



De VS-GGZ in de huisartsenpraktijk

De toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ in Nederland staat onder druk en in toenemende mate doen cliënten met (complexe) GGZ-problematiek een beroep op de huisartsenzorg. De VS-GGZ in de huisartsenzorg is een pionier op het gebied van het verlenen van geestelijke gezondheidszorg in deze setting. Op basis van interviews met professionals wordt inzicht gegeven in de mogelijkheden van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk, de toegevoegde waarde en beïnvloedende factoren.

ANS TORDOIR, verpleegkundig specialist, niet praktiserend; docent hbo verpleegkunde deeltijd; docent-onderzoeker, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen

TAMARA GROND, VS-GGZ, Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen

ANNEKE VAN VUGHT, associate lector, lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- heeft u inzicht in de mogelijkheden en kansen van de VS-GGZ in een huisartsenpraktijk;
- heeft u inzicht in de factoren die de inzet van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk beïnvloeden;
- kunt u als verpleegkundig specialist uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's met betrekking tot de inzet van de VS-GGZ in huisartsenpraktijken te vergroten.

TREFWOORDEN

verpleegkundig specialist, GGZ, huisartsenpraktijk, taakherschikking

1 STUDIEPUNT

Casus Bas, een suïcidale man

Bas, 35 jaar, was werkzaam als fysiotherapeut. Het lukte twee jaar geleden niet meer zijn werk vorm te geven na een verbroken relatie. Hij isoleerde zich steeds meer en werd toenemend somber. De huisarts van Bas heeft hem een aantal weken geleden met een vermoeden op een afhankelijke/vermijdende persoonlijkheidsstoornis aangemeld voor een intake bij een GGZ-instelling. Sindsdien woont hij bij zijn ouders, omdat hij niet meer alleen wilde zijn.

Nu heeft Bas zich suïcidaal geuit, waarop de huisarts de VS-GGZ consulteert voor het maken van een risicotaxatie bij suïcidaal gedrag en vraagt op visite te gaan. De VS-GGZ heeft al snel contact met Bas en vraagt verder door volgens de CASE-benadering die in de multidisciplinaire richtlijnen voor suïcidaal gedrag beschreven staat, om een schematische risicotaxatie voor suïcide te onderzoeken.

Bas stelt zich vriendelijk voor en maakt oogcontact. Hij heeft zijn pyjama aan, zijn haren zijn warrig. Hij zit rustig op de bank naast zijn moeder. Hij zoekt steeds steun bij moeder en houdt haar stevig vast. Vader zit stil in de woonkamer en zegt niets. Op de vraag hoe hij de situatie ziet, geeft vader aan radeloos te zijn en niet te weten hoe hij het goed kan doen voor zijn zoon. Moeder geeft aan dat haar zoon lang moet wachten op behandeling bij de GGZ-instelling waar zijn huisarts hem enkele weken geleden heeft aangemeld.

Bas beschrijft zichzelf als sociaal onhandig. Hij kan geen lange relaties onderhouden en zegt dat niets lukt in zijn leven. Hij heeft moeite met het maken van keuzes, dat heeft hij altijd al gehad. Bas geeft aan wanhopig te zijn, hij kan niet meer genieten en het leven hoeft voor hem niet meer. Hij ligt nu vaak de hele dag in bed en heeft veelal negatieve en sombere gedachten gedurende de hele dag. Bij doorvragen over suïcidale uitingen geeft hij aan zichzelf niet iets te willen aandoen en ook geen plannen te maken om dit te doen. Soms denkt hij dat hij beter af is als hij dood is,



maar hij drukt deze gedachten dan snel weer weg. De gedachten komen en gaan in een fractie van een seconde, drie tot vier keer per dag. De gedachten spelen sinds enkele weken. Hij heeft deze gedachten nooit eerder gehad, en nooit pogingen ondernomen. De gedachten beangstigen hem. Hij geeft aan steun te hebben aan zijn ouders en blij te zijn dat ze hem opvangen. Hij wil ze echter niet tot last zijn en voelt zich schuldig. Hij zou graag rust in zijn hoofd willen en zijn leven weer oppakken, weer werken en sociale contacten kunnen onderhouden. Hij hoopt op een opname, zodat hij wordt geholpen om van deze nare sombere gedachten af te komen.

De VS-GGZ denkt aan een matige tot ernstige depressie met suïcidale uitingen bij mogelijk een vermijdende/afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Psychosociale omstandigheden, namelijk verwerkingsproblemen bij het verbreken van een relatie, verminderde sociale contacten en verlies van werk, spelen hierbij een rol.

De VS-GGZ stelt samen met Bas en zijn ouders een veiligheidsplan op. De huisarts wordt op de hoogte gesteld. Gezien de ernst van de depressie en suïcidegedachten wordt de GGZ-instelling gevraagd om Bas eerder te zien. Deze geven Bas een afspraak voor de volgende dag.

De toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ in Nederland staat onder druk. Dit blijkt onder andere uit lange wachtlijsten, financiële druk en uitstroom van

professionals.¹ In toenemende mate doen cliënten met (complexe) GGZ-problematiek een beroep op de huisartsenzorg. Huisartsen voelen zich echter lang niet altijd bekwaam en in staat om complexe zorgvragen op te vangen.² Dit is voor een aantal huisartsenpraktijken een reden om een VS-GGZ toe te voegen aan het team.³ Op dit moment werken ruim 1300 VS-GGZ in de Nederlandse gezondheidszorg,⁴ van wie ongeveer 30 VS-GGZ in huisartsenpraktijken.⁵

Hoe ziet de inzet van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk eruit? Wat is de toegevoegde waarde en welke factoren beïnvloeden de inzet? Om hierin inzicht te krijgen zijn 17 professionals geïnterviewd (vijf VS-GGZ, één VS-GGZ in opleiding (VIOS), zes POH-GGZ, vier huisartsen, één psychiater), één manager en drie patiënten die behandeld werden door een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk. De interviews zijn tot samenvattingen uitgewerkt en thematisch geanalyseerd.

DE VS-GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De VS-GGZ is in dienst van de huisartsenpraktijk of als zzp'er werkzaam. Zij richt zich op diagnostiek en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen en maakt hierbij veelal gebruik van richtlijnen van het NHG en de GGZ Standaarden. De toewijzing van patiënten aan de VS-GGZ verloopt in de meeste gevallen via de huisarts. In enkele gevallen heeft de VS-GGZ een eigen intakesprekkuur.

De verleende zorg door de VS-GGZ wordt gefinancierd conform het tarief Module POH-GGZ en het consulttarief. Indien aantoonbaar minder verwijzingen plaatsvinden naar de generalistische basis- en specialistische GGZ door inzet van een VS-GGZ, kan een opslagtariet toegekend worden door de zorgverzekeraar.⁶

Een belangrijke basis voor een goede samenwerking tussen de VS-GGZ en de huisarts wordt gevormd door:

- verworven vertrouwen in de kennis en vaardigheden van de VS-GGZ;
- het kennen van de eigen grenzen van de VS-GGZ.

Zij overleggen mondeling over samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheidsverdeling. Bij behoefte aan intercollegiaal overleg over bijvoorbeeld voorschrijven van medicatie, consulteert de VS-GGZ de huisarts of een aan de praktijk verbonden psychiater.

Huisartsen zien de VS-GGZ als een specialist in met name de psychopathologie en medicatie met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen. Ook patiënten merken dit op:

'De VS-GGZ weet méér van GGZ dan een huisarts; een huisarts heeft basiskennis en is een generalist en de VS-GGZ is een specialist in de GGZ.'

'De taak die ik mijn VS toedicht, is het diagnosticeren en behandelen van de complexe hulpvraag van die patiënt waar ik toch niet helemaal de vinger op kan leggen.' (huisarts)

In de praktijken waar zowel een VS-GGZ als POH-GGZ werkzaam is, wordt de samenwerking als aanvullend gezien. POH's-GGZ zien de VS-GGZ als inhoudelijke sparringpartner in aanvulling op de zorg die zij verlenen.

'... bijvoorbeeld vanochtend had mijn collega (POH-GGZ) een jongen waarvan ze dacht "is het nou alleen angst of stemming of zit er meer achter?" [...] Zij kwam niet goed uit de diagnostiek [...] dan zoom ik ook in en dan komen we samen met de patiënt tot een plan.' (VS-GGZ)

PATIËNTENZORG

De meest voorkomende doelgroep die de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk ziet, zijn mensen met angst- en stemmingsklachten. Daarnaast ziet zij mensen met burn-outklachten, ADHD, autisme, psychosomatische klachten en middelenmisbruik. Klachten van de patiënt gaan in sommige gevallen gepaard met psychosociale problemen. De interventies die de VS-GGZ toepast in de behandeling in de huisartsenpraktijk zijn zeer divers en afhankelijk van de doelgroepen en de expertise van de VS-GGZ. Voorbeelden van interventies zijn:

- eye movement desensitization and reprocessing (EMDR);

- cognitieve gedragstherapie (CGT);
- eclecticische psychotherapie;
- psycho-educatie;
- inzetten en opvolgen van farmacotherapie.

Patiënten ervaren de zorg door de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk als laagdrempelig. Contact is snel gelegd, de wachttijd is kort en de patiënt betaalt geen eigen risico. Dit draagt bij aan de toegankelijkheid van deze zorg.

'POH's hebben het al bewezen en ik denk dat de VS alleen maar meer duidelijk gaat maken dat de geestelijke gezondheidszorg dicht bij de patiënt kan blijven, doordat het in de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden.' (huisarts)

Bovendien wordt het als positief ervaren dat de VS-GGZ bekijkt hoe een patiënt omgaat met bepaalde problemen, zonder de stoornis leidend te laten zijn. Dit kan destigmatiserend werken.

'... hij (VS-GGZ) heeft eigenlijk nooit benoemd "dit is jouw stempel" zeg maar, die is er nooit op gedrukt [...] als iemand een stempel op je drukt dan zit je daar je hele leven aan vast.' (patiënt)

BRUG TUSSEN EERSTE EN TWEDE LIJN

Door de inzet van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk is het mogelijk een deel van de patiënten die op de wachtlijst staan voor generalistische basis- of specialistische GGZ zelf te behandelen. Dit wordt gedaan door behandelingen volledig in de huisartsenpraktijk uit te voeren, zoals CGT, inzichtgevende therapie en EMDR. Daarnaast verricht de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk voorwerk, zoals psychiatrisch onderzoek en het goed instellen op medicatie. Het zorgvuldig diagnosticeren door de VS-GGZ resulteert erin dat de patiënt bij doorverwijzing meteen op de juiste plek terecht komt. Zo kan binnen de tweedelijns GGZ direct begonnen worden met de adequate behandeling. De VS-GGZ zorgt voor een overbrugging en voorkomt dat patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen.

'Ik zie vaak complexe problematiek, waarbij ik ga zoeken wat we het beste aan medicatie zouden kunnen inzetten, zodat iemand al goed ingesteld richting GGZ-organisatie gaat voor verdere behandeling.' (VS-GGZ)

De mate waarin wordt samengewerkt door de huisartsenpraktijk en GGZ-organisaties is uiteenlopend. Een aantal VS-GGZ hebben een goed netwerk, waardoor het verwijzen van patiënten soepel verloopt. Hierbij wordt ook gezien dat de zorg voor patiënten relatief gemakkelijk en snel afgeschaald kan worden naar de huisartsenpraktijk. Bij een aantal VS-GGZ staat deze samenwerking nog in de kinderschoenen. Zij zijn wel voornemens om dit netwerk verder vorm te geven.

FACTOREN MET INVLOED OP INZET VAN VS-GGZ IN HUISARTSENPRAKTIJK

Visie

Opvattingen van professionals lopen uiteen als het gaat over de opzet en uitvoering van de GGZ in de huisartsenpraktijk en de rol van de VS-GGZ hierin. De juiste zorg op de juiste plek kan gerealiseerd worden door GGZ-behandeling aan te bieden in de huisartsenpraktijk. Dit wordt enerzijds een 'logische ontwikkeling' genoemd, gezien de lange wachtlijsten in de tweede lijn. Anderzijds wordt er gepleit voor het behouden van generalistische basis- en specialistische GGZ in de tweede lijn, om het generalistische karakter van de huisartsenzorg te bewaken.

Duidelijkheid en bekendheid

De VS-GGZ is nog aan het pionieren om het beroep in te bedden in de huisartsenpraktijk. Huisartsen die samenwerken met een VS-GGZ zijn van mening dat er bij huisartsen, zorgverzekeraars en GGZ-instellingen nog onvoldoende inzicht is in de voordelen en toegevoegde waarde van een VS-GGZ.

Vertrouwen

Vertrouwen in de deskundigheid van de VS-GGZ wordt door zowel patiënten als huisartsen gezien als een voorwaarde om de VS-GGZ in te zetten in de huisartsenpraktijk. Inzicht van de VS-GGZ in de eigen grenzen van bekwaamheid en hierover transparant zijn, wordt hierin als bevorderend ervaren.

'... dat hij zelf weet waar de grenzen liggen. Ik heb vaak genoeg meegemaakt dat hij zegt van 'nu moet er iets anders' of 'dit valt buiten mijn expertise'. Dus ik heb vertrouwen in het feit dat hij zelf ook zijn grenzen bewaakt. Dat moet met een nieuw iemand nog groeien.' (huisarts)

Financiering

Belemmerend is dat er geen structurele financiering beschikbaar is voor de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk. Wat de VS-GGZ in financieel opzicht oplevert, is nog onvoldoende inzichtelijk.

'Hoe kun je de VS-GGZ nu goed positioneren, zodat het ook duidelijk is wat de toegevoegde waarde is in de praktijk? Ik zie die toegevoegde waarde wel, maar als het financieel onaantrekkelijk is ten opzichte van een POH-GGZ, vraag ik mij af, naar de toekomst toe, of dat het bestaansrecht gaat krijgen.' (manager huisartsenorganisatie)

CONCLUSIE

Zowel professionals als patiënten zien kansen voor de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk.

BESCHOUWING

De belangrijkste aanjagers voor het inzetten van een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk zijn:

- de lange wachtlijsten voor GGZ;
- toenemend complexe hulpvragen op het gebied van GGZ in de huisartsenpraktijk;
- het streven naar de juiste zorg op de juiste plek.

De VS-GGZ springt met de nodige expertise en zelfstandige bevoegdheid in op deze uitdagingen.

Er worden diverse initiatieven en samenwerkingsverbanden ontwikkeld, maar er staat ook nog veel in de kinderschoenen als het gaat over positionering, inzichtelijk maken van de toegevoegde waarde, financiering en samenwerking met de tweedelijns GGZ.

Verschuiving van een deel van de geestelijke gezondheidszorg van GGZ-instellingen naar de huisartsenpraktijk maakt het organiseren van zorg dicht bij huis mogelijk. Wanneer een deel van de patiënten op wachtlijsten voor generalistische basis- of specialistische GGZ behandeld kan worden door een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk, heeft dit mogelijk een gunstig effect op deze wachtlijsten. Bovendien levert het handelen vanuit patiëntenperspectief positieve ervaringen op door de laagdrempeligheid, destigmatisering en toegankelijkheid.

Kansen zijn:

- het bieden van generalistische basis- en specialistische GGZ in de huisartsenpraktijk;
- de brugfunctie tussen huisartsenpraktijk en GGZ-instellingen.

Kritische succesfactoren voor een goede inbedding van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk zijn:

- de specialistische kennis en vaardigheden;
- normaliserende en holistische benadering;
- samenwerkingsverbanden met GGZ-instellingen;
- het vertrouwen van de huisarts in de deskundigheid van de VS-GGZ.

Structurele financiering en een visie op de wijze waarop de GGZ door de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk versterkt kan worden, behoeven aandacht om bij te dragen aan de kwaliteit van de GGZ in de huisartsenpraktijk en de positionering van de VS-GGZ hierin.

AANBEVELINGEN

Verdiepend onderzoek naar de inzet van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk zal inzicht kunnen geven in de maximale bijdrage aan toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ in de regio.

De verdieping zal vooral gezocht moeten worden in:

- de wijze waarop de VS-GGZ ingezet wordt;
- de drijfveren om te kiezen voor een dergelijke samenwerking binnen de huisartsenpraktijk;
- welke factoren invloed hebben op de implementatie.

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

De VS handelt, conform het beroepsprofiel, zelfstandig binnen het deskundigheidsgebied van verpleegkundige en medische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen.

De VS werkt op basis van evidence-based practice en richt zich op de gevolgen van de psychische aandoeningen voor het dagelijks leven in de sociaal-maatschappelijke context.

DO'S EN DON'TS BIJ HET MAKEN VAN SAMENWERKINGSAFSPRAKEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK⁸

DO'S:

- Spreek af wie het eerste aanspreekpunt is voor de VS wat betreft de medisch-inhoudelijke afstemming.
- Stem af welke medische taken de VS op zich neemt in het kader van taakherschikking.
- Schrijf lokale werkafspraken op (bijv. in het kader van ketenzorg).
- Werk routinematig vanuit evidence-based practice richtlijnen en protocollen.

DON'TS:

- Voorbehouden handelingen verrichten die niet binnen het eigen specialisme vallen, zoals het verrichten van electieve cardioversie of defibrillatie.
- Zelfstandig hoog-complexe behandelingen uitvoeren die niet routinematig zijn.⁸
- Zonder overleg voorschrijven van off-label medicatie.
- Hoog-specialistische medicatie voorschrijven zoals clozapine of lithium.

Een handreiking ten behoeve van de implementatie van een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk kan ondersteunend zijn voor zowel VS-GGZ als huisartsen.

Een meer praktische aanbeveling is het voeren van de dialoog tussen netwerkpartners over de vormgeving van GGZ in de regio, de rol van de huisartsenpraktijk hierin en de potentieel toegevoegde waarde van de VS-GGZ in de huisartsenpraktijk. Dit is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de mogelijkheden die er zijn om de

huidige knelpunten en uitdagingen binnen de organisatie van GGZ aan te pakken.

VERVOLG

Inmiddels is het project 'Van pionieren naar groei!' van start gegaan.⁷ Het doel van dit project is het ontwikkelen van een handreiking met handvatten voor VS-GGZ en huisartsenpraktijken over de invulling en implementatie van de functie VS-GGZ in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1. Trimbos-instituut. Hervorming van de ggz. Geraadpleegd via <https://www.trimbos.nl/kennis/hervorming-ggz/> op 2 februari 2022.
2. Voors K. De Verpleegkundig Specialist GGZ, een veelbelovende nieuwkomer. De eerstelijns. 2019. Geraadpleegd via https://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2019/07/DEL-nr5_2019_KOH-vs-ggz_A4.pdf op 29 oktober 2020.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging. NHG/LHV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg, uitwerking toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Geraadpleegd via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_nhg_standpunt_ggz_2015_sk_web_bookmarks1712.pdf op 29 oktober 2020.
4. BIG-register. Cijfers Basisberoep en Specialisme. Geraadpleegd via <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers/basisberoep-en-specialisme> op 12 november 2020.
5. Vught A van, Kennis E, Werf M van de, et al. Verpleegkundig specialist als regiebehandelaar ook buiten de GGZ. 2018. Geraadpleegd via <https://zorgmasters.nl/extdocs/Verpleegkundig-specialist-als-regiebehandelaar-ook-buiten-de-GGZ.pdf> op 29 oktober 2020.
6. Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 – BR/REG-20133a. Artikel 4, Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Geraadpleegd via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_305870_22/1/ op 13 november 2020.
7. Projectenbank Regieorgaan SIA. Van Pionieren naar groei! Geraadpleegd via <https://www.sia-projecten.nl/project/van-pionieren-naar-groei> op 22 april 2022.
8. Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialist. 2019 (<https://zorgmasters.nl/extdocs/Werkformulier-Implementatie-Taakherschikking-Verpleegkundig-Specialist-versie-2-okt-2019.docx>).