

Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?

De samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ – huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen – moet en kan beter. Daar wordt in het project *Korte lijnen* hard aan gewerkt. Een belangrijke voorwaarde voor samenwerking is dat de verschillende hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars werkterrein en specifieke deskundigheden. Het uiteindelijke doel van het project is – uiteraard – om de best mogelijke hulp voor de cliënt te realiseren.

Opdrachtgevers: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Landelijke Vereniging Eerstelijns Psychologen (LVE)
Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep), o.a. voor AMW

Programmaregie: Buitink Beleidsadvies – in zorg en welzijn (namens de opdrachtgevers)

Financiering: Ministerie van VWS

Projectuitvoerders: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW en Trimbos-instituut

In het landelijke project *Korte lijnen* is ervaring opgedaan met de samenwerking tussen de beroepsgroepen binnen de eerstelijns-GGZ: huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Al snel bleek dat de hulpverleners behoefte hadden aan een globaal overzicht van de bijdrage van de verschillende beroepsgroepen aan het domein van de eerstelijns-GGZ. Hun voorkeur ging uit naar een overzicht waaruit zij eenvoudig kunnen aflezen welke cliënt met welke problemen en klachten bij wie het beste terecht kan.

Het is echter niet eenvoudig om hierover eenduidige informatie te verstrekken, aangezien hulpverleners uit verschillende beroepsgroepen – ieder vanuit hun eigen professionele invalshoek – in staat zijn om dezelfde problematiek te behandelen, bijvoorbeeld depressieve klachten. Het best passende aanbod hangt onder meer af van de aard, de ernst en het beloop van de klachten. Ook spelen leeftijd, persoonlijkheid en (sociaal-economische) omstandigheden van de cliënt een rol, naast de voorgeschiedenis, comorbiditeit en – uiteraard – de wens van de cliënt. Het is een kwestie van professionele ervaring, kennis en overleg om tot de juiste keuzes te komen.

Binnen *Korte lijnen* is ervoor gekozen een overzicht te maken waarin beschreven is wat de specifieke inbreng is van de verschillende

beroepsgroepen in de eerstelijns-GGZ. Over elke beroepsgroep is in deze brochure informatie opgenomen over de doelgroep, de randvoorwaarden voor de hulpverlening, de deskundigheid en de werkwijze van de beroepsgroep. Daarbij is vooral aandacht besteed aan wat de genoemde vier beroepsgroepen van elkaar onderscheidt; het betreft geen uitputtend overzicht van wat elke beroepsgroep precies te bieden heeft.

Deze brochure heeft meerdere doelen. De informatie kan helpen bij het maken van keuzes bij verwijzingen of consultatie. De inhoud kan ook als uitgangspunt dienen voor een discussie over de taakverdeling binnen een regio. Het globale overzicht wordt dan verder aangescherpt en leidt tot afspraken over de lokale taakverdeling. In het algemeen kan deze brochure inspiratie bieden om gezamenlijk een sterke eerstelijns-GGZ vorm te geven.

Het overzicht is totstandgekomen in samenwerking met de Landelijke Vereniging van Eerstelijns Psychologen (LVE), de Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) en de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland).

De huisarts

Algemeen

De huisartsenzorg is gepositioneerd in de eerste lijn, dicht bij de mensen. De huisarts is de poortwachter voor de tweede en derde lijn, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg. Als iemand specialistische hulp nodig heeft van bijvoorbeeld een tweedelijns-GGZ-instelling of een psychiatrisch ziekenhuis, dan is er altijd een verwijfsbrief van de huisarts nodig. Hij heeft als taak de centrale figuur te zijn in de hulpverlening, ook als het psychische problemen betreft. Hij moet als het ware de zorg coördineren.

Psychische en psychosociale problematiek maken ongeveer een vijfde deel uit van alle problematiek waarmee een huisarts in zijn praktijk te maken krijgt.

Doelgroep

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. Bijna alle huisartsen vinden dat ze een taak hebben in het diagnosticeren (signaleren of aangeven van een 'werkdiagnose') en tevens behandelen van spanningsklachten, depressie, onverklaarbare lichamelijke klachten en slaapproblemen. Behandeling van

frequent voorkomende stoornissen en problemen als angststoornissen, alcoholproblematiek en relatieproblemen ziet meer dan de helft van de huisartsen niet als hun taak. Minder dan 10 procent vindt dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en opvoedingsproblemen tot de taak van de huisarts behoort.

Randvoorwaarden

Over het algemeen heeft de huisarts zeer weinig tijd voor psychosociale hulpverlening. Een consult duurt meestal slechts 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 langer durend 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 ziekten 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.

Bron: Laurant, M.G.H., A.J.M. Drenthen e.a., Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. Onderzoek van Nivel en WOK wijst op problemen. *Medisch contact*, jrg. 56, p. 1780-1783, 2001; website NHG (nhg.artsennet.nl)

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW)

Algemeen

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een laagdrempelige eerste lijnsvoorziening. De belangrijkste doelstelling van het AMW is de sociale zelfredzaamheid van mensen met psychosociale problemen te vergroten.

Doelgroep

Iedereen met problemen op het gebied van het persoonlijk, sociaal of maatschappelijk functioneren kan zich rechtstreeks en zonder voorwaarden vooraf melden. De hulpvra-

gen waarop het AMW een passend antwoord kan bieden zijn grofweg in te delen in drie categorieën, te weten:

- psychische/psychosociale problemen (bv. rouwverwerking, eenzaamheid);
- problemen met relaties (bv. met partner, familie, op het werk);
- sociaal-materiële problemen (bv. met financiën, huisvesting).

Het AMW is bij uitstek een geschikte hulpverleningsinstelling wanneer er sprake is van verwevenheid van verschillende soorten (materiële en niet-materiële) problematiek. Het AMW bereikt veel mensen uit de lagere sociaal-economische groepen.

Randvoorwaarden

De hulpverlening door het AMW is kosteloos voor de cliënt. De hulpverlening varieert van eenmalige informatie- en adviesgesprekken tot procesmatige hulpverlening van rond de tien gesprekken. In geval van nood is het AMW 24 uur per dag bereikbaar.

Deskundigheid en werkwijze

De hulpverlening van het AMW is niet alleen gericht op het individu maar ook op zijn omgeving (gezin, werk, school, buurt enzovoort). Het AMW werkt veel samen met andere instellingen, zoals Bureau Jeugdzorg, Bureau Schuldhulpverlening, woningbouwverenigingen en tweedelijns-

GGZ en kan een verbindingsschakel vormen tussen de verschillende beroepsgroepen en voorzieningen in zorg en welzijn. Het AMW biedt hulp in verschillende vormen: informatie en advisering, bemiddeling en belangenbehartiging, behandeling en begeleiding, ondersteuning, crisishulp, casemanagement en groepswerk. Indien nodig legt het AMW huisbezoeken af.

Wie zich bij het AMW aanmeldt, wordt eerst uitgenodigd voor een intakegesprek. Hierin wordt de problematiek geanalyseerd en vertaald in concrete hulpvragen. Er wordt een duidelijk doel geformuleerd dat binnen redelijke tijd bereikbaar is. In een intakebespreking wordt beoordeeld wat voor de betreffende persoon de beste aanpak is. In samenwerking met de hulpvrager wordt een hulpverleningsplan opgesteld. De hulpvrager wordt met opdrachten en concrete afspraken zelf actief aan het werk gezet. De algemeen maatschappelijk werker begeleidt, ondersteunt, moedigt aan en confronteert de hulpvrager met zijn eigen weerstand en valkuilen. Hij volgt daarbij het tempo van de cliënt en sluit aan bij zijn capaciteiten.

Het AMW biedt ook groepstrainingen en -cursussen voor specifieke doelgroepen. De meerwaarde van het groepswerk is de onderlinge steun die mensen van elkaar onder-

vinden. Groepsdeelnemers leren van elkaar en beïnvloeden elkaar in positieve zin. Het groepswerk kan een aanvulling zijn op de individuele hulpverlening. Deelname aan een groep wordt altijd voorafgegaan door een intakegesprek.

Het AMW kan bijvoorbeeld groepsworkshops bieden voor:

- rouwverwerking;
- bevorderen van zelfvertrouwen en assertiviteit;
- depressieve klachten;
- allochtone vrouwen met psychosomatische klachten.

Bron: www.hetamw.nl; Visiedocument MOgroep *Aan beide zijden van de voordeur*; Verwijsinformatie Stichting Maatschappelijke Dienstverlening regio 's-Hertogenbosch

De eerstelijnspsycholoog

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).

Doelgroep

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

- depressie (licht tot matig);
- fobieën, paniekaanvallen, aspecifieke angstklachten;
- (psycho)somatische klachten, o.a. pijnklachten, hyperventilatie, spanningsklachten;
- burn-out of overspannenheid;
- relatie- en seksuele problemen.

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, suicidaliteit uit te sluiten; geen ernstige dwang-, eet- en seksuele stoornissen;
- *ernst van de klacht*: de klacht heeft slechts een matige invloed op iemands functioneren;
- *hulpverleningsgeschiedenis*: wanneer er geen eerdere psychologische behandeling heeft plaatsgehad en/of wanneer eerdere behandeling van overeenkomstige psychosociale problematiek succesvol is afgesloten;
- *draagkracht van de cliënt*: wanneer er voldoende draagkracht is, vanuit

de cliënt zelf en/of het systeem / de omgeving, zodat er geen ernstige ontregelingen, acute crises en psychoses te verwachten zijn.

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, in andere gevallen moet de cliënt zelf betalen. Voor vergoeding door de verzekering heeft de cliënt meestal een verwijfsbrief van de huisarts nodig.

Deskundigheid en werkwijze

De hulp van de eerstelijnspsycholoog is generalistisch, klachtgericht en kortdurend. Goede diagnostiek en indicatiestelling gaan vooraf aan de behandeling, zodat de psycholoog zo nodig kan doorverwijzen naar de tweede lijn. 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 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.

Bron: LVE; www.lve.nl

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de eerste lijn

Algemeen

In het kader van de versterking van de eerstelijns-GGZ zijn er verscheidene projecten gestart waarin de tweedelijns-GGZ de eerste lijn 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 heel 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 hulpverlenings-situatie (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 psychisch 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.

Bron: Bosman, M. en J. de Lange, *De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002; Venneman, B.J.M., *Profiel sociaal psychisch verpleegkundige*. Utrecht: NVSPV, 1998

Meer informatie over *Korte lijnen* is te verkrijgen bij Margot Scholte of Karin Sok, NIZW, telefoon (030) 230 63 11, e-mail m.scholte@nizw.nl, k.sok@nizw.nl of via de website www.nizw.nl/kortelijnen

© 2003 Nederland Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW en Trimbos-instituut

Samenstelling: Julia van den Berg (Trimbos-instituut)

NIZW-bestelnummer E 53259 I

NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail bestel@nizw.nl
Website www.nizw.nl