

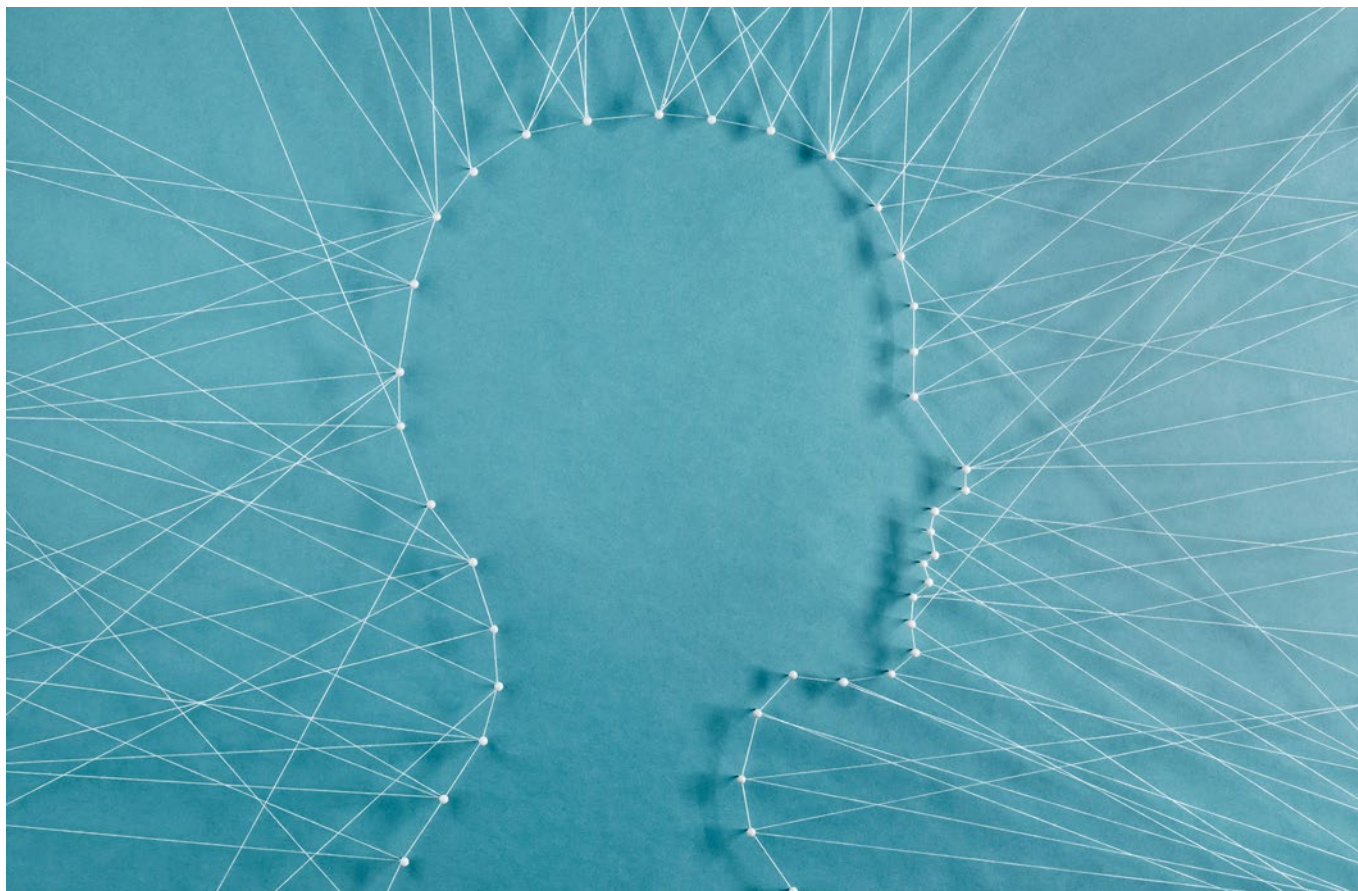
Consultatie bij ggz-vragen, hoe pak je dat aan?

Marian Oud, Anne van Lammeren

Huisartsen en praktijkondersteuners-ggz zetten zich in voor de psychische gezondheid van hun patiënten, maar zitten soms met vragen waarop ze het antwoord niet weten. In zulke gevallen kan consultatie met een ggz-deskundige uitkomst bieden. De kunst is om dan een consultatievraag te formuleren die iets oplevert, wat vraagt om reflectie op de problematiek. Hoe werkt consultatie en hoe kunt u deze het beste organiseren?

In 2014 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de consultatieregeling-ggz.¹ Dankzij deze regeling kunnen huisartsen en praktijkondersteuners-ggz (poh's-ggz) gebruikmaken van de expertise van ggz-deskundigen. Het doel is de patiënt sneller

en doelmatiger te helpen. Consultatievragen gaan over de diagnostiek, verwijsmogelijkheden en behandelopties, zoals het voorschrijven van psychofarmaca bij chronische aandoeningen. Ook kunnen huisartsen en poh's vragen stellen over de bejegening van een als 'moeilijk' ervaren patiënt.² Omdat chronische patiënten steeds meer worden terugverwezen naar de huisartsenzorg, verwachten we dat dit soort vragen zal toenemen. De poh's-ggz hebben behoefte aan een klankbord voor de problemen waar zij tegenaan lopen. Maar niet alle huisartsen hebben de tools of de tijd voor het bespreken van specifieke ggz-problemen. Hiervoor kan de zorggroep oplossingen bieden. In deze nascholing beschrijven we hoe consultatie werkt en hoe u deze kunt organiseren.



Het organiseren van consultaties is een extra stap die huisartsen moeten zetten om ervoor te zorgen dat ze het groeiende aantal ggz-vragen aankunnen.

Foto: iStock

DE KERN

- Consultatie verruimt de mogelijkheid om patiënten met psychische problemen binnen de huisartsenpraktijk te helpen.
- Het organiseren van consultaties is een extra stap die huisartsen moeten zetten om ervoor te zorgen dat ze het groeiende aantal ggz-vragen aankunnen.
- Consultatie kan op drie manieren uitgevoerd worden; het driehoeksgesprek is tegelijkertijd een leerconsult voor de huisarts of praktijkondersteuner-ggz.
- Kaderhuisartsen-ggz hebben goed zicht op de ggz-problemen in de huisartsenpraktijk en kunnen binnen de zorggroep een advies- én consultatiefunctie hebben.

WERKWIJZE

Er zijn drie consultatiemodellen. Het eenvoudigste is het adviesgesprek. Hierbij vraagt de huisarts/poh-ggz advies aan een ggz-deskundige over de diagnostiek of behandeling. Dit kan telefonisch, schriftelijk of face to face.³ Vooraf bespreekt de huisarts/poh-ggz de consultatievraag met de patiënt en vraagt diens toestemming voor een consult. De huisarts/poh-ggz noteert het advies in het HIS, om het vervolgens met de patiënt te bespreken. Hierin verschilt het adviesgesprek van een intercollegiaal overleg, dat vrijblijvender is. Het tweede model betreft een driehoeksgesprek tussen consulent, huisarts/poh-ggz en de patiënt. Voor de huisarts/poh-ggz betekent dit een tijdsinvestering, maar het is ook een leerconsult. De eigen blik wordt verbreed en vaardigheden kunnen worden afgekeken. De meeste patiënten waarderen het dat er goed naar hun problemen wordt gekeken, en consultatie verbetert ook hun therapietrouw.⁴

CASUS 1

De poh-ggz heeft de kaderhuisarts-ggz om advies gevraagd bij de begeleiding van een 32-jarige vrouw met burn-out. Met cognitief gedragsmatige technieken heeft de poh-ggz geprobeerd de patiënt te greep te laten krijgen op haar klachten. Ondanks haar inzet zijn de klachten na zes weken niet verminderd. De poh-ggz vraagt zich af of er onderliggende problematiek is, zoals een gegeneraliseerde angststoornis of persoonlijkheidsproblematiek, en wil dit toetsen in een driehoeksgesprek waarbij zowel de patiënte als de poh-ggz aanwezig is. De kaderhuisarts-ggz vraagt welke acties effectief waren en welke factoren meespelen bij de stagnatie van de behandeling. Vervolgens vraagt hij systematisch naar alle probleemgebieden, waarbij blijkt dat de patiënte alcohol is gaan drinken om te kunnen slapen, wat tot botsingen met haar partner leidt. Zij heeft dit uit schaamte niet eerder verteld en omdat er niet naar gevraagd werd. Er wordt een nieuw behandelplan geformuleerd, waarin het alcoholgebruik wordt aangepakt en haar partner wordt uitgenodigd voor de komende gesprekken.

Dit driehoeksgesprek laat zien hoe een blinde vlek in de differentiële diagnose wordt opgespoord. Door de systematische aanpak ontstaat een nieuwe opening om de door schaamte achtergehouden informatie bespreekbaar te maken en het behandelplan bij te stellen.

In het derde model legt de huisarts/poh-ggz een consultatievraag voor aan de consulent, die vervolgens alleen met de patiënt spreekt, zijn advies uitbrengt en in het keteninformatiesysteem noteert. Dit gesprek vindt plaats in de huisartsenpraktijk of in de praktijk van de consulent. Dit laatste kan een belasting zijn voor de patiënt.

CASUS 2

Een 38-jarige man met een obsessieve-compulsieve stoornis is met cognitieve gedragstherapie en medicatie (fluvoxamine) adequaat behandeld in de tweedelijns-ggz. Inmiddels heeft hij een baan en een relatie. Gezien de stabiele situatie is de patiënt terugverwezen naar de huisarts, die zijn medicatie herhaalt. Nu wil de patiënt weten of hij ook zonder medicatie goed kan functioneren. Eerder was hij zelf met zijn medicijnen gestopt, maar toen waren de dwangklachten teruggekomen. Hij is bang dat het weer misgaat als hij zonder begeleiding afbouwt. De huisarts schakelt de consulent-psychiater in, die uitleg geeft over onttrekkingsverschijnselen en de wijze waarop de medicatie in kleine stapjes afgebouwd kan worden. De patiënt gaat akkoord met een nieuw plan, met begeleiding door de poh-ggz. Hij voelt zich gehoord en kan meebeslissen over de manier waarop hij zijn medicatie zal verminderen, ondersteund door de huisartsenpraktijk.

HELDERE ROLVERDELING

Voorafgaand aan een consultatie vraagt de huisarts/poh-ggz toestemming aan de patiënt om informatie te delen met de consulent, en legt uit dat de consulent een advies geeft en niet de behandeling overneemt. Bij aanvang van het consultatiegesprek met de patiënt gaat de consulent na of de wederzijdse verwachtingen juist zijn afgestemd; in het driehoeksgesprek is dit meer de taak van de huisarts/poh-ggz. De patiënt voelt zich serieus genomen, wat zijn vertrouwen in de behandeling vergroot.⁴

INVESTERING

Consultatie vergt voorbereiding. De huisarts/poh-ggz reflecteert op de casus en stelt zich hierbij toetsbaar op. Hij of zij formuleert de consultatievraag zodanig dat het antwoord tot een nieuw inzicht of perspectief kan leiden. De bedoeling is dat de huisarts of poh-ggz zelf verder kan behandelen, of weloverwogen kan stoppen of verwijzen. Ook de consulent bereidt zich voor, bij voorkeur door inzage in de probleemlijst, de actieve episode en de medicatielijst in het medisch dossier.⁵

WAT MAG DE HUISARTS VAN DE CONSULENT VERWACHTEN?

Een consulent maakt soepel contact, kan exploreren en verdiepende vragen stellen. Hij kan blinde vlekken opsporen en draagvlak zoeken voor een behandelplan. De consulent beantwoordt de consultatievraag en maakt hiervan een beknopte rapportage. Hij houdt zich aan het beroepsgeheim en oordeelt niet over de consultvragers.

IMPLEMENTATIE

Consultaties worden gefinancierd via een opslag op het inschrijftarief, onder de noemer 'module poh-ggz'. Van dit geld kunnen huisartsen consultaties inkoop.⁶ Consultaties vinden

vaak incidenteel plaats en daarom is het gemakkelijker om de logistieke, financiële en juridische afspraken in een groter verband te maken, zoals een zorggroep. De zorggroep heeft een lijst met namen van psychiaters, psychologen of verslavingsartsen met wie tariefafspraken zijn gemaakt. Voor een soepele communicatie is het noodzakelijk dat de consulent en de consultvrager elkaars werkterrein kennen.⁷ Sommige zorggroepen hebben een kaderhuisarts-ggz aangesteld, die verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid op ggz-gebied, een taak als coach of supervisor voor de poh-ggz heeft en intern kan worden geraadpleegd. Samenwerken met een vaste consulent is effectiever en werkt prettig, omdat men elkaars werkwijze leert kennen.⁸ Bovendien verlaagt het de drempel voor huisarts en poh-ggz.

DUURZAME GGZ

Huisartsen willen graag snel en laagdrempelig hulp bieden aan patiënten met psychische klachten. Maar soms is de diagnostiek ingewikkeld of heeft de patiënt vragen waar de huisarts niet direct een antwoord op heeft. Door gebruik te maken van de expertise van een consulent worden deze vragen sneller opgelost. Uit een systematische review bleek dat consultatie met name effectief was in het verminderen van het zorggebruik.^{9,10} De infrastructuur met een kaderhuisarts-ggz in de zorggroep is relatief nieuw en nog in ontwikkeling. Voor de poh-ggz is deze functionaris een toegankelijke gesprekspartner, die goed op de hoogte is van de casuïstiek in de huisartsenpraktijk. De consultatieregeling is nog niet overal in den lande geïmplementeerd. Deels is dit toe te schrijven aan onbekendheid of complexiteit van de financiële afhandeling. Informatietechnologiebedrijven, zoals Ksyos of Vital Health, spelen hierop in door zich aan te bieden als intermediair.¹⁰

CONCLUSIE

Taakverschuiving rond ggz-problemen naar lagere echelons vereist expertise in de huisartsenpraktijk. De consultatieregeling-ggz is hiervoor bedoeld en wordt vergoed via de module poh-ggz. De zorggroep regelt meestal de logistiek en de consulent adviseert de huisarts/poh-ggz. De patiënten worden hierdoor beter geholpen. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies bekostiging POH GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2013.
2. De Vries WJ. Consultatie in de eerste lijn: betweterij of hemels geschenk? Huisarts Wet 2001;44:559-62.
3. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl.
4. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2015;9:CD007193.
5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.
6. Landelijke Huisartsen Vereniging. Toolkit Ggz. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 2017.
7. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. BMC Fam Pract 2016;17:45.
8. Leentjens AFG, Van der Feltz-Cornelis CM, Boenink AD, Van Everdingen JJE en De richtlijnwerkgroep Consultatieve Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. NTVG 2008;152:1914-7.
9. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, AFG Leentjes. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Psychosom Research 2010;68:521-33.
10. Stolk G. De huisarts houdt de regie bij de Consultatieve Dienst en de kosten zijn lager. De Eerstelijns, 2015 juli:8-10. <https://friesland.lhv.nl/actueel/nieuws/ehealt-en-consultatie>.

Oud MJT, Van Lammeren AMDN. Consultatie bij ggz-vragen, hoe pak je dat aan? Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0291-0. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. M.J.T. Oud, huisarts en coördinator Kaderopleiding ggz, m.j.t.oud@home.nl. Universitair Centrum voor Psychiatrie, UMCG, en Faculteit Medische Wetenschappen, Groningen: A.M.D.N. van Lammeren, psychiater en dean Duurzame zorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.