via email of internet. De face-to-face gesprekken worden aangevuld of gecombineerd met online interventies zoals bijvoorbeeld online behandelmodules.

## **BEHANDELINGEN**

### GBGGZ INTERVENTIE PSYCHOLOOG KORTE BEGELEIDING

- Kortdurende oplossingsgerichte GBGGZ interventie
- Psycho-educatie in de vorm van voorlichting
- Functionele copingstrategieën aanleren
- Cognitieve gedragstherapie
- Begeleiding na stagnatie in de verwerking ingrijpende levensgebeurtenissen
- EMDR
- eHealth begeleiding blended care

### GBGGZ INTERVENTIE PSYCHOLOOG MIDDELLANGE BEGELEIDING

- Kortdurende oplossingsgerichte GBGGZ interventie
- Ontspanning en relaxatieoefeningen
- Taakconcentratie
- Psycho-educatie in de vorm van voorlichting
- Ontspanning en relaxatieoefeningen
- Taakconcentratie
- Cognitieve gedragstherapie
- EMDR
- Functionele copingstrategieën aanleren
- Begeleiding na stagnatie in de verwerking ingrijpende levensgebeurtenissen
- Mindfulness
- eHealth begeleiding blended care

### GBGGZ INTERVENTIE PSYCHOLOOG LANGE BEGELEIDING

- De elementen uit de korte en middellange interventie aangevuld met:
- PTSS interventie: Opvang na trauma
- Begeleiding na stagnatie rouw- en traumaverwerking
- Cognitieve gedragstherapie
- EMDR: protocol linksom/rechtsom
- Elementen uit de schematherapie

## **SAMENWERKING**

Wanneer tijdens de intake of na een aantal sessie de problematiek toch te zwaar blijkt voor de GBGGZ dan bestaat de mogelijkheid om op een redelijke termijn door te verwijzen naar een psychotherapeut. Met goedkeuring van de client wordt de problematiek telefonisch besproken. De behandelaar schat in of de doorverwijzing passend is. Mocht het niet passend zijn dan wordt met de POGGGZ naar een andere oplossing gezocht.

Er wordt een doorverwijzing SGGZ opgesteld aan de hand van de verwijscriteria van het GGZ verwijsmodel, namelijk:

-het vermoeden van een DSM benoemde stoornis

-ernst van de problematiek

-risico

Complexiteit

-beloop klachten.

Uitgebreide informatie over het GGZ verwijsmodel vindt u in de bijlage. De informatie, intakevragenlijst en uitslag psychodiagnostische screening, ingewonnen tijdens de intake, wordt meegegeven.

Wanneer u niet direct terecht kunt is de afspraak de tijd te overbruggen door binnen de GBGGZ de vervolgbehandeling, bijvoorbeeld schematherapie, voor te bereiden. Daarbij worden de vragenlijsten YSQ en de modivragenlijst afgenomen en de basis van de schematherapie uitgelegd en gekoppeld aan de uitslagen van de vragenlijsten. De uitslag van vragenlijsten wordt meegegeven bij de overgang naar de SGGZ waarbij na het eerste kennismakingsgesprek direct behandeld kan worden

## **CONTRAINDICATIES**

### **Cognitieve gedragstherapie:**

- beperkte cognitieve vermogens

- desoriëntatie

### **EHealth:**

EHealth wordt toegepast als aanvulling, blended care, op de geboden interventie en staat binnen de begeleiding nooit als interventie op zich. Daarom gelden de contra indicaties die voor het starten van

een interventie gelden voor de GBGGZ ook voor toepassingen van eHealth. Wanneer blijkt dat de cliënt onvoldoende gemotiveerd is of problemen heeft met het gebruik van een computer (wat regelmatig voorkomt binnen de ouderenpopulatie) zal worden afgezien van het gebruik van eHealth.

#### **TESTMATERIAAL TEN BEHOEVE VAN DIAGNOSTIEK**

Als mogelijk beslis ondersteunend instrument: Quicksan TelePsy

#### **Standaard tests tijdens probleemverheldering (na 1<sup>e</sup> intakegesprek):**

- NVM : Persoonlijkheidsvragenlijst
- BSI : Inventarisatie klachten (voormeting tbv ROM)
- UCL : Copinglijst, hoe gaat men om met problemen
- NPV : Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst

#### **Af te nemen tests na probleemnuancering (GBGGZ interventie lang psycholoog):**

Depressie

Algemene angstschalen

Persoonlijkheidsproblematiek mbv SCID

Paniek en hyperventilatie

Post Traumatische Stress Stoornis

Aanvullende vragenlijsten naar aanleiding van specifieke hulpvraag

## **1.6 EVALUATIE + Routine Outcome Monitoring ROM**

De evaluatie vindt plaats tijdens het laatste gesprek naar aanleiding van de ingevulde, meestal BSI vragenlijst (nameting ROM) en een cliënt tevredenheids vragenlijst de CQi-GGZ-VZ-AMB

Aandachtspunten met betrekking tot de evaluatie:

- Verwachtingen ten aanzien van de interventie van hervatting, zijn deze uitgekomen
- Klachtenreductie
- Bespreken werkzame onderdelen behandeling
- Bespreken verbeterpunten behandeling en behandelaar
- Oordeel tevredenheid cliënt

## 2. Literatuurlijst

Hoogduin, W.A., Hoogduin, C.A.L., Vossen, C.J.C. (1998). *Richtlijnen werkhervatting na psychische problemen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Seventh Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kladler, A., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1996). *Behandelingsstrategieën bij Burnout*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Lang, G. & van der Molen H.T. (1995). *Psychologische gespreksvoering: een basis voor hulpverlening*. Baarn: Nelissen.

NVAB (2000). *Handelen van de Verwijzer bij werknemers met psychische klachten*. Geautoriseerde richtlijn.

Poslavsky, A. & Meijer, E.J.G. (1995). *Psychopathologische kaders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger

Generalistische Basis GGZ verwijzmodel en productbeschrijving HHM (2013) drs Peter Bakker & dr Patrick Jansen

## BIJLAGE 1

### GGZ-verwijfsmodel HHM

In dit hoofdstuk beschrijven we een GGZ verwijfsmodel<sup>1</sup> 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 verwijfsing 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 verwijfsen 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 verwijfsen.

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 verwijfsmodel hebben we dit als volgt geïnterpreteerd:

- Wanneer de huisarts wil verwijfsen 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 verwijfsing; 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.

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 Verwijfsriteria

Via veld- en deskresearch hebben wij de criteria verzameld die een rol spelen bij het verwijfsen 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;
- 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 twifelen 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.