

Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan?

Maartje Bosman, Anja Clement, Wilbert van Acker, Iacomine de Lange

Inleiding

Geestelijke volksgezondheid is altijd een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de huisarts geweest, maar wel een taak die heel verschillend wordt opgepakt. De ene huisarts doet het met meer plezier dan de andere. Niet iedereen weet de weg binnen de huidige grote GGZ-instellingen goed te vinden en bijna iedereen klaagt over te weinig tijd om goed naar het verhaal van de cliënt te kunnen luisteren.

Sinds enkele jaren is het mogelijk een GGZ-verpleegkundige (in de meeste gevallen een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige – spv'er) binnen de praktijk in te zetten. Deze spv'er wordt gedetacheerd vanuit de tweedelijns-GGZ, vanuit een zogenoemd huisartsenproject en houdt (in overleg met de huisarts) een aantal uren per week spreekuur in de praktijk.¹ Een psychiater is beschikbaar voor advies aan de GGZ-verpleegkundigen. Het Trimbos-instituut heeft op initiatief van de Verpleegkundige Advies Raad van GGZ-Den Bosch met subsidie van VWS, onderzocht hoe dat in zijn werk gaat.² Met 3 focusgroepen met GGZ-verpleegkundigen (totaal 20), interviews met huisartsen en 17 anderen werkzaam in de eerste lijn (psychiater, psychologen, algemeen maatschappelijk werkers en doktersassistenten) en door het la-

ten invullen van cliëntgebonden registratieformulieren (totaal 134 formulieren, 462 cliëntcontacten) is de praktijk in beeld gebracht.

Varianten van consultatie

GGZ-verpleegkundigen en huisartsen kunnen verschillend invulling geven aan consultatie. Wij onderscheiden de volgende varianten:

- ▶ consultatie aan de huisarts zonder dat de GGZ-verpleegkundige de cliënt zelf spreekt;
- ▶ consultatie aan de huisarts, na samen de cliënt gesproken te hebben;
- ▶ consultatie aan huisarts na een gesprek van de GGZ-verpleegkundige met de cliënt;
- ▶ advies aan de cliënt door de GGZ-verpleegkundige zonder overleg met de huisarts;
- ▶ consultatie aan andere eerstelijnsdisciplines.

Wanneer verwijzen huisartsen naar de GGZ-verpleegkundige?

Casus

Een huisarts heeft 4 uur per week een GGZ-verpleegkundige in zijn praktijk. De huisarts krijgt de laatste weken meerdere keren mevrouw Krans, 53 jaar, op het spreekuur. Zij heeft een maand geleden een hartinfarct gehad en is angstig. De huisarts stelt haar een gesprek voor met de GGZ-verpleegkundige omdat hij wil weten hoe ernstig de angstklachten van mevrouw Krans zijn en of ze hiervoor doorverwezen moet worden. Wanneer mevrouw Krans akkoord gaat met een gesprek met de GGZ-verpleegkundige, maakt de doktersassistente een afspraak. De huisarts geeft de verpleegkundige vervolgens de nodige achtergrondinformatie.

Zoals in de casus is de meest gestelde vraag van de huisartsen aan de GGZ-verpleegkundigen een bijdrage te leveren aan de diagnostiek. Dit kan zijn om de diagnose te bevestigen die de huisarts zelf vermoedt, de problematiek te inventariseren en de klachten te verduidelijken zowel voor de cliënt als de huisarts. De huisarts heeft vaak te weinig tijd voor een langer gesprek of vindt zich niet deskundig genoeg. GGZ-verpleegkundigen trekken gemiddeld drie kwartier uit voor een gesprek om de problematiek goed in kaart te brengen.

Een huisarts: 'Er moet een inschatting gemaakt worden en de

Samenvatting

Bosman M, Clement A, Van Acker W, De Lange J. Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan? *Huisarts Wet* 2004;47(4):188-91.

Steeds meer huisartsen hebben tegenwoordig een aantal uren per week een GGZ-verpleegkundige in de praktijk die gedetacheerd wordt vanuit de tweedelijns-GGZ. Deze GGZ-verpleegkundige geeft consultatie aan de huisarts, maar neemt ook diens GGZ-taken over. Zo verwijst zij patiënten door, motiveert hen voor verdere hulpverlening of geeft kortdurende begeleiding en behandeling. Ook schoolt zij huisartsen bij op het gebied van de GGZ. De GGZ-verpleegkundigen hebben een belangrijke gids- en brugfunctie tussen de eerste- en tweedelijns-GGZ. De samenwerking en taakafbakening met de huisarts verschilt per praktijk.

Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht: drs. M. Bosman, onderzoeker; drs. J. de Lange, hoofd programma Ouderen; GGZ Den Bosch: A. Clement: sociaal-psychiatrisch verpleegkundige; W.P.A. van Acker, huisarts te Vught.

Correspondentie: m.bosman@ggz-nhn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat is bekend?

▶ Er zijn huisartsenpraktijken waarin GGZ-verpleegkundigen werken, maar het is niet precies duidelijk wat een huisarts van een dergelijke verpleegkundige kan verwachten.

Wat is nieuw?

▶ De functie wordt per praktijk zeer verschillend ingevuld.
▶ Sommige GGZ-verpleegkundigen voeren taken van de tweedelijns-GGZ uit in de eerste lijn.

cliënt moet die onderschrijven. Dit soort communicatie kost tijd en vergt deskundigheid.' Andere huisartsen zeggen: 'Ik heb die vaardigheden wel, maar ik heb de tijd er niet voor. Ik kan een dubbel consult doen maar dan houdt het op.'

Ook wanneer al duidelijk is dat er psychiatrische problematiek speelt, bijvoorbeeld bij psychotische verschijnselen, verwijst de huisarts vaak eerst naar de GGZ-verpleegkundige. De vraag is daarbij of de cliënt in de eerste lijn kan blijven, bijvoorbeeld met medicatie en extra begeleiding. Als er toch een verwijzing moet plaatsvinden, vraagt hij de GGZ-verpleegkundige waar en bij wie de cliënt het best op zijn plaats is. Er zijn echter ook huisartsen die dan liever direct zelf met de psychiater in de tweede lijn overleggen. De GGZ-verpleegkundige kan ook ingezet worden om de cliënt sneller in de tweedelijns-GGZ te krijgen.

Huisartsen schakelen GGZ-verpleegkundigen ook in bij cliënten die niet naar de tweede lijn willen, omdat ze daar eerder slechte ervaringen hebben opgedaan. De huisarts biedt de cliënt op korte termijn een gesprek aan met een tweedelijnswerker in zijn eigen praktijk. Dat wil de patiënt vaak wel. De vraag aan de GGZ-verpleegkundige is de cliënt te motiveren, of zijn beeld van de GGZ bij te stellen. In het onderzoek bestond 37% van de contacten uit motiveren voor verdere hulpverlening (in de eerste en tweede lijn). Daarnaast verwijst de huisarts cliënten voor behandeling door naar de GGZ-verpleegkundige wanneer hij het gevoel heeft zelf op dood spoor te zitten bij de behandeling of begeleiding: bij cliënten met somatische fixaties, claimende cliënten, of cliënten die voortdurend terugkomen met klachten van psychosociale of psychiatrische aard. De vraag aan de GGZ-verpleegkundige was dan: 'Kan jij er iets mee?'

Ten slotte vragen huisartsen ook wel supervisie voor een cliënt: bij wijze van deskundigheidsbevordering in de eigen praktijk. Een huisarts uit het onderzoek vond het 'sturen' (hem een duwtje in de

rug geven) als hij het niet meer weet, steeds belangrijker worden: '50% van consultatie is gewoon scholing van de huisdokter'.

Welke cliënten?

Het terrein van GGZ-verpleegkundigen binnen de huisartsenpraktijk is niet duidelijk afgebakend. Vaak gaat het om psychosociale problemen met stemmingsklachten, maar ook psychiatrische en verslavingsproblemen komen voor. Onderstaande citaten van huisartsen illustreren de 'scheidslijn' tussen wel of niet doorverwijzen:

Als ik iemand heb met bijvoorbeeld echte depressieve symptomatologie in het kader van een burn-out, dan denk ik: dat is iets voor de GGZ-verpleegkundige om te begeleiden. Zij kan uitzoeken wat erachter zit en wat meer praktische adviezen geven. Het is de eerste keer dat dit deze persoon overkomt, dus waar komen deze depressieve en insufficiëntiegevoelens vandaan? Is het zijn persoonlijkheidsstructuur die hem voor de voeten loopt? Dan denk ik: dat moet de GGZ-verpleegkundige inventariseren. Dan krijg ik een deskundig advies waar die cliënt thuishoort.

Tekening: Jeroen Zaat

Gewoon acute, emotionele problematiek met een duidelijke oorzaak zoals relatieproblematiek, of een echtscheiding die er aan staat te komen. Mensen raken in paniek, zien het niet meer zitten, die gevallen los ik zelf op. Dat noem ik vaak 'gelegenheidsproblematiek'.

Wat doen GGZ-verpleegkundigen?

Casus: eerste gesprek

Mevrouw Krans komt samen met haar man en haar getrouwde dochter, 35 jaar, op het spreekuur van de GGZ-verpleegkundige. De dochter vertelt dat haar moeder haar heel vaak opbelt omdat ze zich niet goed voelt. De dochter, bang dat er iets aan de hand is, gaat dan zo snel mogelijk naar haar moeder. Eenmaal daar valt het toch allemaal mee. Mevrouw zelf zegt hierover dat zij zich op zo'n moment akelig voelt en bang is iets te krijgen. Ze wil dan niet alleen gelaten worden en vraagt de dochter bij haar te blijven. De heer Krans zegt dat ze altijd al zo is geweest, dat het alleen erger is geworden sinds haar recente hartinfarct. De dochter probeert haar moeder zo goed mogelijk te verzorgen, maar ze weet het alle-

maal niet meer. Ze barst in tranen uit. Ook mevrouw Krans en haar man beginnen te huilen.

De GGZ-verpleegkundige stelt voor de moeder en de dochter apart terug te laten komen voor een gesprek zodat ze ieder hun eigen verhaal kunnen vertellen. Zij koppelt haar bevindingen en verder beleid mondeling terug naar de huisarts.

De GGZ-verpleegkundigen maken allereerst een probleemanalyse met de huisarts of met de cliënt. Ze inventariseren en verhelderen de klachten in één of twee oriënterende gesprekken met de cliënt, eventueel samen met iemand uit zijn omgeving. Ze koppelen hun bevindingen terug naar de huisarts.

De GGZ-verpleegkundige uit het praktijkvoorbeeld laat de moeder en de dochter individueel terugkomen op haar eigen spreekuur. Zij vindt dat voor een goede probleemanalyse en het voorkómen van verergering van de problematiek beiden meer tijd en aandacht moeten krijgen. Omdat de huisarts te weinig tijd heeft voor uitgebreide gesprekken neemt ze zelf de begeleiding op zich.

Om zelf niet overspoeld te raken met de begeleiding van cliënten die niet bij hen thuishoren bekijken GGZ-verpleegkundigen kritisch of een cliënt terugverwezen kan worden naar de huisarts voor verdere begeleiding.

Bij ongeveer een derde van de 462 geregistreerde contacten was een éénmalig gesprek met de GGZ-verpleegkundige voldoende om de cliënt weer 'op de rails te zetten'. Elf procent van de cliënten werd direct na het eerste gesprek terugverwezen naar de huisarts – jeugdigen en ouderen relatief vaker dan volwassenen. In een kwart van de gevallen vroeg de GGZ-verpleegkundige de cliënt bij haar terug te komen en in 19% van de cliëntcontacten verwees zij door naar de tweedelijns-GGZ (tabel 1).

Tabel 1 Verwijzingen door de GGZ-verpleegkundigen per leeftijdscategorie in procenten*†

	Jeugd (n=30)	Volwas- senen (n=404)	Ouderen (n=24)	Totaal (n=458)
Terug naar de huisarts voor vervolg	20	10	21	11
Naar maatschappelijk werk	3	6	8	6
Naar eerstelijnspsycholoog	3	10	4	9
Naar anderen in de eerste lijn	17	5	0	5
Naar tweedelijns-GGZ	10	20	4	19
Vervolgcontact GGZ-verpleegkundige	7	25	38	25
Niet verwezen: blijft bij eenmalig gesprek	40	29	29	29

* Een overschrijding van de 100% betekent dat de GGZ-verpleegkundigen soms een cliënt naar een andere discipline verwezen en in afwachting hiervan een vervolgcontact afspraken.

† Het betrof 33 praktijken in één regio waar 10 GGZ-verpleegkundigen gedurende 13 weken een totaal van 462 cliëntcontacten registreerden.

Naast verwijzing en begeleiding geeft de GGZ-verpleegkundige cliënten, familieleden, huisartsen en andere hulpverleners advies en informatie over de klachten en mogelijkheden om daar wat mee te doen zowel binnen als buiten de GGZ. Alle GGZ-verpleeg-

kundigen vinden dat zij in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor het geven van een deskundig advies. Een deel van hen voelt zich bovendien verantwoordelijk voor wat de huisarts of de cliënt vervolgens met dat advies doet.

Bij meer complexe problematiek met (een vermoeden van) een psychiatrisch karakter verwijzen GGZ-verpleegkundigen naar de tweedelijns-GGZ, soms na overleg met een specialist in de tweede lijn. Enkeligen hadden de mogelijkheid om een cliënt op korte termijn voor een eenmalig gesprek naar een psychiater van het consultatieproject te verwijzen.

Casus: de individuele gesprekken

Uit het gesprek met mevrouw Krans blijkt dat haar angstklachten zijn toegenomen en dat zij af en toe hyperventileert. Op deze momenten belt ze haar dochter op.

Op het advies van de GGZ-verpleegkundige schrijft de huisarts fysiotherapie voor om ademhalingstechnieken aan te leren. De GGZ-verpleegkundige spreekt met mevrouw Krans af dat zij na twee en vier weken terugkomt voor een begeleidingsgesprek.

Tijdens het gesprek met de dochter blijkt dat deze naast allerlei lichamelijke klachten, geen eetlust heeft en veel is afgevallen. Uit eerdere lichamelijke onderzoeken is niets gekomen. De dochter maakt een zeer gespannen indruk en blijkt bij doorvragen forse depressieve klachten te hebben.

De GGZ-verpleegkundige bespreekt met de huisarts de mogelijkheid een antidepressivum voor te schrijven. De huisarts schrijft mirtazapine voor. Daarnaast verwijst de GGZ-verpleegkundige de dochter naar het algemeen maatschappelijk werk voor een assertiviteitstraining. Ter ondersteuning bij de problematiek, in afwachting van het aanslaan van de medicatie en van de start van de training biedt de GGZ-verpleegkundige de dochter een aantal begeleidingsgesprekken aan.

In deze casus houdt de GGZ-verpleegkundige de cliënten ook zelf in begeleiding. Zij ondersteunt de cliënt, erkent diens problematiek en begeleidt het medicatiegebruik. In het onderzoek lag bij 65% van de cliëntcontacten het accent op een vorm van begeleidingen (tabel 2). GGZ-verpleegkundigen onderhouden ook contact met een cliënt in afwachting van het vervolgtraject, met name bij risicogroepen als zorgmijders. Een GGZ-verpleegkundige omschrijft haar interventie bij een kortdurende behandeling als volgt:

Ik ga met iemand bijvoorbeeld op zoek naar wat er speelt, waar loopt iemand tegenaan. Met therapeutische interventies zet je iemand zelf aan het werk om iets te gaan doen, te onderzoeken, of in gesprek te gaan met deze of gene. Maar je probeert toch ook aan de slag te gaan met op verandering gerichte zaken. Dat kan in een paar gesprekken en dan kan iemand daar weer verder mee.

Tabel 2 Interventies van de GGZ-verpleegkundigen bij cliënten met wie zij meer dan één keer contact hadden per leeftijdsgroep als percentage van het totale aantal contacten

	Jeugd (n=30)	Volwas- senen (n=404)	Ouderen (n=24)	Totaal (n=458)
Kortdurende therapie	10	28	54	28
Begeleidingsgesprekken	27	12	13	13
Motiveren voor eerstelijnsbehandeling	10	9	4	9
Motiveren voor tweedelijnsbehandeling	3	15	25	15
Totaal	50	64	96	65

Casus: verloop

Wanneer mevrouw Krans na vier weken terugkomt bij de GGZ-verpleegkundige, vertelt zij dat het beter gaat. Ze heeft weer meer vertrouwen in haar lichaam. Wel is zij soms erg boos op haar dochter die veranderd is in de omgang met haar. Mevrouw blijkt niet te kunnen reflecteren.

De GGZ-verpleegkundige geeft mevrouw een pragmatisch advies, namelijk om haar hobby 'kienen' weer op te pakken. Deze raad volgt mevrouw op. Het biedt haar wat afleiding en geeft rust voor haar dochter en man.

Na 14 weken en 5 gesprekken vertelt ook de dochter dat het goed gaat met haar. Ze gebruikt het antidepressivum en is 5 kg aangekomen waar ze erg blij mee is. Door de gesprekken met de GGZ-verpleegkundige en de assertiviteitstraining kan ze wat beter voor zichzelf zorgen en grenzen stellen. Ook durft ze af en toe nee te zeggen tegen haar moeder.

De GGZ-verpleegkundige stopt met de begeleiding van mevrouw Krans en haar dochter. Ze schrijft voor de huisarts een verslag van haar bevindingen en de gemaakte afspraken.

De meerwaarde van een GGZ-verpleegkundige in de praktijk

In Nederland is nog geen effectonderzoek verricht naar de inzet van een GGZ-verpleegkundige in de praktijk. Uit een Canadees onderzoek komt naar voren dat er 45% minder wordt verwezen naar de tweede lijn en efficiënter en selectiever gebruikgemaakt wordt van de tweede lijn doordat de GGZ-verpleegkundigen een intake in de eerste lijn doen.³

Als poortwachter van de GGZ komt de huisarts nogal eens klem te zitten wanneer de deuren van de GGZ gesloten blijven of er wachtlijsten zijn. Als er GGZ-verpleegkundigen als intermediair tussen eerste en tweede lijn gaan fungeren, komt daar verbetering in.

De geïnterviewden noemen als voordelen dat de kwaliteit van en de tijd voor cliëntencontacten toeneemt. Het contact met de GGZ-verpleegkundige is laagdrempelig en niet stigmatiserend. De lijnen naar de GGZ worden korter en persoonlijker en cliënten worden gerichter doorverwezen en meer gedoseerd, bijvoorbeeld alleen voor diagnostiek of medicatie. Bovendien kunnen cliënten

in een vroeg stadium met een kortdurende interventie in de eerste lijn geholpen worden. Ten slotte wordt de huisarts op een gemakkelijke manier bijgeschoold.

Is de huisarts de poortwachter, de GGZ-verpleegkundige treedt op als gids binnen de GGZ. Zij vervult de rol van bruggenbouwer tussen eerste en tweede lijn. De beeldvorming over elkaars werk wordt bijgesteld, er is meer respect voor elkaar en de contacten over en weer verbeteren. Huisartsen hebben het gevoel dat de tweedelijns-GGZ zich meer verantwoordelijk gaat voelen voor de GGZ-cliënten in de eerste lijn. Zoals een huisarts zegt:

De winst zit in de verbeterde kwaliteit van de consulten, meer psycho-educatie en cliënten die zelf de draad weer oppakken door de vroege interventie. Relatief korte en vroegtijdige interventies kunnen voorkomen dat iemand GGZ-cliënt wordt en dat eventuele verdere schade ontstaat.

De GGZ-verpleegkundigen ('oude rotten' in het vak met een gemiddelde ervaring van zeventien jaar), vinden het werk in de eerste lijn een interessante uitbreiding van hun professie.

Het grote verschil in invulling van de functie door de GGZ-verpleegkundigen uit het onderzoek, stemt ook tot nadenken. Er zouden dan ook richtlijnen moeten komen voor het handelen van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.

Er zijn bovendien veel verschillen in opvatting over de samenwerking tussen de huisartsen en de GGZ-verpleegkundigen. Onduidelijk voor verpleegkundigen is of zij zelf initiatief moeten nemen om de huisarts op de hoogte houden en te stimuleren zelf GGZ-taken op zich te nemen en hem daarbij te ondersteunen en 'op te voeden'. Of moeten zij de huisarts ontlasten, taken van hem overnemen en zich voegen naar zijn behoeften? Overbelasting en tijdgebrek van de huisarts spelen daarbij een rol. Dit zou volgens de GGZ-verpleegkundigen en sommige huisartsen ertoe kunnen leiden dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid over GGZ-taken uit handen geeft. Dat vinden zij niet wenselijk. Andere huisartsen zien juist voordelen: zij krijgen meer tijd, raken meer betrokken bij de GGZ en cliënten met GGZ-problematiek en voelen zich door de tweedelijns-GGZ meer gesteund waardoor ze zelf (weer) meer gaan doen op dit terrein.

Literatuur

- 1 Zantinge EM, Verhaak PFM, Van den Berg JF, Voordouw I. Tussenrapportage monitoring consultatieve projecten. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, Interne publicatie project Tussen de Lijnen, 2002.
- 2 Bosman M, De Lange J. De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken. Trimbos-reeks 2002-04. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- 3 Kates N, Craven M, Crustdo AM, Nikolau L, Allen C. Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. Gen Hosp Psychiatry 1997;19:324-32.

De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken van M. Bosman en J. de Lange is te bestellen bij het Trimbos-instituut onder vermelding van Trimbos-reeks 2002-04.