

De visie van interdisciplinaire teams op een ambulante verpleegkundig spreekuur*

N. Van Cleemput, A. Van Hecke, G. Lemmens, B. Serraes, H. Vandewiele

- Achtergrond** Verschillende Europese landen hervormen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) om de toegankelijkheid te verhogen. Dit zet druk op de ambulante zorg, en ook in Vlaanderen lopen wachttijden op en krijgen patiënten geen tijdige zorg. Tot op heden zijn ambulante verpleegkundige spreekuren in de ggz een relatief nieuw zorgconcept.
- Doel** Exploreren hoe het interdisciplinair team kijkt naar een ambulante verpleegkundig spreekuur in de ggz.
- Methode** Exploratieve kwalitatieve studie met individuele semigestructureerde interviews bij 15 zorgverleners uit een universitaire psychiatrische setting. Een thematische analyse werd uitgevoerd.
- Resultaten** Rond het verpleegkundig spreekuur kwamen drie hoofdthema's naar voren: inhoud, doel en randvoorwaarden. De respondenten vonden dat centraal in het spreekuur staan 'de betekenis van leven met een psychische ziekte' en 'bieden van praktische en psychosociale ondersteuning'. Daarbij vonden zij dat de verpleegkundige functioneert als een laagdrempelige schakelfiguur, een signaalfunctie heeft en zorgt voor continuïteit.
- Conclusie** Dit onderzoek brengt de visie in beeld van zorgverleners op het ambulante verpleegkundig spreekuur in de ggz. De implementatie gaat gepaard met randvoorwaarden zoals de competenties en opleiding van de verpleegkundige, interprofessionele samenwerking en organisatorische uitdagingen zoals de financiering en personeelsinzet.

Europese landen hebben ingezet op hervormingen van de ggz door residentiële beddenreductie. In België werden onder artikel 107 van de ziekenhuiswet interdisciplinaire mobiele teams opgericht met als doel psychiatrische zorg in de thuisituatie te waarborgen.¹ Hierdoor is er een grotere instroom naar de ambulante hulpverlening waarbij wachttijden oplopen. Recent werd een beperkte terugbetaling van psychologen in de eerste lijn goedgekeurd. Dit zorgaanbod richt zich vooral op preventie en zal waarschijnlijk onvoldoende antwoorden bieden aan ambulante behoeften van personen met ernstige psychische problemen.

Het verpleegkundig spreekuur dient zich aan als mogelijk antwoord. In Nederland en de VS worden ambulante verpleegkundige consultaties aangeboden, waarbij psychotherapie, liaisonpsychiatrie, psycho-educatie en behandeling met psychofarmaca centraal staan.²⁻⁴ Patiënten en hun naasten hebben behoefte aan levensstijladviezen over het omgaan met symptomen en hun behandeling; door het versterken van kennis, vaardigheden, zelfmanagement en *self-efficacy*. Deze handvatten kunnen een betere levenskwaliteit bieden én terugval of (her)opname voorkómen.⁵

Hoewel binnen de somatische zorg in Vlaanderen verpleegkundige consultaties een courante praktijk zijn, bestaan die nauwelijks binnen de ggz. Met dit onderzoek beogen wij de mogelijke inhoud en implementatie van het verpleegkundig spreekuur te exploreren vanuit de perceptie van zorgverleners werkzaam in de ggz.

METHODE

Rekrutering van de participanten

Via doelgerichte steekproeven werden zorgverleners werkzaam op drie universitaire psychiatrische afdelingen per brief uitgenodigd. Het onderzoek werd bekendgemaakt door de verpleegkundig specialist. Rekrutering, behoefteanalyse en opbouw van de interviewhandleiding werden begeleid door de verpleegkundig specialist en één verpleegkundige. De steekproef werd na onderzoekertriangulatie aangevuld door disciplines vanuit de indirecte patiëntenzorg (n = 2) en een psychiatrische crisisdienst (n = 4) voor een grotere diversiteit aan inhoud, disciplines en percepties. Na schriftelijke toestemming namen 15 hulpverleners deel.

AUTEURS

Naomi Van Cleemput, Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen, Teamcoach regio Waasland Oost, Gent.

Ann Van Hecke, hoogleraar Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Universiteit Gent; stafmedewerker Directie Verpleging, Universitair Ziekenhuis Gent.

Gilbert Lemmens, medisch diensthoofd, dienst Psychiatrie, Gent.

Brecht Serraes, verpleegkundig procesmanager, Vitaz VZW, Sint-Niklaas, en promovendus, vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, faculteit Geneeskunde en Gezondheidszorgwetenschappen, Universiteit Gent.

Hanne Vandewiele, verpleegkundig specialist psychiatrie, Gent.

Correspondentie

Naomi Van Cleemput (naomi.vancleemput@wgvkvl.be).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-5-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(8):479-483

Dataverzameling

Individuele semigestructureerde interviews werden afgenomen met een gemiddelde tijdsduur van 47,5 minuten (augustus 2019-april 2020). We gebruikten een interviewhandleiding en stelden deze bij op basis van tussentijdse analyses. Elk interview startte met een brede, open vraag: 'wat denkt u bij het horen van de term verpleegkundig spreekuur?' Andere thema's in de interviewhandleiding waren: wat moet er aan bod komen in het spreekuur, hoe is de verhouding met consultaties door andere disciplines en welke verpleegkundigen mogen het verpleegkundig spreekuur uitvoeren?

Data-analyse

We voerden een thematische analyse uit. Een digitale opname van elk interview werd volledig getranscribeerd waarbij de interviewcontext werd meegenomen. Onderzoekerstriangulatie door vier onderzoekers was een belangrijke kwaliteitsmaatregel tijdens de data-analyse. Als onderzoekers hadden we samen expertise en ervaring in kwalitatief onderzoek, klinische verpleegkundige expertfuncties en ggz. Tijdens het analyseproces bediscussieerden we preliminaire resultaten tot een consensus werd bereikt. Dit proces doorliepen we drie keer.

RESULTATEN

Sociodemografische gegevens van de participanten staan in **tabel 1**. Uit de analyse kwamen drie hoofdthema's naar voren rond het verpleegkundig spreekuur: 'inhoud', 'doel' en 'randvoorwaarden'. Ook werden verschillende subthema's benoemd (zie **figuur 1**).

Tabel 1. Kenmerken van de participanten (n = 15)

Vrouw/Man	10/5
Leeftijd, in j	
20-29	2
30-39	6
40-49	5
> 50	2
Functie	
Verpleegkundige*	7
Hoofdverpleegkundige**	1
Zorgmanager**	1
Non-verbaal therapeut*	2
Psycholoog*	2
Psychiater/aio's*	2
Afdeling	
Eetstoornissen	9
UPSIE	3
Mobiel crisisteam	1
Dagbehandeling	1
Werkervaring, in j	
0-4	2
5-9	2
10-14	3
15-19	5
> 20	3

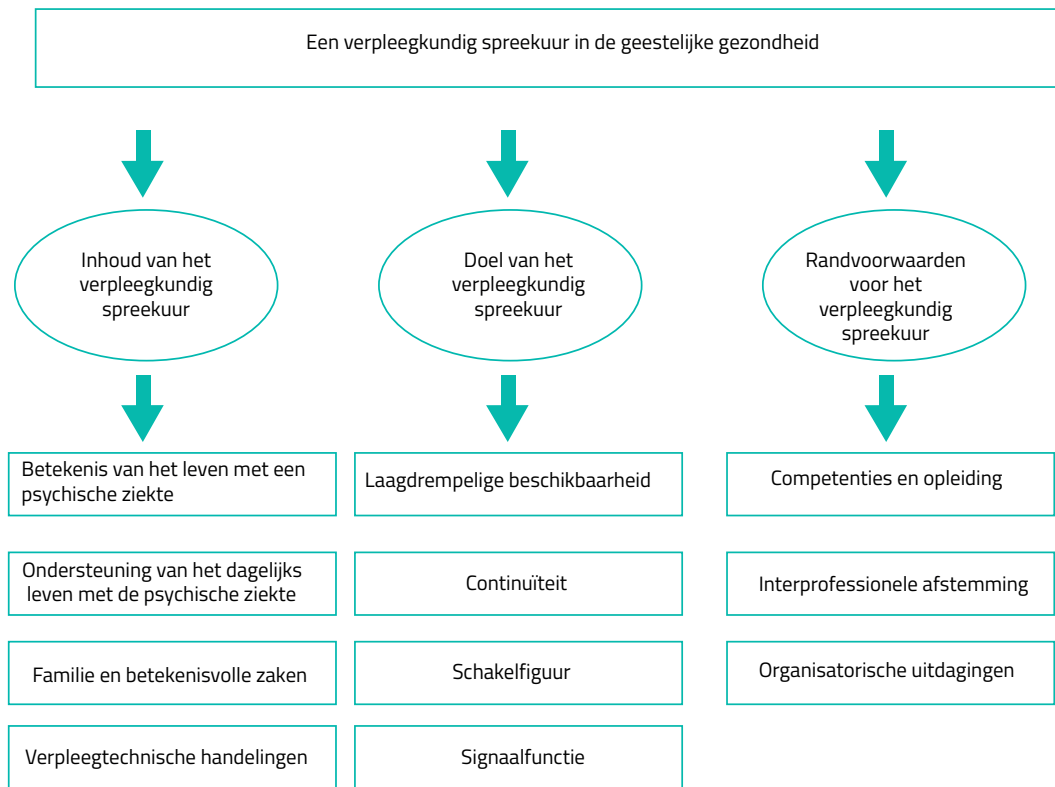
*Direct patiëntencontact; ** indirect patiëntencontact

UPSIE: Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid.

Inhoud van het verpleegkundig spreekuur

De focus van het ambulant verpleegkundig spreekuur in de ggz lag voor de participanten op wat het betekent om te leven met een psychische ziekte en het bieden van psychosociale en praktische ondersteuning. Volgens de

Figuur 1. Overzicht van de thema's die wij uit de resultaten afleidden



participanten zouden familie en betekenisvolle naasten betrokken moeten worden bij de behandeling. Zij vonden dat verpleegtechnische handelingen verricht kunnen worden, met aandacht voor het somatische aspect van de ziekte of behandeling.

Betekenis van en ondersteuning bij leven met psychische ziekte

Centraal in het spreekuur stonden volgens de participanten ‘op verhaal komen’ en ‘aanbrengen van thema’s’ die voor patiënten het relevantst zijn zoals omgaan met eigen diagnose en ziekte, zelfzorg, slaaphygiëne, voeding, werk en relaties, medicatie- en therapietrouw, verstoorte emoties, ervaring(en) met de psychische klachten en lasten zoals craving en zelfmoordgedachten. De verpleegkundige evalueert de geboden zorg en gemoedstoestand van de patiënt.

Participanten vonden dat een verpleegkundige advies en gezondheidsvoorlichting kan geven over deze thema’s alsook samen met de patiënt kan zoeken naar hoe om te gaan met dagelijkse situaties, om stabiliteit te bereiken en copingstrategieën te versterken (a). (Relevante citaten van participanten, te vinden in [onlinesupplement](#)).

Betrekken van familie en betekenisvolle naasten

De meerderheid van de participanten duidde het belang van familieparticipatie met aandacht voor relationele dynamiek(en), omgangsvormen, het samenleven met de patiënt én de vragen en zorgen van de familie of naasten.

Verpleegtechnische handelingen

Het spreekuur diende volgens de participanten verpleegtechnische handelingen te omvatten zoals parameters opvolgen, injecties toedienen en wondzorg uitvoeren. Opnemen van medisch gedelegeerde taken, zoals het voorschrijven van psychofarmaca, bleek niet vanzelfsprekend. Informeren over en verpleegkundige klinische evaluatie van de (bij)werking(en) van psychofarmaca alsook het verlengen van een voorschrift konden door de verpleegkundige opgenomen worden. Het opstarten van medicatie daarentegen bleek voor alle participanten te vergaand wegens het risico op intoxicatie of medicatieafhankelijkheid.

Doel van het verpleegkundig spreekuur

Laagdrempelige beschikbaarheid

Volgens participanten moest tijdige beschikbaarheid van de verpleegkundige het mogelijk maken om moeilijkheden snel op te sporen en bij te sturen, in samenspraak met de patiënt (b).

Zij stelden dat de verpleegkundige informatie en afspraken uit consultaties met artsen of psychologen vertaalt naar het dagelijkse functioneren van de patiënt.

Continuïteit

Participanten omschreven dat tijdens een residentiële opname verpleegkundige en patiënt een vertrouwensrelatie opbouwen, vaak nog sterker met een toewijverpleegkundige. Zij zagen het spreekuur als een extra stap

in de afronding van behandeling waarbij de continuïteit van de (verpleegkundige) begeleiding wordt gegarandeerd (c).

De meerderheid van de participanten zag het verpleegkundig spreekuur in eerste instantie binnen een nazorgtraject. Enkelen zagen eveneens een kans om de psychische zorg na een crisisopname niet te onderbreken: een houvast aan het zorgtraject en een proactieve detectie die zo een psychiatrische (her)opname (helpen) vermijden.

Schakelfiguur

Interdisciplinaire samenwerking was belangrijk volgens participanten: de verpleegkundige informeert en signaleert zorgen tijdig aan betrokken intramurale zorgverleners. Men zag ook een meerwaarde in het samenwerken met de eerstelijnszorg (huisartsenpraktijk, thuisverpleging e.d.) (d).

Signaalfunctie

Verpleegkundigen moesten volgens participanten een risico-inschatting kunnen maken bij suïcidaliteit, afhankelijkheid of terugval, alarmsignalen detecteren en bepaalde tekortkomingen in de zorg identificeren. Zij vonden dat de verpleegkundige tijdig en adequaat dient te reageren door te overleggen met het interdisciplinair team.

Randvoorwaarden voor het verpleegkundig spreekuur

Competenties en opleiding

Goede basisvaardigheden zoals empathie, kennis van psychiatrische stoornissen en gesprekstechnieken vonden participanten essentieel in een verpleegkundig spreekuur. De verpleegkundige moest volgens hen een evenwicht bewaren tussen autonoom zorg verlenen en interdisciplinair samenwerken, en moest voldoende expertise hebben in het klinisch redeneren en besluitvorming (e).

De geschikte opleiding was moeilijk te benoemen voor participanten. Praktijkervaring werd prominent als voorwaarde gesteld. Participanten dachten aan een bijkomende opleiding (intern of extern) met het oog op verdere expertiseontwikkeling in een specifieke doelgroep.

Interprofessionele samenwerkingsafspraken

Het verpleegkundig spreekuur zagen de participanten als een mogelijkheid om de consultaties bij artsen en paramedici te optimaliseren. Door het verschuiven van bepaalde taken, (dagelijkse) thema's aan de verpleegkundige, kon de psycholoog of psychiater zich gericht focussen op onderliggende mechanismen (f).

Organisatorische zorgen

Sommige participanten twijfelden aan de haalbaarheid van het spreekuur gezien het huidige tekort aan ver-

pleegkundigen. Ook de betaalbaarheid werd ter discussie gesteld (g).

Participanten zagen het verpleegkundig spreekuur vooral als een individueel consult tussen patiënt en verpleegkundige. Groepssessies waren volgens enkele participanten meer haalbaar omdat deze minder tijdsintensief zijn en patiënten daarbij van elkaar leren. *Face-to-facesessies* genoten de voorkeur, hoewel men vond dat videobellen de mogelijkheid biedt voor snelle adviesverlening.

Het onderscheiden van andere ambulante zorginstanties was volgens de participanten een aandachtspunt (h).

DISCUSSIE

Participanten ervaren het verpleegkundig spreekuur als een nieuw domein. In België ontbreekt een wettelijk kader voor verpleegkundige expertfuncties,⁶ dit in tegenstelling tot andere landen.⁷ Dit bemoeilijkt de invulling van een verpleegkundig spreekuur en betrokken verpleegkundige expertfuncties.

Participanten zien een grote waaier aan taken als invulling van het spreekuur. Ze zijn het erover eens dat de complexiteit van de taken de nodige extra opleiding bepaalt. Voor medisch gedelegeerde taken zoals voorschrijven en het interpreteren van laboratoriumresultaten denken ze eerder aan een verpleegkundig specialist, gezien de universitaire opleiding. Al heerst er onzekerheid mede door het ontbreken van een wettelijk kader. In Nederland werd het voorschrijfrecht reeds wettelijk geregeld in 2012,⁴ en in de Verenigde Staten al sinds de jaren 80.³ Preventie, monitoring, injecties, wondzorg, parametercontrole, informeren over medicatie en het vasthouden van interdisciplinaire samenwerking moeten volgens de participanten aan bod komen tijdens het ambulante verpleegkundig consult, wat bevestigd wordt in de literatuur.⁸⁻¹⁰

De literatuur bevestigt ook de resultaten rond de centrale thema's: het dagelijks functioneren, coping, bestendigen van stabiliteit en vergroten van de eigen controle over de ziekte.¹¹ Ook familie en naasten zijn belangrijk en men dient met oprechte interesse naar hen te luisteren.¹²

Er heerst bezorgdheid over het hiaat in de huidige ambulante zorg en het gemis aan een graduele afbouw van residentiële zorg.¹³ Participanten benoemen interprofessionele afstemming als een randvoorwaarde om het verpleegkundig spreekuur te implementeren om o.a. de grenzen binnen het therapeutisch werk te bepalen en te bewaken. Rolverduidelijking en het afbakenen van het terrein van andere professionals zijn hierin belangrijk.^{14,15} Hulpverleners uit deze studie beogen met het verpleegkundig spreekuur wachttijden in te korten, (crisis)opnames en heropnames te (helpen) voorkomen door het optimaliseren en uitbreiden van de ambulante begeleiding vanuit dit nieuwe verpleegkundig perspectief.

De bezorgdheid over de financiële haalbaarheid voor de patiënt lijkt samen te hangen met de huidige *fee-for-service* cultuur in onze gezondheidszorg, die leidt tot hoge zorgfragmentatie.¹³ Er is behoefte aan zorgprogramma's waarin het verpleegkundig spreekuur een plaats heeft.

Beperkingen van het onderzoek

Rekrutering verliep via twee contactpersonen die participeerden aan de onderzoekertriangulatie. Dit heeft mogelijk het selectieproces beïnvloed. Maar deze voorkennis zorgde wel voor een gerichtere steekproeftrekking en het bereiken van participanten.¹⁶ Door de onafhankelijkheid van twee andere leden tijdens de onderzoekertriangulatie werd de objectiviteit bewaard en eigen interpretatie verkleind. Ook het referentiekader voor de start van het onderzoek en het bijhouden van beslissingen in een *audit trail* heeft hieraan bijgedragen. Dit monocentrisch onderzoek is uitgevoerd binnen één universitair ziekenhuis. Onderzoekresultaten zijn nuttig om een verpleegkundig spreekuur te implementeren in vergelijkbare settings zoals psychiatrische diensten binnen een universitair of algemeen ziekenhuis. Daar staat tegenover dat dit en de vrij kleine steekproef een beperking kunnen zijn voor de transfereerbaarheid naar andere settings. Verder onderzoek in andere settings zoals psychiatrische centra, bij andere stoornissen en hulpverlenersgroepen is nodig. Thema's zoals het diploma van de verpleegkundige die het spreekuur uitoefent, de medisch gedelegeerde taken en de focus van het spreekuur dienen nog meer uitgediept te worden in vervolgonderzoek.

Implicaties voor de praktijk

Het onderzoek kan gezien worden als een veldonderzoek bij betrokkenen en zette participanten aan het denken. Enerzijds dragen de resultaten bij tot de bestaande *body of knowledge*. Anderzijds worden concrete aandachtspunten blootgelegd bij het opzetten van een verpleegkundig spreekuur ggz in vergelijkbare settings. In sommige landen, bijv. Nederland, vervangt het verpleegkundig spreekuur het spreekuur van de arts.¹⁰ Voor de ontwikkeling en het opstarten van een door een verpleegkundige geleide kliniek (*nurse-led clinic*) is een op masterniveau opgeleide verpleegkundig specialist nodig.¹⁷ Het wordt aangeraden *stakeholders* te betrekken bij de implementatie van het verpleegkundig spreekuur en in interprofessionele afstemming en rolverduidelijking te voorzien.^{10,14,15,18}

CONCLUSIE

Met deze onderzoeksbevindingen verhelderden we de visie van zorgverleners op het ambulant verpleegkundig spreekuur in de ggz. Inhoudelijk dient de focus volgens de participanten te liggen bij het bespreken en ondersteunen van de betekenis van het leven met een psychische ziekte. Verpleegkundig-technische handelingen,

gezondheidsvoorlichting en volgen van de behandeling zijn belangrijke taken voor de verpleegkundige, die functioneert als een schakelfiguur, zorgt voor continuïteit en een signaalfunctie heeft. Er is behoefte aan het afbakenen van de taken binnen het ambulant verpleegkundig spreekuur. Bij de implementatie moet men rekening houden met randvoorwaarden zoals de competenties en opleiding van de verpleegkundige, interprofessionele samenwerkingsafspraken, de financiering en beschikbare personeelsmiddelen.

NOOT

* Deze bijdrage is gebaseerd op de masterthesis van de eerste auteur 'Het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de geestelijke gezondheidszorg een exploratief kwalitatief onderzoek' (UGent 2019-2020) https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/836/881/RUG01-002836881_2020_0001_AC.pdf.

LITERATUUR

- 1 Liégeois A, Eneman M. Een ethische reflectie op bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 103-10.
- 2 Drew BL. The evolution of the role of the psychiatric mental health advanced practice registered nurse in the United States. *Arch Psychiatr Nurs* 2014; 28: 298-300.
- 3 Rookhuizen ED, Stringer B, Huising MS, e.a. Voorschrijven van psychofarmaca door verpleegkundig specialist ggz: een exploratief onderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 229-33.
- 4 Keet IPM, Destoop M. Voorkómen chroniciteit: er eerder bij zijn binnen het netwerk. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 142-9.
- 5 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
- 6 Lowe G, Plummer V. Advanced practice in nursing and midwifery: the contribution to healthcare in Australia. *Advanced Practice in Healthcare: Dynamic Developments in Nursing and Allied Health Professions* 2019: 51-63.
- 7 Kelly N. Prescribing by mental health nurses in acute general hospitals. *Br J of Ment Health Nurs* 2016; 5: 68-72.
- 8 McLeod K, Simpson A. Exploring the value of mental health nurses working in primary care in England: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24: 387-95.
- 9 Karimi-Shahanjari A, Shakibazadeh E, Rashidian A, e.a. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 4(4): CD010412.
- 10 Yousefi H, Ziaee ES, Golshiri P. Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. *J Educ Health Promot* 2019; 8: 178.
- 11 Cook O, McIntyre M, Recoche K, e.a. 'Our nurse is the glue for our team' - Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *Eur J Oncol Nurs* 2019; 41: 7-15.
- 12 De Ridder R, Bourgeois J, Van den Bogaert S, e.a. Implementing integrated care in Belgium: a nationwide mobilization. *Int J Integr Care* 2017; 17: A133.
- 13 Elliott N, Begley C, Sheaf G, e.a. Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2016; 60: 24-45.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.