

# HET WERK VAN DE SOCIAAL-PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In het kader van het Project GGZ-op-Afroep (GOA) ben ik sinds drie jaren gedetacheerd vanuit de GGZMB (Tilburg) in zes à zeven huisartsenpraktijken. In dit artikel staat centraal hoe de GGZ- Midden-Brabant het werk van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vorm geeft. Ik ben geen theoreticus. Zoals zoveel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, ben ik vooral iemand wiens kracht ligt in het praktisch uitvoerende werk. Om deze reden, kunt u van mij geen verpleegkundig-theoretisch onderbouwd verhaal verwachten. Aan de hand van casuïstieken laat ik U -als het ware- over mijn schouder meekijken naar mijn werk. Maar eerst zal ik u uitleggen wat het Project GGZ-op-Afroep is.

## Het Project GGZ-op-Afroep

Het project is ontstaan vanuit de behoefte van Tilburgse huisartsen. Dat bleek een makkelijke start; men wilde hulp bij de aanpak van moeilijk bereikbare GGZ cliënten, die zich wél meldden op de huisartsenpraktijk. Dit versnelde de reeds door de politiek aangewakkerde discussie binnen de GGZ Midden-Brabant over de positie van de GGZ ('Vermaatschappelijking' van Simons (1993) en de 'Beleidsbrief' van Borst (december 1998)). Aanvankelijk was het de opzet om te focussen op cliënten met zogenaamde achterstandsproblematiek. Na een paar maanden werd de cliëntenpopulatie, op verzoek van de deelnemende huisartsen, uitgebreid tot het gehele cliëntenbestand van de huisarts.

De instelling, GGZ Midden-Brabant,

koos in dit project voor een multidisciplinaire samenstelling; een maatschappelijk werker, een psycholoog en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Aanvankelijk was er sprake van een experiment bij negen huisartsen in achterstandswijken. Na een jaar is het Project GOA geëvalueerd ('Evaluatieverslag van het project Psycholoog-op-Afroep in Midden-Brabant mei 1998 –mei 1999 (augustus 1999) GGZ Midden-Brabant Districts Huisartsen Vereniging Midden-Brabant.). Zowel de door ons behandelde cliënten, als de betrokken huisartsen kregen een

### ***De heer Kees van der Lint***

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij GGZ Midden Brabant Tilburg*

*Kees was één van de sprekers op de studiemiddag 'SPV in de eerstelijns' november 2000.*

vragenlijst voorgelegd. Daaruit bleek dat het aantal verwijzingen met 50% was toegenomen en dat 16% van de cliënten afhaakte. De aangeboden hulp werd door cliënten gewaardeerd met een 7.9, een voor de GGZ ongekend hoog cijfer. We besloten op dezelfde weg door te gaan. Uitgangspunt van deze werkwijze is de zorg zo dicht mogelijk bij huis te plaatsen voor diegenen die dat nodig hebben. Daarom ligt versterking van de eerstelijnszorg voor de hand. In de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg (Borst 1998), staat dit streven dan ook centraal.

Momenteel zijn in onze regio veertien medewerkers in huisartspraktijken werkzaam. Dit zijn voornamelijk sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (9). De voorkeur voor SPV-en werd uitgesproken door huisartsen en interne managers. De regio telt 175 huisartsen, van hen wil 48.5% (85) gebruik maken van GOA. Op dit moment kunnen we niet alle vragen honoreren omdat we niet over voldoende gekwalificeerd personeel beschikken, er zijn vacatures. Tien huisartsen staan op de wachtlijst. Inmiddels (april 2001) is het project uit de experimentele fase, en is het een van de reguliere activiteiten van de GGZ Midden-Brabant. Bovendien is er nog een belangrijke ontwikkeling gaande; een aantal andere voorzieningen zijn toegevoegd aan het GOA. Zo is er een aanbod van een vaste GOA-medewerker aan teams van het Algemeen Maatschappelijk Werk, het OZC (asielzoekerscentrum) en het Verpleeg- & Verzorgingshuis. Deze medewerker komt voor consultatie en overleg in een vast aan hem/ haar toegewezen team van deze instellingen. De medewerker is te consulteren bij overlegsituaties waar men over de cliënt(en) en het werk praat. De maatschappelijk werker of medewerker van het OZC of V&V tehuis, kan éénmalig een gesprek met de cliënt(en) en de GOA-medewerker hebben, ter indicatie en/ of consultatie. Inmiddels hebben praktisch alle teams van het Maatschappelijk Werk, de OZC's en een paar teams van Verpleeg- & Verzorgingstehuizen zich aangemeld voor deze dienstverlening en het loopt inmiddels al anderhalf jaar met veel succes onder andere door inschakeling van een aantal sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

### **De klanten van het project**

Feitelijk zijn er twee klanten: de huisarts en diens cliënten.

### **De huisarts**

De positie van de huisarts staat de laatste tijd flink in de belangstelling. Beleidsmakers hebben de huisarts uitgeroepen tot poortwachter van de gezondheidszorg en de huisartsen hebben zich positief uitgesproken over dit beleid. Dit houdt in feite in dat alles wat er met iemand gebeurt met betrekking tot diens gezondheid, bij de huisarts bekend moet zijn. Behandeling en vragen om zorg worden via de huisarts georganiseerd. Dat maakt huisartsen tot zorg- en behandelcoördinatoren. Huisartsen organiseren steeds meer ter ondersteuning van hun praktijk: diabetesverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, enzovoorts. Binnen dit kader past ook de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de huisartsenpraktijk.

Als een huisarts geconfronteerd wordt met een cliënt met een GGZ probleem zijn er verschillende mogelijkheden:

- de huisarts begeleidt en of behandelt de cliënt zelf;
- de huisarts verwijst naar een medewerker van het GOA project van de regionale GGZ-instelling;
- er is een gecombineerde constructie mogelijk: de huisarts en de GOA-medewerker (vaak een SPV) doen samen de behandeling.

Indien de huisarts de behandeling zelf doet kan de SPV geconsulteerd worden. Vaak is dit via een structureel overleg geregeld (bijvoorbeeld eens per twee weken) waar mogelijke verwijzingen en consultatieve vragen worden doorgenomen.

**Een blik over mijn schouder**

Voor cliënten betekent dit een korte weg naar de hulpverlener van de GGZ. Uit ervaring weet ik inmiddels dat het de cliënt niet uitmaakt waar de hulpverlener vandaan komt. Veel belangrijker is de plááts waar de hulpverlener zich bevindt: dat is dus naast en in de buurt van de huisarts. Vele aanmeldingen betreffen ex-clieënten van de RIAGG, die wel hulp op de praktijk accepteren, maar géén verwijzing naar een gespecialiseerde GGZ instelling. Deze werkwijze kan zó snel gaan, dat de cliënt 's morgens bij de huisarts zit en 's middags op het spreekuur van de SPV. Deze positie in de eerste lijn geeft de mogelijkheid om pathologie, of recidieven, in een pril stadium te herkennen en hulpverlening snel in gang te zetten. Een paar korte voorbeelden uit mijn praktijk:

**Dhr. A.**

*De 40 jarige Hr. A. wordt door zijn huisarts naar mij verwezen met een depressieve stemming. De huisarts vermeldt ook de mogelijke oorzaken: grote werkdruk in een gereorganiseerd bedrijf, moeilijke thuissituatie, mogelijk te hoge verwachtingen van de cliënt.*

*In aanvang was ik het eens met de inschatting van de huisarts. Dhr. A. had alle kenmerken van deze diagnose. Daarnaast waren er duidelijk oorzaken te vinden in de omstandigheden van cliënt, precies zoals de huisarts vermeldde.*

*In eerste instantie was er geen indicatie om de man te verwijzen naar de GGZ voor een behandeling van zijn depressie; er was te weinig pathologie. Bovendien wilde hij dat niet, hij wilde eerst hulp van de huisarts. Er leek sprake te zijn van een aanpassings-*

*stoornis met depressieve stemming, maar na een medicamenteuze behandeling door de huisarts en een aantal gesprekken, bleef het beeld onveranderd. Uitgaande van een juiste diagnose en aanpak is dit vreemd. Daarna veranderde het beeld: zijn vrouw beschreef hem als té goed. Cliënt zag alles te positief en had veel energie. Het tegenovergestelde beeld van daarvoor. In het gesprek lukte het mij, waarschijnlijk op basis van het contact met hem na inmiddels vier gesprekken, de heer A. te verleiden tot een diagnostisch consult door een van onze psychiaters. Hieruit bleek dat dhr. A. in een voorstadium verkeerde van een bipolair proces. Eenmaal 'binnen' bleek hij goed te behandelen met medicatie. Dit voorkwam verdere decompensatie van het bipolaire beeld. Momenteel heeft de heer A. regelmatig contact met de bipolaire poli van de Geestelijke Gezondheidszorg Midden-Brabant.*

Deze beschrijving staat voor één van de vele voorbeelden uit mijn praktijk in de afgelopen jaren: in een, voor de GGZ, zeer vroeg stadium van de ontwikkeling van psychiatrische pathologie zie ik cliënten op de huisartsenpraktijk. Door een snelle interventie wordt decompensatie en de daarmee gepaard gaande schade voor de cliënt en zijn familie, voorkomen.

**Mw. B.**

*De huisarts meldt de 25-jarige Mw. B. bij mij aan omdat zij zich niet liet verwijzen naar de GGZ. Vroeger heeft ernstig seksueel misbruik door vader en opa plaatsgevonden in de periode tussen haar vijfde en twaalfde jaar. Ze meldt zich regelmatig bij de huisarts met hoofdpijnen, pijnen in de onderbuik en angst- en*

*spanningsklachten. Mevrouw ging akkoord met het voorstel om een gesprek met mij te voeren op de praktijk.*

*Ook nu was de inschatting van de huisarts correct. Mevrouw werd vergezeld door haar vriend en noemde als klacht, steeds terugkerende angst en spanning. Ze is overdreven gevoelig voor aangelegenheden in de familie, waar haar vader bij betrokken is. Ogenschijnlijk functioneert mevrouw goed, maar ze weet zich vooral goed te houden. Steeds regelmatig meldt ze zich ziek met wisselende klachten. Ze blijkt een moeizame seksuele relatie met haar partner te hebben, die er zo langzaamaan genoeg van krijgt om geduld op te brengen. In het gesprek geeft mevrouw bijzonder veel informatie, hoewel ze in het gesprek behoedzaam en argwanend is. Ze vertelt veelvuldig door vader en opa incestueus benaderd te zijn in de lagere schoolleeftijd. Er bleek destijds contact geweest te zijn met de RIAGG en de politie. Eventuele behandeling werd destijds, volgens cliënte, gekoppeld aan het doen van aangifte. Zij weigerde dit te doen en werd aan haar lot overgelaten. Nu wil ze absoluut niet naar de GGZ maar wel contact met mij op de huisartsenpraktijk. Het kostte mij veel moeite en overredingskracht om haar ervan te overtuigen dat ik niet de juiste persoon was voor behandeling van haar klachten. Uiteindelijk liet zij zich door mij overhalen om naar een collega van mij te gaan die meer gespecialiseerd is in deze problematiek. Mijn collega behandelt haar nu op de praktijk van de huisarts.*

Het grote voordeel is natuurlijk dat deze vrouw in behandeling is

gekomen. De hulpverleners hebben zich moeten aanpassen aan de omstandigheden van de cliënt waardoor hulpverlening voor haar mogelijk werd. De gangbare GGZ-aanpak; de cliënt moet voldoende gemotiveerd zijn en om hulp vragen -ze moet dus komen- betekent in dit geval géén hulp.

#### **Mw. Van de C.**

*De huisarts vraagt mijn aandacht voor Mw. Van de C. Het laatste jaar komt ze regelmatig op het spreekuur en ze vermeldt depressieve klachten (slecht slapen, piekeren) en conflicten met haar man. Mevrouw is ± 70 jaar. De huisarts vertelt dat haar partner sinds kort met de VUT is en altijd veel alcohol heeft gebruikt. De hypothese van de huisarts is dat de toegenomen directe aanwezigheid van haar partner een depressieve reactie veroorzaakt. In de anamnese worden de bevindingen van de huisarts bevestigd. Bovendien heeft mevrouw een belangrijk gewichtsverlies, de laatste maanden is dit opgelopen tot ongeveer tien kilo. Ik meld dit in mijn overleg met de huisarts en deze ziet de noodzaak voor verdere somatische screening. Daaruit komen belangrijke afwijkende uitslagen, cliënte heeft een slecht werkende schildklier. Mevrouw gaat in eerste instantie naar een internist voor onderzoek en behandeling.*

Een soortgelijke casus:

#### **Dhr. E.**

*Dhr. E. drinkt al langere tijd alcohol. Zijn actueel dreigende arbeidsongeschiktheid geeft verwarring en onrust. De huisarts vraagt mij te kijken wat er aan de hand is. In het gesprek met de heer geeft de*

*man blijk van een grote volharding en ontkenning ten aanzien van zijn forse alcoholgebruik. Hij geeft aan, eerst in zijn werk als barkeeper, maar ook privé, minimaal 15 glazen alcohol per dag te gebruiken. Zijn gedrag is inderdaad verwarrend, bovendien is hij breedsprakig en niet makkelijk te structureren in het gesprek. Ik vraag de huisarts om eerst de lever-functies te laten onderzoeken. Dit levert een aantal afwijkende waarden op, die de huisarts met de cliënt bespreekt. In mijn tweede gesprek ziet de heer af van verdere begeleiding of afspraken.*

Voor de hand liggend is de winst, dat de eerste cliënt op de juiste plaats komt voor haar behandeling. Samen met de huisarts is een bredere blik op de cliënt mogelijk, waardoor de diagnostiek beter en zorgvuldiger verloopt. In de casus van de heer is het argument van een beschadigde of aangetaste lever een belangrijk gegeven. Door een aantoonbaar (via labonderzoek) slechte lichamelijke conditie kan de cliënt gemotiveerd worden om anders met alcoholgebruik om te gaan.

#### **Mw. F**

*Mw F. is een 21 jarige Marokkaanse jonge vrouw die psychotische symptomen heeft; ze hoort de gedachten van andere mensen en ze hoort bevelen, die ze echter nog durft te trotseren. Ze doet nog steeds wat ze zelf wil. De huisarts vraagt om bemiddeling en ook nu klopt de inschatting van de huisarts: een psychotisch beeld (een broer van deze vrouw lijdt aan schizofrenie). Ze komt slechts éénmaal op mijn spreekuur en weigert terug te komen. Een verwijzing naar Geestelijke Gezondheidszorg is onmogelijk. Haar man en familie*

*durven niet tegen haar in te gaan, ze wijst alles af. In overleg met de huisarts schrijft deze Semap voor, het beeld verbetert snel, zodat de stemmen veel hanteerbaarder voor haar worden.*

Met deze casus zijn we er nog niet. De suggestie om, ook al heeft er nog geen uitgebreidere diagnostiek plaatsgevonden, toch medicatie voor te schrijven, zorgt voor een beter beheersbaar beeld. Verdere decompensatie wordt hierdoor uitgesteld. Mogelijk zijn in de toekomst wel interventies mogelijk.

#### **De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige**

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is een discipline die op vele plaatsen inzetbaar is zo ook in de eerste lijn. De SPV is in visie, opleiding en werkwijze een generalist, die zich aanpast aan de situatie van het systeem. Zowel het systeem van de huisarts als wel van de cliënt. In de praktijk van de huisarts wordt de SPV geconfronteerd met een verscheidenheid aan casuïstiek. Of er nu een psychotisch agressieve man tegenover je staat, een kibbelend echtpaar of een overwerkte leraar, de flexibele houding en opstelling zorgen voor een bij de situatie en cliënt aangepaste generalistische aanpak, die een belangrijke start kan zijn voor verdere behandeling of begeleiding. Bovendien heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige brede ervaring, scholing en diagnostische kennis, die volledig tot zijn recht komt in de huisartsenpraktijk, daar waar de eerste inschatting van essentieel belang is.

#### **tot slot**

Ik heb me hier vooral gericht op de vele

winstpunten die er zijn voor cliënten en de huisarts als de sociaal psychiatrisch verpleegkundige naast de huisarts werkt. Het zorgt, zo bleek uit de enquête, voor een grotere instroom van cliënten, omdat meer cliënten bereikt worden. Dat betekent ook veel meer werk (en dit kost geld). De politieke wind is echter gunstig, getuige de 'Vermaatschappelijking' van Simons (1993) en de 'Beleidsbrief' van minister Borst (1998). Niemand zal er echter omheen kunnen

dat het verplaatsen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige naar een werkplek in de eerste lijn ook een aantal essentiële preventieve aspecten heeft, die in de allereerste plaats gunstig zijn voor cliënten. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige beschikt over de juiste kennis, houding en vaardigheden om aldaar te functioneren. En last but not least: het is zeer gevarieerd, boeiend, nuttig en zeker prettig werken op de praktijk van de huisarts.