



Kennis en advies voor  
maatschappelijke ontwikkeling

mantelzorg

kwetsbare groepen

vrijwillige inzet

huiselijk en seksueel geweld

leefbaarheid

# **Aanbodverheldering**

## **Huisartsen**

## **Eerstelijnspsychologen**

## **Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen**

### **Een verkennend onderzoek**

**Jennifer van Leur, Karin Sok en Margot Scholte**  
**MOVISIE (voorheen NIZW Sociaal Beleid)**  
**maart 2007**

## **Colofon**

MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling  
Winthontlaan 4-6  
Postbus 19152  
3501 DD Utrecht  
Telefoon 030-789 20 00

*Opdrachtgever en Financiering*  
Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste lijn

*Deelproject*  
Aanbodverheldering van disciplines in de eerstelijns-GGZ

*Projectleider*  
Margot Scholte

*Projectmedewerkers*  
Jennifer van Leur  
Karin Sok

© 2007 MOVISIE, Utrecht

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	4
Transparantie in het aanbod van de eerstelijns-GGZ: de onderzoeksopzet.....	5
Deel 1 Huisartsen	
1.1 Het werkveld van de huisarts .....	8
1.2 Bevindingen .....	10
1.3 Conclusies en aanbevelingen.....	15
Deel 2 Eerstelijnspsychologen	
2.1 Het werkveld van de eerstelijnspsycholoog .....	18
2.2 Bevindingen .....	20
2.3 Conclusies en aanbevelingen.....	24
Deel 3 Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen	
3.1 Het werkveld van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige .....	26
3.2 Bevindingen .....	27
3.3 Conclusies en aanbevelingen.....	33
Bijlage 1: Modulen: definiëring van begrippen en onderlinge relaties.....	35
Bijlage 2: Voorbeeld van ontwikkelde module Algemeen Maatschappelijk Werk .....	36
Bijlage 3: Voorbeeld fictieve module eerstelijnspsychologische zorg .....	37
Bijlage 4: Overzicht geraadpleegd materiaal huisarts .....	38
Bijlage 5: Overzicht geraadpleegd materiaal eerstelijnspsycholoog .....	40
Bijlage 6: Overzicht geraadpleegd materiaal sociaal-psychiatrisch verpleegkundige .....	43

## Inleiding

In de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (eerstelijns-GGZ) staat de begeleiding en behandeling van psychische en psychosociale problemen centraal. Kerndisciplines in de eerstelijns-GGZ zijn de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de eerstelijnspsycholoog (ELP) en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). De kracht van de eerste lijn zit mede in het breed en generalistisch kijken naar de klacht van de cliënt/patiënt. Klachten en hulpvragen worden altijd in de context van het algehele functioneren van de cliënt en zijn sociale omgeving bekeken en opgepakt. De generalistische interventiestrategie in de eerste lijn gaat uit van de kracht van de cliënt en zijn sociale netwerk (empowermentgedachte). Pas op het moment dat dit type generalistische interventies onvoldoende werkt, wordt uitgebreidere diagnostiek gepleegd en worden specifiekere, klachtgerichte interventies ingezet. Deze manier van werken, passend bij de stepped care gedachte, maakt het noodzakelijk dat de diverse disciplines samenwerken en een goed beeld hebben van het aanbod en de kwaliteiten van de diverse aanbieders.

Sinds 1999 zijn onder regievoering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een beleidsvisie en diverse projecten ingezet om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te versterken. Dit met het oog op een toename van het aantal hulpvragen bij psychische en psychosociale problemen. Dit heeft onder andere vorm gekregen in de uitvoering van projecten als *Korte lijnen*, het *Diaboloproject* en het *Consultatieproject*. De ervaring uit deze projecten leert dat er veel raakvlakken zijn tussen de werkzaamheden en cliënten van de verschillende disciplines. Ook kennen de meeste problemen van cliënten meerdere kanten – materieel, psychisch, sociaal en medisch – en zijn niet zo gemakkelijk onder te verdelen.

Vragen die vandaar uit voorliggen zijn: wat doen de verschillende disciplines voor welke cliënten of hulpvragen en hoe kunnen de eerste en de tweedelijns-GGZ samenwerken en elkaar aanvullen in de zorg voor cliënten met GGZ-hulpvragen? In het najaar 2006 zijn daarom in opdracht van VWS enkele kortlopende projecten gestart die uitgevoerd worden door landelijke kennisinstituten. Eén van die projecten wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Dit LVG-project bestaat uit twee deelprojecten. In het eerste deelproject wordt een beschrijving gemaakt van de functie praktijkondersteuning GGZ (PO-GGZ). Dit is een functie die inspeelt op het eerdergenoemde feit dat de meeste problemen van cliënten meerdere kanten kennen waardoor het niet altijd meteen duidelijk is welke hulp het meest passend is. In het tweede deelproject wordt het specifieke aanbod van de eerstelijns-GGZ disciplines verkend aan de hand van literatuur, notities, handleidingen, e.d. Dit project speelt in op het feit dat er veel raakvlakken zijn tussen de werkzaamheden en cliënten van de verschillende disciplines en dat de beschikbare aanbodbeschrijvingen niet altijd voldoende differentiëren. MOVISIE (voorheen NIZW Sociaal Beleid) is uitvoerder van dit deelproject.

Dit rapport bestaat uit drie delen, waarin respectievelijk de verkenning naar het aanbod van de huisartsen, de eerstelijnspsychologen en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en de resultaten daarvan worden beschreven. Voor het Algemeen Maatschappelijk Werk had het NIZW Sociaal Beleid in voorgaande jaren reeds een verkenning naar het aanbod uitgevoerd, wat uiteindelijk heeft geleid tot een modulaire beschrijving van het AMW-aanbod. Deze aanbodbeschrijving is in het kader van dit project wel geactualiseerd en aangevuld aan de hand van huidige ontwikkelingen in de eerstelijns-GGZ. Dit valt verder buiten dit voorliggende rapport. De bevindingen op het terrein van de huisartsenzorg zijn besproken met de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). De bevindingen t.a.v. het aanbod van de SPV is in overleg met de afdeling Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen van de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) besproken met een afvaardiging van de beroepsgroep. In overleg met de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) zijn de bevindingen t.a.v. het aanbod van de ELP besproken met een afvaardiging van de beroepsgroep. De reacties zijn verwerkt in de betreffende onderdelen en op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan aan VWS waarin beschreven wordt wat er eventueel nog nodig is om het aanbod verder te verhelderen.

## Transparantie in het aanbod van de eerstelijns-GGZ: de onderzoeksaanpak

Voor het kiezen van het juiste aanbod en de juiste discipline voor en met een patiënt/cliënt is het belangrijk om een goed overzicht te hebben van het aanbod en de werkwijze in de eerste lijn. Een beschrijving van het aanbod werkt hierbij helpend. Veel van de huidige informatie differentieert onvoldoende en suggereert ten onrechte dat de verschillende beroepsgroepen hetzelfde doen. Meer transparantie wordt bereikt door concretere aanbodbeschrijvingen, die een zelfde opbouw kennen, zodat ze onderling vergelijkbaar zijn. Een manier om het aanbod te verhelderen is het aanbod te beschrijven in modules. Het aanbod wordt in dat geval in globale termen uiteengezet voor verschillende categorieën cliënten. Het gaat hierbij om *wat* een discipline te bieden heeft voor wie, in welke situatie. Het *hoe* van die hulpverlening (methodische principes en procesmatige uitwerking) is voor dit doel niet van belang. Een modulebeschrijving omvat hooguit 1 A-4tje en bestaat uit de volgende onderdelen: doelgroep, doel, duur en frequentie, setting, werkwijze / activiteiten, randvoorwaarden. Modules zijn op te vatten als 'zorg- of hulpverleningseenheden' die met elkaar de bouwstenen vormen voor het totale aanbod van een organisatie of werksoort. Zie voor meer informatie over modules en voor voorbeelden van modules: bijlage 1, 2 en 3.

### Uit te voeren activiteiten

In dit eerste, verkennende onderzoek wordt bekeken in hoeverre het aanbod van de verschillende eerstelijns-disciplines reeds (transparant) is beschreven en eventueel aansluit bij de kenmerken van modules. Deze bevindingen worden beschreven in één rapport bestaande uit drie delen, één voor elke beroepsgroep. Met de beroepsgroepen wordt vervolgens bekeken of het zinvol is om het aanbod verder te verhelderen, door het bijvoorbeeld uit te werken in modules en zo ja, wat er nog moet gebeuren om dat te bereiken. Een samenvatting van de bevindingen wordt samen met een advies voor een eventueel vervolg teruggekoppeld naar het Ministerie van VWS.

Voor deze eerste verkenning van het aanbod van de disciplines worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

#### Activiteit 1:

Een eerste inventarisatie van het aanbod van de disciplines aan de hand van wat er reeds op papier staat. Daarbij wordt ook gekeken of er kenmerken van modules in de bestaande aanbodbeschrijvingen te vinden zijn, zoals doelgroep, doel, duur en frequentie, setting, werkwijze / activiteiten, randvoorwaarden. Deze inventarisatie mondt uit in een notitie die besproken wordt met de betreffende beroepsvereniging of landelijke organisatie die de beroepsgroep vertegenwoordigt in het veld van eerstelijns-GGZ.

#### Activiteit 2:

Het polsen van het draagvlak bij de desbetreffende beroepsgroep om het aanbod verder te verhelderen, zo mogelijk volgens de modulaire systematiek.

Deze activiteiten worden uitgevoerd in de periode oktober 2006 – januari 2007.

### Onderzoeksopzet

Aan de beroepsgroep wordt gevraagd om materiaal aan te leveren waarin het huidige aanbod van de betreffende eerstelijns-GGZ discipline wordt beschreven. Daarnaast worden ook de informatiebronnen waarover MOVISIE beschikt en het internet geraadpleegd. Tevens zal het Trimbos-instituut eigen publicaties en informatiemateriaal verzamelen en analyseren. Het verzamelde materiaal zal worden bekeken vanuit de vraag in hoeverre het aanbod reeds transparant is beschreven en of de kenmerken van de modulaire systematiek te vinden zijn.

Het materiaal wordt van breed naar smal bekeken volgens een zogenaamd drietrapsmodel m.b.v. de volgende drie onderzoeksvragen:

**1. Eerste screening van het verzamelde materiaal: op welke aspecten van het aanbod van de discipline heeft het materiaal betrekking?**

Om hierop een antwoord te kunnen geven wordt de gevonden literatuur op hoofdlijnen onderverdeeld naar vier aspecten van het aanbod:

- Primaire proces
- Kwaliteit
- Organisatorische randvoorwaarden / samenwerking
- Overig

In de beantwoording van deze vraag zal het accent liggen op het primaire proces, omdat dit de meeste relevante informatie biedt voor het verhelderen van het aanbod.

**2. In hoeverre is het aanbod van de discipline reeds transparant beschreven?**

Er zijn verschillende invalshoeken om het aanbod transparant te beschrijven. Een manier is verschillende (clusters van) taken van een discipline te onderscheiden. Een andere insteek is die van specifieke klachten en aandoeningen: voor welke specifieke klachten en aandoeningen heeft de discipline een aanbod en wat doet een discipline bij die specifieke klacht. Of los van de specifieke klachten beschrijven wat een discipline in zijn algemeenheid doet om mensen met klachten te helpen: bijvoorbeeld vraagverheldering, begeleiding, behandeling, advies en voorlichting.

**3. Zijn in het materiaal kenmerken van modules terug te vinden?**

De kenmerken van modules zijn:

- doelgroep
- doel
- duur en frequentie
- setting
- werkwijze / activiteiten (waaronder methodiek)
- randvoorwaarden

Op basis van de bevindingen zal uiteindelijk een antwoord moeten worden gegeven op de vraag in hoeverre het aanbod van de betreffende discipline reeds transparant is beschreven. In overleg met de beroepsgroep wordt gekeken of een verdere uitwerking van het aanbod in modules wenselijk is en zo ja, wat er dient te gebeuren om dat te realiseren.

**Deel 1**

**Huisartsen**

## 1.1 Het werkveld van de huisarts<sup>1</sup>

### Algemeen

Geneeskunde in zijn algemeenheid is gericht op de diagnostiek, prognose, behandeling, preventie en begeleiding van ziekte en/of gebrek, zowel op lichamelijk als op psychisch vlak en op palliatie, indien genezing niet mogelijk is. Huisartsgeneeskunde is generalistische en contextuele geneeskunde. Het generalistische aspect wijst op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte die individuele patiënten presenteren. Het contextuele aspect heeft betrekking op de werkwijze, waarbij klachten en aandoeningen niet geïsoleerd beschouwd worden, maar worden gezien in hun onderlinge relatie en geplaatst in de levensloop van een patiënt met diens eigen culturele, persoonlijke en existentiële opvatting binnen zijn sociale systeem (woon- en werkomgeving, maatschappelijke positie).

### Doelgroep

Bij de meeste (relatief vaak voorkomende) ziekten en klachten biedt de huisarts de patiënt het complete geneeskundige spectrum van probleemverheldering, signaleren, diagnostiek, voorlichting en advies, behandeling, preventie en begeleiding, waarbij de wensen en verwachtingen van de patiënt worden verhelderd (vraagverheldering) en meegenomen in de besluitvorming. Indien specifieke (en daardoor vaak kostbare) technieken of specifieke kennis of vaardigheden noodzakelijk zijn (in het algemeen relatief zelden voorkomende klachten, ziekten of aandoeningen) beperkt haar rol zich tot signalering, begeleiding en advies, en in enkele gevallen tot diagnostiek of behandeling. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor een aantal psychische en sociale klachten/problemen.

### **Psychische en sociale klachten<sup>2</sup>**

Volgens cijfers over 2001, 2003 en 2004 is het percentage contacten waarin de huisarts een psychische of sociale diagnose bij de patiënt vaststelt over de jaren niet veel veranderd. Bij ruim 6% van de contacten wordt een psychische diagnose vastgesteld en bij 1% van de contacten een sociale diagnose. De meest voorkomende psychische diagnose die de huisarts stelt is depressie. Deze diagnose komt voor in ongeveer 17% van alle contacten, waarin een psychische of sociale diagnose is vastgesteld. Op de tweede plaats komt slapeloosheid of andere slaapproblemen met ruim 10% en op de derde een angstig/nervus en gespannen gevoel met ruim 9%. Andere veel voorkomende diagnoses zijn angststoornissen, depressieve gevoelens, neurasthenie/surmenage en crisis/voorbijgaande stress reactie. Er hebben zich over tijd wel wat verschuivingen in het voorkomen van de diagnoses voorgedaan. In vergelijking met 2001 wordt in 2004 vaker het symptoom een 'down/depressief gevoel' genoemd en minder vaak de diagnose 'depressie'. In de jaren 2003 en 2004 zijn problemen met de werksituatie gaan behoren tot de tien meest voorkomende psychische en sociale problemen.

### Taakopvatting t.a.v. psychische en psychosociale problematiek

Huisartsen hebben niet allemaal dezelfde opvattingen over wat hun taken zijn op het gebied van psychische en psychosociale problematiek. Zij maken hierbij een duidelijk onderscheid tussen de diagnostiek en de begeleiding/behandeling ervan. Huisartsen vinden dat zij een duidelijke taak hebben op het gebied van het diagnosticeren van een aantal psychische stoornissen, vooral op het terrein van 'common mental disorders' zoals depressieve stoornis, angststoornissen en somatoforme stoornis. Op het terrein van ernstiger psychische stoornissen uit het psychose spectrum zoals schizofrenie, bipolaire stoornis en as II problematiek (persoonlijkheidsstoornissen) zien zij geen taak voor zichzelf op het gebied van het stellen van een specifieke diagnose. Wel zien zij een taak in het

<sup>1</sup> Bronnen:

- *Wie doet wat in de eerstelijns GGZ?* NIZW / Trimbos-instituut, 2003  
- *Huisartzenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering toekomstvisie 2012.* NHG en LHV, 2003  
- *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004.* NHG en LHV, 2004  
- *Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen.* Van der Feltz-Cornelis, Knispel en Elfeddali BSc. Trimbos-instituut, juli 2006

<sup>2</sup> Bron: *Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ.* Emmen M.J., Verhaak P.F.M. NIVEL, 2006

vaststellen of er sprake is van een dermate ernstige stoornis dat een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ geïndiceerd is. Dit sluit aan bij de 'generalistische' aanpak van de huisarts: vaststellen dat iets niet pluis is en dat gericht verwijzen of vaststellen dat iets met een grote mate van waarschijnlijkheid goed te behandelen is met de 'generalistische' aanpak van de huisarts en dat zelf te behandelen. Daarnaast vinden bijna alle huisartsen dat ze een taak hebben in het diagnosticeren (signaleren of aangeven van een 'werkdiagnose') en tevens behandelen van spanningsklachten, onverklaarbare lichamelijke klachten en slaapstoornissen. Behandeling van frequent voorkomende problemen als alcoholproblematiek en andere verslavingen en relatieproblemen ziet meer dan de helft van de huisartsen niet als hun taak. Minder dan 10% vindt dat de behandeling van opvoedings- en gedragsproblemen en een groot deel van de sociale problemen tot de taak van de huisarts behoort.

### **Randvoorwaarden**

Over het algemeen heeft de huisarts zeer weinig tijd voor psychosociale hulpverlening. Een consult duurt meestal slecht 5 tot 10 minuten, waardoor het goed uitdiepen van een probleem of er uitgebreid op ingaan doorgaans niet mogelijk is. Op indicatie kan er wel een afspraak gemaakt worden voor een langerdurend consult. Indien noodzakelijk legt de huisarts ook huisbezoeken af. Huisartsenzorg is in geval van nood 24 uur per dag beschikbaar.

### **Deskundigheid en werkwijze**

De medische competentie van de huisarts ligt vooral op het terrein van herkenning en behandeling van alledaagse ziekten. Bovendien is de huisarts competent de ernst van een (lichamelijke of psychische) klacht, symptoom of ziekte in te schatten en daarnaar te handelen. De begeleiding en behandeling van chronisch zieken is eveneens een belangrijke taak van de huisarts. De huisarts kan voor een persoon of gezin een vertrouwenspersoon en bemiddelaar zijn; soms kent hij het hele gezin al jarenlang. De huisarts is de enige van de vier beroepsgroepen in de eerste lijn die medicatie mag voorschrijven. Dit maakt de huisarts tot een geschikte samenwerkingspartner voor patiënten met stoornissen zoals depressie waarbij voor de behandeling medicatie geïndiceerd is, al dan niet in combinatie met het voeren van gesprekken of een andersoortige behandeling.

## 1.2 Bevindingen

### Geraadpleegde bronnen

Geraadpleegde literatuur is afkomstig uit vier soorten bronnenbestanden:

- Literatuur die ons is aangereikt door de beroepsvereniging NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- Materiaal verzameld vanuit het MOVISIE
- Internet
- Verzameling en analyse van Trimbos-instituut

De website van de NHG is een bron van informatie gebleken om zicht te krijgen op het aanbod van huisartsen op het terrein van de eerstelijns-GGZ. De informatie is in drie categorieën verdeeld: GGZ weten, GGZ leren en GGZ doen. Onder GGZ weten zijn wetenschappelijke richtlijnen en standaarden te vinden, evenals de LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) en informatie over de GGZ Huisartsen Adviesgroep. Onder GGZ leren is een aantal relevante nascholingsmodules te vinden. Onder GGZ doen valt een keur aan patiëntenbrieven, folders en ziektebeschrijvingen, ook op het terrein van (eerstelijns-)GGZ problematiek. In aanvulling daarop heeft de NHG en de LHV MOVISIE informatie over de toekomstvisie van de huisartsenzorg aangereikt. Verder is materiaal gebruikt dat MOVISIE reeds in bezit had vanuit eerdere projecten op het terrein van de eerstelijns-GGZ, zoals de Praktijkhandleiding GGZ, de Korte lijnen brochure 'Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?' en een aantal relevante verslagen van Korte lijnen-projecten. Voor een compleet overzicht van de bronnen die tot nu toe zijn geraadpleegd, zie bijlage 4.

### Onderzoeksvraag 1: Eerste screening van het onderzoeksmateriaal

In de meeste geraadpleegde publicaties staat het primaire proces van de huisartsenzorg centraal. De insteek hierbij is vooral inhoudelijk: klacht- danwel stoornisgericht. Dus aan de hand van ziektebeelden, zoals depressie, angst, slaapproblemen, dementie, ADHD wordt beschreven welk zorg de huisarts biedt. Daarbij is ook aandacht voor de samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines bij specifieke ziektebeelden. Dit komt terug in NHG-richtlijnen en specifiek in de LESA's, waarin huisartsen en een andere discipline afspraken maken over hoe zij bij een specifieke klacht of stoornis samenwerken.

In de notities over de toekomstvisie op de huisartsenzorg staan de taken van de huisarts centraal en ook hoe die zich verhouden tot andere eerstelijnsdisciplines: bijvoorbeeld waar houden de taken van de huisarts op en neemt een andere discipline het over of wat is de taak van de huisarts in een samenwerkingsverband. In die toekomstvisie wordt het zorgaanbod beschreven vanuit drie invalshoeken, namelijk de inhoud (zorg voor klachten en aandoeningen), het proces (de wijze waarop klachten en aandoeningen in behandeling worden genomen) en de vorm (de wijze waarop het contact tussen patiënt en voorziening tot stand komt).

Daarnaast is een overzicht gemaakt van het aanbod huisartsgeneeskundige zorg (2004) aan de hand van de door de huisarts gebruikte ICPC-codes. De code P staat voor psychische klachten/aandoeningen en de code Z voor sociale klachten/problemen. In het overzicht wordt aangegeven in hoeverre diagnostiek tot het basisaanbod van de huisarts behoort of dat het aanvullend of bijzonder aanbod is, dan wel dat ervoor verwezen wordt. Hetzelfde wordt voor de behandeling aangegeven. De tabellen geven geen absolute waarden aan. Zij geven aan dat bij genoemde klachten de diagnostiek of behandeling in de meeste gevallen binnen de huisartsenvoorziening wordt verricht (basisaanbod) of in de meeste gevallen door anderen wordt gedaan (verwijzing).

### Onderzoeksvraag 2: In hoeverre is het eerstelijns-GGZ aanbod transparant beschreven

Het aanbod van de huisartsen is voor een groot deel helder omschreven. Er zijn verschillende invalshoeken te herkennen die inzicht geven in het aanbod van de huisarts op het terrein van de eerstelijns-GGZ, van globaal naar meer concreet.

1. In de toekomstvisie op de huisartsenzorg zijn verschillende functies te onderscheiden in het aanbod van de huisarts.
2. In de notitie Concretisering van de toekomstvisie beschrijft de NHG het aanbod van de huisarts en onderscheidt daarbij inhoud, proces en vorm.
3. In het aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004 wordt per klacht of aandoening beschreven of diagnose en behandeling tot het basisaanbod van de huisarts behoren, of dat het aanvullend of bijzonder aanbod, dan wel een verwijzing betreft.
4. Als laatste en meest concrete niveau is in de richtlijnen, LESA's en patiëntenbrieven beschreven wat het aanbod van de huisarts is bij specifieke psychische klachten of aandoeningen.

### **1. Taken gedestilleerd uit de Toekomstvisie Huisartsenzorg<sup>3</sup>**

In een notendop gaat het bij huisartsenzorg om het behandelen, begeleiden, adviseren en gidsen van patiënten en hun directe omgeving bij ziekte in de verschillende fasen van het leven, gedurende langere tijd. Naast het bieden van directe patiëntenzorg, worden de spilfunctie en de gids- en verwijzingsfunctie ook als kernkwaliteiten van de huisartsenzorg genoemd. In de toekomstvisie zijn globaal de volgende clusters van taken te onderscheiden:

Taken in het zorgproces:

- vraagverheldering, onafhankelijk luisteren naar gezondheidsvragen van patiënten en naar een diagnose vertalen
- een eerste inventarisatie van de vraag en de patiënt op het juiste moment naar de juiste medewerker in het samenwerkingsverband leiden (verwijzen)
- voorlichting en advies (gidsen)
- diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg
- begeleiding aan patiënten en hun omgeving tijdens en na hun ziekte
- continue zorg die zich uitstrekt over langere periodes van het leven, beschikbaar gedurende het gehele etmaal en zeven dagen per week
- eindverantwoordelijk voor de toegang tot en de uitvoering van generalistische medische zorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg

Taken t.b.v. samenwerking en afstemming (spilfunctie):

- beheer elektronisch medisch dossier
- binnen het samenwerkingsverband zorgen voor de medisch inhoudelijke verheldering van de hulpvragen en de coördinatie en samenhang van het zorg- en begeleidingsaanbod
- taken delegeren die m.b.v. richtlijnen en protocollen controleerbaar zijn, de (eind)verantwoordelijkheid voor de toegang tot en uitvoering van medische zorg blijft bij de huisarts liggen.
- overzicht over het geheel aan gegevens dat beschikbaar komt

### **2. Aanbodbeschrijving vanuit inhoud, proces en vorm<sup>4</sup>**

Het aanbod van de huisarts in het zorgproces is door de NHG en LHV beschreven vanuit de inhoud, het proces en de vorm.

De inhoud: zorg voor klachten en aandoeningen

- Basisaanbod (datgene wat alle huisartsen aanbieden)
  - betreft eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte;
  - betreft nadere diagnostiek en behandeling van veel voorkomende klachten en medische aandoeningen;
  - betreft verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling van relatief zelden voorkomende klachten en medische aandoeningen;
  - het basisaanbod is zoveel mogelijk gebaseerd op richtlijnen en standaarden.
- Zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.

<sup>3</sup> Bron: *Toekomstvisie 2012 Huisartsenzorg*, NHG en LHV, 2002

<sup>4</sup> Bron: *Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, Concretisering Toekomstvisie 2012*, NHG en LHV, 2003

- Aanvullend aanbod: zorg die aansluit op de speciale behoeften van de populatie, zorg voor specifieke, omschreven groepen patiënten of voor specifieke klachten, aandoeningen of verrichtingen (bijv. spreekuur overgangsproblemen, spreekuur eigen taal en cultuur, uitgebreidere diagnose bij dementie, depressie, angststoornissen).
- Bijzonder aanbod: medische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein maar er niet exclusief toe behoort (bijv. verloskunde, reizigersadviesing). Vereist extra competenties (specialisatie, extra scholing).
- Transmuraal aanbod: nieuwe taken in de gezondheidszorg of taken die voortkomen uit het op elkaar afstemmen van de zorg van de huisartsenvoorziening op de zorg van andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn. Er is sprake van een samenhangend zorgsysteem met protocollen en richtlijnen voor samenwerking (LTA's en LESA's<sup>5</sup>).

Het proces: de wijze waarop klachten en aandoeningen worden afgehandeld

- Intake: inventarisatie van klachten, problemen en hulpvragen bij alle gepresenteerde gezondheidsklachten.  
*evt. verwijzing/terugverwijzing als er sprake is van een niet-medische problematiek.*
- Vraagverheldering: wensen en verwachtingen van de patiënt t.a.v. het consult en verdere beleid verhelderen (wat wil de patiënt veranderd zien en op welke wijze).
- Diagnostiek, werkhypothese en behandelplan: diagnostiek m.b.v. een passende anamnese, evt. lichamelijk en/of aanvullend onderzoek.  
*evt. verwijzing/terugverwijzing voor nadere diagnostiek of wanneer zorgvraag niet blijkt te voldoen aan de criteria van het basisaanbod en niet van toepassing is op het aanvullende of bijzondere aanbod.*
- Behandeling: behandelingen die binnen de huisartsenvoorziening worden geboden zijn:
  - geven van een advies voor zelfzorg (bijv. dieet, beweging, leefstijl)
  - voorschrijven van medicijnen
  - doen van een medische ingreep (kleine chirurgie, tapen, oor uitspuiten, etc.)
  - voeren van een therapeutisch gesprek*evt. verwijzing/terugverwijzing als behandeling niet door huisartsenvoorziening kan worden geboden.*
- Advies en voorlichting: over aard van de klacht, natuurlijke beloop, voor- en nadelen van diagnostiek en behandeling, gidsen door de gezondheidszorg.
- Begeleiding: tijdens het zorgproces en daarbuiten, m.n. bij langerdurende ziekte-episodes, chronische ziekten en aandoeningen waarbij evt. geen genezing meer mogelijk is (de beschrijvingen geven weinig inzicht in wat die begeleiding ongeveer inhoudt).
- Preventie: gevraagd en ongevraagd signaleren van risico's bij individuele patiënten, voor- en nadelen afwegen van preventieve interventies, begeleiding bij gewenste gedragsverandering ter voorkoming van (bijv. stoppen met roken), monitoring van risico's bij individuele patiënten en vandaar uit op populatieniveau systematische preventieve zorg bieden.

De vorm: de wijze waarop het contact tussen patiënt en de voorziening tot stand komt

- consult
- telefonisch consult
- e-mail consult
- visite

### **3. Beschrijving van het aanbod huisartsgeneeskundige zorg per klacht of aandoening<sup>6</sup>**

Dit geeft niet zozeer een concreter beeld van wat de huisarts precies doet bij een specifieke klacht of aandoening, maar geeft op niveau van klachten en aandoeningen wel meer inzicht in of diagnose en behandeling in de meeste gevallen tot het basisaanbod van de huisarts behoren. Of dat het eventueel tot het aanvullende of bijzondere aanbod behoort of dat de huisarts meestal verwijst. Dit is van belang bij psychische en sociale problemen, omdat deze niet direct tot het medisch spectrum behoren. Zoals reeds aangegeven in de beschrijving van het werkveld van de huisarts op pagina 8 en 9 wordt bij ruim 6 % van de huisartsencontacten een psychische diagnose vastgesteld en bij 1 % van de contacten een sociale diagnose.

<sup>5</sup> LTA = Landelijke Transmurale Afspraken; LESA = Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken

<sup>6</sup> Bron: *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, 2004*. LHV en NHG.

#### *Psychische problemen: ICPC-code P*

Angsten en depressieve gevoelens zijn de meest voorkomende klachten. Angststoornissen en depressies zijn de meest gediagnosticeerde aandoeningen. Een groot deel van de klachten kan de huisarts zelf afhandelen wat betreft diagnostiek en behandeling (basisaanbod). Hiervoor worden de NHG-richtlijnen gevolgd. Voor nadere diagnostiek op het terrein van schizofrenie, affectieve psychosen, persoonlijkheids/karakterstoornissen, mentale retardatie, andere/niet gespecificeerde psychosen, andere psychische stoornissen wordt verwezen. Op het terrein van verslavings- en gedragsproblematiek, doet de huisarts wel de diagnostiek, maar zal hij vervolgens verwijzen. De behandeling bij angststoornissen en depressie valt onder aanvullend aanbod. Hier wordt ondersteunende gesprekstherapie verstaan door bijvoorbeeld een SPV.

#### *Sociale problemen: ICPC-code Z*

Regelmatig liggen sociale problemen ten grondslag aan lichamelijke klachten. Bij de huisarts presenteren zich vooral problemen in de werksituatie en relatieproblemen. Tot het basisaanbod van de huisartsenzorg behoort inventarisatie van klachten en informeren over de samenhang van dergelijke problematiek met gezondheidsklachten. Voor verdere hulp wordt bij de meeste sociale problemen verwezen. De huisarts heeft in dat kader een belangrijke gidsfunctie en moet beschikken over een goed netwerk voor verwijzing (sociale kaart). Problemen op het gebied van overlijden en ziekte van partner/kind/ouders/familie vallen vaak onder het bijzondere aanbod van de huisarts.

#### **4. Aanbod van de huisarts gedestilleerd uit richtlijnen, LESA's, patiëntenbrieven e.d.**

De richtlijnen voor psychische klachten of aandoeningen bieden een scala aan informatie. Daaruit hebben we het aanbod van de huisarts gedestilleerd. Voor een deel biedt dit een concretisering van de taakomschrijving onder punt 1 en de aanbodbeschrijving op procesniveau onder punt 2. Wat in veel richtlijnen terugkomt, is het volgende:

- signaleren
- differentiëren, onderkennen van het beeld, inschatten van de ernst (is er sprake van een aandoening, zoals ADHD, of is het 'gewoon' een onrustig kind)
- hulpvraag verhelderen
- diagnostiek
- verwijzen als behandeling te complex wordt, als begeleiding de mogelijkheden van de huisarts qua tijd en competentie te boven gaat, voor nadere (psychiatrische) diagnostiek, voor intensievere vormen van begeleiding
- bij as II-problematiek weten wat hij wel en niet moet doen om erger te voorkomen, behandeling niet, begeleiding evt. wel (in de beschrijvingen is onduidelijk wat die begeleiding kan inhouden)
- bewaking van stabiel behandelingstraject en nazorgtraject (controles van de tweede lijn overnemen, afspraken maken over terugrapportage en terugverwijzing)
- toedienen van medicatie, medicamenteuze behandeling
- begeleiding of niet-medicamenteuze therapie (bijv. bij surmenage: procesbegeleiding, activerende begeleiding en tijdcontingente aanpak)
- gedragstherapeutische interventies (bijv. bij bedplassen), inzetten van cognitieve gedragstherapie (bijv. bij omgaan met lichamelijk onverklaarbare klachten, extra scholing beschikbaar)
- inschatten van verzorgings- en verplegingsbehoeften
- inschatten en bewaken van draaglast van de mantelzorg, inschatten van de behoefte aan begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers
- blijvend aandacht voor naasten
- voorlichting, adviezen voor communicatie met en verzorging van patiënt aan verzorgers geven (bijv. bij delier)
- controles, alert zijn op mogelijke complicaties (bijv. bij delier)
- bewaken van de progressie (bijv. bij dementie)
- overleg met behandelende hulpverleners, zorg voor goede werkafspraken met andere behandelaars, begrenzingen, wie doet wat

Wat betreft therapie wordt cognitieve gedragstherapie genoemd en specifieke vormen als MIS (bij terugdringen tabaksverslaving) en KITSS (bij terugdringen chronisch gebruik slaapmiddelen).

Cognitieve gedragstherapie wordt bijv. ingezet bij het omgaan met lichamelijk onverklaarbare klachten. Hier is een specifieke training voor.

### **Onderzoeksvraag 3: Zijn in het materiaal kenmerken van modules terug te vinden?**

De aanbodbeschrijvingen van de huisarts hebben een logische samenhang en zijn te typeren als homogene eenheden van zorg, zij het dat de invalshoek een andere is dan die van modules. De aanbodbeschrijving van de huisartsenzorg is namelijk klachtgebonden, terwijl modules de activiteiten weergeven die een discipline in kan zetten tijdens het zorgproces, los van specifieke klachten of aandoeningen.

Voor een behoorlijk aantal psychische klachten waarbij huisartsen een taak hebben in de diagnose en behandeling is beschreven welke zorg de huisarts biedt. De problematiek is helder omschreven evenals de doelgroep, bijbehorende methodieken, therapieën en werkvormen. In de praktijkhandleiding GGZ wordt bij de Rol van de huisarts, de Rol van de praktijkondersteuner en het Beleid helder beschreven welke activiteiten ondernomen worden of welke werkwijze wordt toegepast. Soms wordt expliciet ingegaan op de duur, frequentie en setting van deze activiteiten, met name als deze afwijken van het normale consult in de huisartsenpraktijk. Bijv. bij dementie wordt aangegeven dat de praktijkondersteuner de patiënt 3 tot 4 keer per jaar bezoekt of zoveel als op basis van medische of sociale overwegingen nodig is.

In de NHG-standaarden worden de activiteiten van de huisarts puntsgewijs beschreven onder Richtlijnen diagnostiek en Richtlijnen beleid. Het beleid wordt onderverdeeld in voorlichting en niet medicamenteuze advisering, niet medicamenteuze therapie of behandeling, medicamenteuze therapie of behandeling, controles, consultatie en verwijzen. Alleen bij de richtlijn depressie wordt kort iets gezegd over begeleiding. Wel is het zo dat een aantal activiteiten dat nu onder niet-medicamenteuze therapie of behandeling genoemd staat, ook onder begeleiding zou kunnen vallen. Bij de richtlijnen voor beleid wordt ook de frequentie van contacten aangegeven, duur van de behandeling, e.d. Wat betreft randvoorwaarden staat door de tekst van de praktijkhandleiding GGZ hier en daar wat aangegeven over benodigde deskundigheid (bijv. bij het bieden van cognitieve gedragstherapie). Ook onder het kopje samenwerkingsaspecten is een en ander te vinden, maar het is summier en enigszins verstopt in de tekst.

### 1.3 Conclusies en aanbevelingen

De conclusie moet antwoord geven op de vraag in hoeverre het aanbod van de huisarts reeds transparant is beschreven of wat er moet gebeuren om het aanbod verder te verhelderen en welke mogelijkheden de modulaire systematiek hierbij biedt. Deze vraag met ideeën over het antwoord is ook voorgelegd aan de LHV, in aparte gesprekken met Karel Rosmalen en Pieter van de Hombergh. Hun reacties zijn in onderstaande conclusie verwerkt.

#### ***Aparte positie in de eerstelijns-GGZ***

Om deze vraag te beantwoorden is een aantal overwegingen van belang, dat ook door de LHV wordt benadrukt. Een eerste is dat de huisarts een aparte positie inneemt binnen de eerstelijns-GGZ. Hij is poortwachter en in de samenwerking met andere disciplines is hij vooral de verwijzende partij en soms mede-behandelaar. Vooral de medicamenteuze behandeling bij psychische klachten door huisartsen is bekend bij de andere eerstelijns-GGZ disciplines. Ten tweede is het aanbod op het terrein van eerstelijns-GGZ problematiek voor de andere disciplines een groot deel van hun aanbod, terwijl het voor de huisartsen maar een deel van hun aanbod is. Een derde punt is dat het aanbod van de huisartsenzorg reeds uitgebreid en systematisch is beschreven. Er is gekozen voor een klachtgebonden beschrijving, wat afwijkt van de modulaire systematiek: modules beschrijven activiteiten van de discipline los van specifieke klachten en problemen. Wat kan vanuit deze overwegingen bezien de waarde zijn van een modulaire systematiek? Hieronder wordt een aantal denkrichtingen uitgewerkt.

#### ***Generalistisch kijken in relatie tot klachtgebonden aanbodbeschrijving***

Zoals in de inleiding al werd aangegeven worden in de eerste lijn eerst generalistische interventies ingezet. Pas op het moment dat deze niet werken wordt uitgebreidere diagnostiek gepleegd en worden specifiekere, klachtgerichte interventies ingezet. Huisartsen hebben een generalistische aanpak (zie beschrijving werkveld van de huisarts op pagina 8 en 9), maar de huidige klachtgebonden aanbodbeschrijving van de huisartsenzorg staat hiermee op enigszins gespannen voet. Door de specifieke richtlijnen, programma's en LESA's voor bepaalde psychische klachten zoals depressie en angststoornissen, kan een huisarts sneller geneigd zijn direct in te zetten op die specifiekere, klachtgerichte interventies i.p.v. eerst generalistische interventies in te zetten. De modulaire systematiek werkt meer ondersteunend voor het brede en generalistische kijken in de eerste lijn. Anderzijds zou het toepassen van de modulaire systematiek op het eerstelijns-GGZ aanbod van de huisarts de situatie creëren dat er twee soorten aanbodbeschrijvingen binnen de huisartsenzorg gaan bestaan: een modulaire aanbodbeschrijving eerstelijns-GGZ en een klachtgebonden aanbodbeschrijving van de medische zorg gericht op lichamelijke klachten. Deze situatie lijkt ons niet wenselijk.

#### ***Taak begeleiding en randvoorwaarden verder uitwerken***

Wel heeft het ons inziens waarde gehad de huidige aanbodbeschrijving van de huisartsenzorg tegen het licht van de modulaire systematiek te houden. Hierdoor is duidelijk geworden dat een aantal onderdelen in de huidige aanbodbeschrijving nog beperkt is uitgewerkt. Het betreft hier vooral het onderdeel begeleiding en het onderdeel randvoorwaarden. Het is helder dat huisartsen op het terrein van medicamenteuze behandeling een belangrijke taak hebben, maar op het terrein van begeleiding is dit voor de andere eerstelijns-GGZ disciplines en voor de patiënt/cliënt vaak nog onduidelijk. Het onderdeel begeleiding blijft in de huidige aanbodbeschrijvingen wat diffuus. Er wordt genoemd dat begeleiding tijdens het zorgproces en daarbuiten wordt geboden m.n. bij langerdurende ziekte-episodes, chronische ziekten en aandoeningen waarbij evt. geen genezing meer mogelijk is. Ook is een aantal begeleidende activiteiten voor een deel terug te vinden in de activiteiten die nu onder niet-medicamenteuze behandeling geschaard worden. Ons inziens zijn juist op het terrein van begeleiding en behandeling van psychische en psychosociale klachten meer mogelijkheden voor samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns-GGZ disciplines. Een huisarts kan naar een maatschappelijk werker verwijzen voor ondersteunende begeleiding, maar een maatschappelijk werker kan tijdens een hulpverleningstraject ook de huisarts inschakelen voor bijv. een incidenteel therapeutisch gesprek. Maar hiervoor is meer inzicht nodig in wat de taak begeleiding van de huisarts kan inhouden.

Ook kan het van belang zijn de randvoorwaarden voor het aanbod eerstelijns-GGZ van de huisarts aan te scherpen. Welke deskundigheid is nodig om die begeleiding (en ook niet-medicamenteuze behandeling) te bieden. En in het verlengde daarvan: waar liggen de grenzen van de deskundigheid

van de huisarts? Maar ook: wat vereist het eerstelijns-GGZ aanbod van de huisarts van diens netwerk en samenwerkingsafspraken met andere disciplines?

Het onderdeel niet-medicamenteuze behandeling behoeft nog enige aandacht, gezien de verwachte overlap met begeleiding. Maar ook omdat het voor andere eerstelijns-GGZ disciplines en misschien ook voor huisartsen onderling onduidelijk of onbekend is wat huisartsen hierop bieden. Dit kan namelijk sterk verschillen per huisarts.

De meningen bij de LHV zijn enigszins verdeeld over in hoeverre zij het zinvol vindt om de taak begeleiding verder te verhelderen. Eén geïnterviewde acht het weinig zinvol om de taak begeleiding te verhelderen in uitgewerkte protocollen, vanuit het oogpunt dat de problematiek waarop deze taak van toepassing is relatief weinig voorkomt in de huisartsenpraktijk en het voor een groot deel te maken heeft met individuele taakopvattingen van de huisarts. Door de andere geïnterviewde wordt wel iets gezien in een meer globale beschrijving van begeleiding, niet-medicamenteuze behandeling en randvoorwaarden bij psychische en psychosociale klachten. Hij noemt het voorbeeld van een handreiking voor 'De zorg van de huisarts aan patiënten met psychische en psychologische klachten'. De LHV heeft een serie van dergelijke handreikingen, waarin dit onderwerp een goede aanvulling kan zijn.

### **Samengevat**

Het doorvoeren van de modulaire systematiek in de aanbodbeschrijving ligt niet direct voor de hand voor de huisartsenzorg, hoewel deze systematiek wel zijn voordelen heeft voor het brede en generalistische kijken in de eerste lijn. De panelmethode die gebruikt wordt om tot modules te komen zou behulpzaam kunnen zijn om huisartsentaken als begeleiding en niet medicamenteuze behandeling incl. randvoorwaarden voor wat betreft psychische en psychosociale problematiek te verhelderen. Bekeken moet worden hoe de uitkomsten hiervan ingebed kunnen worden in de huidige aanbodbeschrijvingen, op een dusdanige wijze dat ook het brede en generalistische kijken in de eerste lijn meer wordt ondersteund. Een handreiking zoals de LHV noemt lijkt een mogelijkheid. In een dergelijke handreiking kunnen ook zaken meegenomen worden als de in ontwikkeling zijnde functie POH-GGZ en het 'Screeningsinstrument vraagverheldering en verwijzing voor eerstelijns-GGZ problematiek', zoals deze nu door MOVISIE in Rotterdam wordt ontwikkeld. Ook kan in de handreiking de diversiteit beschreven worden van de taken die een huisarts op het terrein van psychische en psychosociale problematiek wel of niet op zich neemt, evenals de consequenties als een huisarts meer of minder doet op dat terrein (doet een huisarts minder dan stelt dit eisen aan zijn netwerk met o.a. AMW en ELP, als een huisarts meer doet dan stelt dit eisen aan zijn deskundigheid, beschikbare tijd, etc.). Op die manier kunnen huisartsen een bewuste keuze maken in hun aanbod op het gebied van begeleiding en behandeling van psychische en psychosociale problemen: wat doe ik wel en wat doe ik niet op dit terrein en hoe kan ik dan toch zorgen dat mijn patiënt de beste zorg krijgt.

## **Deel 2**

# **Eerstelijnspsychologen**

## 2.1 Het werkveld van de eerstelijnspsycholoog<sup>7</sup>

### Algemeen

Een eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) die gespecialiseerd is in het werken in de eerste lijn. Als zodanig kent de eerstelijnspsycholoog twee kwalificatieregisters: het BIG-register (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) voor de GZ-psycholoog en de kwalificatieregeling voor eerstelijnspsychologen die wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). De eerstelijnspsychologen zijn vertegenwoordigd in de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE), een eigenstandige beroepsvereniging welke in het verleden onderdeel uitmaakte van het NIP.

### Doelgroep

De eerstelijnspsycholoog is er voor volwassenen, jongeren en kinderen met diverse achtergronden, met lichte tot matig ernstige psychische of psychosociale klachten. Aanmeldingsklachten kunnen zijn:

#### *Volwassenen:*

- interpersoonlijke problemen
- werk- en studieproblemen
- stemmingsklachten: depressies, angsten
- aanpassings- en verwerkingsproblemen
- identiteitsproblemen
- psychosomatische / somatoforme klachten
- klachten met betrekking tot slapen, eten, seksualiteit en impulsbeheersing
- verslavingsproblemen

#### *Kinderen en jeugdigen:*

- gezinsproblemen
- gedragsproblemen
- stemmingsklachten: depressies, angsten
- identiteitsproblemen
- aanpassings- en verwerkingsproblemen
- leerproblemen
- zindelijkheidsproblemen
- tic-stoornissen

In het algemeen zal eerstelijnspsychologische hulp voldoende zijn wanneer de problematiek past binnen de volgende criteria; als dit niet het geval is, dan kan tweedelijnszorg geïndiceerd zijn:

- *Aard van de klacht:*  
Enkelvoudige problematiek of problematiek op ten hoogste twee gebieden; voldoende controlemogelijkheden om psychotisch functioneren, verslaving, suïcidaliteit uit te sluiten; geen ernstige dwang-, eet- en/of seksuele stoornissen.
- *Ernst van de klacht:*  
De klacht heeft slechts een matige invloed op iemands functioneren.
- *Hulpverleningsgeschiedenis:*  
Er heeft geen eerdere psychologische behandeling plaatsgehad en/of een eerdere behandeling van overeenkomstige psychosociale problematiek is succesvol afgesloten.
- *Draagkracht van de cliënt:*  
Er is voldoende draagkracht, vanuit de cliënt zelf en/of het systeem / de omgeving, zodat er geen ernstige ontregelingen, acute crises en psychoses te verwachten zijn.

---

<sup>7</sup> Bron: *Wie doet wat in de eerstelijns GGZ?* NIZW / Trimbos-instituut, 2003

## **Randvoorwaarden**

De eerstelijnspsycholoog is vrij toegankelijk; in de meeste gevallen wordt een cliënt echter verwezen door de huisarts. Veel zorgverzekeraars vergoeden een deel van de hulpverlening door een geregistreerde eerstelijnspsycholoog (al dan niet via de aanvullende verzekering), in andere gevallen moet de cliënt zelf betalen. Voor vergoeding door de verzekering heeft de cliënt meestal een verwijfsbrief van de huisarts nodig. Naar verwachting wordt eerstelijns psychologische zorg in 2008 opgenomen in het basispakket van de verzekering.

## **Deskundigheid en werkwijze**

De LVE omschrijft de hulp van de eerstelijnspsycholoog als: generalistisch, klachtgericht en kortdurend. Goede diagnostiek en indicatiestelling gaan vooraf aan de behandeling, zodat de psycholoog zo nodig kan doorverwijzen naar een meer specialistische vorm van hulpverlening. De behandeling is gericht op het verhelpen of verminderen van de psychische klachten dan wel het voor de cliënt beter beheersbaar maken van de problemen. Naast diverse methodieken, variërend van gedragstherapie tot inzichtgevende therapie, kan de eerstelijnspsycholoog ook steun en structuur bieden. De gemiddelde duur van een behandeling is acht tot tien gesprekken. Juist bij een kortdurende behandeling is een adequate inschatting vooraf van de mogelijkheden (draagkracht) en beperkingen van de cliënt van groot belang.

## 2.2 Bevindingen

### Geraadpleegde bronnen

Geraadpleegde literatuur is afkomstig uit vier soorten bronnenbestanden:

- Literatuur die ons is aangereikt door de beroepsvereniging (LVE)
- Materiaal verzameld vanuit MOVISIE
- Internet
- Verzameling en analyse van Trimbos-instituut

In november 2006 heeft een gesprek plaats gevonden op het bureau van de LVE te Amsterdam. Vanuit dit gesprek is door de LVE materiaal beschikbaar gesteld ten behoeve van dit onderzoek. Daarbij ging het zowel om materiaal dat onder auspiciën van de LVE is ontwikkeld als om materiaal over de ELP dat door derden is beschreven en nu onderdeel uitmaakt van de bibliotheek van de LVE. Uiteraard is ook de website van de LVE geraadpleegd. Verder is materiaal gebruikt dat het MOVISIE reeds in bezit had vanuit eerdere projecten op het terrein van de eerstelijns-GGZ, zoals de Praktijkhandleiding GGZ, de Korte lijnen brochure 'Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?' en een aantal relevante verslagen van Korte Lijnen-projecten. Tot slot heeft ook het Trimbos-instituut in hun kennisbank gezocht naar relevante publicaties over het aanbod en de werkwijze van de ELP. Voor een compleet overzicht van de bronnen die tot nu toe zijn geraadpleegd, zie bijlage 5.

### Onderzoeksvraag 1: Eerste screening van het onderzoeksmateriaal. Op welke aspecten van het aanbod van de discipline heeft het materiaal betrekking?

Nr.	Titel	Cat.*
1	Afbakening eerste en tweedelijns zorg psychische stoornissen (Trimbos-instituut)	P
2	Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid psychologen in de eerste lijn (TNO)	O
3	Voorbeeld Kwaliteitshandboek eerstelijnspsychologen praktijk (LVE)	K
4	Handboek Psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling v. veel voorkomende problemen (Lamers et al)	P / O / K
5	Werk en psychische klachten. Richtlijn voor psychologen (LVE).	P / K
6	Werk en psychische klachten. Toelichting op de richtlijn (LVE).	P / K
7	Werk en psychische klachten. Praktijkvoorbeelden als illustratie voor werken vlg's richtlijn (LVE).	P / K
8	Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Samenvatting Beleidsprogramma LVE 2006-2010.	Ov
9	Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Beleidsprogramma LVE 2006-2010.	Ov
10	De juiste hulp op de juiste plaats. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2). (LHV, LVE, MOgroep)	P / O
11	Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid GGZ voor de huisarts opgeleverd? (Cox et al)	P / O
12	Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ? (NIZW / Trimbos-instituut)	P / O
13	Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking (NIZW / Trimbos-instituut)	P / O
14	Een gezamenlijke klus. Samenwerken aan een sterke eerstelijns GGZ (NIZW / Trimbos-instituut)	P / O
15	Begrip ik u goed? Richtlijn intake en indicatiestelling (NIZW)	P / K
16	Beleidsregel eerstelijns psychologische hulp (LVE)	K
17	Samenvatting CVZ-toets (LVE)	O
18	De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (LHV, LVE, MOgroep)	P / O
19	Jaarbericht 2005 (LVE)	Ov
20	LVE Codeboek	P / K
21	Profiel eerstelijnspsycholoog	K
22	Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Trimbos-instituut / werkgroep multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling GGZ)	K / O
23	Multidisciplinaire richtlijn depressie (Trimbos-instituut / werkgroep multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling GGZ)	P / O
24	Bibliotherapie bij depressieve klachten. Handreiking voor begeleiders (Trimbos-instituut)	P / O
25	Landelijk basisprogramma depressie (Trimbos-instituut)	P / O
26	Landelijk basisprogramma angststoornissen (Trimbos-instituut)	P / O
27	Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie (Trimbos-instituut)	K

Nr.	Titel (vervolg)	Cat.*
28	Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie (Trimbos-instituut)	P / O
29	De eerstelijnspsycholoog gevolgd (Trimbos-instituut)	P
30	Eerstelijnspsycholoog in relatie tot RIAGG en AMW. Een voorstel tot afbakening (Derksen)	P

\* Categorieën: P (primair proces), K (kwaliteit), O (organisatie), Ov (overig)

Zoals in de tabel hierboven valt af te lezen, is het aangeleverde materiaal bekeken vanuit de vraag of dit wat zegt over het primaire proces, de kwaliteit van de hulpverlening en/of de organisatie van de eerstelijnspsycholoog. De volledige verwijzingen naar het materiaal zijn te vinden in bijlage 5.

### **Primaire proces**

In 20 publicaties komt het primaire proces aan de orde. Doorgaans betreffen dit onderzoeksrapporten (TNO, Trimbos-instituut), werkboeken (Korte Lijnen) of informatiebrochures ('Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?') die in het teken staan van het versterken van de eerste lijn en de samenwerking tussen de eerstelijns-disciplines. In (de inleiding van) deze publicaties wordt meestal een kort, inhoudelijk beeld geschetst van de eerstelijnspsycholoog.

In elf publicaties wordt ook inhoudelijk ingegaan op de behandeling van specifieke eerstelijns GGZ-problematiek. Dit gebeurt in de vorm van richtlijnen (bijvoorbeeld voor intake en indicatiestelling, of de behandeling van mensen met werkgerelateerde psychische klachten) of het handboek 'Psychologie in de eerste lijn', met daarin methodische beschrijvingen van therapieën c.q. behandelingen. Op inhoud wordt ook de samenwerking tussen de ELP en de huisarts beschreven in de 'LESA Depressieve stoornis' (website NHG). Verder wordt in met name de publicaties van het Trimbos-instituut ingegaan op de (veelal niet discipline-specifieke) behandeling van specifieke stoornissen (depressie en angsten). Dit betreffen voornamelijk algemene richtlijnen over de aanpak van deze problematieken volgens de 'stepped care'-uitgangspunten. Ook wordt stil gestaan bij de wetenschappelijke relevantie van verschillende soorten interventies. Voor depressies is een modulenboek ontwikkeld (zie ook onderzoeksvraag 3).

### **Kwaliteit**

In 11 publicaties wordt ingegaan op de kwaliteit van de eerstelijns-GGZ. De focus ligt hierbij op de samenwerking tussen de eerstelijnspsycholoog en de andere disciplines in de eerste lijn, namelijk de huisarts, de SPV en de maatschappelijk werker. De gedachte hierachter is dat als de samenwerking goed wordt georganiseerd, dit de hulpverlening aan de cliënten ten goede komt.

In de publicaties wordt ingegaan op de voorwaarden die bijdragen aan de kwaliteitsbevordering. De meest uitgewerkte voorbeelden hiervan zijn het 'Voorbeeld Kwaliteitshandboek eerstelijns psychologenpraktijk' en het registratiesysteem 'LVE Codeboek'.

Daarnaast zijn er nog kwaliteitsinstrumenten die gericht zijn op de eisen die worden gesteld aan de (inhoudelijke) deskundigheid en professionaliteit van de eerstelijnspsycholoog, zoals het beroepsprofiel Eerstelijnspsycholoog dat de LVE heeft opgesteld. Ook in het 'Handboek Psychologie in de eerste lijn' is hier een hoofdstuk aan gewijd.

### **Organisatie**

15 publicaties zijn gericht op de organisatorische samenwerking van de ELP met de overige disciplines in de eerstelijns-GGZ. In deze publicaties wordt de organisatie van de eerstelijns psychologenpraktijk geschetst óf er worden suggesties gedaan voor organisatorische samenwerkingsafspraken tussen de ELP en de overige disciplines uit de EL-GGZ. In 6 publicaties van het Trimbos-instituut wordt de multidisciplinaire samenwerking besproken tussen diverse GGZ-disciplines in het kader van angsten en depressies. Het merendeel van deze publicaties geeft geen specifieke aanduiding over de werkwijze van of de samenwerking met de ELP; er wordt in zijn algemeenheid gesproken over 'de psycholoog' of over 'psychologische interventies'. Een onderscheid naar setting wordt hierbij niet gemaakt.

### **Overig**

Onder de categorie 'overig' vallen bijvoorbeeld het jaarbericht en het beleidsprogramma van de LVE.

**Onderzoeksvraag 2 en 3 (samengenomen): In hoeverre is het eerstelijns-GGZ aanbod transparant beschreven en zijn in het materiaal kenmerken van modules terug te vinden?**

Zoals bij de eerste onderzoeksvraag werd gesteld, wordt met name in de publicaties over het primaire proces inzicht geboden in wat de eerstelijns psycholoog doet. Het betreft korte en bondige beschrijvingen van de doelgroep(en) waar de ELP zich op richt, de deskundigheden die – in zijn algemeenheid – worden geboden, de verschillende werkwijzen, methodieken en randvoorwaarden voor de hulpverlening. Deze typering staan vooral in het teken van de samenwerking en de profilering.

Uit deze beschrijvingen van het aanbod komen de volgende modulaire kenmerken naar voren: De doelgroep van de ELP betreft doorgaans mensen met psychische en/of psychosociale problemen. In termen van de DSM IV-R behandelt de ELP stemmingstoornissen, angststoornissen en aanpassingstoornissen, en begeleidt zij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen. De probleemgebieden waarbinnen de klachten van de cliënten zich voordoen betreffen relatieproblemen, spanningsklachten, werk-/studieproblemen, identiteitsproblemen, angst-/paniekklachten, depressiviteit, somatische klachten, trauma en/of rouwverwerking, assertiviteitsproblemen, en slaap-/eetproblemen. De ELP richt zich zowel op jeugd, volwassenen als ouderen. De klachten spelen nog niet lang, als richtlijn wordt hierbij ongeveer een half jaar genoemd. Preventie, diagnostiek, indicatiestelling en behandeling c.q. begeleiding zijn de belangrijkste algemene doelstellingen c.q. functies van de hulpverlening door de ELP. De hulpverlening is klachtgericht en beoogt de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. De ELP biedt individuele hulpverlening, maar ook hulpverlening binnen de partnerrelatie of het gezin. Groepstherapie komt minder vaak voor. De behandeling kan inzichtgevend, structurerend/steunend en/of cognitief/gedragmatig zijn. Afhankelijk van de vraag en de problematiek van de cliënt bestaat het aanbod uit oriënterende gesprekken, diagnostiek, psychologische behandeling, ondersteuning, advisering en/of het geven van voorlichting. Het voeren van begeleidende gesprekken is een werkwijze die hiertoe doorgaans wordt gehanteerd. In deze gesprekken ligt de nadruk op het intra- (en inter)psychisch en relationeel functioneren van de individuele patiënt. Vanuit een generalistische benadering maken eerstelijnspsychologen gebruik van behandelmethoden en therapeutische deelt technieken uit meerdere psychotherapeutische referentiekaders. Het meest wordt gebruikt gemaakt van (een combinatie van) het eclecticisch-integratieve referentiekader, het directieve referentiekader en het cognitieve (gedragstherapeutisch) referentiekader. Het leggen van een therapeutische behandelrelatie welke is afgestemd op de vraag en mogelijkheden van de cliënt is hierbij de belangrijkste werkzame factor. De gemiddelde frequentie van een behandeling is 3 sessies per maand; de duur van een sessie is gemiddeld 50 minuten. Doorgaans omvat een behandeling 8 tot 12 sessies. De setting is de praktijk van de eerstelijnspsycholoog in een netwerk van andere eerstelijnsprofessionals.

Hiermee kan dus worden geconstateerd dat de verschillende onderdelen van modules (doelgroep, doel, werkwijze enz.) herkenbaar zijn in de (kwaliteits)handboeken, richtlijnen, competentieprofielen e.d. De literatuur over de inhoud van het werk richt zich echter vooral op vakgenoten en is methodisch dan wel wetenschappelijk georiënteerd. In haar algemeenheid ontbreekt in het materiaal beschrijvingen waarin het aanbod van de eerstelijns psychologen globaal wordt geconcretiseerd in de vorm van beschrijvingen waarbij een koppeling wordt gemaakt tussen doelen, doelgroep / problematiek en werkwijze / activiteiten van de eerstelijns psycholoog.

Een uitzondering hierop vormt het stepped care-programma voor depressie, zoals dat is beschreven door het Trimbos-instituut. Dit programma is uitgewerkt in modules, welke zijn beschreven volgens de kenmerken: kader, behandelgoal, indicatie, exclusie, behandelinhoud of behandelprotocol, monitoring en behandelbeoordeling, behandeluur- en frequentie, evidentie, randvoorwaarden en referenties. Hoewel dit stramien op enkele onderdelen afwijkt van de modulaire systematiek zoals die ons onderzoek wordt gehanteerd, geven de modules van het Trimbos-instituut een heldere aanbodbeschrijving van de behandeling van depressie vanuit de GGZ. Modules ter behandeling van depressie waarvan het Trimbos-instituut aangeeft dat deze ook worden aangeboden door de eerstelijnspsychologen zijn: psycho-educatie, steunend en structurerende begeleiding en kortdurende behandeling. Ook wordt genoemd dat de ELP in het kader van depressie diagnosticeert en een toeleidingstraject richting de gespecialiseerde GGZ kan verzorgen, maar dit aanbod is niet uitgewerkt in modules.

Een ander hulpaanbod dat door het Trimbos-instituut redelijk inhoudelijk is uitgewerkt betreft de bibliotherapie bij depressieve klachten. Hierbij wordt aangegeven dat er weinig ervaring bekend is van de uitvoering van deze vorm van therapie door eerstelijnspsychologen, maar dat deze interventie ook voor deze setting interessant kan zijn.

In het overleg met de beroepsgroep kwam naar voren dat systematische koppeling van modulaire kenmerken eerder gezocht moet worden in artikelen, richtlijnen en methodisch georiënteerde handboeken dan in de bestudeerde literatuur. Hierbij werd de kanttekening geplaatst dat er vaak geen specifiek onderscheid gemaakt wordt tussen de kortdurende werkende eerstelijnspsychologen en psychologen die langerdurende therapieën uitvoeren. Een systematisch overzicht van welke beschrijvingen er zijn voor welke doelgroepen ontbreekt. Wanneer besloten wordt om het aanbod van eerstelijnspsychologen uit te werken in modulen, zal dit soort bronnenmateriaal in ieder geval opgezocht en bestudeerd moeten worden.

*Extra literatuur (nog niet gebruikt voor dit onderzoek), door beroepsgroep genoemd als input voor het ontwikkelen van modulen:*

- Handboeken, bijvoorbeeld het Handboek Eetstoornissen
- Tijdschriften, bijvoorbeeld Psychologie
- Literatuurlijst GZ-opleiding 'Kortdurende behandeling', RINO Noord-Holland.
- Curriculum GZ-opleiding
- Patiëntenbrief Depressie (NHG, voor eerste lijn)
- DSM IV: assen I en IV, eventueel ook assen II en III
- Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog. J. J. L. Derksen & van der Staak (2000). ISBN: 9031331937

**Extra toegevoegde onderzoeksvraag: Hoe staat de beroepsgroep tegenover het uitwerken van het aanbod in modulen?**

Het eerste concept van dit rapport is besproken met een afvaardiging van de beroepsgroep. Hieruit bleek dat wij in deze conceptversie het welzijnskader te dominant hebben weergegeven, waardoor de onderzoeksbevindingen onvoldoende werden herkend. Dat neemt echter niet weg dat de aanwezigen van het overleg hebben aangegeven een meerwaarde te zien in het uitschrijven van het aanbod van de ELP in modulen. Deze meerwaarde is met name gelegen in de communicatie met samenwerkingspartners (collega-hulpverleners), cliënten en financiers. Bij dit uitwerken in modulen zal nadrukkelijk ook gezocht moeten worden in psychologische handboeken, richtlijnen en tijdschriften.

Afgesproken is met de beroepsgroep om het conceptrapport om te werken tot een rapportage waarin meer recht wordt gedaan aan de eigenheid van de beroepsgroep en het materiaal meer op de eigen merites te beoordelen. In verband met de tijd zal deze rapportage zich beperken tot de hoofdlijnen. De voorliggende rapportage is daarvan het resultaat.

## 2.3 Conclusies en aanbevelingen

De eerstelijnspsychologen beschikken over een uitgebreide literatuur over het vakgebied, de organisatie en het kwaliteitsbeleid. Korte aanbodbeschrijvingen / producten vergelijkbaar met modules zijn er (nog) niet voor het werken in de eerstelijns GGZ, hoewel het vermoeden uitgesproken is dat hiervoor aanknopingspunten gevonden zullen worden in psychologische handboeken, richtlijnen en vaktijdschriften.

In overleg is met een afvaardiging van de beroepsgroep gesproken over de mogelijke meerwaarde van het ontwikkelen van modules. Hierbij waren aanwezig: mw. drs. Els Lamers (lid hoofdbestuur LVE), dhr. drs. Kees van Putten (lid LVE), mw. drs. Ria Mous (lid LVE) en mw. Hanneke Lagerberg, (beleidsmedewerker LVE). De meerwaarde van een modulariseringstraject wordt vooral gezien voor de ondersteuning van de profilering van de beroepsgroep, de samenwerking en afstemming met andere disciplines en de communicatie naar cliënten.

Wanneer in overleg met VWS besloten wordt om modules te ontwikkelen dan zal extra aandacht uit moeten gaan naar het voortraject van modules waarin het kader – zoals ontwikkeld is voor de modularisering van het Algemeen Maatschappelijk Werk – wordt verbreed naar de eerstelijns psychologie. Binnen een breder kader zal het bestaande aanbod gedestilleerd moeten worden uit handboeken, richtlijnen, en vaktijdschriften. Hiervoor zal ruim de tijd genomen moeten worden alvorens met een panel van eerstelijnspsychologen gewerkt kan worden aan het beschrijven van het aanbod in modules. Een voorstel hiervoor zal – na positieve beoordeling door VWS – verder worden uitgewerkt.

## **Deel 3**

# **Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen**

### 3.1 Het werkveld van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige<sup>8</sup>

#### Algemeen

In het kader van de versterking van de eerstelijns-GGZ zijn er verscheidene projecten gestart waarin de tweedelijns-GGZ de eerste lijns-GGZ ondersteunt, in eerste instantie door middel van het bieden van consultatie. Er zijn verschillende soorten projecten en ook verschillende beroepsgroepen die in dit kader bij de eerste lijn betrokken zijn geraakt. Een vorm die heel veel voorkomt, en daarom hier apart genoemd wordt, is een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) die naast het werk in de tweedelijns-GGZ ook een aantal uur per week werkzaam is in de eerste lijn. De ondersteuning door de SPV aan de eerste lijn wordt, in verschillende regio's, op uiteenlopende wijze vormgegeven. In de praktijk is de functie van de SPV meestal niet beperkt tot consultatie aan andere hulpverleners. Andere taken die de SPV zoal vervult zijn het begeleiden van een doorverwijzing, een bijdrage leveren aan de diagnostiek, motiveren van cliënten voor verdere hulpverlening, zelf cliënten kortdurend begeleiden/behandelen en informatie en advies geven. De consultatie aan hulpverleners neemt ook verschillende vormen aan: van uitsluitend schriftelijk overleg tot samen cliënten bezoeken. Verder kan de SPV een belangrijke brugfunctie (bemiddelaars- en gidsfunctie) vervullen tussen de eerste en tweedelijns-GGZ. Ook het verzorgen van deskundigheidsbevordering voor de beroepsgroepen in de eerste lijn behoort tot de mogelijkheden. Hoe een SPV in een bepaalde regio zijn functie precies invult is het beste te achterhalen door te overleggen met de GGZ-instelling in kwestie.

#### Doelgroep

De SPV richt zich in de uitvoering van de zorg op alle leeftijdscategorieën. Het gaat om personen met psychische problemen of psychiatrische aandoeningen, die vaak ook te kampen hebben met allerlei andere moeilijkheden op uiteenlopende levensgebieden. De SPV richt zich in het bijzonder op mensen die in een vastgelopen en geïsoleerde situatie verkeren, minder sociaal vaardig zijn, niet over toereikende communicatieve vermogens beschikken en die het veelal ontbreekt aan motivatie voor en/of vermogen tot 'therapeutische' gesprekken. Bij het werken in de eerste lijn kan de doelgroep wat breder zijn.

#### Randvoorwaarden

Vaak wordt voor hulpverlening door de SPV in de eerste lijn een maximum aantal van vijf gesprekken gehanteerd.

#### Deskundigheid en werkwijze

De SPV benadert de geestelijke gezondheidsproblemen van een cliënt altijd in relatie tot zijn omgeving. De klacht wordt vaak gezien als een symptoom van de verstoring van de balans tussen draaglast en draagkracht op psychisch, somatisch en sociaal gebied. De interventies zijn gericht op het herstellen van het evenwicht of het bewerkstelligen van een nieuw evenwicht. De SPV stelt aan de hand van een probleemanalyse prioriteiten in een hulpverleningssituatie (waaronder crisissituaties) en bepaalt, in nauw overleg met de cliënt en degenen die de cliënt omgeven (familie, vrienden, collega's of andere hulpverleners), welke interventies nodig zijn voor het herstel van het evenwicht. De SPV werkt binnen een sociaal psychiatrisch referentiekader volgens combinaties van verschillende formele richtlijnen. Hij selecteert interventies uit diverse verpleegkundige zorgmodellen of standaarden en/of ontwerpt ter plaatse nieuwe interventies en procedures, en past deze toe.

---

<sup>8</sup> Bronnen:

- *De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken.* Bosman, M. en J. de Lange, Trimbos-instituut, Utrecht, 2002  
- *Profiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige.* Venneman, B.J.M., NVSPV, Utrecht, 1998  
- *Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?* NIZW / Trimbos-instituut, Utrecht, 2003

## 3.2 Bevindingen

### Geraadpleegde bronnen

Geraadpleegde literatuur is afkomstig uit vier soorten bronnenbestanden:

- Literatuur die ons is aangereikt door de beroepsvereniging (NVSPV / V&VN)
- Materiaal verzameld vanuit MOVISIE
- Internet
- Verzameling en analyse van Trimbos-instituut (wordt later ingevoegd)

Per 1 augustus 2006 is de beroepsvereniging NVSPV (Nederlandse Vereniging van Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen) gefuseerd binnen de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, voorheen AVVV). De NVSPV is binnen de V&VN herkenbaar als afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. De NVSPV heeft nog wel een eigen website. Deze website is een bron van informatie gebleken om zicht te krijgen op het aanbod van SPV op het terrein van de eerstelijns-GGZ. De website kent een verenigingssite en een kennissite. De kennissite is een soort naslagwerk waarop publicaties en artikelen, links en scholingsmogelijkheden op het gebied van sociale psychiatrie te vinden zijn. In aanvulling daarop heeft de V&VN MOVISIE informatie over de historie van de SPV en informatie over de werkzaamheden van de SPV in de eerstelijnspraktijk aangereikt. Verder is materiaal gebruikt dat het MOVISIE reeds in bezit had vanuit eerdere projecten op het terrein van de eerstelijns-GGZ, zoals de Praktijkhandleiding GGZ, de Korte lijnen brochure 'Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ' en een aantal relevante verslagen van Korte Lijnen-projecten. Voor een compleet overzicht van de bronnen die tot nu toe zijn geraadpleegd, zie bijlage 6.

### Onderzoeksvraag 1: Eerste screening van het onderzoeksmateriaal. Op welke aspecten van het aanbod van de discipline heeft het materiaal betrekking?

In de meeste geraadpleegde publicaties staat het primaire proces van de SPV in de eerste lijn (met name de huisartsenpraktijk) centraal. De insteek hierbij is vooral inhoudelijk: de werkwijze van de SPV in de eerste lijn, ook wel de consultatiemethode genoemd, wordt beschreven en onderzocht. Dus aan de hand van methodiekbeschrijvingen en evaluatieonderzoeken wordt beschreven welk zorg de SPV biedt. Daarbij is ook aandacht voor de samenwerking met andere eerste- en tweedelijnsdisciplines bij specifieke of complexe klachten of stoornissen.

In de publicaties van de NVSPV bieden het profiel, beroepsdeelfprofiel en de beroepscode van de SPV informatie over de beroepsuitoefening (taakgebieden en kerntaken) en de context waarbinnen de SPV werkt en de kwaliteitseisen en gedragsnormen die aan de SPV worden gesteld. Organisaties als de Rijngeestgroep en GGZ Zuidoost-Drenthe hebben deze landelijke normen voor hun SPV-en vertaald naar instellingskaders, visies, modules en een methodiek. De visie, theorie en de methoden die de SPV hanteert zijn ook beschreven in het studieboek 'Sociale Psychiatrie', eveneens geschreven en uitgebracht door de NVSPV.

### Onderzoeksvraag 2: In hoeverre is het eerstelijns-GGZ aanbod transparant beschreven

#### 1. Beroepsdomeinen van de SPV

In het profiel van de SPV wordt een aantal beroepsdomeinen onderscheiden van waaruit het aanbod van de SPV wordt beschreven. Deze beroepsdomeinen zijn:

- directe cliëntenzorg
- preventie en consultatie
- innovatie en zorgbeleid
- deskundigheidsbevordering en coaching

Directe cliëntenzorg en preventie vallen onder de cliëntgebonden taken van de SPV. Bij directe cliëntenzorg verzamelt en interpreteert de SPV onderzoeksgegevens bij de patiënt, maakt hij een planning voor de hulpverlening, bewaakt hij de voortgang hiervan, voert de hulpverlening uit, verzorgt

de evaluatie en de rapportage, voert de zorgcoördinatie uit en levert een bijdrage aan het opbouwen, onderhouden en functioneren van het hulpverleningsnetwerk rond de cliënt.

Preventie speelt zich doorgaans meer af op het terrein van de OGGZ, waarbij de SPV voorlichtingsactiviteiten uitvoert in de wijk en daar curatieve hulp verleent aan mensen die zich in een zorgwekkende situatie bevinden en/of voor overlast zorgen in hun omgeving.

Consultatie valt onder de hulpverlenergebonden taken van de SPV. Door (in veel gevallen) de huisarts te ondersteunen bij het diagnosticeren en behandelen van cliënten met GGZ-problematiek (de consultatiefunctie) wordt de deskundigheid van de huisarts bevorderd en krijgt de cliënt de hulp die hij vraagt en/of nodig heeft, gezien zijn problematiek.

De twee overige beroepsdomeinen (innovatie en zorgbeleid / deskundigheidsbevordering en coaching) zijn belangrijk als het gaat om de kwaliteit van de hulpverlening die de SPV biedt. Hoewel de hulpverlening aan de cliënt profijt heeft van de werkzaamheden en activiteiten die de SPV uitvoert op deze beroepsdomeinen, wordt dit niet gerekend tot het zorgaanbod van de SPV, aangezien noch de cliënt, noch hulpverleners rond de cliënt hierop een zorgaanspraak kunnen doen.

## **2. Functies van de SPV**

In het aangereikte materiaal kan voor de SPV een aantal functies worden onderscheiden, waaruit concreet hulpverleningsaanbod kan worden gedestilleerd.

### *Informatie en advies*

De SPV biedt informatie en advies aan zowel de cliënt als aan de eerstelijns hulpverlener over GGZ-problematiek en GGZ-behandelingen. Het gaat om het geven van voorlichting over ziektebeelden, klachten, hulpverleningsinstanties, therapieën, medicatie enz. In contacten met de cliënt gebeurt dit in de vorm van psycho-educatie of voorlichting(sbijeenkomsten), in contact met de eerstelijns hulpverlener vindt dit plaats in het kader van deskundigheidsbevordering van de hulpverlener die de cliënt behandelt. De SPV heeft hierbij gidsfunctie, en tracht bruggen te slaan tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde GGZ.

### *Intake en screening*

Indien helder is dat de cliënt in aanmerking komt voor behandeling door een gespecialiseerde GGZ-instelling, kan de SPV op de locatie van de eerste lijn een intake of screening doen voor deze behandeling. De SPV beoordeelt de zorgvraag mede op basis van de aanmeldingsinformatie van de aanvrager. Deze informatie wordt gescreend op volledigheid, zodat een reëel beeld ontstaat van de actuele gezondheids- en bestaanssituatie. Indien nodig wordt aanvullende informatie opgevraagd bij verwijzer of zorgvrager, waarna de GGZ-indicatie wordt bepaald. De mate van urgentie en gevaar voor de cliënt en zijn omgeving wordt vastgelegd. Op basis van de aldus verzamelde gegevens wordt vastgesteld of GGZ-hulpverlening geïndiceerd is.

### *Diagnostiek / onderzoek en rapportage*

Eerstelijns hulpverleners voelen zich niet altijd deskundig genoeg om zelf GGZ-problematiek te kunnen vaststellen bij de cliënt. Dit geldt met name bij problemen die diffuus, complex, meervoudig zijn of zo specifiek GGZ zijn dat kennis hierover ontbreekt bij de hulpverlener. In dat geval kan de SPV sociaal-psychiatrisch verpleegkundig onderzoek verrichten bij de cliënt, de onderzoeksbevindingen eventueel met een psychiater van een gespecialiseerde GGZ-instelling bespreken en een diagnose stellen. De onderzoeksresultaten worden door de SPV vastgelegd in een rapport, eventueel voorzien van een behandelvoorstel. In het rapport wordt een diagnostische omschrijving gegeven van de problematiek van de cliënt op de verschillende niveaus van het dagelijks leven: het lichamelijke niveau, individueel niveau, niveau van gezin/directe omgeving en maatschappelijk niveau. In principe wordt het rapport zo opgesteld dat de eerstelijns hulpverlener zelfstandig de behandeling van de cliënt weer kan opnemen. In feite is dit de klassieke vorm van consultatie.

### *Consultatie*

Consultatie betreft het bieden van ondersteuning aan een eerstelijns hulpverlener bij de behandeling van de cliënt. Er zijn twee soorten consultatie. De eerste vorm betreft het bespreken van een cliënt in de eerstelijnspraktijk, maar het kan ook zijn dat de hulpverlener en de SPV de cliënt samen zien. De tweede vorm rust de hulpverlener door middel van casusbesprekingen en deskundigheidsbevordering (uitleg over bijvoorbeeld ziektebeelden) toe met de nodige competenties om de cliënt zelf te kunnen behandelen.

### *Begeleiding en behandeling*

Op verzoek van de eerstelijns hulpverlener kan de SPV de cliënt ook zelf begeleiden of behandelen. Doorgaans gebeurt dit als het de verwachting is dat de cliënt na enkele gesprekken weer zelfstandig verder kan, of als de cliënt niet wil worden doorverwezen naar een gespecialiseerde GGZ-instelling. Het onderscheid tussen begeleiding en behandeling is niet geheel duidelijk.

Met begeleiding en behandeling kunnen, afhankelijk van de vraag en de problematiek van de cliënt, doelen worden nagestreefd zoals: vraagverheldering, het motiveren van de cliënt voor het aangaan van vervolghulp (toeleidingstraject gespecialiseerde zorg), ondersteuning bij medicatiegebruik, rehabilitatie en reïntegratie, verwerking van trauma's en ingrijpende gebeurtenissen, ondersteuning bij de opvoeding, crisisinterventie, leren omgaan met een bepaald ziektebeeld of problematiek, ondersteuning bij het opbouwen van een sociaal netwerk, het regelmatig controleren van het lichamelijke functioneren van de cliënt.

In de begeleiding kan gebruik worden gemaakt van diverse methodieken. De NVSPV is bezig om een internetdatabank op te zetten waarin de methodieken worden verzameld, beschreven en voorzien van een waardering op het gebied van bruikbaarheid/inzetbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing van de methode (evidence based). Voorbeelden van methoden die de SPV kan inzetten zijn: Kwartier Maken (om gastvrijheid in de maatschappij te bewerkstelligen voor mensen met een psychiatrische achtergrond), de Presentiebenadering (om afstand tussen professional en cliënt te overbruggen), Systemische Crisisinterventie (om in crisissituaties het probleemoplossend vermogen te versterken van het netwerk rond de cliënt) en de Goal Attainment Scaling (om hulpverleningsdoelen van cliënten te operationaliseren en meetbaar te maken middels een directe inschaling).

### *Bemiddeling en belangenbehartiging*

Bij bemiddeling en belangenbehartiging heeft de SPV de taak om zorg te dragen voor de maximale uitdrukking van de leef- en gedachtewereld van de zorgvrager en de belangen van derden (omgeving en instellingen) bij het formuleren van een behandelaanbod en behandelbeleid. Dat betekent dat de SPV bruggen bouwt tussen de cliënt en zijn omgeving of bemiddelt richting een zorg- of hulpverleningsinstelling (bijvoorbeeld rond een verwijzing). Met als doel de maatschappelijke participatie en de behandeling van de cliënt te optimaliseren en zo de beleefde kwaliteit van het leven te vergroten.

### *Crisisinterventie*

De SPV biedt bij crisissituaties advies of consult aan betrokkenen, voert crisisinterventies uit (in geval van gedwongen of vrijwillige medicatie onder supervisie van ene arts) medicatie, bemiddelt bij opname en biedt kortdurende begeleiding.

Het verlenen van direct hulp in crisissituaties omvat het exploreren en taxeren van de situatie, het inschatten van gevaar of dreiging voor derden, het inschatten van gevaar of dreiging van suïcidaliteit, het vaststellen van de gewenste situatie, het ontwikkelen van een crisisinterventieplan, alsmede het uitvoeren van de interventies (indien mogelijk binnen het netwerk van de cliënt).

### *Verwijzing*

Op basis van diagnostisch onderzoek stelt de SPV een verwijzingsadvies op. Dit wordt besproken met de cliënt. De SPV licht toe hoe hij tot het advies is gekomen en wat het advies inhoudt. Ook geeft hij informatie over de instelling waarnaar de cliënt doorverwezen wordt en worden eventuele vragen die de cliënt heeft beantwoord. In het verwijzingstraject heeft de SPV de rol van bemiddelaar en belangenbehartiger voor de cliënt. Indien nodig bereidt de SPV samen met de cliënt het intakegesprek voor dat de cliënt zal krijgen bij de gespecialiseerde instantie of gaat de SPV mee naar het gesprek indien de cliënt dat wenst.

### *Zorgcoördinatie en casemanagement*

In situaties waarbij door meerdere personen of instellingen hulp wordt geboden, zorgt de SPV in de vorm van zorgcoördinatie of casemanagement dat adequate en efficiënte hulpverlening tot stand komt. Dit is in het bijzonder geïndiceerd bij cliënten met chronische geestelijke gezondheidsproblemen die complex van aard zijn of multiprobleem-situaties. De SPV richt zich op het vaststellen van de hulpverleningsdoelen, het onderling afstemmen van de geboden hulp, het realiseren en bewaken van de continuïteit en kwaliteit van de hulp, het signaleren van hiaten in de hulpverlening en het opvullen daarvan, het organiseren van cliëntbesprekingen met andere hulpverleners en het behartigen van de belangen van de cliënt en zijn omgeving.

### Onderzoeksvraag 3: Zijn in het materiaal kenmerken van modules terug te vinden?

#### **Producten en modules**

In de publicaties 'GGZ-consulent in de huisartsenpraktijk' en 'Consultatie bestaat uit producten' wordt het aanbod van de SPV uitgedrukt in respectievelijk modules en producten.

Consultatieproducten zijn geformuleerd vanuit een marketingperspectief. In de eerste gesprekken met de eerstelijns hulpverleners en/of de zorgverzekeraar kan de SPV aangeven wat hij te bieden heeft in de samenwerking met de eerste lijn, namelijk:

- diagnostiek en advies op locatie eerste lijn, in aanwezigheid van patiënt;
- consult psychosomatiek / onbegrepen lichamelijke klachten, in aanwezigheid van patiënt;
- consult psychodiagnostiek, onderzoek vindt plaats op een tweedelijns locatie;
- overleg en advies zonder patiëntcontact;
- overleg en advies over beroepsmatig handelen in het kader van de deskundigheidsbevordering;
- bij/nascholing inzake specifieke GGZ-onderwerpen in het kader van deskundigheidsbevordering;
- eerstelijns behandeling op een locatie in de eerste lijn door praktijkverpleegkundige SPV
- intake van de tweede lijn op een locatie in de eerste lijn;
- specialistische (tweedelijns) behandeling op een locatie in de eerste lijn.

Hierbij moet worden opgemerkt dat in dit geval onder consultatie zowel de directe cliëntenzorg wordt verstaan als ook de consultatie aan hulpverleners.

De consultatieproducten worden omschreven volgens een vaststaand stramien, namelijk:

- productomschrijving
- vrager
- indicatie
- doel
- inhoud
- vorm
- verantwoordelijk(en) voor respectievelijk behandeling dossiervoering verslag
- huisvesting
- aanbieder
- financiering

De modules die worden beschreven zijn ontwikkeld op basis van een clustering van de vragen die aan de SPV worden gesteld en het type interventies die de SPV uitvoert. In feite geven de modules hier een aantal belangrijke taken van de SPV weer. De drie modules of taken waarin de SPV in de eerste lijn actief is, zijn:

- Consultatieve ondersteuning: op verzoek van de eerstelijns hulpverlener, hierbij vindt geen face-to-face contact plaats met de cliënt.
- Consult: hierbij ziet de SPV de cliënt wel zelf. Een consult kent vier fasen: introductie, inventarisatie, evaluatie/conclusie en advies.
- Behandelen: hierbij kan de SPV zowel de behandeling door de eerstelijns hulpverlener ondersteunen, als ook zelf cliënten een motiverende behandeling of begeleiding bieden bij hun verwijzing.

In elke module wordt omschreven wat de aanleiding of indicatie is om de module in te zetten, en wat de uitgangspunten en doelstellingen van de module zijn.

#### **Kenmerken van modules**

Hoewel de consultatieproducten en modules een redelijk inzicht bieden in het aanbod van de SPV, biedt het aangereikte materiaal op een aantal punten nog andersoortige informatie over kenmerken van het aanbod van de SPV.

De doelgroep van de SPV zijn mensen met psychische stoornissen die kortdurend en generalistisch kunnen worden behandeld in de eerste lijn. Bij deze mensen is bijvoorbeeld sprake van stemmings- en angstklachten, depressie, psychiatrische problematiek, onbegrepen lichamelijke klachten, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblemen, eenzaamheidsproblematiek, relatieproblemen,

ontwikkelingsproblemen etc. De problemen kunnen kort- of langdurend zijn, of juist regelmatig terugkerend, en bovendien kunnen de problemen in de loop der tijd wisselen. Doorgaans gaat het om mensen die zorg mijden of moeite hebben om de hulpvraag te verwoorden, maar die wel zorg behoeven vanwege de schrijnende situatie waarin ze verkeren. Meestal is er sprake van multipale GGZ-problematiek op meerdere levensterreinen en een hoge kwetsbaarheid binnen het sociale systeem. De cliënt bevindt zich in een situatie van een (dreigend) sociaal isolement en demoralisatie.

De eerstelijns hulpverlener verwijst deze mensen door naar de SPV als de problematiek te complex of onduidelijk is, de deskundigheid over de diagnosticering of behandeling van de problematiek ontbreekt bij de hulpverlener, of als de hulpverlener inschat dat de cliënt geen hulp wenst vanuit de gespecialiseerde GGZ-instellingen.

De SPV ziet zowel jeugd (tot 18 jaar), jongvolwassenen (18-25 jaar), volwassenen (25-65 jaar) als ouderen (65 jaar of ouder). Cliënten kunnen individueel worden behandeld, maar ook samen met hun partner, ouder, kind of andere naaste; in dat geval is er sprake van systeembehandeling. Groepsbehandeling komt minder vaak voor in de praktijk van de SPV.

Het doel van de behandeling door SPV is het herstellen van het evenwicht of het bewerkstelligen van een nieuw evenwicht. Hierbij is de SPV gericht op het erkennen, herkennen, en actief beïnvloeden van menselijke vermogens, zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van (geestelijke) gezondheid. De SPV richt zich op het vergroten en accepteren van de handelingscompetentie van de cliënt(systeem).

Op een abstracter niveau is de doelstelling van de sociale psychiatrie om geestelijke gezondheidsproblemen helpen op te lossen door het beïnvloeden van maatschappelijke processen en verhoudingen: het beïnvloeden van maatschappelijke structuren op buurtniveau ter stimulering van sociale cohesie en integratie. De maatschappelijke participatie, zorg en ondersteuning van de zorgvrager is het uitgangspunt. Het gaat erom de beleefde kwaliteit van het leven te optimaliseren.

De duur en frequentie van de werkzaamheden van de SPV zijn variërend. Voor een onderzoek zijn één of twee gesprekken nodig, terwijl een langerdurende behandeling zes gesprekken kan omvatten. De gesprekken duren doorgaans drie kwartier tot een uur.

In principe is de eerstelijnspraktijk (doorgaans de huisartspraktijk) de setting van waaruit de SPV werkt. Indien wenselijk kunnen eerstelijnsactiviteiten eventueel worden uitgevoerd op de locatie van de gespecialiseerde GGZ-voorziening of bij de cliënt thuis.

De werkwijze en activiteiten van de SPV kenmerken zich doordat er aandacht wordt besteed aan de sociale en epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet. Er is sprake van gerichtheid op de patiënt in diens maatschappelijke en sociaal culturele context. Er wordt uitgegaan van een wisselwerking tussen de vier niveaus waarop een mens functioneert, te weten het lichamelijke, individuele, sociale en maatschappelijke niveau.

In de contacten met de cliënt sluit de SPV in het hier en nu aan bij de vraag en de leefwereld van de cliënt. In de diagnostiek, behandeling en verwijzing maakt de SPV gebruik van kennis op het gebied van de sociale psychiatrie en de sociaal-psychiatrisch verpleegkunde. Ook beschikt de SPV over uitgebreide kennis van de sociale kaart van de hulpverlenings- en zorgverleningsinstanties in de regio, zodat de cliënt snel en adequaat kan worden doorverwezen indien nodig.

De SPV biedt zoveel hulp als nodig, maar niet meer dan noodzakelijk is (getrapte zorg of stepped care genoemd). Het aanbod heeft een bepaalde mate aan flexibiliteit in zich en er is aandacht voor praktische problemen van cliëntsysteem.

De randvoorwaarden die worden gesteld aan de werkzaamheden van de SPV zijn zowel organisatorisch als kwalitatief van aard.

Omdat veel SPV-en op project- of subsidiebasis vanuit de gespecialiseerde GGZ worden gedetacheerd in de eerste lijn, worden met de eerstelijnspraktijk organisatorische afspraken gemaakt over het hulpaanbod, de financiering, de momenten waarop de SPV in de praktijk aanwezig is, de communicatie tussen de SPV en de hulpverlener en de praktische voorzieningen waarover de SPV dient te beschikken.

Daarnaast worden aan de SPV ook kwalitatieve eisen gesteld met betrekking tot opleidingseisen, deskundigheidsbevordering, dossiervoering, registratie, administratie en klantvriendelijkheid (flexibiliteit, laagdrempeligheid, efficiëntie). De SPV heeft zich te houden aan wetten die op zijn

vakgebied van toepassing zijn, zoals de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).

### 3.3 Conclusies en aanbevelingen

De conclusie moet antwoord geven op de vraag in hoeverre het aanbod van de desbetreffende discipline reeds transparant is beschreven of wat er moet gebeuren om het aanbod verder te verhelderen en welke mogelijkheden de modulaire systematiek hierbij biedt.

#### ***Meerwaarde van het modulariseren***

Het inzichtelijk maken van het aanbod biedt de eerstelijnsdisciplines de mogelijkheid om zichzelf te profileren naar buiten toe. Het aanbod wordt op die manier inzichtelijk voor zowel cliënten als samenwerkingspartners. Daarnaast kan het helpen in de communicatie richting de financier. Door het aanbod van alle eerstelijnsdisciplines volgens de modulaire systematiek te beschrijven wordt het aanbod onderling vergelijkbaar, en kunnen er bijvoorbeeld programma's worden gemaakt voor groepen cliënten met specifieke klachten of stoornissen. Middels modules geef je aan wat je doet, wanneer en waarom.

Deze redenen gaan voor de beroepsgroep SPV ook op. Zij bewegen zich nog niet zo lang in de eerste lijn, de fase waarin de samenwerking met de eerste lijn werd op projectmatige basis werd uitgetoond is nog maar net voorbij. De eerste resultaten zijn positief te noemen: de SPV krijgt de kans om cliënten in een vroeg stadium in de eigen omgeving laagdrempelig te helpen, en de eerste lijn krijgt de ondersteuning die zij nodig heeft om cliënten met GGZ-problematiek te kunnen behandelen in de eigen praktijk. De samenwerking tussen de eerste lijn en de SPV beperkt zich tot nu toe voornamelijk tot de huisartsenpraktijk. Het inzichtelijk maken van het aanbod kan helpen om ook een samenwerking met de andere eerstelijnsdisciplines (AMW en ELP) op te starten. Modules kunnen dan helpen om het aanbod van de SPV te profileren.

Indien ook de modules van de ELP en de huisarts worden beschreven (AMW-modules zijn reeds beschreven), wordt het mogelijk om voor de gehele eerstelijns-GGZ duidelijk te maken wie wat te bieden heeft voor welke klacht of problematiek en hoe daarin kan worden samengewerkt. Dit zal ertoe bijdragen dat de cliënt snel de juiste hulp krijgt geboden bij zijn klacht of problematiek en dat er in de samenwerking geen drempels meer zullen zijn als er meerdere modules gelijktijdig of na elkaar worden ingezet.

#### ***Voorwaarden om tot modulebeschrijvingen te komen: aanbevelingen***

Het materiaal dat tot nu toe is aangereikt over de SPV biedt voldoende aanknopingspunten om te kunnen komen tot een transparante beschrijving van het aanbod dan wel te komen tot een beschrijving van het aanbod in modules. Enkele concrete aanbevelingen op basis van het onderzoek zijn:

- In de doelgroep omschrijving wordt aangegeven dat de SPV zich zowel richt op GGZ-problematiek als op psychosociale problematiek. Het uitspitten van het aanbod volgens de modulaire systematiek biedt de mogelijkheid om deze doelgroepomschrijving nader aan te scherpen.
- De SPV onderscheidt zelf ook modules. Deze modules typeren de belangrijkste taken van het SPV en vormen derhalve een prima uitgangspunt voor het uitwerken van deze taken volgens de modulaire systematiek zoals die wordt beschreven op pagina 5. Deze systematiek is echter fijnmaziger van aard dan de modulaire omschrijving die de beroepsgroep hanteert.
- Advies zou zijn om met de beroepsgroep eveneens te bekijken of de consultatieproducten een geschikt uitgangspunt zouden vormen voor het beschrijven van het aanbod van de SPV volgens de modulaire systematiek.

#### ***Reactie beroepsgroep op het rapport***

Het rapport is besproken met een afvaardiging van de V&VN, afdeling SPV. Namens de beroepsgroep waren hierbij aanwezig: Frans Verberk (SPV, voorzitter V&VN), Lili Timmermans (SPV, lid V&VN) en Jeanne Derks (SPV, lid V&VN).

De beroepsgroep heeft aangegeven het rapport te herkennen en te waarderen. Het maken van modules wordt met interesse en enthousiasme onderschreven, de beroepsgroep wil daar graag aan meewerken. De modules zouden de functie kunnen vervullen als 'de bouwstenen van het beroep'. De V&VN bereiden momenteel een handboek voor en de modules zouden het vertrekpunt voor dit boek kunnen zijn.

De aanwezigen hebben twee concreet-inhoudelijke opmerkingen geplaatst met betrekking tot een eventueel vervolg:

- In de beschrijving is uitgegaan van het oude 'beroepsprofiel', terwijl er inmiddels een nieuw beroepsprofiel (2004) is vastgesteld. Bij het maken van modules moet hier rekening mee gehouden worden.
- Bij het maken van modules zouden nog rekening moeten worden gehouden met:
  - aandacht voor zingeving en spiritualiteit;
  - richtlijnen e.d. van de andere beroepsgroepen om je daartoe te verhouden in de modules.

## **Bijlage 1 Modulen: definiëring van begrippen en onderlinge relaties**

Modulen zijn op te vatten als 'zorg- of hulpverleningseenheden' die met elkaar de bouwstenen vormen voor het totale aanbod van een organisatie of werksoort. Het is een als zodanig herkenbare en in tijd en omvang begrensd onderdeel van het hulpverleningsaanbod. Een modulebeschrijving omvat hooguit 1 A-4tje en bestaat uit de volgende onderdelen: doelgroep, doel, duur en frequentie, setting, werkwijze / activiteiten, randvoorwaarden. Een module heeft de kenmerken van een flexibel inhoudelijk kader. Enerzijds biedt het kader duidelijkheid, anderzijds kan het specifiek op de situatie afgestemd en ingevuld worden.

Over het algemeen bestaat de hulp aan cliënten uit een combinatie van modulen. Een vaste combinatie van modulen voor een specifieke doelgroep wordt wel een programma genoemd. Er zijn monodisciplinaire programma's en multidisciplinaire programma's. De inzet van programma's vergemakkelijkt vooral de samenwerking over discipline- en instellingsgrenzen heen. Doelgroepen voor programma's kunnen op verschillende wijze samengesteld zijn. Dit kan op basis van stoornissen, zoals programma depressie of angststoornissen (dit gebeurt in de tweedelijns GGZ), maar ook op basis van cliëntkenmerken en klacht: bijvoorbeeld allochtone vrouwen met spanningsklachten (dit sluit meer aan bij de brede en generalistische wijze van probleemdefiniëring in de eerstelijns hulpverlening).

Een discipline kan modulen op verschillende manieren gebruiken:

1. Voor de uitvoering en de nascholing
2. Voor communicatie met de zorgverzekeraar/cliënt/andere disciplines op het terrein van zorg en welzijn
3. Voor afstemming en samenwerking
4. Voor onderzoek naar resultaten en effecten

Met andere woorden: modulen helpen bij het uitvoeren, verbeteren, standaardiseren, etaleren en combineren (ketensamenwerking) van het aanbod en het meetbaar maken van de resultaten.

## **Bijlage 2 Voorbeeld van ontwikkelde module Algemeen Maatschappelijk Werk**

### **Informatie, advies en concrete dienstverlening**

#### **Doelgroep**

Iedereen die informatie, advies of hulp wil hebben bij sociaal-maatschappelijke en psychosociale vragen. Informatie en advies kan leiden tot een aanmelding/intake voor hulpverlening door het AMW of een verwijzing voor hulpverlening elders.

#### **Doelen**

De cliënt\* heeft relevante informatie, advies en/of praktische hulp gekregen en kan hier zelf mee verder (e.e.a. kan leiden tot een uitgebreidere intake om de hulpvraag te onderzoeken).

#### **Duur en frequentie**

In principe éénmalig op initiatief van de cliënt.

#### **Setting**

Individueel. Loket of informatiewinkel/informatiepunt.

#### **Werkwijze/activiteiten**

- Mondelinge informatie en advies geven, folders en brochures uitdelen en de cliënt attenderen op relevante websites.
- Indien nodig concrete dienstverlening, zoals het bieden van hulp bij het invullen van formulieren.

#### **Aanvullende informatie**

- Informatie en advisering gebeurt naar aanleiding van een vraag van een cliënt, zonder dat daar een uitgebreide intake aan vooraf is gegaan. Het gaat om een eenmalige activiteit, hoewel een cliënt altijd terug kan komen voor extra, aanvullende of nieuwe informatie, praktische hulp of advies. (Vaak wordt in de registratie van een 'kort contact' gesproken.)
- Deze module wordt soms door of gezamenlijk met sociaal raadslieden uitgevoerd.
- De meerwaarde van een maatschappelijk werker is het signaleren van 'de vraag achter de vraag' en het daarop doorvragen en mogelijk wijzen op / verwijzen naar andere hulpverlening. (De loketfunctie kan gezien worden als een front-office en er moeten dus afspraken zijn met de back-office.)

#### **Randvoorwaarden**

- Actuele kennis van wet- en regelgeving op het terrein van welzijn, zorg en wonen.
- Een actuele sociale kaart en informatie over bereikbaarheid van andere hulp- en dienstverleners.
- Afspraken over doorverwijzing voor procesmatige hulpverlening.

---

\* Overall waar 'de cliënt' staat, kan het ook over twee of meer cliënten gaan wanneer het meerdere personen uit een cliëntsysteem betreft.

## **Bijlage 3 Voorbeeld fictieve module eerstelijnspsychologische zorg**

### **Arbeidsreïntegratie**

#### **Doelgroep**

Cliënten met werkgerelateerde psychologische klachten die ondersteuning behoeven bij het voorkomen van uitval op het werk, bij het terugkeren naar het huidige werk of bij het maken van de overstap naar een andere baan of werkplek. De cliënt meldt zich zelf aan of wordt verwezen of aangemeld door derden.

#### **Doel**

Volledige hervatting van eigen werk dan wel werkhervatting op een andere werkplek binnen het eigen of een ander bedrijf.

#### **Duur en frequentie**

8 tot 12 gesprekken gedurende maximaal enkele maanden.

#### **Setting**

Individueel, incidenteel met de leidinggevende. Doorgaans op praktijk van eerstelijnspsycholoog.

#### **Werkwijze / activiteiten**

In gesprekken wordt stapsgewijs gewerkt aan de hervatting van de werkzaamheden:

- In eerste instantie vindt er een uitgebreide kennismaking plaats, waarin wordt geïnventariseerd of de cliënt werk of een arbeidsrelatie heeft of wenst, en welke concrete behoeften bij de cliënt bestaan op dit terrein.
- De werksituatie wordt vervolgens verkend en de psychologische klachten worden onderzocht. Vervolgens wordt nader ingegaan op de wisselwerking tussen psychische klachten en werk.
- Interventies die volgen zijn hoofdzakelijk gericht op het vinden van aanknopingspunten in het werk zelf: de inhoud het van werk, de arbeidsverhoudingen, de arbeidsomstandigheden en de arbeidsvoorwaarden.
- Elke stap in de behandeling wordt geëvalueerd.
- Bij afsluiting van de behandeling wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie door het formuleren van aandachtspunten met de cliënt die herstel bevorderen of juist verminderen. Dit zijn punten gelegen in de cliënt zelf en/of gelegen zijn in de organisatie.

#### **Aanvullende informatie**

De uitgangspunten van deze module zijn:

- Activering: de cliënt is de centrale actor in het herstelproces
- Persoons- en omgevingsgerichtheid: er wordt persoonsgericht (belastbaarheid van de cliënt) gewerkt, met aandacht voor belasting vanuit de werkomgeving
- Afstemming: de cliënt heeft de regie inzake de afstemming met werk en eventuele andere professionals. Op verzoek biedt de ELP de cliënt ondersteuning bij zijn regierol.
- Tijdcontingent: In geval van verzuim rekening wordt gehouden met de termijnen zoals die in de Wet Poortwachter zijn aangegeven.

#### **Randvoorwaarden**

- Kennis van de Wet verbetering poortwachter en de financiële consequenties daarvan voor medewerker en organisatie.
- Kennis van outplacement, en de financiële consequenties daarvan voor medewerker en organisatie.

## **Bijlage 4 Overzicht geraadpleegd materiaal huisartsen**

### **Notities, richtlijnen, patiëntenbrieven e.d.**

- Toekomstvisie 2012 Huisartsenzorg, NHG en LHV, 2002
- Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, Concretisering Toekomstvisie 2012, NHG en LHV, 2003
- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004. NHG en LHV, 2004
- LESA Palliatieve zorg
- LESA Depressieve stoornis
- LESA Dementie
- LESA Overspanning
- Informatie over GGZ Huisartsen Advies Groep, website NHG
- NHG-praktijkwijzer GGZ

Wetenschappelijke richtlijnen: NHG standaarden over diverse psychische problemen zoals slaapproblemen, depressieve stoornis, angststoornissen, dementie, delier, problematisch alcoholgebruik.

Beschrijvingen programma's individuele (na)scholing:

- beleid bij lichamelijk onverklaarde klachten: cognitief-gedragstherapeutische technieken voor de huisarts
- begeleiding van patiënten met angststoornissen: basale cognitief-gedragstherapeutisch technieken voor de huisarts
- kaderopleiding GGZ
- verdiepingsmodules: angststoornissen en depressieve stoornis
- nascholingsmodule: Psychische klachten en arbeid

Patiëntenfolders, patiëntenbrieven en ziektebeschrijvingen over diverse psychische problemen zoals slaapproblemen, somber of depressief, angststoornissen, overspannen, onbegrepen lichamelijke klachten, bedplassen, hyperventilatie, delier, dementie, ADHD, dwangstoornis, paniekstoornis, schizofrenie.

### **Literatuur**

1.

De juiste hulp op de juiste plaats. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2). Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog (2004). Amsterdam / Utrecht: LHV, LVE & MOgroep.

2.

Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ? (2003). Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.

3.

Berg, J. van den, Scholte, M. & Sok, K. (2005). Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking. Werken aan structurele samenwerking in de eerstelijns-GGZ. Werkboek. Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.

4.  
Een gezamenlijke klus. Samenwerken aan een sterke eerstelijns-GGZ. Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.
5.  
De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog (2000). Utrecht / Amsterdam: VOG, LHV, LVE.
6.  
Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen. Van der Feltz-Cornelis, Knispel en Elfeddali BSc. Trimbos-instituut, juli 2006
7.  
Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ, Emmen M.J., Verhaak P.F.M. NIVEL, 2006

### **Websites**

- I.  
<http://nhg.artsennet.nl>
- II.  
[www.lhv.nl](http://www.lhv.nl)
- III.  
[www.eerstelijnsGGZ.nl](http://www.eerstelijnsGGZ.nl)
- IV.  
[www.nizw.nl/kortelijnen](http://www.nizw.nl/kortelijnen)
- V.  
[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

## Bijlage 5 Overzicht geraadpleegd materiaal eerstelijnspsycholoog

### Literatuur

1.  
Feltz-Cornelis, C. M. van der (2006). Afbakening eerste en tweedelijns zorg psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.
2.  
Hopman-Rock, M., Ooijendijk, W. T. M. & Overbeek, K. van (2004). Haalbaarheidstudie directe toegankelijkheid psychologen in de eerste lijn. Leiden: TNO.
3.  
Het Voorbeeld Kwaliteitshandboek eerstelijns psychologenpraktijk (2001). Amsterdam: LVE.
4.  
Lamers, E., Bosch, F., Hinderink, L. & Verschuren, C. (Eds.) (2006). Handboek Psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
5.  
Werk en Psychische klachten. Richtlijnen voor psychologen. Amsterdam: NIP / LVE.
6.  
Werk en Psychische klachten. Toelichting op de richtlijn voor psychologen. Amsterdam: NIP / LVE.
7.  
Werk en Psychische klachten. Praktijkvoorbeelden als illustratie van werken volgens de richtlijn. Amsterdam: NIP / LVE.
8.  
Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Samenvatting van het beleidsprogramma 2006 – 2010. Amsterdam: LVE.
9.  
Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Beleidsprogramma 2006 – 2010. Amsterdam: LVE.
10.  
De juiste hulp op de juiste plaats. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2). Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog (2004). Amsterdam / Utrecht: LHV, LVE & MOgroep.
11.  
Cox, M. F., Marwijk, H. W. J. van & Boer, C. (2006). Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? Huisarts & Wetenschap, 49, 5, 266 -269.
12.  
Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ? (2003). Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.
13.  
Berg, J. van den, Scholte, M. & Sok, K. (2005). Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking. Werken aan structurele samenwerking in de eerstelijns-GGZ. Werkboek. Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.
14.  
Een gezamenlijke klus. Samenwerken aan een sterke eerstelijns-GGZ. Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.

15.  
Geus, R. & Scholte, M. (2005). 'Begrijp ik u goed?' Richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Utrecht: NIZW Sociaal Beleid.
16.  
Beleidsregel Eerstelijns psychologische hulp (in ontwikkeling). Amsterdam: LVE.
17.  
Samenvatting CVZ-toets (2003). Amsterdam: LVE.
18.  
De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog (2000). Utrecht / Amsterdam: VOG, LHV, LVE.
19.  
Jaarbericht 2005. Amsterdam: LVE.
20.  
LVE Codeboek 2006 (2005). Amsterdam: LVE. Incl. handleiding.
21.  
Profiel Eerstelijnspsycholoog (2004). Amsterdam: LVE.
22.  
Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2003). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
23.  
Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
24.  
Willemse, G., Voordouw, & Cuijpers, P. (2004). Bibliotherapie bij depressieve klachten. Een handreiking voor begeleiders. Gebaseerd op de cursus Omgaan met depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
25.  
Wamel, A., Takkenkamp, J., Meeuwissen, J., Voordouw, I. & Verburg, H. (2005). Landelijk Basisprogramma Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
26.  
Wamel, A. & Verburg, H. (2005). Landelijk Basisprogramma angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.
27.  
Meeuwissen, J. & Weeghel, J. van (2003). Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie. Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-instituut.
28.  
Meeuwissen, J. & Weeghel, J. van (2003). Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
29.  
Wentink, M., Hattum, M. J. C. van & Hutschemakers, G. (2002). De eerstelijnspsycholoog gevolgd. Utrecht: Trimbos-instituut.

30.

Derksen, J. (1989). Eerstelijnspsycholoog in relatie tot RIAGG en AMW. Een voorstel tot afbakening. De psycholoog, januari 1989, 31 – 36.

### **Websites**

I.

Landelijke Eerste Lijns Samenwerkingsafspraken (LESA's Depressie en Angststoornissen).  
<http://nhg.artsennet.nl/search/lesa>

II.

[www.lve.nl](http://www.lve.nl)

III.

[www.eerstelijnsggz.nl](http://www.eerstelijnsggz.nl)

IV.

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

V.

[www.nizw.nl/kortelijnen](http://www.nizw.nl/kortelijnen)

VI.

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

## **Bijlage 6 Overzicht geraadpleegd materiaal sociaal-psychiatrisch verpleegkundige**

### **Literatuur**

1.  
Onderwater, K., Padt, I. van der, Romme, M., Venneman, B. & Verberk, F. (2004). Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
2.  
Padt, I. van der (1999). Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20<sup>e</sup> naar de 21<sup>e</sup> eeuw. Eindhoven: Uitgeverij Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.
3.  
Jong, E. J. de (2005). Effecten van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de huisartsenpraktijk op het verwijsgedrag naar de RIAGG. Maastricht: Universiteit Maastricht, Faculteit der Gezondheidswetenschappen.
4.  
Gersons, B. P. R. (1978). De consultatiemethode. Preventieve psychiatrie in de praktijk. Intermediair, 14, 34.
5.  
Bueren, M. (2004). Algemene kaders voor GGZ-medewerkers in de eerste lijn. Leiden: Rijngesest Groep Advies.
6.  
Venneman, B., Soldaat, E., Bastiaansen, P. Arentze, A., Geerlinks, H. & Wierda, J. (2006). GGZ-consultant in de huisartsenpraktijk. Visie, modules en methodiek. Eindhoven: NVSPV, ontwerpteam ggz-consultatie voor de huisartsenpraktijk.
7.  
Venneman, B. J. M. (1998). Profiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Eindhoven: NVSPV.
8.  
Cohen, A. (2002). Beroepscode sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Eindhoven: NVSPV.
9.  
Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (2004). Sociaal-Psychiatrisch verpleegkundige. Beroepsdeelprofiel. Eindhoven: NVSPV.
10.  
Hermanides-Willenborg, L. & Derks, J. (2003). Het voortbestaan van de MGZ/GGZ opleiding onder vuur! De kans op verdwijning van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, nurse-practioner avant la lettre. Sociale Psychiatrie, 70, 46-52.
11.  
Bogaards, M. (2006). Inzet van de sociaal psychiatrische verpleegkundige in de eerstelijns GGZ. Sociale Psychiatrie, april 2006, 9-14.
12.  
Venneman, B., Binnerts, S., Sinnema, H. & Jorna, S. (2003). Consultatie door de SPV in de huisarts praktijk: een black box of toch niet? Sociale Psychiatrie, 68, 37-44.

### **Website NVSPV (verenigingssite en kennissite)**

13.

Dossier Sociale Psychiatrie. Strategiegroep NVSPV: I. van der Padt.

14.

Dossier SPV in de 1<sup>e</sup> lijn. Werkgroep SPV in de 1<sup>e</sup> lijn NVSPV: J. te Velde.

Publicaties:

- 14a. Consultatie van alle tijden, stand van zaken (J. te Velde)
- 14b. Toekomstbestendig door differentiatie - Versterk de 1e lijn met sociaal psychiatrische verpleegkunde! (J. te Velde)
- 14c. Consultatie bestaat uit producten (K. Teunissen)
- 14d. Consultatie en Formeel Juridische aspecten (M. van der Heijden)
- 14e. Consultatie en Marketing (W. van Dop)
- 14f. Samenwerking met de huisarts, een persoonlijke ervaring (P. van den Elsen)

15.

Dossier methodieken. Werkgroep Methodieken NVSPV: Coen Schaap.

16.

Schaap, C. (2002). Kennisbank methodieken SPV? Het concept van een internet kennisbank met methodieken voor de SPV. Sociale Psychiatrie, 64, 39-44.

17.

Medisch specialist Indigo. Mentale ondersteuning direct en dichtbij. Altrecht: powerpointpresentatie.

### **Website NIZW**

18.

Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ? (2003). Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.