

Notitie:

Standpuntbepaling van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) inzake de inschakeling van ggz-verpleegkundigen/sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de eerstelijns gezondheidszorg

Van : F. Bosch, D. Nieuwpoort

Datum: 7 maart 2003

1. Aanleiding

De LVE is blij met de aandacht en inzet van de landelijke overheid i.c. het ministerie van VWS voor de versterking van eerstelijns GGZ. De LVE ondersteunt de genomen initiatieven dan ook van harte.

De introductie van de ggz-verpleegkundige is door de LVE is in eerste instantie als versterking van de eerstelijns GGZ ontvangen, inmiddels staat de LVE hier met gemengde gevoelens tegenover.

De LVE is met het Ministerie van VWS van mening dat de ggz-verpleegkundige¹ een nuttige bijdrage kan leveren aan de consultatie aan de huisarts en andere partners in de eerstelijns GGZ, naast het vervullen van een brugfunctie naar de tweedelijns GGZ. Moeite heeft de LVE echter met het feit dat de ggz-verpleegkundige veel meer zaken is gaan doen dan de bedoeling was. Zij voeren o.a. kortdurende behandelingen uit in de eerste lijn. Ons inziens zijn dit nu juist taken die vervuld worden door het maatschappelijk werk en de daartoe gekwalificeerde eerstelijns psycholoog. Tevens heeft de LVE sterk de indruk, dat de introductie van de verpleegkundige in de eerstelijns door de tweedelijns welhaast een vrijbrief lijkt te betekenen voor ongeremde, gesubsidieerde marktvervaging en oneigenlijke concurrentie; met alle gevolgen van dien. Let wel, de LVE is voorstander van enig marktdenken en concurrentie, al is het alleen maar als stimulans voor voortdurende kwaliteitsverbetering, maar de voorliggende ontwikkeling werkt contraproductief naar onderlinge verhoudingen en uiteindelijk voor de cliënt.

Onze kritiek omvat de 'verwording' van een goedbedoelde regeling, o.a.: het gevaar van onnodige verwijzingen naar de tweedelijns GGZ, de vereiste deskundigheid en opleiding van de ggz-verpleegkundige met betrekking tot het diagnosticeren en behandelen van psychosociale problematiek, medicalisering, de controle op de uitvoering, de organisatorische inbedding en het oneigenlijk gebruik van middelen. In deze notitie is een bijlage opgenomen met genummerde literatuur ,citaten en achtergrondmateriaal, waarnaar wordt verwezen.

¹ Bij ons is ook enige begripsverwarring ontstaan. In een aantal notities wordt gesproken over de spv-er in de eerste lijn. In andere publicaties wordt gesproken over de ggz-verpleegkundige. Wij gaan er vanuit dat het gaat om dezelfde personen, dus gebruiken wij ze in deze notitie ook door elkaar.

2. Achtergrond

2.a. Consultatieregeling en ggz-verpleegkundigen (ggz-er)

De uitdrukkelijke bedoeling van de consultatieregeling is, dat de eerstelijns GGZ versterkt wordt en de daarin reeds werkzame hulpverleners ondersteund.

Onder eerstelijns wordt verstaan: de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologen. Achter de introductie van de regeling - inclusief de ggz-er in de eerste lijn - zit een bedoeling: het dient een afgebakende functie te vervullen naar andere eerstelijns partijen en een intermediaire als nodig.

De ggz-er in de huisartsenpraktijk is een betrekkelijk nieuwe functie en is vooral samen met de consultatieregeling opgekomen. De functie kan als zodanig een versterking betekenen van de eerste lijn. De ggz-er geeft consultatie aan de huisarts e.a. en vervult een brugfunctie naar de tweedelijns GGZ. Sinds 1999 is het aantal huisartsenpraktijken met een ggz-er snel toegenomen (zie persbericht ggz-verpleegkundigen, 2003 (1). De tussenrapportage van het Trimbosinstituut, "Versterking eerstelijns gezondheidszorg bij psychische problematiek" 28-01-2003 (15), geeft o.i. een goed beeld van de huidige werkwijze van de ggz-er evenals de Rapportage 2002 van het Diaboloproject ,Boer, 2003 (18).

2.b. Eerstelijns psychologen (elp-er) en eerstelijns psychologische zorg (EPZ)

De eerste vormen van samenwerking tussen huisartsen en eerstelijns psychologen zijn gestart in de zeventiger jaren .

In 1983 is de NIP-werkgroep 'Eerstelijns psychologen' opgericht (de voorloper van de LVE) (3) O.a. de regio Kennemerland vervulde een voortrekkersfunctie omdat daar vanaf 1980 een vergoeding werd gegeven door het regionale ziekenfonds. (Jaarverslag ziekenfonds Spaarneland ,1983 (2); Nota Geestelijke Volksgezondheid Ministerie van WVC,1984 (4). In 1984 heeft het ministerie al experimenten aangekondigd met psychologen in de eerste lijn. Financiële middelen werden toen echter (nog) niet vrijgemaakt, ondanks een nadrukkelijk verzoek van NIP en NHG (zie standpuntbepaling NIP en NHG (5). De elp-ers hebben in de jaren daarna op eigen kracht en zonder financiële steun van de overheid toch een landelijk dekkend netwerk opgebouwd. De LVE telt momenteel ruim 1250 leden . Inmiddels worden de meeste behandelingen vergoed door het aanvullingsfonds van de zorgverzekeraars. In 1999 sloot de LVE een convenant met de landelijke organisaties van huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk (LHV en VOG, nu MO-groep). Deze organisaties publiceerden een brochure: "De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief, LHV, VOG en LVE, 2000" (8). Mede op grond van deze notitie gaf de minister subsidie voor verbetering van de kwaliteit en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. De ontwikkelingen zijn in een stroomversnelling geraakt nadat het ministerie van VWS de huisarts samen met de elp-er en de algemeen maatschappelijk werker (amw-er) de positie gaf als poortwachter voor de GGZ.

Tweede Kamerlid Buijs (CDA) diende op 13 maart 2002 een motie in om de hulp van eerstelijns psychologen op te nemen in het basispakket van het ziekenfonds (motie Buijs, 2002 (7). Deze motie werd Kamerbreed aangenomen en als fungeerde vervolgens als leidraad voor regeringsbeleid. Het College voor zorgverzekeraars

(CvZ) is bezig met een Uitvoeringstoets “Eerstelijns psychologische zorg in het ziekenfondspakket ,2003 (17). Het CvZ ziet geen grote knelpunten te zien bij opname van de eerstelijns psychologische hulp in de ziekenfondsverzekering.

Wel acht het CvZ van belang, dat er een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen eerste en tweedelijns zorg. De minister wil in het verstrekkingenbesluit opnemen dat de EPZ niet vanuit een tweedelijns instelling geleverd mag worden.

De LVE loopt door samenwerkingsafspraken en het uitvoeren van verschillende programma's op deze ontwikkelingen vooruit om de kwaliteit (de doelmatigheid en doeltreffendheid) van de elp-hulp verder te verbeteren.

Onderzoeken uit de jaren '80 in binnen en buitenland gaven reeds duidelijke indicaties dat kortdurende psychologische hulp leidt tot vermindering van medische consumptie (zie o.a. Derksen, “De samenwerking tussen huisarts en psycholoog”, 1987(6). Recent is met financiële middelen van het ministerie van VWS onderzoek uitgevoerd door de bureaus HHM (11), Bartels (12). Trimbosinstituut (10) en het NIVEL (9 en 13). Uit deze onderzoeken blijkt dat de elp-ers op veel vlakken voldoen aan de verwachtingen. Zij werken kortdurend en eclecticisch; een navenant deel van de cliënteel heeft een laag opleidingsniveau; elp-ers doen zeer veel aan bij- en nascholing, er is draagvlak binnen de LVE voor een ingezet kwaliteitsprogramma en de samenwerking binnen de eerste lijn leidt tot een verschuiving van behandelingen van tweede naar eerste lijn.

Gezien bovenstaande onderzoeken is het curieus dat de heer C Boer van het Diaboloproject tot een geheel andere conclusie komt mbt de eerstelijnspsychologen: “De ELP is een betrekkelijk nieuwe partner in de GGZ die nog onvoldoende bewust lijkt te zijn van de veranderende wereld van zorgverlening” (18)

3. Problemen en spanningen

Het gevaar van een onnodige verwijsstroom naar de tweede lijn

Er is een gevaar dat er een onnodige (en ongewenste?) verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ ontstaat, terwijl deze de nodige kwantitatieve en kwalitatieve problemen kent, die om een oplossing vragen in diezelfde tweede lijn. Tevens is ons opgevallen dat doorverwijzing naar elp-er of andere partijen niet of met mate plaatsvindt, alleen al omdat ze niet zijn opgenomen in verwijsprotocollen (o.a. Noord-Limburg) “ De komst van de SPV in de eerste lijn heeft , op sommige plaatsen, gemaakt dat de ELP letterlijk brodeloos zijn geworden” (Boer 2003). Daarnaast vragen wij ons af of de voorgestelde positionering van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv-er) in de eerste lijn wel leidt tot vermaatschappelijking van de GGZ en wijzen daarbij tevens op het gevaar van medicalisering.

De ggz-verpleegkundige richt zich te veel op zichzelf, op de huisarts en niet op de elp-er en amw-er

Wij constateren, dat in de projecten die momenteel gevolgd worden, de spv-er zich i.t.t. de bedoeling van de consultatieregeling m.n. richt op de huisarts en niet op de elp- en amw-er. Daar waar dat niet mogelijk is, bij gebrek aan andere eerstelijns partijen is dat verklaarbaar, anders niet. De elp-ers participeren - daartoe uitgenodigd - waar mogelijk in verschillende samenwerkingsprojecten: Korte lijnen, Tussen de lijnen, Diaboloproject. De LVE spant zich daar voor in. Met huisarts- en algemeen

maatschappelijk werkorganisaties zijn duidelijke afspraken gemaakt over samenwerking en rapportage. Ook constateren wij dat menig spv-er zich onder de vlag van de regeling een inhoudelijke positie en werkwijze aanmeet die voorbijgaat aan de afspraken en bedoelingen, los van het medicaliserend (zie voorgaand) en beroepsvervagend effect (zie 15).

Het gevaar van indicatievervaging

Wij constateren dus reeds dat veel spv-ers taken vervullen – en dus overnemen - die momenteel door elp-ers en amw-ers worden vervuld, zoals kortdurende behandeling van psychische en psychosociale problemen. In die zin is er sprake van indicatievervaging. Het CvZ acht het van belang “*dat er een strikte indicatietelling plaatsvindt. Daarbij is het van belang dat de hulpvraag aansluit bij de hulp die bij EPZ bedoeld is*”(zie (17) Uitvoeringstoets, “Opname van eerstelijns psychologische zorg in het ziekenfondspakket “, CvZ, 2003). Wij zijn van mening dat dit laatste ook geldt voor andere disciplines in de eerste en de tweede lijn, dus ook voor de ggz-er/spv-er.

Ter verduidelijking de taken en werkwijze van de elp-er:

De elp-er rekt psychodiagnostiek en indicatiestelling, kortdurende generalistische behandeling, begeleiding en advisering tot zijn taakgebied. De cliënteel omvat over het algemeen “normalen” (GAF-schaal, hoger dan 50).

De LVE is van mening dat bij samenwerking in de eerste lijn maximaal gebruik gemaakt moet worden van de deskundigheid van de verschillende disciplines. De elp-er heeft veel kennis en ervaring bij kortdurende behandeling en psychodiagnostiek... Om de invloed van psychische factoren op de klachten van de cliënt te kunnen vaststellen, dient er allereerst psychodiagnostiek plaats te vinden. Het behoeft geen betoog dat de psycholoog voor de psychodiagnostiek een uitgebreid en gevarieerd arsenaal aan diagnostische instrumenten heeft ontwikkeld dat - afhankelijk van de vraagstelling - toegepast kan worden binnen een meer uitgebreide assessment. Van de zijde van de huisarts wordt informatie verkregen over de aspecten van de cliënt, waarover de huisarts deskundig en ervaren is. Van de amw-er is informatie over het sociaal verband en de sociale en materiële leefwereld van de cliënt van belang.

De opleiding van ggz-verpleegkundige schiet te kort.

Wij zijn van mening dat de opleiding van de spv-er, ondanks de ‘korte’ bijscholing (zie 15), niet is afgestemd op de diagnostiek en behandeling van psychosociale problematiek.

Alle elp-ers zijn universitair opgeleid, zijn geregistreerd als ggz-psycholoog (BIG), zijn extra eerstelijns gekwalificeerd (zie bijlage competenties van de ggz-psycholoog en gekwalificeerd eerstelijns psycholoog, Lamers 2003 (11) Tevens zijn zij als lid van de LVE georganiseerd met het oog op supervisie, intervisie en andere inhoudelijke en organisatorische voorwaarden voor kwaliteitsbeleid.

De eenzijdige oriëntatie op de huisartspraktijk

Ons is gebleken (15,18) dat er i.t.t. tot de uiterst sympathieke bedoeling van de overheid en partijen inzake de versterking van de eerstelijns GGZ, een bovenmatige oriëntatie plaats heeft gevonden op de huisartsenpraktijk en nog steeds plaatsvindt. Dit betekent dat er dus geen sprake is van versterking van de gehele eerste lijn, zoals bedoeld. Tot slot geeft de oneigenlijke inzet van spv-ers op deze wijze in de eerste lijn voor de korte termijn een opluchtend effect voor (alleen) de huisarts. Voor de lange termijn lost het niets op.

Ondoelmatig gebruik van middelen en verstoring van de markt

Het inzetten van middelen met oneigenlijke en/of onvolledige gevolgen als resultaat, is niet goed en geldverspilling. Het kan niet zo zijn dat (nieuwe) standplaatsen van spv-ers in de eerste lijn, m.n. bij huisartsen, bijna volledig worden bekostigd met gemeenschapsmiddelen. Anders gezegd: interne en/of reorganisatieproblematiek in de tweede lijn mag geen leidraad zijn voor de inzet van de middelen. Een op deze wijze vanuit de tweede lijn gefaciliteerde en ingevulde inzet met menskracht, financiële middelen en organisatorische inbedding leidt tot spanningen, inhoudelijke vertroebeling en onderling scheve verwachtingen en verhoudingen. Onder de noemer marktwerking vindt op deze wijze in feite marktverstoring plaats, aangezien genoemde instellingen en spv-ers bijvoorbeeld al geen ondernemersrisico dragen, vergelijkbaar met de vrijevestigden.

4. Standpunt van de LVE

Er dient tussen ggz-ers, elp-ers en amw-ers een duidelijke taakafbakening te komen en te worden (her)bevestigd. Hierbij gaan wij uit van de aanbevelingen die het drie partijenoverleg onlangs gaf naar aanleiding van een signaal vanuit het project Korte Lijnen over de rol van de spv-er in de eerste lijn (zie 16)

Consultatieprojecten / GGZ-Nederland / Diaboloproject moeten t.a.v. spv-ers in de eerste lijn meer aandacht geven aan de inhoudelijke positionering in die eerste lijn, het contactleggen met amw en elp en het beter benutten van verwijsmogelijkheden in diezelfde eerste lijn. Ook moet er meer informatie komen over de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van de spv-ers in *en* voor de eerste lijn.

Aanbevelingen:

- alle huidige en toekomstige projecten dienen te worden geregeld d.m.v. regionale *convenanten*, waarin vervat: doel, inhoud, werk- en communicatiewijze, organisatie, middelen, conform landelijke afspraken hieromtrent (zie o.a. Den Haag e.a.);
- de *plaats en rol* van de spv-er die met de projecten wordt gecreëerd, dient niet de totstandkoming van een nieuwe functie in de eerste lijn;
- de mogelijkheid van (meer) spv-ers in de eerste lijn dient vooral in een *inhoudelijk* perspectief geplaatst te worden;
- de inzet dient uitdrukkelijk als bijdrage aan de *versterking* van de eerste lijn, resp. het *verbeteren van de communicatie* tussen eerste en tweede lijn;
- de middelen dienen *doelmatig en doeltreffend* te worden ingezet conform de bedoeling;
- *monitoring* van de projecten dient strakker te geschieden, uitgaande van landelijk gemaakte afspraken.

Tot slot

De LVE wil graag een constructieve bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de eerstelijns GGZ.

Naast de huisarts, de algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijns psycholoog is wat ons betreft zeker plaats voor ggz-ers, mits deze zich houden aan de taken waarvoor zij zijn aangewezen en opgeleid. Zij dienen er ook rekening mee te houden dat de andere eerstelijns disciplines de afgelopen 25 jaar al veel ervaring hebben

opgebouwd met de behandeling van psychische en psychosociale problemen en samenwerking in de eerste lijn.

Wij zijn gaarne bereid om bestuurlijk overleg te hebben met de Landelijke organisatie van Praktijkverpleegkundigen e.a. om (verdere) landelijke en regionale samenwerking te stimuleren en coördineren.

FB/DN

LITERATUUR EN CITATEN:

1)GGZ-verpleegkundige bij huisarts vervult belangrijke brugfunctie (Persbericht Trimbosinstituut 2002)

“De GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk is nog een betrekkelijk nieuwe functie. Het ministerie van VWS stimuleert vanaf 1999 versterking van de eerstelijns-GGZ. Sindsdien is het aantal huisartspraktijken met een GGZ-verpleegkundige snel toegenomen, maar over de precieze inhoud van de functie, hun taken, de taakafbakening en de samenwerking met andere disciplines was nog weinig bekend”.

Dat is nu in kaart gebracht door GGZ-verpleegkundigen uit drie verschillende regio's het woord te geven in zogenaamde focusgroepen en door individuele interviews met huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen, psychiaters en doktersassistenten.”

2)Ziekenfonds Spaarneland : Jaarverslag (1983)

“Gebleken is dat de psychologische hulp een reële versterking van de eerste lijn betekent, waardoor de verzekerden sneller en beter geholpen kunnen worden, dan wanneer verwijzing naar tweede lijnsvoorziening zou hebben plaatsgevonden”

3)Werkgroep Eerstelijnspsychologen van het NIP:

De psycholoog in de eerste lijn 11. Nederlands Instituut van psychologen, 1984

4)Ministerie van WVC: Nota Geestelijke Volksgezondheid(1984)

“ Gegevens van het Nederlands Instituut van psychologen laten zien dat op dit ogenblik een kwart van de huisartsen met een eerstelijnspsycholoog samenwerkt. Over het aantal cliënten dat via de huisarts bij eerstelijnspsychologen terecht komt zijn nog geen getotaliseerde cijfers bekend. Gewezen kan wel worden op regionaal verzamelde cijfers zoals bijvoorbeeld de regio Zuid Kennemerland .Daar werken elf eerstelijnspsychologen samen met ruim 70 huisartsen waarbij per jaar ongeveer 1200 mensen gebruik maken van de diensten van de psychologen. Uit de praktijk in die regio blijkt dat het merendeel van de cliënten gerekend moet worden tot de lagere sociaal-economische milieus, die binnen de bestaande andere voorzieningen in de eerste lijn en de ambulante geestelijke volksgezondheid (AGGZ) een niet toereikend antwoord krijgen op hun hulpvraag” (Ministerie van WVC, 1984).

5)Nederlands Huisartsen Genootschap en Nederlands Instituut van Psychologen : Standpuntbepaling van het NHG en NIP inzake het op experimentele basis inschakelen van een beperkt aantal psychologen in de ELGZ in de periode 1986- 1990

NHG en NIP: WHP 85-30

6)J. J. L. Derksen: De samenwerking tussen psycholoog en huisarts.Swets & Zeitlinger B.V.Lisse,1987

7)Motie van de heer Buijs (CDA) (13-03-2002)

*“De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat de wachttijden in de GGZ-sector te lang zijn en de druk op de eerstelijns-GGZ te groot is;
van mening dat versterking van de eerstelijns-GGZ noodzakelijk is en de eerstelijnspsycholoog de druk op eerste- en tweedelijns-GGZ kan verminderen;
draagt de regering op de eerstelijnspsycholoog in het basispakket op te nemen en de Kamer op korte termijn een uitgewerkt voorstel te presenteren,
en gaat over tot de orde van de dag.”*

8)De eerstelijns-GGZ in perspectief (LHV, LVE, VOG 2001)

9)De GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts ,NIVEL (2000)

De onderzoekers concluderen :

“(..) dat samenwerking met de eerstelijns (AMW of ELP) huisartsen ondersteunt of stimuleert tot het gericht en gedifferentieerd verwijzen bij psychische problematiek. Het gevolg is dat samenwerking ertoe bijdraagt dat meer psychische problematiek in de eerste lijn behandeld wordt. De samenwerking tussen huisarts en eerstelijns (AMW of ELP) leidt tot een verschuiving in de eerstelijns (met behoud van kwaliteit). Als er niet samengewerkt wordt, gaat 50% van de verwijzingen naar de eerstelijns; samenwerking kan deze verwijsstroom tot +/- 50% verhogen.”

10)Trimbosinstituut(2002): De eerstelijnspsycholoog gevolgd:

Belangrijkste conclusie van de studie is dat de eerstelijnspsychologen op veel vlakken voldoen aan de verwachtingen.

Zij blijken jong te zijn, werken gemiddeld 32 uur per week;ruime meerderheid werkt vanuit eclectisch kader, vervult duidelijk een eerstelijnsfunctie, behandelt vooral stemmingsstoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. De meeste patiënten functioneren vrij normaal: de patiënten vormen in het algemeen geen gevaar voor zichzelf of anderen. De aard van de hulpverlening is veelal klachtgericht, inzichtgevend en structurend, en in mindere mate begeleidend.

Het aanbod van de hulpverlening bestaat voornamelijk uit psychologische behandeling en psychodiagnostiek. Daarnaast biedt hij ook ondersteuning, advisering en voorlichting.

11)HHM (2002) :Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen:

80% van behandelingen wordt binnen 10 sessies afgerond; 43% van de cliënten van een eerstelijnspsycholoog behoort tot de categorieën: geen opleiding/basisschool en LBO/MAVO.

12)Bartels (2002): Tussentijdse evaluatie van het LVE-stimuleringsprogramma ten aanzien van kwaliteit:

Onderzocht is in hoeverre de activiteiten, die in het meerjarig stimuleringsprogramma zijn ondernomen bijdragen aan betere randvoorwaarden voor samenwerking met de andere disciplines in de eerstelijns _GGZ en aan betere kwaliteit van zorgverlening.

Conclusie:

Er blijkt binnen de LVE voldoende draagvlak te zijn om het kwaliteitsprogramma onverminderd door te zetten.

13)NIVEL (2003):Enquete eerstelijnspsychologen:

Uit deze enquête bleek o.a. dat de eerstelijnspsychologen 1,5 uur per week besteden aan bij – en nascholing en dat 91% van de respondenten de afgelopen 2 jaar bij –en nascholing heeft gevolgd. 97% van de respondenten heeft intervisie. Het grootste deel van de eerstelijnspsychologen heeft vaste afspraken over terugkoppeling van informatie naar huisartsen. De bekendheid met SPV is laag. 16% van psychologen is op de hoogte van aspecten van deze hulpverlening.

44% van de respondenten is betrokken bij een samenwerkingsproject met de eerstelijns- dan wel tweedelijns-GGZ waarvan 52% betrokken is bij consultatieproject vanuit de tweede lijn. Opmerkelijk is dat het NIVEL de SPV-er in de tweedelijns-GGZ plaatst: “ De tweedelijns GGZ bestaat uit de volgende disciplines: de ambulante GGZ (voorheen de RIAGG), de psychiatrie/PAAZ, vrijgevestigde psychologen, psychiater of psychotherapeut, de verslavingszorg en e sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV)”

14) Overzicht van competenties van Gz-psycholoog en gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog (Lamers 2003)

Competenties Gz-psycholoog

Competenties ELP

<p>1. De gz-psycholoog is in beginsel in staat als zelfstandige professional te werken in de geestelijke en somatische gezondheidszorg en, na een inwerkperiode, ook in de revalidatie en de (verstandelijk) gehandicaptenzorg.</p>	<p>+ <u>geen gedeelde</u> verantwoordelijkheid zoals in de geestelijke en somatische tweedelijns of derdelijns gezondheidszorg, middels het multidisciplinaire team, maar een zelfstandige verantwoordelijkheid en dito aansprakelijkheid. Leidraad voor de ernst van de problematiek, die je als professional <u>zelfstandig kunt managen</u>, is de GAF-schaal 51 tot 100 van de DSM-IV.</p>
<p>2. De gz-psycholoog kan in deze sectoren werken met kinderen/jeugdigen, volwassenen en ouderen.</p>	<p>+ extra aandacht voor kinderen en jeugdigen en hun ontwikkelingsaspecten in verband met psycho-educatie aan gezinnen en vroegtijdige detectie van risicofactoren, en eventuele adequate doorverwijzing.</p>
<p>3. De gz-psycholoog is in staat in genoemde sectoren, ten behoeve van genoemde doelgroepen, psychodiagnostiek en psychologische behandeling te verrichten bij psychische stoornissen, lichamelijke ziekten, cognitieve stoornissen, invaliditeit en problemen in de levenssfeer.</p>	<p>+ extra aandacht voor indicatiestelling. Omdat er een grote instroom plaatsheeft in de eerste lijn, en de ernst van de klachten fors uiteen kunnen lopen, dient de ELP aan de voordeur goed te indiceren welke behandeling tot welke klachtreductie leidt, en dit adequaat te communiceren met de cliënt, en zonodig door te verwijzen naar de tweede lijn. De ELP dient vast te kunnen stellen wat behandelbaar is in de eerste lijn en wat niet. De indicatiestelling gebeurt in nauw overleg met de verwijzer, huisarts, in de eerste lijn.</p>
<p>4. De (psycho)diagnostische kennis en vaardigheden betreffen testmethoden, observatiemethoden en interviewmethoden.</p>	<p>+ test- en interviewmethoden die niet alleen informatie opleveren over de aanwezigheid van de klachten (volgens het LVE-codeboek) en eventueel over de DSM-IV categorisering, maar ook over de persoonlijkheidsstructuur (structurele diagnostiek), mede in relatie tot het klachtenpatroon. Dit geeft o.a. informatie over de therapiemogelijkheden van de cliënt in de eerste lijn.</p>
<p>5. De psychologische behandelingsmethoden (vervolg) waarover de gz-psycholoog moet kunnen beschikken zijn: advisering, begeleiding van individuen,</p>	<p>+ Gezien de lichte tot matige ernst van de (vervolg) problematiek (GAF 51 tot 100) behoort (psychodynamische) focale psychotherapie ook</p>

<p>groepen en gezinnen/paren, gesprekstherapie, protocollaire behandeling, klachtgerichte behandeling (bijvoorbeeld met behulp van gedragstherapeutische en cognitieve methoden, interpersoonlijke therapie, kortdurende interventiemethoden).</p>	<p>tot de behandel mogelijkheden. Er kan in relatief korte tijd een behandelrelatie aangegaan worden alsmede een behandel focus vastgesteld. Dat komt omdat de behandelaar, in samenwerking met de cliënt, inzichten ontwikkelt en bijbehorende affecten ondersteunt die tot klachtenvermindering leidt, zonder de noodzaak tot (tijdrovende) bewerking van de overdracht.</p>
<p>6. De gz-psycholoog heeft voldoende (beroepsspecifieke) kennis en vaardigheden om te kunnen werken in teamverband, crisissituaties te hanteren, advies- en consultatiegesprekken te voeren, processen in behandeling en diagnostiek te hanteren.</p>	<p>+ Goede kennis van de sociale kaart en de organisatie van de Gezondheidszorg. De ELP kan betekenisvol samenwerken met de andere partners in de eerste lijn (HA, AMW, en ARBO-arts), conform het Kwaliteitshandboek van de LVE. Consultatie geven en ontvangen, zowel binnen de eerste lijn als <u>tussen</u> de lijnen. Hierbij is er aandacht voor de rol van de ELP <u>in relatie tot de tweede lijn</u> als het gaat om casemanagement: de zorg om de cliënt delen in nauw overleg. Begeleiden van een intervisiegroep bestaande uit ELP-ers in opleiding.</p>
<p>7. De gz-psycholoog heeft weet van de voor zijn beroep en werkterrein relevante elementen. Deze betreffen o.a gezondheidsrecht (WGBO, BOPZ, tuchtrecht, etc.) forensische psychologie, problematiek van en hulpverlening aan allochtonen, beroepsethiek, criteria voor de kwaliteit van praktijkvoering/beroepsuitoefening.</p>	<p>+ Zelfstandige en verantwoorde praktijkvoering volgens het Kwaliteitshandboek van de LVE en kennis van de juridische wetgeving in de gezondheidssector. Intercollegiale toetsing middels deelname aan intervisiegroep(en). Verslaglegging jaargegevens volgens het codeboek van de LVE.</p>

15)Tussenrapportage Trimbosinstituut: Versterking eerstelijnsgezondheidszorg bij psychische problematiek (28-01-2003)

“De specialistische spv-en adviseren en consulteren de generalistische spv-en in de eerste lijn.” (..)“De spv-en die in de eerste lijn gaan werken ontvangen een korte bijscholing.”

“De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk is zeer divers en wordt heel verschillend ingevuld. Naast consultatie aan de huisarts nemen de verpleegkundigen ook een deel van de GGZ-taken van huisartsen over, net zoals de praktijkverpleegkundigen dit doen op somatisch gebied. De taken van de GGZ- verpleegkundigen bestaan uit het begeleiden van doorverwijzingen van cliënten, het motiveren van cliënten voor verdere hulpverlening en zelf cliënten kortdurend begeleiden of behandelen. Ze vormen een belangrijke brug tussen de eerste en tweedelijnszorg.”

“In project II maakt het kortdurend behandelen van cliënten in de eerste lijn vanaf het begin deel uit van de mogelijke interventies, terwijl project IV in een latere fase is overgegaan tot het kortdurend behandelen. Daar heeft vooral de behoefte onder huisartsen aan de mogelijkheid om patiënten kortdurend in de praktijk te kunnen laten behandelen doorslag gegeven om dit aan te bieden. Een dergelijk aanbod zou in overeenstemming zijn met het uitgangspunt van dienstverlening aan de huisarts. Hoe ziet de praktijk eruit?” (..)

“Ik ben waarschijnlijk wel de enige spv die kortdurend behandeld, maar dat is wel het surplus” (GGZ-verpleegkundige iii/3).

“Zeven van de elf GGZ-verpleegkundigen geven aan kortdurend te behandelen in de eerste lijn. Dat doen ze niet vaak en maar één van de zeven GGZ-verpleegkundigen ziet patiënten soms vaker dan vijf keer” (..)

“De voorwaarde daarvoor is dat in het eerste gesprek hulpverlener en cliënt een scherpe focus op het probleem kunnen ontwikkelen. Andere GGZ-verpleegkundigen die wel kortdurend behandelen, geven aan dat ze er vooral toe overgaan, wanneer het “klikt” met een cliënt. Dan zou het “stom zijn om te laten liggen wat je in huis hebt.” Ze constateren tegelijkertijd op dat de ondersteuning vanuit de eigen organisatie voor deze vorm van behandeling nog tekort schiet” (..)

“Een GGZ-verpleegkundige geeft aan dat ze regelmatig in discussie is met de huisartsen over het soort problematiek dat zij kan zien. Vanwege het ontbreken van goede doorverwijsmogelijkheden naar het maatschappelijk werk, verwijzen huisartsen patiënten met onder meer financiële problemen door, omdat zij vinden dat zij ze wel kan oplossen.”

“Het project richt zich vooral op de huisartsen als consultatievragers. Er zijn contacten gelegd met de ELP, maar een aanbod is niet nader uitgewerkt. De eerstelijns psychologen hebben vooral behoefte aan ondersteuning door een psychiater en die is niet inzetbaar” (..)

“Niettemin lijkt in alle vier projecten de versterking van de eerstelijns GGZ vooral gericht te zijn op de huisartsen. De eerstelijns psychologen worden sporadisch bij de consultatieprojecten betrokken. Het AMW wordt wel bij de projecten betrokken, maar de beoogde projectdoelen worden, althans op papier, niet specifiek ten aanzien van het AMW uitgewerkt”. (..)

16)Uit Signalen Korte Lijnen 2003

Vanuit het project Korte Lijnen komen diverse signalen over knelpunten in beleid, afstemming, coördinatie en randvoorwaarden die het verbeteren van de samenwerking in de eerstelijns GGZ bemoeilijken.

Rol SPV'er (gesignaleerd):

Afstemmingsproblemen doen zich voor rondom de introductie van SPV'ers in de praktijk (bijv. vanuit Consultatieprojecten of Diaboloproject). Daar waar SPV'ers in de eerstelijns gaan werken zonder dat er duidelijke lijnen naar het AMW en de eerstelijnspsychologen gelegd worden, kan er wel eens een onnodige/extra verwijsstroom richting tweedelijns ggz op gang komen wat geenszins de bedoeling is, maar door de participerende huisartsen als bevredigend wordt ervaren: want van het eigen bordje verdwenen. Als de betreffende inzet van SPV'ers zou worden beëindigd, is er daarmee geen verbetering van de (kwaliteit van de) eerstelijns GGZ gekomen, want de lijnen tussen huisarts en AMW/ELP zijn niet korter geworden.

Kortom: het begrip 'SPV in de eerstelijns' scheidt op twee manieren onduidelijkheid:

- 1. de meeste SPV'ers werken alleen bij/voor de huisarts en niet/nauwelijks voor AMW/ELP;*
- 2. De SPV'er blijkt in hoofdzaak bij te dragen aan het (tijdelijk?) verminderen van de werkdruk van de huisarts en veel minder aan een kwalitatieve versterking van de (hele) eerstelijns of aan het verkleinen van de afstand tussen tweede- en (hele) eerstelijns.*

Rol SPV'er (bedoeling):

Er bestaat onduidelijkheid over de positie en taak van de SPV'er in de eerstelijns.

Wat zijn basale uitgangspunten voor de rol van de SPV'er?

De SPV'er is een gespecialiseerde / tweedelijns GGZ-hulpverlener en in dienst van een gespecialiseerde GGZ-instelling. Wanneer de SPV'er aanvullend op – en deels gestationeerd bij - de eerstelijns werkt, dient de liaisonfunctie naar de tweedelijns, evenals zijn/haar voeding vanuit de tweedelijns te blijven bestaan. M.a.w. werkend in de eerstelijns, maakt de SPV'er nog geen eerstelijns hulpverlener¹.

¹ Werkomschrijving 'eerstelijns GGZ' door Stuurgroep tussen de Lijnen:

'De eerstelijns GGZ (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog) is voor iedereen met psychische problemen toegankelijk (al dan niet in combinatie met sociaal-maatschappelijke of somatische problemen); de eerstelijns heeft een integraal, laagdrempelig en generalistisch zorgaanbod'

Een kwalitatieve bijdrage – m.n. deskundigheids-bevordering over (ex-)psychiatrische patiënten - aan de versterking van de eerstelijns GGZ dient zowel gericht te zijn op de huisarts als op AMW en ELP en de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ te ondersteunen en stimuleren.

Een eventuele kwantitatieve bijdrage van de SPV'er in de eerstelijns richt zich – in afstemming met de eerstelijns disciplines - vooral op vroegsignalering en (na)zorg van psychiatrische patiënten, in het geval de eerstelijns die onvoldoende kan bieden.

Dezelfde uitgangspunten gelden in principe voor andere specialisten uit de GGZ, die – al dan niet vanuit de consultatieregeling – aanvullend op - of dichtbij - de eerstelijns GGZ werken.

17)Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket (ontwerp), College van zorgverzekeringen februari 2003:

18)DIABOLO-PROJECT: Rapportage 2002 Cees Boer, februari 2003