

Pamflet: Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de Eerstelijns GGZ

In dit pamflet wordt een schets gegeven van de ontwikkeling van de eerstelijns GGZ in de afgelopen decennia, de (ver)schuivende rol en positie van de SPV en wordt de stand van zaken anno 2007 besproken. Het is bedoeld om de leden van de NVSPV te informeren over het thema SPV in de eerstelijns GGZ. De informatie ondersteunt de SPV om lokaal en landelijk de inhoudelijke discussie te voeren over de uitdagingen voor de SPV in de Eerstelijns GGZ en welke rol en positie daarbij wordt ingenomen.

I Ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ in de afgelopen 30 jaar

Het startpunt van de ontwikkelingen wordt gelegd in 1974 bij de Structuurnota Gezondheidszorg¹. Deze nota, bedoeld voor de gehele gezondheidszorg, markeert het denken in echelons, regionalisering en samenwerking. Regionalisering houdt in dat er een landelijke indeling in gebieden gemaakt wordt waarbinnen een samenhangend stelsel van voorzieningen voorhanden is. Echelonnering is een indeling van gezondheidszorgvoorzieningen in eerste, tweede en derde lijn. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekende regionale samenwerking het streven om een geïntegreerde vorm van samenwerking van beroepsgroepen binnen de lijnen tot stand te brengen (bijv. de RIAGG).

In die periode nam de overheid een sterke sturende rol op zich. Midden jaren tachtig komt aan de centrale regelgeving en planning door de overheid een eind. De eerste nota's verschijnen waarbij het principe van de marktwerking wordt geïntroduceerd. Het begin ook van een langzame verschuiving van inhoud van zorg naar het primaat van de bedrijfsvoering.

Met de Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984² wordt een uitwerking gegeven van de Structuurnota in de geestelijke gezondheidszorg. Een belangrijke stap wordt gezet in de modernisering van de GGZ-zorg. Een van de centrale thema's was verschuiving van specialistische naar generalistische eerstelijnszorg. Voor het eerst wordt er gerept van taakverdeling tussen de eerstelijns-GGZ en de AGGZ. Het trio huisarts, AMW en eerstelijnspsycholoog waren de disciplines in de eerstelijnszorg. Het hoofddaccent kwam te liggen op de scheiding tussen lichte psychosociale problematiek en ernstige psychische problematiek; de eerste te behandelen in de eerste lijn, de tweede in de AGGZ.. In verschillende nota's werd de huisarts als poortwachter voor de GGZ aangemerkt. Uit onderzoeken en beleidsnota's blijkt dat de beoogde versterking van de rol van de huisarts voor de GGZ geen doorslaand succes is geworden³.

Ook de verschuiving van lichtere problematiek naar de eerste lijn bleek niet van de grond te komen.

In 1993 wordt met de Nota Onder Anderen de balans opgemaakt van alle activiteiten. Geconstateerd wordt dat de beoogde MFE-vorming regionaal van de grond komt. De beoogde versterking van de rol van de huisarts voor de GGZ blijft achter bij de verwachtingen. Ook was de conclusie dat het verschuiven van de lichtere problematiek naar de eerste lijn maar mondjesmaat gebeurde. De nota Onder Anderen gaf wel een nieuwe impuls om het denken in functies en regionale samenwerking om te zetten in concrete zorgcircuits. Voor allerlei groepen werden aparte zorgcircuits voorgesteld. Langzaam worden de contouren van het vraaggerichte denken en het thema vermaatschappelijking in de GGZ zichtbaar: bepaalde categorieën patiënten met een bepaalde zorgvraag moeten hun aanbod bij verschillende, in circuits samenwerkende aanbieders kunnen betrekken.⁴ Opvallend is wel dat er nauwelijks wordt gerept over de eerste lijn. Zorg en zorgcircuits werden expliciet geplaatst binnen de GGZ. Echelonoverschrijdende zorgvragen had nog geen warme belangstelling.

De brief Geestelijke Gezondheidszorg (1997)⁵ wordt het ingezette beleid nog scherper geformuleerd. Het vergroten van de samenhang in het zorgaanbod en de vermaatschappelijking van zorg voor langdurig zorgafhankelijken door extramuralisering blijft het fundament waarop verder wordt gebouwd. Nu wordt in het vervolg op alle plannen geadviseerd om de financiering van de GGZ-hulp anders in te richten (de opsplitsing van het verzekeren in drie compartimenten). Dit advies wordt ondersteunt met het de vraag om een adequate poortwachterfunctie van de huisarts

¹ Hendriks, 1974

² Ministerie WVC, Leidschendam, 1984

³ Ministerie WVC, Rijswijk, 1993

⁴ Trimbos, Tussen de lijnen, achtergrondstudie bij de Beleidsvisie GGZ, 1999

⁵ Ministerie VWS, Rijswijk, 1997

(waar nodig in overleg met ELP en AMW) en een goede indicatiestelling voor de GGZ die binnen het verplichte verzekeringspakket zou vallen. Met deze roep om de GGZ-poortwachtersfunctie is de thematiek van de eerstelijns-AGGZ weer volop terug in beleidsmatige en inhoudelijk zin.

Vanaf het einde van de jaren negentig vormt de ondersteuning van de eerstelijns GGZ vanuit de tweede lijn een belangrijke beleidsprioriteit voor het ministerie van VWS⁶. De aandacht richt zich op het beïnvloeden van de organisatie van het zorgproces. Het adagium is: de zorg voor de patiënt is kortdurend en generalistisch en langdurig en specialistisch als het niet anders kan.

Om lokale en regionale initiatieven te stimuleren werden tijdelijke en structurele stimulerings- en subsidiegelden verstrekt. Er worden onder andere 'consultatiegelden' verstrekt om de consultatiefunctie van de tweedelijns GGZ te intensiveren ten behoeve van huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerstelijns⁷.

Ook worden stimuleringsgeld verstrekt voor lokale projecten om op lokaal niveau de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en tussen de eerste- en tweedelijns GGZ te vergroten en te verbeteren. Deze projecten werden gecoördineerd door het Diaboloproject. Tussen 2001 en 2005 zijn er landelijk 16 projecten geïnitieerd en uitgevoerd⁸.

De doelen van de projecten en de versterking van de consultatie zijn samen te vatten in de volgende overeenkomstige doelen:

- Verbetering van de signalering van psychische problematiek in de eerste lijn en een adequate globale diagnostiek,
- verhoging van de deskundigheid in de eerste lijn op het gebied van psychische problematiek,
- snellere en gerichte verwijzingen: toewijzing van de hulpvrager aan de juiste zorgaanbieder,
- verbetering van de toegankelijkheid van de GGZ,
- ondersteuning van de eerstelijns hulpverlener in het omgaan met (cliënten) met GGZ-problematiek
- verbetering en intensivering van de ondersteuning van de eerstelijns in de behandeling van patiënten.

De tweedelijns GGZ-instellingen hebben, op basis van de doelstellingen, in de afgelopen jaren voortvarend geparticipeerd in de consultatie projecten. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige⁹ doet zijn hernieuwde entree in de eerste lijn. En wordt betiteld als een eerstelijns GGZ-hulpverlener¹⁰ In de jaren 70 en beginjaren 80 was de eerstelijns GGZ ook al het werkterrein van de SPV. Het was in die tijd gebruikelijk dat SPV-en vanuit de RIAGG contactpersoon waren voor huisartsen of groepen huisartsen, hometeams organiseerden en preventief activiteiten ontwikkelden om geconstateerde problematiek in wijken aan te pakken. In het boek Hoopvol bezorgd komen verschillende SPV-en aan het woord die hun ervaringen uit die tijd vertellen¹¹.

Hoewel de insteek was om via de klassieke consultatie de eerste lijn te ondersteunen blijkt uit het recente onderzoek van het Trimbos¹² dat SPV-en een brede waaier aan activiteiten hebben ontwikkeld. Alom wordt de SPV beoordeeld als een gewaardeerde en kundige GGZ-hulpverlener. Het pionierswerk van de ggz-medewerkers (oa de SPV) van de afgelopen jaren levert vragen op over taken, bevoegdheden, doelstellingen en tweedelijns GGZ aanbod. Het is zoeken naar nieuwe grenzen in samenwerking: juridisch, inhoudelijk en organisatorisch. In enkele regio's hebben ggz-instellingen de kaders van de SPV in de huisartsenpraktijk beschreven¹³. Verderop in de tekst wordt de methodiek beschreven.

In veel consultatieprojecten is er sprake geweest van een uitbreiding van taken van de SPV: van adviseren van een eerstelijns professional naar het kortdurend behandelen van patiënten in de eerstelijns. Parallel aan deze ontwikkeling ontwikkelt zich de deskundigheidsbevordering van de SPV in het toepassen van kortdurende methodieken. Daarnaast blijft de SPV onveranderd een professional die zich richt op meervoudige problematiek, mensen die moeilijk bereikbaar zijn voor hulp of hulp of ondersteuning op voorhand afwijzen. Ook zijn herstelgerichte interventies, motiverende strategieën,

⁶ Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005

⁷ Trimbos/Nivel, Tussen de Lijnen, K.de Rijk e.a., Utrecht, 1999

⁸ Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005

⁹ sociaal psychiatrisch verpleegkundige wordt afgekort met SPV

¹⁰ Movisie: rapport Aanbodverheldering huisartsen, eerstelijns psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen; een verkennend onderzoek. Utrecht, 2007

¹¹ Ivonne van der Padt, Hoopvol Bezorgd; sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20^e naar de 21^e eeuw, uitgave NVSPV, 1999

¹² Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, Scholten ea, 2005

¹³ Rijngest te Leiden, 2004 en GGz Zuidoost Drenthe te Emmen, 2006

praktische hulpverlening en presentiegerichte aansluitprocessen belangrijke handelingsvaardigheden voor de SPV in de eerstelijns GGZ¹⁴.

In de komende jaren worden de opgedane ervaringen met de consultatie en stimuleringsprojecten omgezet in structureel beleid. GGZ-instellingen nemen positie in met een aanbod in de eerstelijns¹⁵, nieuwe arrangementen tussen eerste- en tweede lijn GGZ krijgen vorm¹⁶, en de eerstelijns GGZ zal verder uitgroeien met een eigen aanbod.

II Eerstelijns GGZ beleid in de afgelopen jaren

Voor deze paragraaf put ik voornamelijk uit het LVG¹⁷ rapport "Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn.

In de achterliggende vijf jaar zijn allerlei activiteiten ontplooid om de eerstelijns GGZ te versterken. Reden daarvoor is een toename van de vraag om hulp bij psychische en psychosociale problemen in combinatie met een beperkte capaciteit in de tweede lijn. Ook spelen de groei van zorgkosten en de beheersbaarheid daarvan een rol bij het voeren van substitutiebeleid van tweede naar eerste lijn.

Maatregelen die ter versterking van de eerstelijns GGZ¹⁸ zijn genomen:

- tijdelijke stimuleringsmaatregel voor het AMW: VWS subsidieerde vanaf 2001 extra fte AMW op voorwaarde dat de gemeente in 2003 de helft van de uitbreiding voor haar rekening nam;
- Consultatieregeling: vanaf 1999 is er een budget waaruit tweedelijns GGZ instellingen projecten kunnen bekostigen waarmee consultatie aan de eerste lijn gegeven wordt;
- Kwaliteitsprojecten t.b.v. de drie eerstelijns partijen (LHV, LVE, MO-Groep) voor de uitwerking van het door deze drie partijen gesloten samenwerkingsconvenant. Deze is vooral gericht op deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering;
- Experiment vergoeding eerstelijns psychologen; om na te gaan wat de gevolgen zouden zijn van het onderbrengen van de hulp door een elp in het ziekenfondspakket, werd dit in 2 regio's gedurende een jaar op experimentele basis gedaan;
- Project 'Korte Lijnen': projecten in een aantal experimentele regio's waarin men er naar streeft de samenwerking tussen de eerstelijns partners te verbeteren;
- 'Diabolo-projecten': extra stimuleringsregeling waarmee op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven ondersteund werden en 'best practices' gestimuleerd werden.

Het is niet eenvoudig een balans op te maken wat al deze maatregelen hebben opgeleverd. Globaal gezien is de eerstelijns GGZ op de kaart gezet. Er zijn veel producten ontwikkeld, ervaringen opgedaan en concrete resultaten geleverd. De prangende vraag hoe alle ontwikkelingen een structurele borging in de eerstelijns krijgen, zal in de komende jaren beantwoord worden.

Enkele initiatieven tot borging worden al uitgevoerd of staan in de steigers¹⁹:

1. Voor de coördinatie en begeleiding van initiatieven en vragen vanuit het veld zijn de budgetten van de ROS'en (Regionale Ondersteunings Structuren) met ingang van 1 januari 2006 verruimd met een deel voor de GGZ. Alle ROS'en zijn overgegaan op het aanstellen van een regiocoördinator GGZ. Daarmee heeft de ondersteuning voor de eerstelijns GGZ een structurele plek binnen de ROS-organisaties gekregen.
2. Met ingang van 2008 wordt de curatieve, kortdurende GGZ zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze zorg zal vanaf dan dus ingekocht worden door verzekeraars. Dit betekent dat een veel groter budget dan nu het geval is, beschikbaar is voor GGZ-zorg die geleverd wordt binnen de eerste lijn. Daar tegenover staat dat GGZ instellingen een deel van hun AWBZ budget kwijtraken.
3. Per 1 januari 2008 wordt de eerstelijns psychologische zorg ondergebracht in de basisverzekering.
4. Vanuit het AMW worden pilots gestart om een contracteerbaar AMW-aanbod onder de Zorgverzekeringswet te ontwikkelen.

¹⁴ Mentrum, Methodiek Sociaal-psychiatrische Wijkhulpverlening, red. Ben Venneman, Amsterdam, 2006

¹⁵ Indigo, een samenwerking van drie GGZ instellingen, Altrecht, Gelderse Roos en Emergis die samen een generalistische ggz aanbod in de eerstelijns ggz op de markt brengen

¹⁶ Trimbos, GGZ Consultatie in de huisartspraktijk, M. Scholten e.a., ism Stichting GGZ Friesland, 2003

¹⁷ LVG = Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

¹⁸ LVG rapport Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn, Utrecht, 2007

¹⁹ LVG rapport Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn, Utrecht, 2007

5. Met ondersteuning van GGZ-coördinatoren van de Ros'en wordt met inhoudelijke samenwerkingsprojecten initiatieven genomen om de samenwerking tussen eerstelijns-GGZ disciplines te versterken en vorm te geven.
6. GGZ-instellingen ontwikkelen een eigen eerstelijnsaanbod gericht op consultatie en kortdurende behandeling door SPV-en en behandelbaar door GZ-psychologen en preventieactiviteiten.
7. Het beschrijven van de Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ); in dit rapport worden de contouren van de praktijkondersteuner GGZ uitgewerkt. De SPV wordt genoemd als een functionaris die een dergelijke functie kan gaan innemen (zie ook paragraaf III).
8. De NVSPV heeft het prille initiatief genomen om een landelijk registratie – en accreditatiesysteem te ontwikkelen specifiek voor de POH-GGZ functionaris. Hiermee wordt het ontwikkelen van kwaliteitseisen voor de POH-GGZ (in de praktijk zal de SPV in hoofdzaak de beroepsbeoefenaar in de functie van de POH-GGZ zijn) en kwaliteitsborging nagestreefd.

Alle ontwikkelingen en initiatieven hebben invloed op onder andere:

- Marktwerking: vanzelfsprekendheid leveren zorg door 'oude' zorgaanbieders verdwijnt; bestaande aanbieders van eerstelijns GGZ zorg moeten zich bezinnen op hun situatie;
- Inzet van SPV'en in huisartsenpraktijken niet zonder meer mogelijk volgens huidige constructie, waarbij GGZ instellingen SPV'en in huisartsenpraktijken stationeren, gefinancierd vanuit consultatie en dienstverleningsgelden;
- Spelers in het veld veranderen: niet alleen de van oudsher bekende EL-GGZ aanbieders kunnen zorg aanbieden, ook nieuwe spelers kunnen een aanbod doen dat zij ter contractering aan verzekeraars voorleggen (bv. GGZ –instellingen die een eerstelijns aanbod doen).

Bovengenoemde veranderingen betekenen ook dat de aangeboden GGZ zorg in de eerste lijn minder overzichtelijk wordt (meer aanbieders met soortgelijke producten), zowel voor cliënten als voor hulpverleners / verwijzers. Dit vraagt om extra aandacht om er voor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste hulp kan ontvangen.

Het uitgangspunt van de stepped care wordt steeds nadrukkelijk in beeld gehouden: de ggz-zorg zoveel mogelijk in de eerste lijn geven en specialistische tweedelijnszorg wordt ingezet als het noodzakelijk / geïndiceerd is.

De generalistische eerstelijnszorg is een eigen specialisme door de geïntegreerde wijze van benaderen van problemen en klachten. Het overgrote deel van klachten waarmee mensen hulpverleners in de eerste lijn benaderen, kunnen ook door deze eerste lijn worden behandeld / opgelost. Dit geldt zowel voor de somatische klachten, klachten die van psychische of psychosociale aard zijn of een combinatie van beide.

Samenvattend:

Inzet van alle ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ is om de cliënt snel, direct, integraal en dichtbij de juiste hulp te bieden. Cliënten willen een goede vraagverheldering, aandacht voor problemen op meerdere gebieden vanuit een integrale benadering.

Kostenbeheersing door zoveel mogelijk zorg in de eerstelijns aan te bieden, geen onnodige zorg in een specialistische GGZ-omgeving. Belangrijk is ook duidelijkheid over de aanwezige GGZ-deskundigheid, het snel kunnen verwijzen door het organiseren van korte lijnen en een helder beeld van de tweedelijns behandelmogelijkheden.

Er wordt een concreet onderscheid gemaakt tussen de generalistische eerstelijns en de specialistische tweede lijn. De komende jaren zal worden geïnvesteerd om op beide fronten te verhelderen wat een cliënt aan zorg kan krijgen en waar, door wie en hoe dat wordt georganiseerd en aangeboden.

De betekenis van dit alles voor de rol en positie van de SPV is onderwerp van gesprek in het volgende deel van deze notitie.

III (ver)schuivende rol van de SPV

In de afgelopen jaren zijn op vele plaatsen in Nederland vanuit de tweedelijns-ggz een brede waaier aan activiteiten ontplooid, die allen bedoeld zijn om de werkers in de eerste lijn te ondersteunen. In veel van deze initiatieven is gekozen voor inzet van SPV-en, al dan niet in combinatie met een aanbod van psychologen, psychotherapeuten of psychiaters.

Ontegenzeggelijk betekent de grotere aandacht voor de eerstelijns GGZ een revival van de SPV als functionaris in de eerstelijns GGZ. De SPV was in de jaren 80, begin 90, een vertrouwd figuur in de samenwerking met eerstelijns disciplines. Het lijkt erop dat met de huidige inzet van SPV-en een nieuwe toepassing van het sociaalpsychiatrische verpleegkundige vakgebied wordt geïntroduceerd. Oude wijn in nieuwe zakken??

Terugblikkend op alle ontwikkelingen in de GGZ stel ik vast dat de SPV in het ambulante veld tot op de dag van vandaag haar activiteiten heeft ontplooid. In de achterliggende decennia aanspreekpunt was voor huisarts, maatschappelijk werk en andere eerste- en nuldelijns functionarissen.

Het is altijd al gebruikelijk geweest om in samenwerking met bijvoorbeeld huisarts en maatschappelijk werk, dichtbij en in de eigen omgeving van zorgvragers, een adequaat en sociaalpsychiatrisch verpleegkundig aanbod aan te bieden.

Een kenmerkende ontwikkeling is wel geweest dat de SPV steeds meer 'verstopt' haar werk deed in een naar binnen gekeerd GGZ-bedrijf. Vanaf het moment dat er een krachtige – politieke – wind is gaan blazen richting de eerstelijns GGZ wordt de SPV vanuit de tweedelijns GGZ als bruggebouwer en gids aangewezen.

Het overbruggen van de afstand tussen beide GGZ-velden zorgden plots voor het zichtbaar worden wat de SPV al jaren deed. De SPV voert een grote verscheidenheid aan activiteiten uit in de eerste lijn: zowel consultatie in klassieke zin, als preventie, vroegsignalering, een bijdrage leveren aan diagnostiek, zelf cliënten begeleiden of motiveren tot behandeling en gewoon even meedenken met de huisarts. Hij ziet alle mogelijk categorieën cliënten, van jong tot oud, van lichte tot zware problematiek, zowel psychische, sociale als psychiatrische en verslavingsproblemen.^{20 21}

Naast direct cliëntencontact heeft de SPV een gidstaak ten opzichte van de huisarts en andere disciplines in de eerste en tweede lijn. Hierbij gaat het om het vervullen van de liaisonfunctie tussen de eerste en tweede lijn en het optreden als gids naar de tweede lijn en andere verwijsmogelijkheden.

Enkele andere taken zijn consultatie, deskundigheidsbevordering, taakverlichting en het ondersteunen van de huisarts bij het omgaan met cliënten met psychische problematiek.

De SPV kan goed uit de voeten met de diversiteit aan vragen en verschillende groepen cliënten. Ze zijn er op gericht om een goede diagnostiek mogelijk te maken. Soms beperkt de bijdrage zich tot het maken van onderscheid in psychische en psychiatrische problematiek, andere SPV-en doen bijna een volledige intake die door de tweedelijns-ggz overgenomen kan worden.

De activiteiten van de SPV worden in grote lijn bepaald door het beleid van hun werkgever, de tweedelijns ggz-instelling, het formeel-juridische kader en projectregels en de wensen van de eerstelijns professionals²². De grote variëteit in activiteiten van spv-en in de eerste lijn illustreert de verscheidenheid aan doelstellingen die gehanteerd worden door de ggz-organisaties voor deze werkvormen. Er zijn initiatieven die zich uitsluitend richten op klassieke consultatie, maar ook zijn er instellingen die hun tweedelijnszorg dichtbij de cliënt willen brengen door deze aan te bieden vanuit de huisartsenpraktijk. De evaluatie van het consultatieproject geeft wel aan dat van 'consultatie' in de oorspronkelijke zin van het woord niet veel is gerealiseerd²³.

Huidige ontwikkelingen positionering en rol SPV

Uit Trimbos en Nivel-rapportages blijkt dat het inzetten van de SPV vanuit de tweedelijns een aantal belangrijke voordelen oplevert:

- Er zijn korte overleg en verwijslijnen ontstaan tussen huisarts en SPV en SPV en instelling
- Een groter deel van de behandelingen worden in de eerste lijn en dichtbij huis, snel en kortdurend uitgevoerd

²⁰ Bosman M., J. de Lange, De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk, Trimbos, 2002, Utrecht

²¹ NVSPV, Beroepsdeelfprofiel SPV, uitgave AVVV, red. B. Venneman, 2005

²² Trimbos, Consultatie in de eerstelijns GGZ, M. Scholten e.a., Utrecht, 2005

²³ GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg, eindrapportage, Steunpunt tussen de lijnen, Utrecht, 2006

- Een duidelijke ontlasting van de huisarts
- De SPV is laagdrempelig in haar benadering en aanbod: plezierig voor de cliënt en huisarts

Ook worden nadelen opgesomd:

- De SPV heeft te weinig kennis van verwijs-behandel mogelijkheden buiten de eigen instelling (brede sociale kaart); te weinig gebruik van expertise in de 0^e en 1^e lijn.
- De SPV heeft soms een snelle focus op psychiatrische diagnose/ stoornis en behandeling: niet de eerste taak in de generalistische eerste lijn, waar het vooral om een goede probleeminventarisatie gaat en een geïntegreerde manier van kijken naar zorgproblemen.
- De SPV is teveel een arrangeur van behandelingen in de tweede lijn (instelling aan klanten helpen).

De functie praktijkondersteuner GGZ in de eerste lijn

Hoewel in alle ontwikkelingen de SPV als eerstelijns discipline wordt genoemd en ingezet, blijkt dat de functie op verschillende wijze inhoud wordt gegeven. Eerst geef ik een korte samenvatting van het rapport dat door de LVG is geschreven. Inmiddels heeft de minister van VWS, A. Klink, een brief²⁴ aan de Kamer geschreven waarin hij het fiat geeft aan de beschrijving van de functie en verwijst naar het komende besluit rondom de bekostiging van deze functionaris.

Daarna richt ik me op wat een scenario kan zijn waarin de SPV zich gaat onderscheiden als kerndiscipline in de eerste lijn.

De LVG geeft in haar rapport over de praktijkondersteuner-GGZ de contouren van de functionaris die binnen de eerstelijns de GGZ-problematiek bij de huisarts onder haar hoede neemt. Als doel wordt omschreven : 'Het ondersteunen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts (de functie is gepositioneerd in de huisartsenpraktijk, maar zal in de praktijk ook van belang zijn voor andere GGZ-aanbieders)²⁵

Het middel om dat doel te bereiken is het inzetten van een ondersteuningsfunctionaris in de huisartsenpraktijk, onder regie van de huisarts. Belangrijke redenen om de functie te koppelen aan de huisartsenpraktijk zijn:

- huisarts is voor veel mensen de eerste hulpverlener waar ze heengaan met klachten, men gaat er 'gemakkelijk' heen;
- psychische of psychosociale problemen worden vaak in combinatie met somatische klachten ingebracht of 'vertaald' in somatische klachten (psychosomatiek);
- Patiënten zijn ontvankelijk voor adviezen van de huisarts;
- mensen komen door de tijd heen steeds weer terug bij hun huisarts;
- de huisarts is de poortwachter/spelverdeler voor de GGZ

De inhoud van de functie POH-GGZ omvat het volgende:

- probleemverheldering/inventarisatie
- advisering
- processturing, mede op basis van kennis van het netwerk
- begeleidingsfunctie/casemanagement
- behandeling/begeleiding
- deel vrije invulling

In het rapport wordt nadrukkelijk de stelling ingenomen dat de POH-GGZ functionaris geen diagnose stelt en een cliënt niet zelfstandig verwijst. Dit valt onder de competentie en verantwoordelijkheid van de huisarts.

Ook zorgt de term behandeling voor verwarring. Uit rapportages en deelname aan de werkgroep eerstelijns blijkt dat andere disciplines weinig notie hebben wat verpleegkundigen doen als ze het over een behandeling hebben. Deels heeft dit gebrek aan kennis en informatie over de SPV-functieinhoud

²⁴ Brief: Voorhang beleidsregel bekostiging praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, VWS, 2007

²⁵ LVG, Praktijkondersteuner GGZ in de eerste lijn, pag. 7, Utrecht, 2007

als achtergrond, maar ook het ontbreken van een (wetenschappelijk) onderbouwde SPV methodiek waarin met verpleegkundige standaarden wordt gewerkt.

Ook is er koudwatervrees vanuit ELP en AMW over het behandelaanbod van de SPV. Vooralsnog lijkt de stemming een verdedigende te zijn. Voor de SPV beroepsgroep en beroepsvereniging een uitdaging om de eigen kwaliteit van het aanbod (inclusief SPV behandeling) te beschrijven en te etaleren.

Het rapport is klip en klaar over de positionering van de POH-GGZ: een kerndiscipline in de eerste lijn, met een nadrukkelijke verwijzing naar de samenwerking met de andere kerndisciplines, huisarts, AMW en ELP. Een geformaliseerd multidisciplinair samenwerkingsverband is van belang om de functie tot haar recht te laten komen.

Het rapport eindigt met twee scenario's voor implementatie:

1. de POH-GGZ als geheel nieuwe functie('blauwdruk') invoeren op basis van overeenstemming met alle eerstelijns partijen. Op basis van een goede functiebeschrijving kan een scholingsplan worden ontwikkeld
2. de POH-GGZ invoeren als nieuwe functie vanuit ontwikkelingen: op basis van opgedane ervaringen en ontwikkelde praktijken krijgt de functie inhoud en vorm, met een verwijzing naar lokale inkleuring.

Hoe in de nabije toekomst de bal zal rollen blijft koffiedik kijken. In deze notitie leg ik in het vervolg de nadruk op het tweede scenario en benadruk de eigen rol van de SPV. Om duidelijkheid te scheppen in de functie inhoud ligt wat mij betreft de bal bij de NVSPV en SPV-en zelf!!

De eerstelijns SPV en methodiek

Of we spreken van een POH-GGZ de SPV in de eerste lijn of van de eerstelijns SPV, we kunnen zeker het voortouw nemen met het beschrijven van ons aanbod. We zullen een onderbouwd verhaal moeten voorschotelen aan alle partijen.

In de afgelopen jaren is op basis van methodische beschrijvingen²⁶ en de voorgestelde werkwijze binnen het Indigo project²⁷ een begin gemaakt met het beschrijven van de werkwijze van de SPV in de eerste lijn. De achterliggende vraag bij de methodiekontwikkelingstrajecten was zicht krijgen op de kwaliteit van het aanbod van de SPV, het methodisch werken in beeld te brengen en een heldere positionering en profilering van het tweedelijnsaanbod in de eerste lijn. Als impliciet doel speelde ook de legitimering van de SPV als ggz-verpleegkundige in de eerste lijn mee

In deze notitie worden de contouren gegeven van methodiek eerstelijns SPV. Een transfer naar setting, situering of rol (POH-GGZ, SPV in de eerste lijn) kan worden gemaakt. Het gaat vooralsnog om een ideaaltypische formulering van de visie, theoretische uitgangspunten, de producten (modules) en methodiek van de eerstelijns SPV

Sociaal-psychiatrische verpleegkunde als basis

De basis van de methodiek ligt in het beroepsprofiel van de SPV²⁸ en de gangbare omschrijvingen van de SPV in de eerste lijn. De SPV hanteert als kern van het werk de verpleegkunde en de uitgangspunten van sociale psychiatrie en het contextueel denken en handelen.

Kenmerkende aspecten van het werk:

- preventief gericht
- meervoudige en contextuele benadering en (kortdurende) behandeling en (langdurige) begeleiding van problematiek
- praktische hulpverlening gericht op alledaagse zaken van mensen
- ondersteuning van andere hulp- en dienstverleners
- regiefunctie: toeleiden naar zorg zowel binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn
- terugvalpreventie en netwerkondersteuning

De SPV richt zich in haar aanbod op mensen die een meervoudige problematiek hebben. En is een professional die vanuit een autonome verantwoordelijkheid haar activiteiten richt op het initiëren, uitvoeren en bewaken van een integraal verpleegkundig zorgaanbod in het brede gebied van de GGZ.²⁹ In het beroepsdeelprofiel worden 12 velden aangewezen waarop de SPV haar autonome

²⁶ Symforagroep Hilversum, Rijngeestgroep Leiden, GGz Zuidoost Drenthe Emmen en Rivierduinen, GGz Zoetermeer

²⁷ Indigo: samenwerkingsverband van Altrecht, Emergis en Gelderse Roos om een eigenstandig GGZ-aanbod in de eerstelijns aante bieden

²⁸ NVSPV, Beroepsdeelprofiel SPV, uitgave AVVV, red. B. Venneman, 2004

²⁹ NVSPV, Beroepsdeelprofiel SPV, uitgave AVVV, red. B. Venneman, 2004

handelen uitvoert (paragraaf 2.3. De autonomie van handelen). Ook wil ik hier onderstrepen dat de SPV zelfstandig zorgvragers behandelt, die op grond van ernstige psychosociale of psychische problemen geïndiceerd zijn voor doelgerichte, specifieke (verpleegkundige) behandelmethodieken: individueel, in partner-relatieverband, in gezinsverband, wijk- of buurtgericht en in groepstherapie. Voor een overzicht van het SPV –profiel en aanbod verwijs ik naar de bijlage, waarin een verkorte versie van het Beroepsdeelprofiel SPV is opgenomen.

SPV methodiek in de eerstelijns GGZ

In de beschrijving van het aanbod en de methodiek van de SPV in de eerste lijn put ik uit methodiekbeschrijvingen die de laatste jaren samen met een paar GGZ-instellingen zijn ontwikkeld.³⁰

Voor zijn rol in de eerste lijn zet de SPV, maatschappijgericht, sociaal-psychiatrisch en verpleegkundig zijn expertise in om antwoorden te vinden op vraagstukken en zorgsituaties.

Tevens zal hij zijn interventies in toenemende mate *evidence based* moeten legitimeren.

Als basisaxioma voor het werk van de SPV geldt: het bestaan van een wisselwerking tussen maatschappelijke verhoudingen, sociale structuren en gezondheidsproblemen^{32 33}

Voor de SPV geldt de volgende sociaal-psychiatrische uitgangspunten bij het aanbieden van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige zorg en de profilering in de eerstelijns ggz:

1. Gezondheidsproblemen – psychische of psychiatrische problemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief
2. Wisselwerking individu en omgeving
3. Zorgverlening gericht op de persoon en het systeem (partner, familie, werk, vrienden, buurt, wijk, gemeenschap)
4. Zorgverlening gericht op meerdere niveaus van functioneren (lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk)
5. Tegengaan van marginalisering en uitstoting

Visie SPV in de eerstelijns GGZ

Op basis van bovenstaande uitgangspunten wordt de visie beschreven. De visie vormt een algemeen kader voor het inrichten en beargumenteren van het SPV zorgaanbod in de eerste lijn.

De visie en benadering zijn gebaseerd op de volgende overwegingen:

Consultatie, screening en hulpverlening is gericht op het behandelen en ondersteunen van de persoon met een geestelijk gezondheidsprobleem, vanuit een multidisciplinair perspectief ondersteunen van de huisarts of andere disciplines in de eerste lijn, waarbij de SPV streeft naar de minst zware inzet van ggz-hulp (conform het uitgangspunt van *stepped care*) en behoud van het zelfstandig functioneren van de persoon op alle levensgebieden in een eigen vertrouwde omgeving .

waarbij

de SPV gericht is op het invoegen in samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijns GGZ professionals, het geven van consultatie, het verkennen en inventariseren van de gezondheidsproblematiek, het motiveren van mensen voor GGZ-hulp, het kortdurend behandelen van mensen met enkelvoudige en complexe problematiek, het gebruik maken van de leefwereld van de cliënt en zijn sociale netwerk, het inventariseren, screenen en benoemen van belangen, hulpvraag en behoeften van de cliënt, het ondersteunen en verbeteren van de zelfredzaamheid en zelfbepaling en het onderzoeken en samenbrengen van de belangen van de cliënt en zijn omgeving.

Dit is herkenbaar in de dagelijkse praktijk door:

- het servicegericht, klantvriendelijk en laagdrempelig aanbieden van consultatie, preventie en behandeling;

³⁰ Rijngeestgroep: SPV in de eerstelijns. Leiden/Oegstgeest, 2005

³¹ GGZ Zuid-Oost Drenthe, GGZ-consulent in de huisartsenpraktijk; visie, modules en methodiek, Emmen, 2006

³² M. Romme, Wat is Sociale Psychiatrie, 1981

³³ K.Onderwater e.a., Sociale Psychiatrie; visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie, 2004

- het invoegen als belangrijk ingrediënt bij het beginnen, onderhouden en afsluiten van een hulpverleningscontact;
- de verantwoordelijkheid die de SPV neemt voor het professioneel en het systematisch inventariseren van probleemgebieden, het formuleren van een werkhypothese en conclusies;
- de wensen, behoeften en zelfactiviteit en ervaringsdeskundigheid van de cliënt en zijn omgeving als vertrekpunt bij alle (hulpverlenings)activiteiten te nemen;
- de gerichtheid op het motiveren van de mens met zijn problematiek om ondersteuning, begeleiding dan wel specialistische GGZ-zorg te accepteren;
- het formuleren van een advies met betrekking tot het vervolg;
- het realiseren van een gerichte verwijzing of doorverwijzing naar de meest geëigende en optimale ondersteuning van de cliënt;
- het wegwijs maken in de GGZ-wereld; geven van voorlichting over behandelmogelijkheden, de gevolgen van aanwezige gezondheidsproblemen en de aanpassingen in het dagelijks leven;
- het geven van voorlichting en advies over behandel- en ondersteuningsmogelijkheden aan cliënten, familieleden of huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn;
- het in samenspraak en in samenhang met eerstelijns GGZ-partners ontwikkelen en aanbieden van GGZ-zorg (multidisciplinair en ketengericht)

Het methodische aanbod: basismodulen van de eerstelijns SPV

De SPV heeft in de eerste lijn en huisartsenconsultatie een aantal rollen te vervullen, te weten: consultatiegever, verwijzer, behandelaar, bemiddelaar, voorlichter. Bij al deze rollen wordt verondersteld dat de SPV in zijn taakopvatting een duidelijke visie heeft, de eigen expertise inbrengt en op een systematische en efficiënte wijze een antwoord weet te formuleren op vragen van de cliënt, huisarts en andere disciplines in eerste lijn. Zijn belangrijkste uitgangspunt is – werkend vanuit de *stepped-care*-beginselen – de lichtst mogelijke interventie als vertrekpunt te nemen. Met andere woorden: niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk.

Methodisch aanbod: Eerstelijns-modules³⁴ in de huisartsenconsultatie

De beschrijving zal ik op hoofdlijnen geven en aanvullen met modules die gebaseerd zijn op het Beroepsdeelprofiel SPV. Ik beschrijf de drie basismodulen meer uitgebreid en beperk ik me tot een korte beschrijving van een aantal aanvullende modules. Voor meer informatie wordt verwezen naar de genoemde methodiekbeschrijvingen. Voor alle duidelijkheid wil ik hier melden dat het een overzicht van modules is die lokaal op een eigen wijze worden ingekleurd en soms in wel of niet worden aangeboden.

Module 1: Consultatieve ondersteuning

Op verzoek van de huisarts kan de SPV consultatieve activiteiten ontplooiën, bijvoorbeeld het bespreken van een casus of het geven van voorlichting, training of advies met betrekking tot verwijzing. Kenmerkend voor deze module is dat er géén sprake is van *face-to-face*-contact (fff-contact) tussen ggz-consulent en cliënt. Consultatie aan de huisarts of een andere eerstelijnsfunctionaris kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk, of door gebruik te maken van telefoon of mail.

Aanleiding/indicaties

De vraag voor consultatieve ondersteuning kanbetrekking hebben op een:

- algemene vraag over GGZ-problematiek;
- algemene vraag over de sociale kaart;
- vraag om advies over individuele cliënt zonder behoefte aan fff-contact
- vooroverleg voor een consult.

Taken

Taken voor de SPV in deze module zijn:

- voorlichting, training of advies geven over (omgaan met) psychiatrische problematiek;
- voorlichting geven over de sociale kaart van (GGZ-)voorzieningen in de eerste en tweede lijn;
- klassieke consultatie.

³⁴ Module: 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. Modulen helpen bij het uitvoeren, verbeteren, standaardiseren, etaleren en combineren (ketensamenwerking) van het aanbod en het meetbaar maken van de resultaten . Uit: Aanbodverheldering: huisartsen, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen; een verkennend onderzoek, Movisie, Utrecht, 2007

Module 2: Consult

Het consult onderscheidt vier fases: **introductie, inventarisatie, evaluatie/conclusie en advies**. Bij het consult is sprake van fff-contact met de cliënt en eventuele naasten.

Aanleiding/indicaties

- Vraag van verwijzer om verheldering van problematiek; vaak: is er wel of niet sprake van psychiatrische problematiek?
- Vraag om advies over behandel mogelijkheden: advies over behandeling door verwijzer zelf of verwijsadvies.
- Beperkt inzicht van de cliënt in diens problematiek en/of beperkte motivatie voor hulp.

Uitgangspunten

- Het onderzoek wordt doorgaans in één (en maximaal in twee) gesprek(ken) afgerond.
- De SPV maakt aantekeningen van zijn bevindingen ter documentatie van het advies en doet schriftelijk verslag aan de verwijzer, zoals besproken in de paragrafen over dossiervoering en verslaglegging.
- Er wordt volgens *stepped care* gewerkt: de lichtst mogelijke werkhypothese en interventie is het vertrekpunt.

Introductie

Doel van de introductiefase is in essentie het mogelijk maken van een consultgesprek. De SPV maakt daarbij gebruik van invoegende en drempelverlagende vaardigheden; hij is duidelijk en transparant in werkwijze en in het doel van het gesprek. De SPV geeft aandacht aan de volgende onderwerpen:

- Kennismaking;
- Toelichting op de rol van de SPV ;
- Administratieve status: inschrijving, afspraken over verslaglegging, geheimhouding;
- Doel van contact, (schriftelijke) vraagstelling huisarts
- Vraag en verwachtingen van cliënt

Probleem Inventarisatie ³⁵

Door de SPV wordt onderzoek gedaan. De taak van de SPV is het systematisch verzamelen en ordenen van gegevens. Met toestemming van de cliënt kan eventueel een heteroanamnese aanvullende informatie opleveren. De SPV beschikt hiertoe over een checklist. ³⁶

De problematiek wordt breed verkend: is er een psychisch of psychiatrisch probleem? Wat is de duur, vorm en intensiteit van de klachten. Zijn er problemen in het systeem, het netwerk of de werksituatie? De aandacht richt zich daarnaast ook op de somatiek, een draagkracht-draaglastanalyse, het sociaal functioneren en het effect van klachten hierop. Was er eerdere hulpverlening en zo ja wat was het resultaat daarvan. De vraag van de verwijzer wordt hierbij steeds meegenomen.

³⁵ Bij cliënten en/of gezinnen met problemen op vele levensgebieden met mogelijke betrokkenheid van een veelheid aan instanties en hulpverleners vraagt onderzoek van het probleem, het identificeren van het netwerk en het vinden van oplossingsrichtingen meer tijd dan beschikbaar in de module 'consult'. Zeker in casuïstiek waarbij andere hulpverleners al betrokken zijn is het aannemelijk dat oplossingen niet eenvoudig (snel) te vinden zijn. Extra aandacht (en tijd) voor onderzoek doet recht aan het complexe karakter van het probleem van deze doelgroep en voorkomt het aandragen van inadequate oplossingen (bijv. 'meer van het zelfde').

Nader onderzoek bij deze cliënten moet leiden tot:

- verhelderen van het probleem, leidend tot gemotiveerd(e) adviesscenario('s)
- helderheid of er sprake is van motivatie en bereidheid bij de cliënt om met de problematische situatie aan de slag te gaan
- afstemming met andere betrokkenen over de te volgen koers.

Wanneer besloten wordt tot het bieden van dit type onderzoek binnen de eerste lijnspraktijk dient dit te zijn opgenomen als aparte module, met eigen richtlijnen voor inhoudelijke afbakening en kwalitatieve borging en begrenzing in tijd.

³⁶ Movisie werkt aan een elektronische checklist voor het snel en adequaat screenen van hulpvragen in de eerstelijns-GGZ; rapport 'Screenen van hulpvragen in de eerstelijns-GGZ : transparante keuzen en verwijspatronen, K. Stok/M. Scholte, Utrecht, 2007

Evaluatie en conclusie

Op basis van verzamelde gegevens komt de SPV tot een evaluatie over de aard van de problematiek en vormt zich een beeld van (oplossings-)mogelijkheden. Belangrijk daarbij is:

- het signaleren van bedreigingen van de (geestelijke) gezondheid;
- het inschatten van de mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving m.b.t. het oplossen van de problematiek.

Dit vraagt van de SPV een inschatting van:

- dreigende psychische ontregeling;
- veranderingsbereidheid en veranderingsmogelijkheden van de cliënt;
- mogelijkheden, alternatieven of noodzaak voor vervolgbehandeling;
- verwijsmogelijkheden (zo nodig);
- de noodzaak van het starten van medicatie of bijstellen van medicatie (waarbij de SPV gericht overleg zoekt met de psychiater).

Advies

Op basis van zijn evaluatie en conclusie(s) bespreekt de SPV met de cliënt de bevindingen en de diverse mogelijkheden voor vervolg.

Het advies kan in grote lijn of specifiek richting geven voor het vervolg:

- advies: niets doen of aanbieden preventief programma
- advies gericht op voortzetting van de behandeling binnen de huisartsenpraktijk;
- advies tot verwijzing naar generalistisch eerstelijns GGZ aanbod
- advies tot verwijzing naar specialistisch tweedelijns GGZ aanbod

Module 3: Behandeling

De SPV maakt in het consult een inschatting van de aard van het probleem en beoordeelt welke hulp het best past bij de cliënt in kwestie. De cliënt kan (terug)verwezen worden naar de huisarts. Een eventuele verwijzing naar de eerstelijns of tweedelijns-GGZ wordt doorgaans door de huisarts geregeld. De SPV kan zijn gids- liaisonfunctie gebruiken om de huisarts bij te staan bij een verwijzing. Veel adviezen kunnen zonder verdere tussenkomst van de SPV gerealiseerd worden; het onderbouwde schriftelijk advies van de SPV volstaat in de behoefte aan informatie voor de huisarts of andere ontvangende hulpverlener.

Er zijn echter situaties waarin meer nodig is, namelijk:

- behoefte aan ondersteuning van de behandeling door de huisarts;
- behoefte aan begeleiding bij verwijzing naar eerste- of tweedelijns-ggz.

Ondersteuning van behandeling door huisarts

Aanleiding/indicaties

Het betreft problematiek die binnen de huisartsenpraktijk behandelbaar is, maar waarbij de huisarts vraagt om tijdelijke of incidentele ondersteuning door de SPV.

Aan inzet van deze ondersteuning kan gedacht worden bij bijvoorbeeld de volgende situaties:

- Het ordenen/verhelderen van het probleem en het steunen, aanmoedigen van de cliënt in het dagelijks functioneren volstaat om de problematiek op eigen kracht weer aan te kunnen.
- Cliënten die eerder in de GGZ behandeld zijn en bij wie het oprispen van wat eerder in geleerd is volstaat om het probleem het hoofd te kunnen bieden.
- Het geven van psycho-educatie.
- Het ondersteunen en voorlichting geven bij het instellen op medicatie, voorgeschreven door de huisarts (eventueel na advies van de psychiater).

Uitgangspunten

- Deze begeleiding wordt uitsluitend ingezet als eerste- en tweedelijns-GGZ geen passend aanbod hebben bij de vraag.
- Kortdurende ondersteuning van de cliënt en zijn omgeving volstaat om vervolg bij de huisarts mogelijk te maken (richtlijn: maximaal zes gesprekken, inclusief introductiegesprek).

Doelstelling

Wanneer cliënten deze kortdurende begeleiding/behandeling krijgen is hiervan het doel:

- Het vergroten van haalbaarheid van behandeling door de huisarts.
- Het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt bij het probleem en de oplossingen.
- Het voorkomen van verergering van klachten.

Motiverende behandeling/begeleiding bij verwijzing

Aanleiding/indicaties

Soms is er meer nodig dan een verwijfsadvies om een hulpverleningsrelatie daadwerkelijk tot stand te laten komen. Hierbij wordt vooral gedacht aan cliënten die moeilijk te motiveren zijn voor verwijzing. De achterliggende redenen kunnen divers zijn: vroegere negatieve ervaringen met de GGZ, negatieve beeldvorming van de GGZ, gebrek aan ziekte-inzicht, angst voor het onbekende, angst voor controleverlies, angst voor stigmatisering.

Een ander aspect is de meervoudige problematiek (combinatie van problemen, bijvoorbeeld: verslaving, stemmingsklachten, schulden). De SPV maakt in deze situaties op grond van een goede analyse een keuze voor de eerst aangewezen hulpverleningsinstelling. Hij legt contact met de instelling, motiveert de verwijzing en verzoekt om een datum voor beoordeling en intake

Doelstelling

Doelstelling van de SPV interventies in deze module is het ondersteunen van de cliënt (en huisarts) bij het realiseren van een passend hulpverleningscontact. Passend kent hier twee aspecten: het terrein van expertise van de hulpverlener (instelling) waarnaar verwezen wordt en tevens de persoon van de hulpverlener in kwestie. Dit alles is samen te vatten onder de term *matching*. Het verlagen van de drempel wordt gezocht in het motiveren van de cliënt en/ of het wegnemen of verlagen van obstakels in de organisatie van zorg of bij behandelaren waarnaar verwezen wordt.

Taken

Taken voor de SPV binnen deze begeleiding kunnen zijn:

- Voorlichting geven aan de cliënt;
- Het motiveren van cliënt;
- Het bespreekbaar maken van gevoelens van demoralisatie en wantrouwen ten opzichte van hulpverlening.
- De voorbereiding en het begeleiden van cliënt bij het eerste contact met nieuwe hulpverlener.
- Het toelichten van de verwijzing bij 'ontvangende' hulpverlener (organisatie)
- Zicht houden op de overdracht van de cliënt door contact met instelling waarnaar verwezen wordt (vaak telefonisch of per e-mail)

Verwijzing naar de tweede lijn

De formele verwijzer naar de tweede lijn is de huisarts. In overleg met de huisarts kan er voor worden gekozen dat de betrokken SPV de praktische afhandeling van de verwijzing behartigt.

De SPV levert bij verwijzing naar de tweede lijn onder andere de volgende informatie:

- De vraagstelling van verwijzer.
- Gegevens en conclusie van inventarisatie en onderzoek door de SPV
- Vraagstelling van cliënt.
- Vraagstelling voor tweede lijn/onderdelen van betreffende GGZ Instelling (waaronder standaard de vraag voor diagnostiek of intake);
- Aandachtspunten en eventuele gerichte suggesties voor behandeling en behandelaar (*matching*).

Aanvullende Modulen

Module 4 Regie en coördinatie

Deze module verwijst naar de taak die de SPV heeft om een patiënt voor verder hulp of ondersteuning snel op de juiste plek te krijgen. Kennis van de sociale kaart, zicht op (snelle) verwijfsprocedures en een actieve houding zijn belangrijk bij het regisseren. Het actief onderhouden van netwerkcontacten en het (in)formeel kennen van hulp- of dienstverleners bevordert de samenwerking. Ook wordt met deze module de vinger-aan-de-pols contact bedoeld. Het gaat daarbij om patiënten die korte tijd gevolgd worden bij wachtlijsten. In de toekomst zal waarschijnlijk, onder druk van de zorgverzekeraars, de monitorfunctie worden gekoppeld aan de regiefunctie. Een functie die vooral de POH-GGZ functionaris uitgevoerd zal worden: de patiënt volgen in haar gang door het behandel aanbod, toetsen van afspraken en beoogde resultaten.

Module 5 Preventie

Met preventie worden duurzame effecten beoogd die bijdragen aan gezondheidsbevordering, de kwaliteit van het leven en een duurzame sociale cohesie in de wijk of buurt. De SPV hanteert preventie zowel als een serie activiteiten, als een specifieke houding in het dagelijkse werk. De SPV heeft juist in de omgeving van de eerstelijns GGZ de mogelijkheid om haar preventieve taak tot uitvoering te brengen. Te denken valt aan verschillende vormen van preventie, gericht op depressie, kinderen van ouders met psychiatrische problemen, arbeidsrelevante psychische problemen. De SPV is gericht op prevalentie en incidentie van aangeboden problematiek, aanwezige risico – en beschermende factoren en aangrijpingspunten voor preventie. Zonder uitputtend te willen zijn is het preventieve aanbod: groepsgerichte cursus rouwverwerking, assertiviteitstraining, Kopp-cursus, cursus In de put uit de put, cursussen gericht op bewegen, psycho-educatie, training Werkstress etc etc.

Module 6 Crisisinterventie

Van oudsher is crisisinterventie één van de kerntaken van de SPV. In de nabije toekomst zal de SPV het voortouw kunnen nemen om dit aanbod specifiek toe te spitsen op activiteiten in de 0^e en 1^e lijn.

Module 7 Praktische hulp en bemiddeling

Het komt regelmatig voor dat de SPV via de weg van het aanbieden van praktische hulp een volgende stap kan maken in het contact met een cliënt. Ook in de eerstelijns GGZ is deze praktische en soms bemiddelende taak van betekenis om een goede begeleiding of verwijzing te bewerkstelligen.

Vaak is daarvoor een goede samenwerking met medewerkers van allerlei instanties gewenst. Ik zou dit willen omschrijven als het organiseren van een maatschappelijk steunsysteem. Mogelijk is het organiseren van een MSS zelfs een aparte module.

Tot slot

Dit pamflet is een eerste beschrijving van de huidige state of art van het werk van de eerstelijns SPV. Er zijn op veel plekken evenveel initiatieven om dit werk concreet en tastbaar vorm en inhoud te geven. Ik nodig alle SPV-en die werkzaam zijn of in de toekomst hun werk vinden in de eerstelijns GGZ uit, om eigen visies, ervaringen, goede praktijken en praktijkbeschrijvingen kenbaar te maken. Juist het bundelen van al deze ervaringen en praktijkdocumentatie geeft ruimte aan het profileren van ons sociaal-psychiatrisch kennis en handelingsdomein in de eerstelijns.

Ben Venneman
Gouda, juli 2007

