

## > Samenwerking met de huisarts, een persoonlijke ervaring door Peter van den Elsen

Aan de hand van mijn persoonlijke ervaringen beschrijf ik aandachtspunten en valkuilen voor de SPV in de samenwerking met huisartsen en andere disciplines in de eerstelijns zorg vanuit de tweedelijns GGZ.

In 1999 is het consultatieproject gestart binnen de GGZ Oost Brabant, waar ik werkzaam ben. Vanaf de start heb ik direct kenbaar gemaakt geïnteresseerd te zijn in participatie. Ik was van mening dat de samenwerking met eerstelijns zorg voor verbetering vatbaar was. Vanuit het ministerie VWS werden middelen beschikbaar gesteld aan de tweedelijns GGZ, ten behoeve van consultatie aan huisartsen.

Doelstelling van het project consultatie zoals dit door de GGZ in onze regio werd georganiseerd:

- Huisartsen ondersteunen in hun poortwachtersrol en door nauwere samenwerking het zo effectief en gestroomlijnd mogelijk laten plaatsvinden van verwijzingen naar de tweede lijn.
- Het verhogen van de kwaliteit van zorg aan cliënten met psychische en/ of psychiatrische problematiek in de eerste lijn, door ondersteuning op vraag van de eerste lijn.
- Het bevorderen van afstemming van zorg van huisartsen, eerstelijns psychologen (ELP) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en gespecialiseerde GGZ ten behoeve van cliënten met psychische en/of psychiatrische problematiek.

Uitgangspunten die aan de doelstellingen ten grondslag liggen zijn:

- Behandelingen van cliënten niet zwaarder dan noodzakelijk en niet lichter dan verantwoord (:zorg op maat).
- Behandelingen zoveel mogelijk in het gewone milieu van de cliënt, indien noodzakelijk in een gespecialiseerd milieu.

Vanuit de verschillende afdelingen, jeugd, volwassenen en ouderen zijn in 1999 zo'n 10 medewerkers benaderd die ruime werkervaring hadden binnen de diverse afdelingen binnen de tweedelijns GGZ instelling en die geïnteresseerd waren in het project.

Na een algemene toelichting over het project zijn een aantal huisartsen en enkele maatschappelijk werk organisaties en twee eerstelijns psycholoog praktijken verdeeld onder deze groep medewerkers.

Vervolgens hebben er met de diverse belangstellenden kennismakingsgesprekken plaatsgevonden waarin de opzet en de doelen van het project werden toegelicht.

Ik ben gestart in een tweetal huisartsenpraktijken, waar in één praktijk drie huisartsen en in de andere vier huisartsen samenwerkten. Daarnaast bezocht ik twee eenmanspraktijken. In totaal dus 9 huisartsen.

In de uitvoering zijn voor aanvang slechts oppervlakkig richtlijnen aangegeven hoe wij uitvoering zouden geven aan het project. We zouden starten en GGZ breed vragen en kwesties die huisartsen zouden voorleggen proberen te beantwoorden. Aan de hand van ervaringen zouden we onze werkwijzen bijstellen.

Na het introductie contact in diverse praktijken volgde afstemming met artsen over het vervolg.

In één groepspraktijk kwam ik op een vast afgesproken middag. Aanvankelijk kwam ik één keer per vier weken en later werd deze frequentie zelfs nog iets lager. Ik sprak dan achtereenvolgens de diverse huisartsen die daarvoor tijd reserveerden in hun spreekuur.

In een andere groepspraktijk kwam ik in ongeveer dezelfde frequentie maar kwam daar halverwege de ochtend dronk met de diverse huisartsen en assistenten informeel een kop koffie om daarna met de huisartsen apart kwesties door te praten.

Met de éénmanspraktijken maakte ik weer andere afspraken. Een huisarts gaf te kennen dat hij mij wel zou bellen wanneer hij mij nodig zou hebben en de andere huisarts wilde wel periodiek afspraken maken.

Het bezoek verliep overal anders en ook de werkstijlen van de diverse huisartsen waren erg verschillend.

Sommige huisartsen reageerden erg formeel, afwachtend en soms kritisch terwijl het met diverse andere huisartsen direct "klikte". Lange tijd bleef het een zoeken naar een juiste afstemming in het contact.

Het opbouwen van een werkrelatie verliep zagezegd heel verschillend. Ik deed erg mijn best wensen van allerlei huisartsen duidelijk te krijgen en daaraan tegemoet te komen (laagdrempelig). Wanneer men zelf niets te bespreken waren er altijd wel onderwerpen die ik dan aan de orde stelde waarvan ik dacht dat deze zinnig waren. Daarbij speelde het voordeel dat ik in diverse praktijken kwam. Vragen of onderwerpen die in de ene praktijk aan de orde kwamen kon ik elders ook aan gebruiken.

De eerste periode kwamen vooral werkproblemen van huisartsen in relatie met cliënten ter bespreking. Aan de hand van de klassieke consultatiemethodiek vroeg ik om verduidelijking en probeerde zo het werkprobleem samen met de huisarts door vraagstelling te verhelderen. De huisarts kon zelf dan weer verder of na een gesprek over een probleemsituatie werd besloten om tot een verwijzing te komen.

Uitleg over de diverse behandel mogelijkheden binnen een GGZ was eveneens een belangrijk onderwerp in de gesprekken met de huisartsen. Erg opvallend vond ik hoe weinig men vaak op de hoogte was over de diverse behandel aanbod mogelijkheden binnen de GGZ. Ook de bekendheid met de sociale kaart over ander behandel aanbod buiten de GGZ instelling ontbrak in veel gevallen.

Tussentijds plande ik met huisartsen evaluaties over het project en vond verdere afstemming plaats over de samenwerking. Over en weer werden dan wensen en opmerkingen uitgesproken. Al na een korte aanloopperiode ontstond bij de diverse huisartsen vaker de behoefte om naast het bespreken van werkproblemen cliënten zelf te gaan zien.

In de vraagstelling werd gesteld te onderzoeken welke hulp het beste geboden kon worden. Of de diagnostiek te verhelderen. Ook het motiveren voor verdere hulp werd gevraagd.

In het begin zag ik een cliënt dikwijls samen met de huisarts maar dit is later steeds minder aan de orde. Ondanks de tevredenheid van samenwerking in dit nieuwe project nam het aantal casussen wat werd voorgelegd na verloop van tijd ook weer af. Waarschijnlijke reden voor de terugloop vormde waarschijnlijk het feit dat mijn bezoeken aan de praktijken in veel gevallen te onregelmatig waren en te laagfrequent. De samenwerking is weer beter geworden toen ik in de diverse groepspraktijken gestart ben met zogenaamde spreekuren. De frequentie werd verhoogd naar één middag in de 14 dagen. Op die vaste dagen, herkenbaar voor huisartsen en assistenten verwijst men sinds die tijd vaker cliënten waarbij ik wel van belang vindt dat men een duidelijke vraagstelling op papier zet mits het niet mondeling kan worden toegelicht. Terugkoppeling over mijn bevindingen probeer ik vaak zo snel mogelijk na een contact te laten plaatsvinden. Dit gebeurt in de meeste gevallen mondeling.

Inmiddels is het aantal huisartsenpraktijken dat ik bezoek uitgebreid naar vier en kom ik ook bij vijf eenmanspraktijken. In totaal 18 huisartsen. Het organiseren van zogenaamde spreekuren in de eenmanspraktijken is nog niet structureel georganiseerd. Het gebrek aan extra spreekruimte vormt vaak een probleem. Ik maak zodoende dikwijls gebruik van de spreekkamer van de huisarts wanneer die afwezig is. De ontmoeting met de huisarts voorafgaand aan een contact is in die praktijken hierdoor minder en de afname van het gebruikmaken van het project in al haar facetten is in de eenmanspraktijken nog steeds aan de orde. Ik probeer dit te voorkomen door bij het uitblijven van vragen de huisarts om de 4 tot 6 weken te bezoeken dan wel telefonisch te benaderen. Momenteel onderzoek ik de mogelijkheid tot het organiseren van een spreekuur voor verschillende huisartsen op een locatie in de buurt van die praktijken. Een andere ontwikkeling binnen het project is dat het aantal cliënten welke vaker dan één keer worden gezien. Gedurende de eerste jaren werd dit door de organisatie niet aangemoedigd uit oogpunt van concurrentie met de eerstelijns psychologen. Vaak blijkt bij probleemverheldering dat verandering al in gang wordt gezet en dat met een paar vervolgsprekken de cliënt zelf weer verder kan met zijn problemen en verwijzing kan uitblijven. Zoals al opgemerkt vindt het merendeel van de contacten rechtstreeks plaats met de cliënt op vraag van huisarts. Binnen de huisartsenpraktijk is het aantal cliënten met onbegrepen lichamelijke klachten erg groot. Dikwijls is de huisarts door het uitblijven van aanwijsbare oorzaken van klachten verstrikt geraakt in een machtsstrijd en biedt de cliënt als het ware op in zijn klachten. In consultatiecontact door een derde kan een dergelijk impasse prima worden doorbroken.

#### **Samengevat:**

Het opbouwen van een werkrelatie vergt langere tijd en doorzetting. Iedere huisarts is weer anders en daarom is het belangrijk om met aantal verschillende huisartsen samen te werken en je als het ware kunt vergelijken. Het aftasten welke benadering het beste aansluit bij welke huisarts is een proces. Huisartsen hebben op hun beurt tijd nodig om te ervaren wat consultatie in al haar aspecten hen oplevert en welke kwaliteiten de consultatiegever heeft. Een langere tijd samenwerken is dus nodig voor het goed tot stand komen van een consultatierelatie en dan nog blijft het actief contact onderhouden en aanhouden van belang. Mijn ervaring is dat huisartsen al snel vol lof en enthousiast zijn over het projecten wordt vervolgens de aandacht door drukke dagelijkse werkzaamheden op veel vlakken gevraagd. Pas na een langer durend contact gaan huisartsen de meerwaarde van consultatie ervaren. Belangrijke eigenschappen in het consultatiewerk zijn generalistische kennis van goede kwaliteit met een klantvriendelijke benadering waarbij in het contact met huisartsen doorzettingsvermogen, en lef nodig zijn om project goed te laten bestaan. Valkuil is de gedachte om na uitleg te verwachting te hebben dat het initiatief dan van de huisartsen zal gaan komen.

Tips voor de GGZ medewerker in de eerste lijn:

Attitude:

- Enthousiasme om het project te starten
- Doorzettingsvermogen om project te laten slagen
- Dienstbaar, flexibel en gericht op samenwerken
- Klantvriendelijk

Vaardigheden:

- Kort en bondige uitleg kunne geven over wat de mogelijkheden zijn die met het project ondersteuning aan huisartsen en andere 1<sup>e</sup> lijns werkenden geboden wordt.
- Organiseren van consultatiemogelijkheden en spreekuurcontacten waar cliënten naar kunnen worden verwezen.
- Pro actieve communicatie door wederzijdse verwachtingen uit te spreken naar elkaar.
- Heldere formulering van doelstellingen.
- Informeren van o.a. de huisarts assistenten over het project
- Het heeft de voorkeur om in meerdere praktijken ondersteuning te bieden die biedt enige vergelijking.
- Beschikken over goede contactuele vaardigheden

Kennis:

- Sociaal psychiatrisch en verpleegkundige kennis, generalist in bio-psycho-sociaal model en in de verschillende doelgroepen.
- Kennis van de (klassieke)consultatie en dienstverlening
- Kennis van begeleiding en (korte)behandelingsinterventies
- Kennis hebben over het netwerk van behandel mogelijkheden in 1<sup>e</sup> lijn en binnen 2<sup>e</sup> lijns GGZ

Organisatie

- Concrete afspraken op papier vastleggen
- Een laagdrempelige opstelling naar huisartsen t.a.v. vraagstelling m.a.w. dienstbaar opstellen zeker in de eerste periode er volgt vanzelf een fijnere afstemming.
- Continuïteit in contacten; bezoek praktijken op vaste dagen dat leidt tot betere herkenbaarheid.
- Ingeplande cliënten door doktersassistente laten verzorgen, overleg met haar over een efficiënte planning
- Creëren van een vaste werkplek zodat niet iedere keer gezocht moet worden.
- Afspraken maken over terugrapporteren; mondeling dan wel kort schriftelijk
- Periodiek evaluatiemoment inlassen over het verloop.
- Overlegmogelijkheid met psychiater (backing)
- Supervisie /intervisie is van belang om casussen met elkaar te kunnen bespreken