
CONSULTATIE DOOR DE SPV IN DE HUISARTS PRAKTIJK: EEN BLACK BOX OF TOCH NIET?

Ben Venneman, SPV en zelfstandig gevestigd adviseur/trainer; **Sjoerd Binnerts**, SPV; **Henny Sinnema**, SPV en **Susan Jorna**, SPV.

Wat doen spv-en nu precies in huisartsenpraktijken, in de eerste lijn. Worden er specifieke (consultatieve) methodieken toegepast, wat levert hun aanwezigheid op voor de huisartsen, de samenwerking met de tweedelijns ggz, zijn er uitspraken te doen over de taken en mogelijkheden van de spv in de eerstelijns? Vragen die als achtergrond figureren bij het project dat hierna wordt gepresenteerd.

In dit artikel wordt verslag gedaan van de pilot waarin drie spv-en van de RIAGG Gooi- en Vechtstreek te Hilversum gedurende een half jaar in huisartsenpraktijken consultatie gaven. Na een korte schets van de landelijke ontwikkelingen, volgt een beschrijving van het project, de gehanteerde methodiek en wordt het artikel afgerond met een korte nabeschuiving en een competentieprofiel van de spv in de eerste lijn.

Landelijke ontwikkelingen eerstelijns ggz - consultatieprojecten

In 1999 heeft de minister van WVC gelden beschikbaar gesteld, die de instellingen de gelegenheid biedt tot 2005 te experimenteren met consultatieprojecten vanuit de ggz naar de eerstelijns. Er zijn veel initiatieven ontplooid voor het bevorderen van de samenwerking binnen de eerstelijns ggz en de kwaliteit van de eerstelijns ggz. Expliciet wordt ook de versterking van de samenwerking tussen de verschillende lijnen van de ggz genoemd. In concreto wordt met deze operatie beoogd, de behandeling van mensen met psychische klachten niet in een zwaarder echelon te laten plaatsvinden dan strikt noodzakelijk is. Ook mensen met psychische klachten

moeten dus bij voorkeur geholpen worden in de eerstelijns. Consultatie is daarbij overigens een middel geen doel! Het doel is het versterken van de eerste lijn. Consultatie is daarbij één van de toegestane middelen (Beenackers, 2002).

Het Trimbosproject Tussen de Lijnen heeft de ontwikkeling van consultatie gestimuleerd en volgt met onderzoek de bevindingen van de vele projecten. Het rapport Evaluatie versterking eerstelijns GGZ (Meyer, et.al., 2002) geeft een *update* van de belangrijkste bevindingen (in 75 projecten) en ontwikkelingen.

Landelijk geeft het beeld een grote diversiteit en omvang van projecten te zien. Uit de landelijke gegevens blijkt dat de meeste consultaties gericht zijn op huisartsen en in minder mate op amw-ers en eerstelijnspsychologen. Tweederde van de consultaties bij huisartsen worden verzorgd door spv-en, waarbij vaak een gesprek wordt gevoerd met de cliënt zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. In een klein aantal gevallen geeft een psychiater consultatie, relatief vaak telefonisch, eveneens geeft een psycholoog in paar gevallen consultatie (ook vaak een gesprek alleen met de cliënt). De klassieke vorm van consultatie, waarbij de consultvrager en – gever in gesprek gaan en het gesprek waarbij consultatievrager en – gever en cliënt aanwezig zijn komen weinig voor.

De meest voorkomende problematiek bij alle consultatievragers zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek. Angst- en spanningsklachten komen op de derde

plaats. De belangrijkste redenen van consultatie zijn de behoefte aan verwijfsadvies, onduidelijkheid over de diagnose en behoefte aan advies over de omgang met de cliënt. Huisartsen krijgen vaker het advies om naar de ggz te verwijzen, amw-ers meer over de houding die ze tegenover de cliënt moeten aannemen en adviezen aan eerstelijns psychologen zijn vaker gericht op behandeling.

Met betrekking tot het vervolg op consultatie blijkt dat huisartsen in de helft van de gevallen verwijst naar de specialistische ggz. Verwijzingen naar de ggz komen het meest voor bij grote psychiatrische problematiek, angst- en spanningsklachten, stemmingsproblematiek en persoonlijkheids- of gedragsstoornissen. Voor de consultatie gegeven door de spv geldt dat deze regelmatig meerdere gesprekken voert, hetgeen lijkt te wijzen op een kortdurende behandeling of begeleiding. Consultatie door de psychiater leidt vaker tot voortzetting van de behandeling door de consultatievragers.

Opvallend gegeven in het registeronderzoek is het feit dat de consultatievragers steeds vaker de behandeling zelf voortzetten en er minder verwijzingen plaats vinden naar de specialistische ggz.

Consultatieproject Gooi- en Vechtstreek

Eén van de projecten van het Steunpunt Tussen de Lijnen wordt uitgevoerd in de Gooi- en Vechtstreek: in een drietal huisartsenpraktijken/centra verstrekt een spv van de Symforagroep, locatie Hilversum (voorheen de RIAGG) gedurende 4 uur per week ter plaatse consulten aan de huisartsen. Het project is in 1999 gestart aanvankelijk met een telefonisch spreekuur verzorgd door een drietal psychiaters. Dit spreekuur bestaat nog steeds. Na een tussentijdse evaluatie

met de huisartsen is besloten om het project uit te breiden met het aanbod van spv-en die consultatie gaan geven. Ook ging een medewerker van de Jellinekliniek deelnemen.

De consultatie van de spv-en was er op gericht om de huisartsen verder te bekwamen in het behandelen en omgaan met patiënten met psychiatrische problematiek. Met de verwachting dat na een aantal consultatiesessies de vragen zullen teruglopen.

De huisartsen wensen daarnaast een praktische ondersteuning.

Methodiek

Het consultatieproject is volgens een vastgesteld protocol opgezet. Ad Beenackers (2001, 2002) heeft op basis van het hulpverleningsmodel bij de RIAGG Gooi- en Vechtstreek een afgeleide versie geschreven. In het kort bevat het de volgende elementen.

Per huisartsengroep wordt een dossier aangelegd. Het dossier bevat de volgende onderdelen:

1. een intakeverslag
2. een consultatieplan
3. het journaal
4. de afsluitende evaluatie

De intake is bedoeld om in een gesprek met de huisartsengroep de klachten betreffende de psychische problematiek van hun cliënten te inventariseren. Het intakeverslag bevat al die gegevens. Op basis van dit verslag wordt een consultatieplan door de spv opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd. Het consultatieplan of contract bestaat uit de volgende punten:

1. De klachten van de huisartsen
2. een hypothese van de consulent/spv
3. de voorgenoemde methode
4. het beoogde resultaat

Het resultaat moet in termen van een (gedeeltelijke) opheffing van de klachten worden omschreven. Het journaal bevat doorlopende aantekeningen, die de spv maakt van zijn verrichtingen; kan ook een brief aan de huisarts zijn met daarin het

schriftelijke advies. En ook wordt in het jaarnaal vastgelegd welke vragen de huisartsen stellen en de daarop verstrekte adviezen. Uit een evaluatieverslag moet blijken wat er gedaan is en waartoe het geleid heeft.

Er is voor dit protocol gekozen omdat het op methodische wijze structuur en systematiek aanbrengt zowel voor de huisarts als de spv. En op basis van de uitgevoerde activiteiten en verslaglegging is achteraf middels een dossieronderzoek vast te stellen wat nu feitelijk bereikt is. Een huisartsengroep wordt als het ware ingeschreven als een cliënt, terwijl de spv als hulpverlener fungeert.

De spv-en hebben exemplarisch een consultatieplan volgens de Beenackers-methode beschreven.

Geïnteresseerden kunnen een voorbeeld opvragen bij het emailadres (zie eind artikel).

In het consultatieproject zijn de spv-en de vooruitgeschoven post van de Symforagroep, locatie Hilversum. Ze zetten de specialistische en generalistische ggz kennis en ervaring in om de huisartsen te ondersteunen en consultatief bij te staan. In het project heeft de huisarts de regie. Hoewel de spv-en zelfstandig hun werkzaamheden doen en inrichten, hebben ze nadrukkelijk een directe relatie met de RIAGG. Er wordt - aangaande patiënten van de huisarts -overleg gepleegd met een psychiater (over DSM IV classificatie, voorschrijven of advies met betrekking tot medicatie) of met andere disciplines (verwijzing, advies) De relatie tussen de huisarts en de spv is te omschrijven als een begeleidende- ondersteuningsrelatie waarin de spv met zijn kennis, ervaring en inzichten in de ggz reflecteert op de ingebrachte vraagstukken van de huisarts. Er worden soms nieuwe kennis of vaardigheden aan gereikt, aanvullingen geboden op al bestaande kennis of vaardigheden van de huisarts of hiaten gesignaleerd in termen van kennis,

vaardigheden of houding. Deze hiaten worden bijvoorbeeld omgezet in het organiseren van een themabijeenkomst (bijvoorbeeld over gebruik van benzodiazepines, borderlineproblematiek, dubbele diagnose ggz-verslaving etc).

Intervisie

In de aanloop van de inzet van de spv-en in het project is een begeleidingstraject opgezet. Een extern adviseur kreeg de taak om gedurende de looptijd van de pilot de spv-en – middels intervisie – te ondersteunen. Gezien het feit dat het ging om ervaren spv-en werd afgezien van een aparte consultatietraining. Immers de spv-en hebben ervaring met verschillende vormen van consultatiewerkzaamheden. Gedurende het intervisietraject werd – wanneer gewenst of noodzakelijk - door de extern adviseur theorie aangedragen over consultatie kennis en vaardigheden.

Een bijzonderheid bij dit intervisietraject was de opdracht om op basis van de casuïstiek inhoudelijke uitspraken te doen over hetgeen de spv aan kwalificaties inzet in de consultatie in de eerstelijns. Een en ander resulteerde in een competentieprofiel van de spv in de eerstelijns/huisartspraktijk.

De intervisie werd gebruikt om casuïstiek te bespreken: de intervisievragen richtten zich op:

- de relatie huisarts – patiënt
- de relatie huisarts – spv
- de relatie huisarts – RIAGG of andere instellingen of hulpverleners
- de relatie patiënt – spv
- rol, taak en methodieken van de spv in de eerste lijn.

Een rijke schakering aan vragen is in de loop der tijd voorbij getrokken: hoe ga je om met de huisarts die geen gebruik maakt van het consultatieproject, wat te doen met de huisarts die alleen de vraag stelt: “kun je eens naar deze patiënt kijken?” wanneer beslis je om

een paar gesprekken te voeren met de patiënt, hoe signaleer je de hiaten in kennis, vaardigheden en attitude bij de huisartsen, welk type patiënten worden wel geaccepteerd in het project (grijze gebied van psychosociale en psychiatrische problematiek), hoe geef je optimaal inhoud aan de brugfunctie tussen GGZ en eerstelijns etc. De intervisie is een adequaat instrument gebleken om de spv-en te ondersteunen bij het zich positioneren en profileren in de huisartsenpraktijken. Door telkens te reflecteren op de eigen houding, inzet en motivatie kon steeds scherper geformuleerd worden wat de grenzen en afzetpunten zijn. Het bijgaande profiel (zie verder) is een weergave van de taken en werkzaamheden van de spv.

Praktische uitvoering van de consultatie

Tijdens de consultatie bestaat de mogelijkheid voor huisartsen om mondeling te overleggen over hun patiënten. In de praktijk heeft dit overleg meestal betrekking gehad op een patiënt van de huisarts die door de spv gezien wordt en/of gezien is door de spv. Enkele malen heeft mondeling overleg plaatsgevonden met betrekking tot omgangsadviezen en verwijzingsmogelijkheden. Wanneer de huisarts het nodig vindt dat de spv een patiënt van hem/haar spreekt, is er van tevoren schriftelijk dan wel mondeling een consultatievraag gesteld. Soms is een patiënt verwezen zonder dat er een vraag is gesteld. In deze gevallen bleek dat er samen met de patiënt gekeken werd wat het probleem was en is op basis daarvan een advies gegeven aan de huisarts. Na het gesprek met de patiënt maakt de spv een verslag van haar bevindingen, dit is de huisartsenbrief. Hierin staat de consultatievraag, anamnese, biografie voor zover van toepassing, somatiek,

intoxicaties, hulpvraag, toestandsbeeld, classificatie volgens DSM-IV, conclusie en advies met betrekking tot de consultatievraag. De brief wordt ter goedkeuring aan de psychiater, die betrokken is bij de consultatie vanuit de RIAGG, voorgelegd. De psychiater beoordeelt de classificatie volgens DSM-IV, geeft advies over medicatie en kan aanvullingen geven op het advies in het algemeen vanuit zijn deskundigheid. Naast de spv ondertekent de psychiater eveneens de huisartsenbrief.

Daarna wordt de brief naar de huisarts verzonden en de patiënt ontvangt een kopie van deze brief. Wanneer de patiënt de kopie heeft ontvangen maakt hij een afspraak met de huisarts om het advies door te nemen. De huisarts werkt het advies in overleg met zijn/haar patiënt uit.

Naast de consultatie door spv-en heeft de psychiater in enkele huisartsenpraktijken deskundigheidsbevordering geboden over antidepressiva en sederende medicatie. Een verpleegkundige, werkzaam bij de Jellinek (CAD) die bij het project betrokken is, heeft deskundigheidsbevordering geboden op het gebied van verslaving. De spv kan, wanneer hij/zij dit nodig vindt, mondeling overleggen over een patiënt met de verpleegkundige van het CAD. Eveneens kan er een afspraak voor een patiënt met deze verpleegkundige gemaakt worden in het kader van consultatie.

Ervaringen van de spv-en

In eerste instantie hebben wij beoogd consultatie te bieden aan de huisartsen, echter na verloop van tijd is duidelijk geworden dat de huisartsen meer behoefte hebben aan ondersteuning op het gebied van psychosociale en sociaal psychiatrische problematiek dan aan deskundigheidsbevordering. Tevens zijn er intervisie bijeenkomsten geweest waaraan de 3 spv-en en de

psychiater deel hebben genomen. Naast het bespreken van cliënten hebben deze bijeenkomsten betrekking gehad op het uitwisselen van de ervaringen in de huisartsenpraktijk. Deze intervisie is van groot belang gezien de eenzame positie binnen de huisartsen praktijk. Gedurende het project zijn er met regelmaat intervisiebijeenkomsten geweest met Ben Venneman. Aan de hand van onze werkzaamheden/activiteiten in de huisartspraktijken werd gereflecteerd op onze werkwijze, onze (consultatieve) vaardigheden, de toegepaste GGZ-ervaring en kennis en werd samen met ons het competentieprofiel van een sociaal psychiatrisch verpleegkundig in een huisartspraktijk geformuleerd en beschreven:

Competentieprofiel

De spv

- is in staat om professionele verantwoordelijkheid te nemen in de contacten met huisarts en cliënt en kan consequenties voor eigen handelen hieruit afleiden
- is in staat om bij het vormgeven van de consultatiefunctie in de huisartspraktijk leer- en didactische principes toe te passen
- kan gerichte informatie vastleggen in een consultatieverslag (= brief)
- heeft algemene kennis met betrekking tot problematiek in de doelgroep Jeugd, Volwassenen en Ouderen en crisisinterventie
- past sociaal-psychiatrische en verpleegkundige uitgangspunten toe in de consultatie en consulten in de 1^o lijn.
- kan algemene kennis over verschillende culturen en allochtone problematiek toepassen

Consultatiespecifieke competenties

competentieprofiel SPV en 1 ^o lijns consultatie	
Taak	Competenties
1. voorbereiding	<p>De spv</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zoekt contact met de huisarts/maatschap 2. geeft uitleg en informatie over het consultatieproject 3. stelt de belemmerende en bevorderende factoren vast met betrekking tot het slagen van het project 4. stelt – op basis van een inventarisatie / intake bij de huisarts – een consultatieplan op 5. stelt samen – op basis van het consultatieplan - met de huisarts(en) een contract op, waarin onder andere wordt vastgelegd: werkwijze, tijdsinvestering, gebruik ruimtes, planning overlegmomenten, aanleveren consultatievraag, rapportage etc

<p>2. consultatie</p>	<p>De spv</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. is in staat om sociaal psychiatrisch verpleegkundige kennis toe te passen op diagnostiek vraagstukken van de huisarts 2. is in staat om op basis van hypothesen een aantal behandelmogelijkheden te benoemen 3. kan de kennis van de sociale kaart toepassen bij de verwijzing van een cliënt of voorstellen daartoe doen 4. is in staat om – middels eigen specifieke kennis van psychopathologie en psychiatrie – te reflecteren op consultatievragen van de huisarts. 5. is in staat – middels het toepassen van de consultatiemethodiek – de handelingsmogelijkheden van de huisarts op het gebied van diagnostiek en verwijzing te verbeteren 6. is in staat om counselingvaardigheden toe te passen in het consultatiegesprek 7. kan de fasen van een consultatiegesprek benoemen 8. is in staat om een consultatievraag te belichten vanuit meerdere invalshoeken, zodanig dat verschillende alternatieven in bereik komen 9. spv is in staat om de consultatievraag te plaatsen binnen een preventief kader 10. spv is in staat om eigen visie en standpunten met betrekking tot een consultatievraag zoveel mogelijk op de achtergrond te houden. 11. spv is in staat om de consultatievraag te verbreden naar meer algemene thematiek in de huisartspraktijk 12. spv kan de huisarts steunen in de eigen oplossingsstrategieën
<p>3. consult</p>	<p>De spv</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. inventariseert middels het screeningsprotocol O&A – op basis van de vraagstelling van de huisarts - de problematiek van de cliënt 2. maakt op basis van de inventarisatie een inschatting van draaglast – draagkracht van cliënt of cliëntensysteem 3. toetst hypothesen aan de problematiek van de cliënt 4. is in staat om op basis van hypothesen een aantal behandelmogelijkheden te benoemen in de richting van psychiatrische zorg, maatschappelijke of psychosociale hulpverlening 5. kan de kennis van de sociale kaart toepassen bij het benoemen van behandelmogelijkheden 6. is in staat om sociaal-psychiatrische verpleegkundige kennis toe te passen 7. is in staat om – middels specifieke kennis van psychopathologie, psychiatrie en zorgcategorieën – te reflecteren op crisissituaties, langdurende en kortdurende problematiek. 8. is in staat om de cliënt aanwijzingen of adviezen te geven met betrekking tot omgang met de gepresenteerde problematiek 9. is in staat om de cliënt te motiveren voor hulpverlening 10. kan de hulpvraag van de cliënt herformuleren of herkaderen in termen van een vraag voor verwijzing in de 1^e, 2^e of 3^e lijn of andersoortige hulp dan de GGZ 11. consulteert GGZ-disciplines in het RIAGG met betrekking tot diagnostiek en behandelmogelijkheden 12. kan beargumenteerd onderscheid maken tussen specifieke GGZ-problematiek en 1^e lijns-problematiek 13. kan beargumenteren welke type hulpverlening in de specifieke cliëntsituatie gewenst is en de daarbij behorende disciplines

4. verwijzing	<p>De spv</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. is in staat om alternatieven te formuleren voor problematiek 2. kan huisarts beargumenteerd een verwijzing voorstellen en informeren over de te volgen procedure 3. kan cliënt beargumenteerd een verwijzing voorstellen en informeren over de te volgen procedure 4. past collegiaal overleg toe om behandelmogelijkheden en adequate verwijzing te onderzoeken en te realiseren
---------------	--

Conclusie van de spv-en

De huisartsen zijn tevreden over de consultatie in de vorm van ondersteuning door de spv in de huisartspraktijk en wensen dat de consultatie in deze vorm voortgezet wordt (evaluatierapport Beenackers, 2002). Gebleken is dat er behoefte is aan werkdrukverlichting en dat dit in de vorm van ondersteuning door de spv geboden kan worden. Door het uitvoeren van dit consultatieproject zijn wij tot de volgende conclusies gekomen.

Voordelen van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een huisartspraktijk

- Drempelverlagend voor patiënten.
- Makkelijk te bereiken in de wijk.
- Overzichtelijk voor patiënten.
- De huisarts kan op korte termijn hulp bieden aan zijn patiënten, waardoor escalatie wordt voorkomen.
- De spv heeft tijd om complexe problematiek in kaart te brengen en daardoor volgt er een passend behandeladvies. De huisarts beschikt niet over deze tijd.
- Doordat de huisarts per brief geïnformeerd wordt over het gesprek van de spv met de patiënt kan de huisarts deze problematiek met de patiënt meer open bespreken.
- De betrokkenheid van de huisarts op de RIAGG is vergroot.
- De huisarts verwijst gerichter.
- Deskundigheid van de huisarts zou mogelijk vergroot kunnen worden

door consultatieadviezen uitgebreid te beargumenteren.

Nadelen voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

- Als spv heb je een geïsoleerde positie. Deze is te ondervangen door het opzetten van intervisie. Voordeel van deelname van een psychiater aan de intervisie met spv-en is de toevoeging van specifieke psychiatrische kennis. Er kan eveneens gedacht worden aan intervisie tussen spv-en en daarnaast een individueel overleg met de psychiater over de patiënten die voor een consultatiegesprek zijn geweest.
- Het werk brengt nogal wat administratie met zich mee: o.a. het schrijven van een huisartsenbrief. Concreet betekent dit dat op een dagdeel twee patiënten gesproken worden, zodat er daarna tijd vrij is voor het maken van de brieven.

Naar aanleiding van het evaluatierapport heeft de regiomanager van de Symforagroep, locatie RIAGG Gooi en Vechtstreek, besloten de consultatie met een half jaar te verlengen en dan opnieuw te evalueren. Gedurende deze periode zal gekeken worden op welke punten de werkwijze verbeterd kan worden. Daarna wordt de consultatie vermoedelijk uitgebreid naar andere huisartsen praktijken in de regio Gooi en Vechtstreek.

Nabeschouwing

De spv-en in het project waren

aanvankelijk gestart met de aanname dat de huisartsen consultatiemomenten zouden aangrijpen voor kennisoverdracht en er een betere afstemming gerealiseerd zou kunnen worden tussen eerste en tweedelijns ggz. Er heeft wel degelijk kennisoverdracht plaatsgevonden en uit afronding van de pilot blijkt dat de huisartsen middels de intermediair/ SPV de weg (terug?) hebben gevonden richting het tweedelijns ggz-aanbod. Toch lijkt de overall conclusie dat de huisartsen vooral inzetten op een solide – generalistische ggz-specifieke praktijkondersteuning door de spv. Een andere conclusie is dat het – middels een consultatieplan - beschrijven van hetgeen de huisartsen nastreven met

een consultatierelatie een meer methodische en systematische werkwijze van de spv oplevert. Uit het profiel en de methodische aanpak van consultatie blijkt dat het werken binnen de huisartsenpraktijk geen black box is. Het is een specifiek aanbod dat de spv doet aan de huisarts. Het is zeker geen consultatie in de klassieke vorm maar een breed ondersteuningsaanbod, gericht op diagnosticeren, verwijzen, screenen en kennisoverdracht.

Correspondentieadres:

B.J.M. Venneman
info@benvneman.nl

Literatuur

Beenackers, A.A.J.M., 2001, *Een consultatieproject, opgezet als een behandeling*, Interne notitie Riagg Gooi- en Vechtstreek

Beenackers, A.A.J.M., 2002, *Evaluatie Consultatieproject Gooi & Vechtstreek*, Intern rapport RIAGG Gooi- en Vechtstreek

Beenackers, A.A.J.M., 2002, *Handleiding Dossiervorming*, Eburon, Delft

Meijer, S.A., Zantinge, E.M., Verhaak, P.F.M., Kornalijslijper, N., Smeets, K.A.P.W., Schoenmakers, C.J.H.H., 2002, *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Interim Rapportage*, Nivel/SGBO, Utrecht