



# Transparant aanbod EPZ

Modulen als bouw-  
stenen voor de  
hulpverlening



Kennis en advies voor  
maatschappelijke ontwikkeling



# **Transparant aanbod EPZ**

**Modulen als bouwstenen  
voor de hulpverlening**

Margot Scholte en Cora Brink (red.)

MOVISIE

Oktober 2008

## Colofon

De publicatie *Transparant aanbod EPZ: Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening* is mogelijk gemaakt door financiering van het ministerie van VWS en medewerking van LVE en NIP.

Auteurs Margot Scholte en Cora Brink

Aan deze beschrijving hebben de volgende eerstelijnspsychologen meegewerkt

Frits Bosch, Til Heerkens, Adwin Konsten, Marjan Kroon, Ria Mous, Jan Princen, Jessica Terwiel

Geraadpleegde deskundigen kinder- en jeugdpsychologie  
Wim Meertens en Irma Röder

Afstemmingscommissie

Joost Baas, afgevaardigd lid van NIP

Simone Loonstra, beleidsmedewerker VWS

Dick Nieuwpoort, directeur LVE

Foto omslag Redmar Kruihof

Ontwerp en productie Ontwerpburo Suggestie & illusie  
ISBN 978-90-8869-029-7

Deze publicatie is te bestellen via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)  
of rechtstreeks via [bestelling@movisie.nl](mailto:bestelling@movisie.nl)

Eerste druk, november 2008

© 2008 MOVISIE, kennis en adviescentrum voor maatschappelijke ontwikkeling. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

MOVISIE, oktober 2008

# Voorwoord

Transparantie is één van de toverwoorden in het huidige zorgstelsel.

En terecht! Als je opschrijft wat je doet, kan je vertellen over je vak, verantwoording afleggen en duidelijk maken tot waar je verantwoordelijkheid reikt. Voor het onderling begrip en de communicatie tussen hulpverleners is het een noodzakelijke voorwaarde.

Als je niet weet waar je naar toe wil, ben je nooit de weg kwijt.

Dat geldt zeker niet voor de ambities van (eerstelijns)psychologen in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Na een relatief korte aanloop is hun hulpverlening als eerstelijnspsychologische zorg, dat wil zeggen als kortdurende, generalistische hulp bij lichte tot matige psychische problemen, ondergebracht in de zorgverzekeringswet en daarmee toegankelijk voor iedereen geworden. Deze succesvolle vorm van hulpverlening is in essentie beschreven en wettelijk vastgelegd in een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit en wordt vergoed door zorgverzekeraars.

Er verschijnen stelselmatig publicaties en artikelen over eerstelijnspsychologische zorg en de mensen die er achter zitten. Dan gaat het over de ontstaansgeschiedenis en inbedding (Poortwachters van de Geest, LVE, 2007), over alles wat er onder eerstelijnspsychologie verstaan kan worden en wat er mee samenhangt (handboek: Psychologie in de eerste lijn, Harcourt, 2006), over de resultaten (LVE-jaarberichten en diverse onderzoeken) en over de verhouding tot andere vormen van geestelijke gezondheidszorg en zorgverzekeraars (diverse artikelen in dag- en vakbladen). Wat nog ontbrak was een concrete, transparante beschrijving van het aanbod eerstelijnspsychologische zorg (EPZ).

En nu is die ook klaar. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) zijn nauw betrokken geweest bij de totstandkoming ervan. Enkele actieve leden uit onze organisaties hebben meegewerkt aan de invulling van de modulen. Waarvoor dank en hulde!

Het was een heidens karwei. Maar het staat er en kan nu dienen voor de verdere profilering van de beroepsgroep, de samenwerking en afstemming met andere disciplines en de communicatie naar cliënten.

We zijn trots op het resultaat en we zijn Margot Scholte en Cora Brink van MOVISIE veel dank verschuldigd voor hun inzet en doorzettingsvermogen.

Dick Nieuwpoort, directeur LVE

Huib van Dis, voorzitter sector Gezondheidszorg NIP



# Inhoudsopgave

Inleiding	7
-----------	---

## Deel 1: Modulariseren van het aanbod EPZ 10

<b>1. Typering eerstelijnspsycholoog</b>	<b>10</b>
De eerstelijnspsycholoog	10
De positie van de eerstelijnspsycholoog	11
Verloop van de behandeling	12
Werkwijze	14
<b>2. Modulariseren algemeen</b>	<b>16</b>
Inleiding	16
Kernbegrippen bij modulariseren	16
Toepassing van modulen	17
Algemene werkwijze modulariseren	18
<b>3. Werkwijze modulariseren aanbod EPZ</b>	<b>20</b>
Panel van deskundigen	20
Orderingsprincipes	20
Flexibel gebruik van modulen	21

## Deel 2: Modulebeschrijvingen 22

<b>Overzicht modulen voor de eerstelijnspsycholoog per functie</b>	<b>22</b>
1. Aanmelding	23
2. Intake en indicatiestelling volwassenen	24
3. Intake en indicatiestelling kinderen	26
4. Voorbereidingstraject gespecialiseerde zorg	28
5. Lichte tot matige depressieve klachten	29
6. Matige tot ernstige depressieve klachten	31
7. Angstklachten	33
8. Posttraumatische stressklachten	34
9. Partnerrelatieproblemen	35
10. Gezinsproblemen	36
11. Opvoedingsproblemen	37
12. Rouw na verlies dierbare	38

13. Levensfaseproblematiek	39
14. Aanpassingsproblematiek	40
15. Werk- en studieproblemen	41
16. Onverklaarde lichamelijke klachten	43
17. Chronische pijn	44
18. Identiteitsproblemen	45
19. Seksuele problemen	46
20. Eetproblemen	47
21. Slaapproblemen	49
22. Agressieregulatie	50
23. Verslavingsproblemen	51
24. Terugvalpreventie	53
25. Rapportage aan derden	55
26. Consultatie geven	56
Bijlage 1: Beroepsgroepen in de EPZ	57
Bijlage 2: Overzicht relevante literatuur	59
Bijlage 3: Relevante websites	64
Bijlage 4: Functies	65
Bijlage 5 A: Uitwerking module lichte tot matige depressieve klachten	67
Bijlage 5 B: Uitwerking module matige tot ernstige depressieve klachten	69



# Inleiding

Sinds 1999 zijn onder regievoering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een beleidsvisie en diverse projecten ingezet om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te versterken.

Dit met het oog op enerzijds een toename van het aantal hulpvragen bij psychische en psychosociale problemen en anderzijds het ontlasten van de tweedelijns-GGZ.

Eén van die projecten was een voorstudie naar het aanbod van de huisartsen, eerstelijnspsychologen en de sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen. De vraagstelling was in hoeverre dit aanbod reeds dusdanig transparant is dat het voor huisartsen/verwijzers en/of samenwerkingspartners duidelijk is wat de betreffende discipline te bieden heeft voor cliënten met psychische of psychosociale problemen. MOVISIE was uitvoerder van dit project.

Conclusie van de voorstudie is dat het mogelijk is het aanbod van de huisartsen, eerstelijnspsychologen en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen te verhelderen door meer concrete aanbodbeschrijvingen te maken. Deze uitkomst is met vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen besproken.

De bevindingen ten aanzien van het aanbod aan eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) en de mogelijke meerwaarde van het ontwikkelen van modules, zijn besproken met een afvaardiging van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)<sup>1</sup>. De meerwaarde wordt vooral gezien in de ondersteuning van de profilering van de beroepsgroep, de samenwerking en afstemming met andere disciplines en de communicatie naar cliënten. De afvaardiging van de LVE heeft ingestemd met de conclusie dat het verder concretiseren van het aanbod aan EPZ kan bijdragen aan het profileren van het aanbod richting verwijzers en samenwerkingspartners. Later in het traject is ook het NIP op uitnodiging betrokken geraakt. Leden van beide organisaties hebben bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat.

Uitgangspunt voor het maken van de aanbodbeschrijving is de volgende beschrijving van EPZ: eerstelijnspsychologische zorg omvat diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek, conform de desbe-

<sup>1</sup> Het NIP is in dit vooronderzoek niet betrokken geweest, omdat MOVISIE niet op de hoogte was van het feit dat LVE en NIP niet meer bestuurlijk verbonden waren. Bij het overleg waren aanwezig: mw. drs. Els Lamers (lid hoofdbestuur LVE), dhr. drs. Kees van Putten (lid LVE), mw. drs. Ria Mous (lid LVE) en mw. Hanneke Lagerberg (beleidsmedewerker LVE). In de verdere uitvoering van het project is de sector Gezondheidszorg (sector G) van het NIP wel direct betrokken geweest.

treffende wettelijke beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit, de NZa<sup>2</sup>. Als er sprake is van ernstige symptomen, ernstige beperkingen in het functioneren of complexe problematiek zal over het algemeen verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ<sup>3</sup>.

MOVISIE heeft van VWS de opdracht gekregen concrete aanbodbeschrijvingen te maken van het de EPZ. Dit is gebeurd volgens een werkwijze die MOVISIE eerder heeft ontwikkeld. In deze werkwijze wordt het aanbod modulair beschreven. Ook het aanbod van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen in de eerstelijns-GGZ is op deze manier beschreven. Dat van maatschappelijk werkers in de eerstelijns-GGZ is al eerder beschreven (Scholte, M. 2007, *Transparant aanbod AMW: modulen als bouwstenen van de hulpverlening*).

Voorliggende notitie is het resultaat van deze opdracht, en bestaat uit twee delen. Deel 1 bevat een typering van de eerstelijnspsycholoog<sup>4</sup> en gaat in op het proces van het modulariseren van de eerstelijnspsychologische zorg. Deel 2 bevat de modulaire aanbodbeschrijving.

Leidraad bij het schrijven van zowel de modulaire aanbodbeschrijvingen als de typering is dat ze ondersteunend moeten zijn voor de profilering van de beroepsgroep, met name richting verwijzers en samenwerkingspartners. De nadruk ligt dus op het kort en helder beschrijven van *wat* de aanbieder van EPZ doet en minder op de precieze werkwijze van de aanbieder, de toegepaste methoden en technieken en de wetenschappelijke onderbouwing van de werkwijze.

De modulaire beschrijving is een weergave van het gebruikelijke aanbod van EPZ en de eerstelijnspsycholoog op dit moment. Daarnaast hebben we geprobeerd rekening te houden met de veranderingen die samenhangen met de opname van de behandelingen van de EPZ in de basisverzekering. Vanzelfsprekend zijn beschrijvingen als deze aan verandering onderhevig. Het verdient dan ook aanbeveling om de beschrijving over enige tijd nog eens kritisch tegen het licht te houden en aan te vullen of te wijzigen waar nodig. Een voorbeeld is dat activerende begeleiding aan cliënten met een

- 2 Beleidsregel eerstelijnspsychologische zorg, CV-6300-4.0.1.-2, d.d. 1 juli 2008.  
Deze definitie wordt in een bijbehorende toelichting bij deze beleidsregel als volgt nader uitgewerkt:  
Als indicatie voor eerstelijns psychologische zorg gelden de volgende richtlijnen:  
er is sprake van ten hoogste twee probleemgebieden op de DSM IV as I, van een lichte tot matige ernst;  
er is geen comorbiditeit met een as II stoornis. Dat wil zeggen dat er geen as II diagnose is gesteld of dat deze niet interfereert met de aanmeldingsklacht en de daarop gerichte behandeling;  
er is sprake van GAF-score van minimaal 51. Dat wil zeggen dat er sprake is van hooguit matige symptomen (bijvoorbeeld af en toe paniekaanvallen), of matige problemen in sociaal functioneren op het werk of op school.  
Als aanvullende richtlijnen gelden:  
de cliënt heeft geen eerdere GGZ- behandeling gehad, tenzij deze succesvol is afgesloten;  
er zijn geen ernstige ontregeling of psychose te verwachten;  
de problematiek kan met kortdurende diagnostiek en behandeling en begeleiding afdoende worden behandeld.  
In de psychopathologie is de DSM IV (TR) het meest gebruikte classificatiesysteem. In de DSM worden vijf assen onderscheiden.  
As I: klinische stoornissen (zoals depressie en angststoornissen) en overige problematiek die om klinische aandacht vraagt (waaronder de zogenaamde V-codes zoals relatieproblemen).  
As II: persoonlijkheidsstoornissen en zwakbegaafdheid.  
As III: algemene lichamelijke functioneren / aandoeningen.  
As IV: psychosociale en omgevingsproblemen.  
As V: de Global Assessment of Functioning (GAF) schaal, waarop de behandelaar in een schaal van 0 tot 100 een uitspraak doet over het niveau van functioneren en van de klachten van een patiënt.
- 3 Het principe van stepped care houdt in dat aan een patiënt in eerste instantie de minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling wordt aangeboden die mogelijk is en waarvan effect kan worden verwacht gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. Dit betekent dus niet dat er altijd met een minimale vorm van behandeling kan worden gestart. Wanneer de ernst van de situatie het vereist, kan er meteen een meer intensieve behandeling worden aangeboden.
- 4 Zie bijlage 1 voor een toelichting op het gebruik van de term eerstelijnspsycholoog in deze notitie.

indicatie en PGB hiervoor vanaf 1 januari 2008 onderdeel kan zijn van de EPZ. Activerende begeleiding is nog niet in deze beschrijving opgenomen, omdat dit aanbod nog te weinig is uitgekristalliseerd om er een goede beschrijving van te maken. In een volgende versie zal waarschijnlijk een dergelijke module toegevoegd moeten worden. Een ander voorbeeld van een dergelijke verandering is de verwachte toename van het aanbod aan groepswerk binnen de EPZ, samenhangend met de toegenomen mogelijkheden die verzekeraars hierin bieden.

# Deel 1: Modulariseren van het aanbod EPZ

## 1. Typering eerstelijnspsycholoog

### De eerstelijnspsycholoog

In deze notitie bespreken we het aanbod van de eerstelijnspsycholoog<sup>5</sup>. Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in deze notitie de term eerstelijnspsycholoog om meerdere soorten beroepsbeoefenaren aan te duiden. De eerstelijnspsycholoog is een 'psycholoog dichtbij huis': laagdrempelig, makkelijk bereikbaar en persoonlijk herkenbaar. De eerstelijnspsycholoog pakt een probleem snel en praktisch aan.

De behandeling van de eerstelijnspsycholoog:

- is kortdurend;
- is generalistisch;
- omvat zowel diagnostiek als behandeling;
- is gericht op niet-complexe, licht tot matig ernstige, psychische problemen<sup>6</sup>.

Een onderscheid met de andere disciplines in de eerste lijn is de nadruk op de diagnostiek als integraal onderdeel van de behandeling, met behulp van psychodiagnostische testen, aangevuld met gesprekken en heteroanamnese. Naast diagnose en behandeling, behoren ook indicatiestelling, verwijzing, preventie en consultatie tot het takenpakket van de eerstelijnspsycholoog. Bij de behandeling wordt gebruikgemaakt van verschillende behandelmethoden, gericht op het opheffen dan wel het beheersbaar maken van psychische klachten en stoornissen.

De hulp van de eerstelijnspsycholoog is toegankelijk voor een breed publiek wat betreft opleidingsniveau, werksituatie en leeftijd (volwassenen, adolescenten en (ouders van) jonge kinderen). Het gaat om alle cliënten die psychische problematiek ervaren en er zelf niet uitkomen. De hulp kan bestaan uit advies, behandeling of verwijzing, afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek. In de meeste gevallen is er sprake van matige symptomen of matige problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren. Als er sprake is van ernstige symptomen of ernstige beperkingen in het functioneren zal in het algemeen verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ. De enige beperking voor hulp door een eerstelijnspsycholoog is comorbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis of met zwakbegaafdheid. Dit betekent dat er geen diagnose persoonlijkheidsstoornis of

<sup>5</sup> Zie bijlage 1 voor een toelichting op het gebruik van de term eerstelijnspsycholoog in deze notitie.

<sup>6</sup> Deze kenmerken zijn gebaseerd op de volgende twee definities:

- Definitie LVE: Diagnostiek en behandeling bij niet-complexe, matig ernstige psychische problematiek. De behandeling is kortdurend, maximaal twaalf gesprekken, en probleemgericht.

- Definitie zoals door de NZa gebruikt in de beleidsregel Eerstelijnspsychologische zorg d.d. 1 juli 2008, CV-6300-4.02.1.-2, inclusief bijlage.

zwakbegaafdheid is gesteld, of dat geconcludeerd wordt dat deze diagnose niet interfereert met de aanmeldingsklacht en de daarop gerichte behandeling.

## De positie van de eerstelijnspsycholoog

Een eerstelijnspsycholoog kan zelfstandig een praktijk voeren, samen met collega's in een groepspraktijk werken en/of werkzaam zijn binnen een gezondheidscentrum. De eerstelijnspsycholoog werkt samen met huisartsen en met andere disciplines in zowel de eerste lijn, als de tweede en derde lijn.

Regelmatig overleg over een cliënt met andere betrokken disciplines, met name de huisarts, behoort tot de kerntaken van de eerstelijnspsycholoog. Cliënten worden gewoonlijk naar de eerstelijnspsycholoog verwezen door de huisarts of de bedrijfsarts, maar ook wel door het maatschappelijk werk, de fysiotherapeut, collega-eerstelijnspsychologen, en de tweede- of derdelijns- GGZ. Vaak stellen verzekeraars eisen aan de verwijzing alvorens tot vergoeding over te kunnen gaan. Als behandeling door de eerstelijnspsycholoog niet aangewezen blijkt, wordt terugverwezen of doorverwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn of in de gespecialiseerde GGZ.

## Financiering<sup>7</sup>

Vanaf 1 januari 2008 bevat het basispakket van de zorgverzekering acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Ziektekostenverzekeraars kunnen in de aanvullende pakketten extra zittingen vergoeden; vaak zijn dit er vier. Deze acht dan wel twaalf zittingen gelden per cliënt per kalenderjaar en zijn inclusief intake en diagnose. In 2008 geldt per zitting een wettelijke eigen bijdrage van tien euro.

De vergoeding van de eerstelijnspsychologische zorg is gebaseerd op een verrichtingensysteem. De basisverrichting is het eerstelijnspsychologische consult van één uur, waarvan 15 minuten voorbereiding en uitwerking en 45 minuten vis-à-viscontact. Hiervan afgeleide verrichtingen kunnen zijn het telefonische consult, het elektronische consult en het korte controleconsult. Voor deze verrichtingen geldt dat ze altijd plaatsvinden in het kader van de behandeling. Daarnaast kan er in voorkomende gevallen consult aan huis worden gegeven.

## Kwalificatie

Het NIP beheert een register van gekwalificeerde eerstelijnspsychologen. Dit register is onafhankelijk van een lidmaatschap van een beroepsvereniging. Opname in dit register vindt plaats als een gezondheidszorgpsycholoog heeft voldaan aan de eisen van de kwalificatieregeling eerstelijnspsychologie (NIP, 2005).

De registratie als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog kent een herregistratieregeling. Binnen een periode van vijf jaar dient voldaan te worden aan eisen op het gebied van nascholing en intervisie. Tevens dient er registratie aan de hand van het LVE-jaarcodboek plaats te vinden.

<sup>7</sup> Meer informatie op [www.veranderingenindezorg.nl](http://www.veranderingenindezorg.nl).

Ongeveer negentig procent van alle gekwalificeerde eerstelijnspsychologen is lid van de beroepsvereniging LVE. De LVE kent een aantal aanvullende kwaliteitsaspecten die voor haar leden gelden:

- een kwaliteitsbeleid op grond van het *Handboek Kwaliteit*, waarin zowel het primaire proces als de ruimere organisatie van de praktijkvoering zijn vastgelegd;
- een wachttijdenbesluit;
- een onafhankelijke klachtenregeling;
- het verzamelen en aanleveren van registratiegegevens volgens het codeboek van de LVE.

## Verloop van de behandeling

De eerstelijnspsycholoog kent de individuele behandeling, de partnerrelatiebehandeling, mediatietherapie en de gezinsbehandeling. Een aparte vorm is de mogelijkheid van groepsbehandelingen. Groepsbehandelingen worden nu nog te weinig door eerstelijnspsychologen uitgevoerd om ze als standaard in deze modulebeschrijving op te nemen. Op dit moment wordt vooral verwezen naar groepswork van AMW, Thuiszorg en/of GGZ-instellingen. In de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is deze mogelijkheid wel opgenomen. Gelet hierop en gezien de mogelijkheden die de verzekeraars bieden is de verwachting dat zowel de vraag naar als het aanbod van groepswork door de eerstelijnspsycholoog zullen toenemen.

De behandeling van de eerstelijnspsycholoog is kortdurend, in de regel beperkt tot twaalf gesprekken, met een gemiddelde van acht gesprekken. Het aantal gesprekken verschilt per cliënt. Bij een deel van de cliënten vraagt de behandeling dus meer dan de acht dan wel twaalf gesprekken die de verzekeraar vergoedt. De eerstelijnspsycholoog bespreekt in een zo vroeg mogelijk stadium met de cliënt het verwachte aantal gesprekken dat nodig is om de behandeldoelen te bereiken. Indien de behandeling naar verwachting meer gesprekken zal kosten dan de verzekeraar van de cliënt vergoedt, kan de cliënt de extra gesprekken zelf betalen. Indien tijdens intake of behandeling blijkt dat kortdurende behandeling niet voldoende is, wordt in overleg met de cliënt naar een verwijzer gezocht en/of een andere vorm van hulp. De eerstelijnspsycholoog begeleidt deze verwijzing waar mogelijk en nodig.

Een vertrouwensrelatie met de cliënt is een randvoorwaarde voor de behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Tijdens de hele behandeling, maar met name in de beginfase, besteedt hij dan ook expliciet aandacht aan de kwaliteit van de vertrouwensrelatie.

In de behandeling onderscheiden we de volgende deeltaken of stappen<sup>8</sup>:

- intake en indicatiestelling;
- psychodiagnostiek;
- opstellen van een behandelplan;
- behandeling;
- evaluatie;
- afsluiting.

8 Deels gebaseerd op het handboek kwaliteit van de LVE.

## **Intake en indicatiestelling**

Bij elke nieuwe cliënt neemt de eerstelijnspsycholoog een intake af. Deze is bedoeld om een eerste indruk van het probleem en de hulpvraag te krijgen. Bij de intake wordt niet alleen het probleem in kaart gebracht, maar ook gegevens over de leefsituatie, de gezondheidstoestand en eventuele therapeutische mogelijkheden of beperkingen vanwege de persoonlijkheidsstructuur. Op basis van de aard, ernst en complexiteit van de problematiek schat de eerstelijnspsycholoog in of het nodig/mogelijk is het probleem of de klacht te behandelen en/of samenwerking met andere disciplines noodzakelijk is. Zo nodig wordt verwezen.

## **Psychodiagnostiek**

Wanneer uit de intake blijkt dat het om een klacht gaat die waarschijnlijk goed door een eerstelijnspsycholoog te behandelen is, wordt in de meeste gevallen psychodiagnostiek gedaan. De meest gebruikte diagnostische instrumenten zijn:

- het interview (inclusief heteroanamnese);
- de observatie;
- de probleemgerichte vragenlijst;
- de psychologische test.

Bij het psychodiagnostisch onderzoek gaat het erom de eerder verkregen informatie uit te breiden en aan te vullen met nadruk op de persoonlijkheidsstructuur, coping mechanismen, motivatie, zelfbeeld, beleving van gezinsrelaties, lichamelijk en maatschappelijk functioneren, lijdensdruk en ziekte-inzicht. Het zal van de (hulp)vraag en de specifieke problematiek afhangen hoeveel en welke informatie ingewonnen wordt. Wanneer de eerstelijnspsycholoog tests gebruikt, zijn dat bij voorkeur gevalideerde psychologische tests<sup>9</sup>. De test dient altijd ter ondersteuning van het gesprek en komt daar niet voor in de plaats. Bij gebruik van een psychologische test zal de intakefase in de regel twee consulten duren.

## **Opstellen van een behandelplan**

Op basis van alle gegevens uit de intakefase en van de uitkomsten van het psychodiagnostisch onderzoek maakt de eerstelijnspsycholoog een probleemanalyse en formuleert hij mogelijkheden voor behandeling. Samen met de cliënt wordt vervolgens het behandelplan opgesteld met doelen die haalbaar zijn binnen een kortdurende behandeling (conform *informed consent* en de WGBO).

## **Behandeling**

In de behandeling kan de eerstelijnspsycholoog een breed en divers behandelingrepertoire inzetten. Hij maakt hierbij gebruik van verschillende interventies op individueel of systemisch niveau. Op basis van de intake wordt het aantal behandelingen vastgesteld. In de hulpverleningsfase van de behandeling vindt doorgaans één gesprek van drie kwartier plaats per twee weken. Na ieder gesprek worden behandelverslagen bijgewerkt en toegevoegd aan het dossier.

<sup>9</sup> Volgens de LVE-richtlijn intake en indicatiestelling.

## Evaluatie

Tijdens de behandeling evalueert de eerstelijnspsycholoog samen met de cliënt de voortgang in het kader van de vastgestelde doelen. Indien nodig wordt op basis van deze evaluatie in overleg met de cliënt het behandelplan bijgesteld.

## Afsluiting

Wanneer de doelstellingen die zijn vastgelegd in het behandelplan zijn bereikt, wordt de behandeling afgesloten. Eventueel kan de eerstelijnspsycholoog een afspraak maken voor een follow-upgesprek na drie maanden. Na afsluiting van de behandeling stuurt de eerstelijnspsycholoog een afsluitbericht naar de verwijzer en/of andere samenwerkingspartners. Vaak vindt een evaluatie en/of klanttevredenheidsonderzoek plaats. Indien de doelstellingen niet of onvoldoende zijn bereikt of als om andere reden (vervolg)hulpverlening gewenst is, wordt in overleg met de verwijzer doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ.

## Werkwijze

De werkwijze van de eerstelijnspsycholoog is generalistisch en eclecticisch. Dat betekent dat de eerstelijnspsycholoog gebruikmaakt van de technieken uit de gangbare therapeutische richtingen binnen de psychologie, die, gezien de persoonlijkheid van de hulpvrager en de aard van de klachten, de meeste kans op succes hebben. Bij het bepalen van de werkwijze en de keuze van technieken staan de cliënt en zijn vraag dus centraal; er wordt gestreefd naar maatwerk. De meest gangbare therapeutische richtingen zijn de cognitieve gedragstherapie, de systeemtherapie, de psychodynamische therapie en de Rogeriaanse therapie.

De eerstelijnspsycholoog hanteert bij de keuze van de werkwijze zo veel mogelijk wetenschappelijke principes en standaarden. Zo baseert hij zich in de keuzen van zijn werkwijze mede op de voor de GGZ ontwikkelde multidisciplinaire richtlijnen (zie bijlage 1) en op de Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraken (LESA's). In deze richtlijnen worden de interventies besproken die effectief zijn bij nader gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen. Het bewijs is opgebouwd volgens de strenge normen van de *evidence based medicine* (EBM). Omdat veel van de cliënten in de eerstelijns-GGZ niet gediagnosticeerd zijn, zijn in de eerste lijn het oordeel van de eerstelijnspsycholoog en de wensen van de cliënt een belangrijke leidraad bij de keuze van een behandelvorm. Modulen kunnen dus invulling krijgen door het toepassen van specifieke methoden en interventies uit de richtlijnen, maar dit is geen automatisme<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> In de afzonderlijke modulen gaan we niet in op de wetenschappelijke onderbouwing van de werkwijze in die specifieke module, omdat dit de leesbaarheid in de weg staat. Wie meer wil weten over bewezen effectieve werkwijzen van de eerstelijnspsycholoog verwijzen we naar bijlage 1 voor relevante literatuur.



Inherent aan het principe van *stepped care* is dat de eerstelijnspsycholoog klachtgericht werkt, dat wil zeggen dat de klacht van de cliënt en niet de eventuele achterliggende problematiek aangrijpingspunt is voor de behandeling. Centraal staat dat de cliënt weer zonder hulpverlening verder kan en dat verergering van de klachten wordt voorkomen. De eerstelijnspsycholoog ziet in een aantal gevallen een cliënt terug in een latere levensfase; dan wordt gesproken van heraanmelding. Het kan gaan om cliënten die op moment van afsluiten tevreden waren met het behaalde resultaat, maar waarbij heraanmelding te voorzien was, om cliënten die de problematiek verder willen uitdiepen of om cliënten waarbij nieuwe problematiek naar voren is gekomen.

De eerstelijnspsycholoog monitort de hulpverlening zo goed mogelijk en verwijst naar gespecialiseerde zorg voor verdere diagnostiek of behandeling als de hulp te licht blijkt te zijn en niet leidt tot substantiële verbeteringen. Hij werkt volgens de principes van *stepped care*. De eerstelijnspsycholoog maakt, daar waar dat bewezen effectief is, gebruik van één of enkele follow-upgesprekken zo'n drie maanden na het afsluiten van de behandeling om het eerder aan de cliënt geleerde nog beter te laten beklijven.

Bij de behandeling van kinderen en jeugdigen door de eerstelijnspsycholoog gelden enkele specifieke aandachtspunten. Zo is er extra aandacht nodig voor de therapeutische relatie met het kind. Ook het speelse karakter van een sessie en een duidelijke structuur in de behandeling zijn belangrijke aandachtspunten. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door op een vast moment in de sessie een spelletje te spelen.

Bij de behandeling van kinderen en jeugdigen wordt veel gebruikgemaakt van rollenspellen en concreet en visueel materiaal. Daarnaast is er literatuur en zijn er websites speciaal voor kinderen. Vaak geeft de eerstelijnspsycholoog ook psycho-educatie aan ouders. Ook kan de eerstelijnspsycholoog de ouders in aparte gesprekken begeleiden in hoe zij hun kind kunnen ondersteunen en hoe hun eigen (irrationele) cognities en hun eigen persoonlijkheid/levensgeschiedenis de klachten van het kind kunnen versterken dan wel in stand houden (mediatietherapie).

## 2. Modulariseren algemeen

### Inleiding

MOVISIE werkt sinds 2005 aan de ontwikkeling van aanbodbeschrijvingen door het formuleren van landelijk geldende sets modules voor verschillende werkvelden binnen zorg en welzijnswerk. Modules zijn op te vatten als ‘zorg- of hulpverleningseenheden’ die met elkaar de bouwstenen vormen voor het totale aanbod van een organisatie of werksoort. Hiermee kan in grote lijnen duidelijk gemaakt worden wat een beroepsgroep of werksoort te bieden heeft voor wie, met welke doelen en met welke (beoogde) resultaten.

In dit hoofdstuk staan we eerst stil bij de beschrijving van de kernbegrippen van modularisering omdat we ons bewust zijn van het feit dat de in deze notitie gehanteerde begrippen modules, programma’s en functies geen gemeengoed zijn voor eerstelijnspsychologen, in de eerstelijns-GGZ en in de sociale sector. Vervolgens staan we stil bij de toepassingsmogelijkheden van modules. Na deze toelichting wordt ingegaan op de min of meer gestandaardiseerde werkwijze die bij het ontwikkelen van modules gehanteerd wordt.

### Kernbegrippen bij modulariseren

In het kader van eerdere moduletrajecten is een verkenning<sup>11</sup> van begrippen uitgevoerd die eerder gebruikt zijn om een ordening van het aanbod aan te geven in zowel de welzijnssector als in de eerstelijnszorg. Conclusie van deze verkenning was enerzijds dat veel termen door elkaar gebruikt worden en anderzijds dat veel begrippen vanuit een managementperspectief worden ingevuld en toegepast, waardoor de directe relatie met de inhoud van het werk ontbreekt. Gezien de groeiende eisen ten aanzien van het zichtbaar maken van resultaten, is een eenduidige formulering van begrippen met een herkenbare verbinding met de inhoud van het werk van groot belang<sup>12</sup>.

In navolging van jeugdzorg en GGZ is gekozen voor de termen modules, programma’s en functies. Voordeel van het werken met programma’s en modules is dat ze logisch samenhangen en het aanbod ordenen op een manier die betekenis heeft voor zowel de uitvoering (modules) als de organisatie van de hulpverlening (programma’s).

- Op moduleniveau gelden ordeningsvragen als: Welk type hulp heeft iemand nodig? Waaruit bestaat het aanbod? Wat is het doel van het aanbod? Op programmaniveau: Voor welke doelgroep is het aanbod? Welke deskundigen zijn er voor nodig? Waar wordt het uitgevoerd? Wat kost het?
- Op cliëntniveau leidt de indicatie voor een functie tot de keuze voor een passend hulpaanbod, dat wil zeggen modules die passen bij de problematiek en de hulpvraag van de cliënt. Dit kan direct gebeuren (informatievraag), maar dit kan ook na tussenkomst van een of meer intakegesprek(ken).

11 Naast een verkennend onderzoek in opdracht van de MOgroep (M. Scholte e.a., 2003) is ook de eerder genoemde voorstudie in dit kader van belang. Zie hiervoor *Aanbodverheldering huisartsen, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Een verkennend onderzoek*, (J. van Leur, K. Sok en M. Scholte, 2007).

12 Zie Transparant aanbod AMW. Modules als bouwstenen van de hulpverlening, (M. Scholte, 2007).

- Op doelgroepniveau spreken we van een programma. Programma's kunnen zowel monodisciplinair als multidisciplinair uitgevoerd worden. Bij de combinatie van modules in een multidisciplinaire programma worden de organisatorische aspecten toegevoegd, waaronder afspraken rondom financiering en samenwerking. Op deze manier kunnen programma's ook zorgen voor samenhang over de grenzen van de eerstelijnspsychologische zorg door het maken van vaste afspraken met hulpverleners uit lokale/regionale organisaties.

**De gebruikte termen zijn als volgt gedefinieerd:**

*Functie:* een functie is een globaal aangeduide, op een bepaald doel gerichte (hulp- en dienstverlenings)activiteit, zoals het bieden van informatie, begeleiding en training.

Uitgaande van functies kan men programma's maken, opgebouwd uit modules.

*Programma:* een hulpverleningsprogramma bestaat uit een aantal gespecificeerde en samenhangende afspraken en coördinerende activiteiten, resulterend in een doelgerichte en planmatige inzet van twee of meer modules ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep (Van Yperen, Van Rest en Vermunt, 1999). In een hulpverleningsprogramma kan aan meerdere functies en doelen gewerkt worden.

*Module:* een module is een homogene eenheid van hulp- en/of dienstverlening die toepasbaar kan zijn bij meerdere doelgroepen (Van Yperen, Van Rest en Vermunt, 1999). Het is een als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensd onderdeel van het hulpverleningsaanbod. Modules kunnen in hulpverleningstrajecten ingezet worden, en basisonderdeel zijn van een programma. Een module is (meestal) gekoppeld aan één functie.

## Toepassing van modules

Bij het kiezen en beschrijven van modules zijn de toepassingsmogelijkheden voor het gebruik door de betreffende beroepsgroep en haar organisaties richtinggevend. Voor de eerstelijnspsychologen geldt dat communicatie en samenwerking de belangrijkste doelen zijn waarvoor de modules gebruikt zullen worden. Mogelijk kunnen de modules in een later stadium aangevuld worden met diepgaandere informatie over methodische aspecten en wetenschappelijk bewijs ten aanzien van de effectiviteit. Op dat moment krijgen de modules ook meer betekenis voor het ontwikkelen van de professionaliteit en nascholing. Hieronder volgt een toelichting op de verschillende gebruiksmogelijkheden die voor eerstelijnspsychologen van betekenis zijn:

### 1. Voor communicatie met de opdrachtgever/collega's/cliënten

- Modules kunnen – al dan niet gebundeld tot (multidisciplinaire) programma's voor specifieke doelgroepen – gebruikt worden om duidelijk te maken wat eerstelijnspsychologen bij kunnen dragen aan de eerstelijnszorg. Dit betreft zowel de communicatie met andere disciplines als de communicatie met cliënten. Dit kan door middel van folders, maar ook door presentaties voor bijvoorbeeld (nieuwe) hulpverleners, hulpverleners in opleiding enzovoort. Een andere optie is om de modules te gebruiken voor verantwoording achteraf. Wanneer in de registratie wordt bijge-

houden uit welke modules de hulpverlening heeft bestaan, kan in het jaarverslag aan de zorgverzekeraars duidelijk gemaakt worden welke inzet eerstelijnspsychologen gepleegd hebben voor welke categorieën cliënten. Ook kunnen modules bewerkt worden tot beknopte informatiefolders waarin naast de inhoud ook ervaringen van andere cliënten beschreven zijn. Op die manier krijgen cliënten een beeld van wat de eerstelijnspsycholoog doet en hoe hij werkt.

## 2. Voor afstemming en samenwerking

Modules kunnen ingezet worden in de samenwerking en afstemming met andere disciplines. Samen kun je 'programma's' beschrijven voor specifieke doelgroepen. Elke discipline of organisatie geeft dan aan wat hun aandeel is aan de zorgketen. Samenwerking is een *hot issue* en modules kunnen bijdragen aan het positioneren en profileren van de eerstelijnspsycholoog.

## 3. Voor onderzoek naar resultaten en effecten

Modules vormen een basis voor het uitvoeren van onderzoek naar de resultaten van de hulpverlening door eerstelijnspsychologen. Methodisch moeten modules daarvoor verder uitgediept worden met interventies en werkprocessen om zo voldoende gedetailleerd te zijn voor onderzoek naar de bereikte resultaten en de effecten van de hulpverlening daarbij. Dit kan in allerlei onderzoeksdesigns gebeuren waardoor volgens de inzichten van de *evidence based practice* gewerkt kan worden aan het vullen van een database waarin de interventies van eerstelijnspsychologen en de onderzoeksresultaten beschreven staan. In de jeugdzorg wordt al druk gewerkt aan zo'n database met de resultaten van Nederlands onderzoek.

## Algemene werkwijze modulariseren

### Paneldiscussies

Het ontwikkelen van modules gebeurt samen met hulp-, zorg- of dienstverleners, eventueel aangevuld met andere deskundigen. In zogenaamde paneldiscussies wordt met een groep van ongeveer tien deelnemers aan de hand van een vaste werkwijze bepaald wat de modules zijn die in de praktijk uitgevoerd worden. Input voor de eerste paneldiscussie vormt een startdocument op basis van literatuur die in de deelsector en de beroepsgroep gebruikt wordt om de inhoud richting te geven. Denk hierbij aan dienstenindelingen, functiebeschrijvingen, beroepsprofiel, visiedocumenten enzovoort. Eventueel worden ook de modules van aanpalende werkvelden gebruikt als input. De groep start dan met het selecteren van die modules die ook door hen – al dan niet in aangepaste vorm – uitgevoerd worden. Deze selectie van modules wordt aangevuld met andere (nieuwe) modules die relevant geacht worden. De uitkomst van de paneldiscussie wordt steeds verwerkt in dit startdocument en leidt tot een vernieuwde en verbeterde versie. Na drie tot vier panelbijeenkomsten ligt er een set modules die de stand van zaken van de praktijk op dat moment weergeeft.

### *Van globale taken (functies) naar concrete taken (modules)*

Het bouwen van modules start bij het onderscheiden van de functies (zie ook de definitie op de vorige pagina). Functies worden vervolgens ingedeeld in kleinere eenheden, de modules, waarin die taken worden verfijnd en concreter worden beschreven.

## **Uitwerking**

De concrete beschrijving van de modulen gebeurt volgens een vaste opzet met de volgende onderdelen: doelgroep, doel, duur en frequentie (globale inschatting), setting, werkwijze/activiteiten, eventuele aanvullende informatie en mogelijke randvoorwaarden.

Het streven hierbij is een beschrijving niet langer te laten worden dan één A4. Deze beknopte beschrijvingen voorkomen dat al te uitgebreid ingegaan wordt op werkprocessen en interventies, en laten ruimte over voor een eigen invulling en toepassing van de modulen. Een module heeft zo de kenmerken van een flexibel inhoudelijk kader. Enerzijds biedt het kader duidelijkheid, anderzijds kan het specifiek op de situatie afgestemd en ingevuld worden.

### 3. Werkwijze modulariseren aanbod EPZ

#### Panel van deskundigen

Het modulariseringstraject van de eerstelijnspsycholoog is uitgevoerd met een panel bestaande uit zeven eerstelijnspsychologen. De panelleden zijn in het kader van dit traject uitgenodigd en geselecteerd door de LVE en het NIP. De belangrijkste selectiecriteria waren minimaal drie tot vijf jaar ervaring als uitvoerend psycholoog in de eerstelijns-GGZ, kennis van de recente stand van zaken met betrekking tot eerstelijnspsychologische zorg door psychologen en een netwerk van psychologen dat zo nodig geraadpleegd kon worden.

Bovendien zijn twee deskundigen op het terrein van de kinder- en jeugdpsychologie betrokken bij de modulebeschrijvingen. Zij hebben een specifieke module intake kinderen en jeugdigen geschreven en aan de andere modulen informatie toegevoegd over de inzet van die specifieke modulen voor kinderen en jeugdigen.

#### Orderingsprincipes

Bij het kiezen van de te beschrijven modulen voor de eerstelijnspsychologen, zijn we uitgegaan van drie verschillende orderingsprincipes:

- de fase van de hulpverlening (aanmelding, intake, behandeling);
- de functie, opgevat als een globale taak (hoeft niet direct behandeling te zijn);
- de aanmeldingsklachten volgens het codeboek van de LVE.

We lichten deze orderingsprincipes hierna afzonderlijk toe.

##### De fase als orderingsprincipe

Een aantal modulen is gekoppeld aan de voorfase van de behandeling. Modulen in deze eerste fase zijn een pragmatische toevoeging omdat een behandeling nou eenmaal altijd vooraf gegaan wordt door een inhoudelijk vraag- en probleemoriëntatie en een keuzemoment. Modulen uit de voorfase hebben een iets ander karakter omdat ze de problematiek en de hulpvraag verduidelijken op basis waarvan er een behandelmodule wordt gekozen. Overigens wordt in de praktijk flexibel met deze fasering, en de daarbij horende opsplitsing tussen intake- en behandelmodulen omgegaan. Tijdens de intake kan eventueel al begonnen worden met elementen van behandeling. Later in de behandeling kunnen nieuwe aspecten van klachten of zelfs nieuwe klachtgebieden naar voren komen, die een herhaling van een deel van de intakemodule rechtvaardigen.

##### De functie als orderingsprincipe

Door te starten bij het onderscheiden van functies worden ook taken zichtbaar die iets verder afstaan van de directe behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Dit betreft bijvoorbeeld de modulen: *consultatie geven* en: *rapportage aan derden*. Voor de functies die we onderscheiden, geldt dat het om cliëntgebonden taken moet gaan. Algemeen afstemmingsoverleg met het gezondheidscentrum bij-

voorbeeld, hoort er dus niet bij. Overleg over één of meer specifieke cliënten wel. Dit laatste is integraal onderdeel van de behandelmodulen.

Voor de eerstelijnspsychologen zijn, in overleg met het panel, de volgende functies onderscheiden:

#### **Toegangsfuncties**

- aanmelding
- intake, indicatie en verwijzing

#### **Uitvoeringsfuncties**

- behandeling en begeleiding
- onderzoek en rapportage
- consultatie

Zie voor een omschrijving van de functies bijlage 3.

#### **De aanmeldingsklacht als ordeningsprincipe**

In principe werkt de eerstelijnspsycholoog 'klachtgericht', dat betekent dat klachten (en problemen) een goede kapstok zijn om aanbod aan te koppelen. De aanmeldingsklachten betreffen soms psychische klachten (zoals angst, depressie en spanningsklachten) en soms leefgebieden (zoals relatieproblemen, gezinsproblemen, opvoedingsproblemen en werk- en studieproblemen). De psychische klachten en de verschillende leefgebieden kunnen samenhangen: soms komen psychische klachten voort uit problematiek op een leefgebied (bijv. werkproblemen kunnen leiden tot depressieve gevoelens) en soms komt problematiek op leefgebieden voort uit psychische klachten (bijv. relatieproblemen als gevolg van depressieve gevoelens). In de intake wordt een keuze gemaakt welk probleem voorop staat en waaraan gewerkt wordt. Zo kan bij cliënten met stemmingsklachten en werkproblemen bij de ene cliënt de module 'werk/studieproblemen' en bij de andere cliënt de module 'behandeling depressie' aan de orde zijn. Het ordeningsprincipe laat deze keuze bij de intaker en zijn cliënt.

#### **Flexibel gebruik van modulen**

Zoals al in de inleiding gezegd, vormen modulen geen keurslijf, maar zijn ze een manier om het aanbod op een overzichtelijke manier te beschrijven. In de praktijk kan men er dan ook flexibel mee omgaan: verschillende modulen kunnen worden gecombineerd en tegelijkertijd of volgtijdelijk worden ingezet. Ook kunnen er tijdens de behandeling andere klachten voorop komen te staan, waardoor de behandeling beter past in een andere dan de oorspronkelijk gekozen module. Op dat moment kan besloten worden een andere module in te zetten.

# Deel 2: Modulebeschrijvingen

## Overzicht modulen voor de eerstelijnspsycholoog per functie

### Modulen voor de toegangsfunctie

#### *Aanmelding*

1. Aanmelding	23
---------------	----

#### *Intake, indicatie en verwijzing*

2. Intake en indicatiestelling volwassenen	24
3. Intake en indicatiestelling kinderen	26
4. Voorbereidingstraject gespecialiseerde zorg	28

### Modulen voor de uitvoeringsfuncties

#### *Behandeling en begeleiding*

5. Lichte tot matige depressieve klachten	29
6. Matige tot ernstige depressieve klachten	31
7. Angstklachten	33
8. Posttraumatische stressklachten	34
9. Partnerrelatieproblemen	35
10. Gezinsproblemen	36
11. Opvoedingsproblemen	37
12. Rouw na verlies dierbare	38
13. Levensfaseproblematiek	39
14. Aanpassingsproblematiek	40
15. Werk- en studieproblemen	41
16. Onverklaarde lichamelijke klachten	43
17. Chronische pijn	44
18. Identiteitsproblemen	45
19. Seksuele problemen	46
20. Eetproblemen	47
21. Slaapproblemen	49
22. Agressieregulatie	50
23. Verslavingsproblemen	51
24. Terugvalpreventie	53

#### *Onderzoek en rapportage*

25. Rapportage aan derden	55
---------------------------	----

#### *Consultatie*

26. Consultatie geven	56
-----------------------	----



# 1. Aanmelding

## Doelgroep

Cliënten<sup>13</sup> die contact opnemen met een eerstelijnspsycholoog.

## Doel

- Er is een globale inschatting gemaakt of de eerstelijnspsycholoog hulp kan bieden in de situatie van de cliënt.
- De cliënt is in grote lijnen geïnformeerd over de kosten van de hulp, de werkwijze in de praktijk en relevante regelingen.
- Er is een afspraak gemaakt voor een intakegesprek of de cliënt heeft een advies gekregen voor behandeling/hulp elders.

## Duur en frequentie

Een telefoongesprek van gemiddeld vijftien minuten.

## Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. Telefonisch.

## Werkwijze/activiteiten

- Kort de reden van de aanmelding bespreken.
- Afwegen of een eerstelijnspsycholoog is geïndiceerd; zo nodig doorverwijzen (eventueel crisishulp).
- Bepalen of meerdere leden van het cliëntstelsysteem bij de intake betrokken moeten worden.
- Een afspraak maken voor een intakegesprek indien hulp door een eerstelijnspsycholoog is aangevraagd; hierbij rekening houdend met het LVE-wachttijdenbeleid.
- De eerste gegevens van de cliënt noteren.
- (Eventueel) een bevestiging sturen met informatiefolders(s) en een verwijzing naar de website.
- De aanmelder informeren dat – wanneer de aanmelding een kind van gescheiden ouders met gedeeld gezag betreft – beide ouders toestemming moeten geven voor behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Tijdens de intake kan deze toestemming schriftelijk overlegd worden.

## Aanvullende informatie

Contact kan deels via mail plaatsvinden en ondersteund worden door informatie op een website.

## Randvoorwaarden

Indien er sprake is van gedeeld gezag, is voor behandeling van kinderen onder de 16 met gescheiden ouders schriftelijke toestemming van beide ouders nodig.

13 Kinderen worden in de regel aangemeld door de ouder(s). 'Cliënt' verwijst in dat geval naar het cliëntstelsysteem.

## 2. Intake en indicatiestelling volwassenen<sup>14</sup>

### Doelgroep

Clënten die zijn verwezen naar een eerstelijnspsycholoog en die een afspraak hebben gemaakt voor een intakegesprek.

### Doel

- De cliënt heeft een heldere probleemanalyse en een concreet (behandel)advies, gebaseerd op het intakegesprek en aanvullende gegevens.
- Er zijn afspraken gemaakt over het vervolg, bestaande uit één of meer behandelmodule(n) of een verwijzing naar een andere hulpverlener.

### Duur en frequentie

Een eenmalig intakegesprek, waar nodig aangevuld met een vervolgggesprek, een gesprek met een derde, het afnemen van vragenlijsten of psychologische tests en/of aanvullend diagnostisch onderzoek door (een) andere deskundige(n).

### Setting

Individueel, cliëntensysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

In het eerste gesprek krijgt de cliënt uitleg over de werkwijze van de praktijk, de kosten van de hulp en relevante regelingen. Daarnaast bestaat de intake uit de volgende activiteiten:

#### 1. Informatieverzameling

De eerstelijnspsycholoog verzamelt informatie over:

- de globale problematiek van de cliënt;
- de aanleiding om hulp te zoeken;
- de probleemsituatie van de cliënt (klachtenanamnese; betekenis, gevolgen en geschiedenis van de klachten; belastende omstandigheden; eerdere hulpverlening, gehanteerde copingstrategieën en eventuele andere klachten);
- de wensen en verwachtingen van de cliënt;
- de achtergrond en context van de problematiek en de situatie van de cliënt (huidige leefsituatie en sociale inbedding, persoonsontwikkeling/biografie, medische voorgeschiedenis en lichamelijke klachten, medicatie en/of middelengebruik);
- persoonlijkheidskenmerken (zelfbeeld, beeld dat anderen van de cliënt hebben);
- de indruk die de cliënt maakt (mentale status, mogelijkheden en draagkracht cliënt en omgeving).

Als blijkt dat er na één gesprek nog onvoldoende informatie is om tot een goede probleemanalyse

<sup>14</sup> Het kan ook adolescenten (16+) of kinderen (12+) betreffen die zich aanmelden zonder hun ouders.

te komen, overweegt de eerstelijnspsycholoog of hij nog een extra intakegesprek aangaat met de cliënt, of hij informatie vraagt aan derden (met toestemming cliënt), of dat consultatie of diagnostiek door een andere discipline nodig is.

## **2. Probleemanalyse en advies op papier zetten**

Probleemanalyse en advies omvatten:

- hypothesen met oorzaken/aanleiding en gevolgen van de klachten, in stand houdende factoren en, zo mogelijk, een DSM-IV-classificatie;
- de conclusie of de eerstelijnspsycholoog passende hulp kan bieden en, zo niet, welke hulpverlenende discipline of organisatie dat wel kan;
- een behandeladvies met doelen, inhoud, urgentie, frequentie en duur van de behandeling. Hierbij wordt rekening gehouden met het LVE-wachttijdbeleid;
- alternatieve behandelvormen waar de cliënt uit kan kiezen;
- eventuele noodzaak samen te werken met bijvoorbeeld andere disciplines, werkgever of opleiding.

## **3. Overleg en indicatiestelling**

- De eerstelijnspsycholoog bespreekt de probleemanalyse en het advies met de cliënt.
- De eerstelijnspsycholoog en cliënt maken afspraken over het vervolg.

## **4. Rapportage**

Met toestemming van de cliënt rapporteert de eerstelijnspsycholoog over de onderwerpen uit de probleemanalyse en het advies aan de verwijzer.

## **Aanvullende informatie**

- Mogelijk geeft de eerstelijnspsycholoog al tips of (kleine) opdrachten mee aan de cliënt.
- Er wordt aandacht besteed aan de therapeutische relatie.

## **Randvoorwaarden**

Indien de intake kinderen tussen 12 en 16 jaar betreft, moeten de ouders hiervoor toestemming geven. Indien er sprake is van gedeeld gezag, is voor behandeling van kinderen onder de 16 met gescheiden ouders schriftelijke toestemming van beide ouders nodig.

## 3. Intake en indicatiestelling kinderen

### Doelgroep

Kinderen of adolescenten (16+) die met hun ouders zijn verwezen naar een eerstelijnspsycholoog en die een afspraak hebben gemaakt voor een intakegesprek.

### Doel

- Cliëntstelsysteem krijgt een heldere probleemanalyse en een concreet (behandel)advies, gebaseerd op het intakegesprek en aanvullende gegevens.
- Er zijn afspraken gemaakt over het vervolg, bestaande uit één of meer behandelmodule(n) of een verwijzing naar een andere hulpverlener.

### Duur en frequentie

Een eenmalig intakegesprek, waar nodig aangevuld met een vervolggesprek, een gesprek met een derde (meestal een leerkracht), het afnemen van vragenlijsten of psychologische tests en/of aanvullend diagnostisch onderzoek door (een) andere deskundige(n).

### Setting

Ouders en kinderen of het gezin als geheel. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

In het eerste gesprek krijgt de cliënt uitleg over de werkwijze van de praktijk, de kosten van de hulp en relevante regelingen. Daarnaast bestaat de intake uit de volgende activiteiten:

#### 1. Informatieverzameling

De eerstelijnspsycholoog verzamelt informatie over:

- de globale problematiek van cliëntstelsysteem;
- de aanleiding om hulp te zoeken;
- de probleemsituatie van cliëntstelsysteem (klachtenanamnese, betekenis, gevolgen en geschiedenis van de klachten, belastende omstandigheden, eerdere hulpverlening, gehanteerde copingstrategieën en eventuele andere klachten);
- de wensen en verwachtingen van ouders en kind, met aandacht voor de eventuele verschillen tussen hun visies en verwachtingen;
- de achtergrond en context van de problematiek en de situatie van cliëntstelsysteem (huidige leefsituatie en sociale inbedding, medische voorgeschiedenis, lichamelijke klachten, medicatie en/of middelengebruik);
- persoonlijkheidskenmerken (zelfbeeld, beeld dat gezinsleden van elkaar hebben);
- de indruk die het gezin maakt (mogelijkheden, draagkracht gezin en omgeving).

Indien relevant worden gegevens van eerdere onderzoeken opgevraagd, met schriftelijke toestemming van de ouders.

Als blijkt dat er na één gesprek nog onvoldoende informatie is om tot een goede probleemanalyse te komen, overweegt de eerstelijnspsycholoog of hij nog een extra intakegesprek aangaat met cliëntstelsysteem, of hij informatie vraagt aan derden (met toestemming cliëntstelsysteem), of dat consultatie of diagnostiek door een andere discipline nodig is.

## **2. Probleemanalyse en advies**

Probleemanalyse en advies omvatten:

- hypothesen met oorzaken/aanleiding, gevolgen van de klachten, in stand houdende factoren en, zo mogelijk, een DSM-IV-classificatie;
- de conclusie of de eerstelijnspsycholoog passende hulp kan bieden en, zo niet, welke hulpverlenende discipline of organisatie dat wel kan;
- een behandeladvies met doelen, inhoud, urgentie, frequentie en duur van de behandeling. Hierbij wordt rekening gehouden met het LVE-wachttijdbeleid;
- een alternatieve behandelvormen waar cliëntstelsysteem uit kan kiezen;
- eventuele noodzaak samen te werken met bijvoorbeeld andere disciplines of de school.

## **3. Overleg en indicatiestelling**

- De eerstelijnspsycholoog bespreekt de probleemanalyse en het advies met cliëntstelsysteem.
- De eerstelijnspsycholoog en cliëntstelsysteem maken afspraken over het vervolg.

## **4. Rapportage**

Met toestemming van cliëntstelsysteem rapporteert de eerstelijnspsycholoog over de onderwerpen uit de probleemanalyse en het advies aan de verwijzer.

## **Aanvullende informatie**

- De gezinsleden komen in wisselende samenstelling om de verschillende visies en verwachtingen helder te krijgen.
- Er wordt gewerkt volgens de richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen.
- Mogelijk geeft de eerstelijnspsycholoog al tips of (kleine) opdrachten mee aan ouders en/of kind.
- Bij kinderen is het belangrijk vanaf het begin extra aandacht te besteden aan de therapeutische relatie met het kind.

## **Randvoorwaarden**

- Indien er sprake is van gedeeld gezag, is voor behandeling van kinderen onder de 16 met gescheiden ouders schriftelijke toestemming van beide ouders nodig.
- In geval van gescheiden gezinnen krijgt de niet-aanmeldende ouder de mogelijkheid zijn/haar visie in een gesprek toe te lichten.

## 4. Voorbereidingstraject gespecialiseerde zorg

### Doelgroep

Cliënten die gespecialiseerde zorg overwegen en ondersteuning willen bij het maken van een keuze over en de voorbereiding op eventuele vervolghulpverlening.

### Doelen

- Cliënt heeft inzicht in zijn problematiek en is op de hoogte van de mogelijkheden van de gespecialiseerde GGZ.
- Cliënt is in staat een keuze te maken over eventuele vervolghulpverlening.
- Cliënt kan zijn hulpvraag verwoorden.

### Duur en frequentie

Twee tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>15</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

Het voorbereidingstraject bestaat uit de volgende activiteiten:

- die informatie uit intake en eventuele behandeling bespreken die relevant is voor de keuze voor vervolghulpverlening;
- informeren over de mogelijkheden van de gespecialiseerde zorg;
- de cliënt ondersteunen in zijn keuzeproces;
- als de cliënt kiest voor vervolghulpverlening, in overleg met de huisarts verwijzen;
- zo nodig opvangen van wachttijden, waar mogelijk met de huisarts, gespecialiseerde zorg of andere betrokken partijen;
- afspraken maken over rapportage en overleg met de instelling waar de cliënt zich aanmeldt.

### Randvoorwaarden

Voldoende verwijsmogelijkheden.

<sup>15</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 5. Lichte tot matige depressieve klachten

### Doelgroep

Cliënten met lichte tot matige depressieve klachten; een eerste depressieve periode die nog niet langer duurt dan drie maanden. Er is geen sprake van acute suïcidaliteit of psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren.

### Doelen

- Cliënt heeft meer controle over zijn depressieve klachten en heeft een aanvaardbaar niveau van functioneren in zijn dagelijks leven.
- Cliënt heeft meer inzicht in de uitlokkende problematiek.
- Cliënt heeft zijn draagkracht, leefstijl en probleemoplossend vermogen verbeterd.

### Duur en frequentie

Zes tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>16</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntensysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

Bij lichte tot matige depressie werkt de eerstelijnspsycholoog vanuit *stepped care* met eerste stapinterventies. Er wordt bij voorkeur geen medicatie voorgeschreven.

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- psycho-educatie over depressie als aandoening en de bijbehorende symptomen en emoties aan cliënt en belangrijke andere(n);
- verbeteren van dagritme, afwisseling van inspanning en ontspanning (zo nodig ontspanningsoefeningen aanleren) regelmatige lichaamsbeweging / onder begeleiding sporten, letten op gezond eetpatroon en slaapgewoonten, aangaan en onderhouden van sociale contacten en het bijhouden en evalueren van de stemming aan de hand van een registratieschema of logboek;
- indien van toepassing: concrete problemen inventariseren, haalbare doelen voor verandering vaststellen en de zelfredzaamheid en het probleemoplossend vermogen versterken;
- Indien van toepassing: de achtergrond van de depressie exploreren, emoties erkennen, verminderde zelfwaardering erkennen en verbeteren, de context verhelderen en aspecten uit de levensloop zinvol betekenis geven.

<sup>16</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## Aanvullende informatie

- De multidisciplinaire richtlijn depressie wordt gebruikt als basis van de behandeling.
- Bij lichte en matige depressieve klachten kan ook groepswerk aangeboden worden. Voorbeelden hiervan zijn: 'Grip op je dip', 'Donkere dagen/lichte dagen', 'In de put/uit de put' en 'Aandachtgerichte cognitieve training' (mindfulness). Vaak worden deze cursussen samen met een hulpverlener van een andere discipline gegeven.

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.



## 6. Matige tot ernstige depressieve klachten

### Doelgroep

Cliënten met matige tot ernstige depressieve klachten; een recidiverende periode of een eerste periode die langer dan vier tot zes maanden duurt. Er is geen sprake van acute suïcidaliteit, psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren.

### Doelen

- Cliënt heeft meer controle over zijn depressieve klachten en heeft een aanvaardbaar niveau van functioneren in zijn dagelijks leven.
- Cliënt heeft meer inzicht in de uitlokkende problematiek.
- Cliënt heeft zijn draagkracht, leefstijl en probleemoplossend vermogen verbeterd.

### Duur en frequentie

Tien tot vijftien consulten (inclusief de intakefase)<sup>17</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntensysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

Bij matige tot ernstige depressie wordt direct gekozen voor tweede stapsinterventies. Behandeling met medicatie/antidepressiva kan geïndiceerd zijn.

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit de volgende activiteiten:

- psycho-educatie over depressie als aandoening en de bijbehorende symptomen en emoties, aan cliënt en belangrijke andere(n);
- psycho-educatie over het omgaan met de depressie: verbeteren van dagritme, afwisseling inspanning en ontspanning, lichaamsbeweging, eetpatroon, slaapritme, onderhouden sociale contacten, zelfreflectie.

Vervolgens:

- ofwel cognitieve gedragstherapie, waarbij de nadruk ligt op het uitdagen en veranderen van gedachtepatronen en het formuleren van nieuwe leefregels, om veranderingen in stemming en gedrag te realiseren;
- ofwel interpersoonlijke psychotherapie, waarbij de nadruk ligt op het krijgen van inzicht in het verband tussen de klachten en interpersoonlijke gebeurtenis(sen). Het kan gaan om verlies of rouw, een interpersoonlijk conflict of een ingrijpende verandering in levenstaken.

<sup>17</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## Aanvullende informatie

- De multidisciplinaire richtlijn depressie wordt gebruikt als basis van de behandeling.
- Zowel cognitieve gedragstherapie als interpersoonlijke psychotherapie zijn bewezen effectief.

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

## 7. Angstklachten

### Doelgroep

Clënten met angstklachten, spanningsklachten en/of lichte dwangklachten, zoals fobieën, grote verlegenheid en subassertief gedrag.

### Doelen

- Cliënt heeft inzicht in zijn lichamelijke en psychische reacties.
- Cliënt heeft geleerd diverse psychologische, lichamelijke en situationele technieken voor angst- en spanningsreductie toe te passen.
- De cliënt wordt door de angstklachten niet meer beperkt in zijn functioneren.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>18</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsel. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- inzicht bieden in de eigen lichamelijke en psychologische angstreacties met behulp van psycho-educatie en zelfobservatie door de cliënt;
- de controle over het eigen lichaam verbeteren en het algemeen spanningsniveau omlaag brengen door relaxatietraining;
- de automatische ideeënvorming uitdagen en corrigeren door cognitieve training;
- het gradueel blootstellen aan angstopwekkende situaties (exposure);
- vaardigheden in spanningsvolle situaties leren toepassen met behulp van situationele training;
- huiswerkopdrachten geven zoals zelfobservatielijsten, spanningsdagboeken, formulieren over irrationele gedachten, relaxatieoefeningen of paradoxale technieken.

### Aanvullende informatie

- De multidisciplinaire richtlijn angststoornissen wordt gebruikt als basis van de behandeling.
- Bij angstklachten kan ook groepsworkshop aangeboden worden. Voorbeelden hiervan zijn: 'Omgaan met angst' en 'Omgaan met spanningsklachten'.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>18</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 8. Posttraumatische stressklachten

### Doelgroep

Cliënten die zijn blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis en last hebben van herbelevingen, vermijdingsgedrag en/of verhoogde *arousal*.

### Doelen

- Cliënt verdraagt herinneringen en situaties die te maken hebben met de belastende gebeurtenis.
- Herbeleving, vermijdingsgedrag en/of *arousal* zijn afgenomen.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>19</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

Afhankelijk van de geformuleerde behandeldoelen kan de behandeling bestaan uit één of meer van de volgende activiteiten:

- aandacht besteden aan herinnering, rouw, onmacht, schuldgevoelens en isolement;
- inzicht bieden in de eigen lichamelijke en psychologische angstreacties door psycho-educatie en zelfobservatie;
- de controle over het eigen lichaam verbeteren en het algemeen spanningsniveau omlaag brengen door relaxatietraining;
- de cognitieve vaardigheden leren toepassen in situaties die herbeleving oproepen;
- een band met het dagelijks leven tot stand brengen door een dagstructuur aan te brengen en relationele vaardigheden te ontwikkelen.

Een veel gebruikte methode om de angst te verminderen is EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*.

Het is belangrijk cliënten na afloop van de behandeling te informeren over het feit dat posttraumatische symptomen kunnen terugkeren onder stress.

### Randvoorwaarden

Bijzondere aandacht voor de vertrouwensrelatie, waarbij vaste grenzen nodig zijn; met name aandacht voor de mogelijkheid van telefonisch en e-mailcontact, naast de reguliere gesprekken.

<sup>19</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 9. Partnerrelatieproblemen

### Doelgroep

Cliënten met een verstoorde partnerrelatie. Dit uit zich in interactie- en communicatieproblemen, bijvoorbeeld negatieve communicatie (afkeurende kritiek), verstoorde communicatie (onrealistische verwachtingen) of afwezigheid van communicatie (zich terugtrekken).

### Doelen

- De relatie tussen de partners is verbeterd.
- Partners kunnen de onderlinge verschillen hanteren.
- Er is een acceptabel niveau van intimiteit binnen de relatie; er worden geen grenzen overschreden.
- De partners hebben een beslissing genomen over continuering of beëindiging van de relatie.
- De partners hebben (nieuwe) copingmechanismen ontwikkeld.
- Zo nodig zijn de partners gemotiveerd voor verwijzing naar een gespecialiseerde praktijk.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>20</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Met beide partners. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- de factoren die van invloed zijn op relatieproblemen bespreken en verhelderen;
- de relatie- en familiegeschiedenis (genogram) van beide partners in de context van hun levensloop bespreken en beschrijven;
- de communicatie binnen de relatie verbeteren: actief luisteren, praten met ik-boodschappen, uiten en begrijpen van gevoelens en andere communicatieoefeningen;
- bijstellen van negatieve beelden en irrationele opvattingen van de partners over zichzelf en elkaar;
- de partners conflicten leren oplossen en veilig leren ruzie maken. Bij langer durende verstoring beslissingsmogelijkheden in kaart brengen voor verandering of scheiding;
- waar nodig de seksuele relatie verbeteren.

### Randvoorwaarden

Eventueel geweld in de relatie is gestopt voor aanvang van de behandeling.

<sup>20</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 10. Gezinsproblemen

### Doelgroep

Gezinnen met problematische interacties, waardoor de positie en rollen van de verschillende gezinsleden disfunctioneel zijn geworden.

### Doelen

- De communicatie is verbeterd.
- Er is een evenwichtige mate van structuur en intimiteit binnen het gezin.
- De gezinsleden hanteren meer adequate copingstrategieën.
- Het probleemoplossend vermogen van de gezinsleden is vergroot.

### Duur en frequentie

Acht tot tien consulten (inclusief de intakefase)<sup>21</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Gezin als geheel, of gezinsleden in verschillende samenstellingen apart. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- de factoren die van invloed zijn op de gezinsproblemen bespreken en verhelderen;
- de familiegeschiedenis (genogram) van de gezinsleden in de context van hun levensloop bespreken en verhelderen;
- de verschillende posities, rollen, huisregels en gedragsregels van ouders en kinderen bespreken;
- de communicatie tussen gezinsleden verbeteren, bijvoorbeeld door actief luisteren, positief kritiek geven, praten in concreet actief taalgebruik en voor jezelf praten (ik-boodschappen);
- bijstellen van negatieve beelden en vooringenomen opvattingen, zowel van gezinsleden over zichzelf als van gezinsleden over elkaar;
- de assertiviteit van individuele gezinsleden stimuleren binnen de context van het gezinssysteem;
- het gezin problemen leren oplossen, keuzemogelijkheden leren ontwikkelen en het leren om, na afweging (kosten-batenanalyse), te komen tot beslissingen.

### Aanvullende informatie

Bij gezinsproblemen kan ook groepswork aangeboden worden. Een voorbeeld is 'Kinderen in echtscheidingssituaties'.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>21</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 11. Opvoedingsproblemen

### Doelgroep

Ouders met inadequate opvoedingsvaardigheden en/of ouders in een problematische opvoedings-situatie (d.w.z. waarin sprake is van kindspecifieke problematiek, zoals ADHD).

### Doelen

De opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd, zowel in algemene zin als ten aanzien van de kindspecifieke problematiek.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf gesprekken (inclusief de intakefase)<sup>22</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Ouder(s). In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt(en).

### Werkwijze

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- voorlichting en psycho-educatie;
- problematische opvoedingssituaties analyseren, met daarbij aandacht voor cognities en emoties van de ouders, alsmede voor hun eigen gezinsachtergrond;
- aandacht besteden aan de vier kernpunten binnen de opvoeding: emotionele steun, respect voor de autonomie van het kind, structureren en grenzen stellen, kennisoverdracht en *modelling*.

Veel gebruikte technieken zijn: heretiketteren, positief labelen, communicatieopdrachten, externaliseren, hiërarchie herstellen, non-verbale technieken en het uitdagen van irrationele cognities.

### Aanvullende informatie

Bij opvoedingsproblemen kan ook groepswork aangeboden worden.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>22</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 12. Rouw na verlies dierbare

### Doelgroep

Cliënten van wie een dierbare persoon is overleden en waarbij gedurende langere tijd geen voortgang in het rouwproces is.

### Doelen

- Cliënt heeft de realiteit van het verlies geaccepteerd.
- Cliënt heeft het geleden verlies emotioneel een plaats gegeven en kan de draad van het leven oppakken.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>23</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

Bij gecompliceerde rouw is er sprake van een vastgelopen rouwproces, angstige en/of depressieve stemming en vermijdingsgedrag.

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- cognitieve strategieën, bijvoorbeeld het uitdagen van irreële cognities;
- cliënt geleidelijk in contact brengen met situaties, gevoelens en herinneringen die hij vermijdt;
- therapeutische afscheidsrituelen en creatieve opdrachten;
- betekenisvolle locaties bezoeken, zoals het graf;
- aandacht creëren voor de acceptatie van het verlies en het weer oppakken van het eigen leven;
- bij kinderen het spel 'Alle sterren van de hemel' spelen.

### Aanvullende informatie

- Bij lichte problematiek is ook een kortere behandeling mogelijk. Het accent ligt dan op informatieve en ondersteunende interventies.
- Bij rouw kan ook groepsworkshop aangeboden worden.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>23</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.



## 13. Levensfaseproblematiek

### Doelgroep

Cliënten met problemen rond (rol)veranderingen die horen bij een bepaalde levensfase, bijvoorbeeld voor het eerst naar school gaan, het ouderlijk huis verlaten, aan een nieuwe baan beginnen, trouwen, een kind krijgen en met pensioen gaan.

### Doelen

- Cliënt heeft kennis van de psycho-, socio- en biologische aspecten van de levensfase.
- Cliënt heeft deze kennis geïntegreerd in zijn eigen situatie.
- De autonomie van de cliënt is vergroot in relatie tot zijn omgeving.

### Duur en frequentie

Zes tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>24</sup>. Variërend van eens per twee weken tot eens per vier weken.

### Setting

Individueel, cliëntensysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- samen met de cliënt verhelderen wat maakt dat deze levensfase en de bijbehorende rolveranderingen problematisch verlopen;
- de cliënt informeren over de psycho-, socio- en biologische aspecten van de levensfase;
- samen met de cliënt zoeken naar mogelijkheden om met deze veranderingen en de bijbehorende nieuwe rol om te gaan;
- de cliënt de opdracht meegeven om belangrijke anderen, bijvoorbeeld ouders, broers en zussen, te interviewen over hoe zij in het verleden dergelijke veranderingen in het leven hebben doorstaan.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>24</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 14. Aanpassingsproblematiek

### Doelgroep

Cliënten met emotionele en gedragsproblemen na stressveroorzakende gebeurtenissen en tegenslagen, bijvoorbeeld baanverlies, het afbreken van studie of opleiding, echtscheiding, verhuizing, ziekte of het verbreken van familie- of vriendschapsrelaties. Deze problemen blijven bestaan nadat de stressveroorzakende factor is opgelost of weggevallen. (Het gaat niet om het overlijden van dierbaren of ingrijpende levensbedreigende gebeurtenissen.)

### Doelen

- Cliënt kan de realiteit van de gebeurtenis en de gevolgen onder ogen zien.
- Cliënt kan emoties uiten en verwoorden.
- Draagkracht en zelfcontrole van cliënt zijn vergroot.
- Cliënt heeft de gevolgen aanvaard en kan verder leven met de veranderde situatie.

### Duur en frequentie

Zes tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>25</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- de cliënt de gelegenheid bieden om zijn verhaal te vertellen over de tegenslag;
- disfunctionele opvattingen van cliënt over zichzelf en over het aankunnen van de gevolgen bijstellen. Dit gebeurt doorgaans met behulp van cognitieve strategieën zoals het uitdagen van irreële cognities;
- de cliënt stimuleren om weer invloed/controle te krijgen over de situatie, meestal met behulp van probleemoplossende strategieën;
- de veerkracht van cliënt vergroten, zodat hij verder kan met de veranderde situatie, door betekenis geven en gezonde leefstijladviezen.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>25</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 15. Werk- en studieproblemen

### Doelgroep

Cliënten met problemen die tot uiting komen in het werk, tijdens de studie of in de hoogste klassen van de middelbare school. Bij verwijzing door de huisarts gaat het vaak om overspannenheid, burn-out of uitstelgedrag.

### Doelen

- Cliënt heeft inzicht in de betekenis en oorzaken van de werk- of studieproblemen.
- Cliënt heeft geleerd grenzen te stellen (ook in de vorm van assertiviteit) en kan een irreëel takenpakket en een irreële planning herkennen.
- De cliënt functioneert weer in werk of studie of op school of er zijn afspraken over een geleidelijke terugkeer van de cliënt naar de werksituatie of studie.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>26</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsel. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- de factoren formuleren die van invloed zijn op het probleem, met aandacht voor copingmechanismen en persoonlijkheidskenmerken;
- problemen verminderen door interventies die hun aanknopingspunten vinden in het werk: arbeidsinhoud, arbeidsverhoudingen, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden;
- problemen verminderen door interventies die hun aanknopingspunten vinden in de studie/op school: studeeromgeving, schommelingen in concentratie en motivatie, zelfdiscipline;
- de psychische weerstand herstellen in concrete, gedragsmatig kleine stappen, zoals: het leren stellen van grenzen (ook in de vorm van assertiviteit) en het leren herkennen van een irreëel takenpakket en een irreële planning;
- terugval voorkomen door instructies en follow-up;
- bespreken en begeleiden van een geleidelijke terugkeer naar werk, studie of school;
- indien nodig/gewenst bij werkproblemen overleg plegen met de bedrijfsarts en/of de werkgever; bij studieproblemen met mentor of decaan.

<sup>26</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## Aanvullende informatie

- De richtlijn 'werk en psychische klachten' wordt gebruikt als basis van de behandeling van problemen in de werksituatie.
- Bij werk- en studieproblemen kan ook groepswork aangeboden worden. Voorbeelden hiervan zijn: 'Stress op het werk de baas' of een studiegroep op universiteit, hogeschool of andere opleiding.

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

## 16. Onverklaarde lichamelijke klachten

### Doelgroep

Cliënten met lichamelijke klachten, waarvoor geen bekende medische oorzaak is gevonden of waarbij de medische oorzaak de klachten slechts ten dele verklaart.

### Doelen

- Cliënt heeft meer inzicht in de aard van de klachten.
- De klachten zijn voor zover mogelijk verminderd of verdwenen.
- De cliënt kan beter omgaan met de (resterende) klachten.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>27</sup>, variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze

Centraal in deze module staat het onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op de ernst van de klachten, en daarnaast het optimaliseren van het copinggedrag. Activiteiten die de eerstelijnspsycholoog in dit kader kan verrichten, zijn:

- overleg plegen met de huisarts: nagaan of er medisch onderzoek heeft plaatsgevonden en of lichamelijke oorzaken voor zover mogelijk door onderzoek zijn uitgesloten;
- de familiegeschiedenis (kort) doornemen op het gebied van deze klachten;
- overige externe factoren die de problematiek in stand kunnen houden of verergeren (zoals werkproblemen of relatieproblemen) onderzoeken en behandelen;
- het verband tussen stress en lichamelijke klachten vaststellen door middel van testdiagnostiek;
- de factoren bespreken die van invloed zijn op de (ernst van de) klachten, zoals stress, leefstijl, copinggedrag;
- werken aan herstel en acceptatie met behulp van cognitieve gedragstherapie;
- het inzicht in oorzaken en gevolgen verhogen met behulp van cognitieve gedragstherapie;
- aanleren en/of bevorderen van copingstrategieën, stressreductie en gezonde gewoontes.

### Aanvullende informatie

Regelmatig is er sprake van een combinatie met angst en paniekaanvallen en depressieve episodes. Wanneer dat het geval is, dienen deze eerst behandeld te worden.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>27</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 17. Chronische pijn

### Doelgroep

Cliënten met chronische pijnklachten die niet te verhelpen zijn en die het functioneren in hoge mate beïnvloeden.

### Doelen

- Cliënt heeft geleerd de invloed van de pijn op het dagelijks functioneren te verminderen.
- Het psychologisch, sociaal en maatschappelijk functioneren van cliënt is verbeterd.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>28</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, eventueel met partner of andere naastbetrokkenen. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- informatie bieden over chronische pijn (psycho-educatie);
- technieken aanleren zoals ontspanningsoefeningen, en niet helpende pijn cognities opsporen en verhelderen;
- pijngerelateerd vermijdingsgedrag verminderen en het algemene activiteitsniveau verbeteren. (bewegingsangst vraagt een specifieke benadering);
- een programma om activiteiten gestructureerd op te bouwen;
- huiswerkopdrachten, bijvoorbeeld pijndagboeken en zelfobservatielijsten.

### Aanvullende informatie

Deze module wordt niet ingezet bij cliënten met een lopende (invasieve) medische behandeling en/of betrokkenheid bij een juridische procedure gerelateerd aan de chronische pijnklachten.

- Bij chronische pijn kan ook groepswork aangeboden worden. Voorbeelden hiervan zijn: (chronische) pijngroepen en vaginismetraining.

### Randvoorwaarden

Samenwerkingsafspraken met fysiotherapeut en huisarts.

<sup>28</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 18. Identiteitsproblemen

### Doelgroep

Mensen met klachten door onzekerheid over onderwerpen gerelateerd aan de identiteit. Het kan gaan om doelen op langere termijn, loopbaankeuze, vriendschappen, seksuele gerichtheid en gedrag, morele waarden en trouw aan een groep mensen.

### Doelen

- Het zelfbeeld van de cliënt is verbeterd.
- De autonomie van de cliënt is vergroot, wat onder meer leidt tot effectief keuzegedrag.
- Bij problemen rond seksuele gerichtheid of gender-identiteit is de richting van de oriëntatie van de cliënt duidelijk geworden.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>29</sup>, variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntstelsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/ activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- processen van individuatie en separatie bespreken die de cliënt in zijn leven heeft doorlopen;
- problematische of complexe gevoelens in het leven van cliënt inventariseren. Dit kan door cliënt een dagboek met specifieke opdrachten bij te laten houden, waarbij de relevante episoden in de therapie besproken worden;
- het inzicht van de cliënt in belemmerende of conflicterende cognities vergroten door het bijhouden van gedachteschema's;
- belemmerende cognities opheffen en alternatieve cognities stimuleren (cognitieve therapie gecombineerd met inzichtgeving);
- de invloed van eventuele in stand houdende of belemmerende factoren verminderen;
- de cliënt ondersteunen bij het ontwikkelen van effectief keuzegedrag, onder meer door het maken van kosten-batenanalyses.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>29</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 19. Seksuele problemen

### Doelgroep

Cliënt(system)en met vragen of verbeterwensen op het gebied van seksueel functioneren of beleving; en cliënten met seksuele stoornissen.

### Doelen

- Cliënt(systeem) heeft kennis en inzicht in het lichamelijk functioneren op het gebied van seksualiteit.
- Cliënt(systeem) kent de verschillen in seksualiteitsbeleving tussen man en vrouw.
- Cliënt(systeem) heeft een verbetering bereikt van het seksueel gedrag en de seksuele beleving; de seksuele relatie met de partner is verbeterd.
- Cliënt(systeem) heeft meer zelfvertrouwen en een meer realistische kijk op het eigen seksueel functioneren en dat van de partner.

### Duur en frequentie

Gemiddeld vijf tot tien consulten (inclusief de intakefase)<sup>30</sup>. Individuele sessies eens per week, relatie-sessies eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel of relatie. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd en met het vaststellen van de behandelfocus. Het kan gaan om beleving, betekenis, gedrag of lichamelijk functioneren. Ook kijkt hij of de behandeling zich richt op het paar of op een of beide partners afzonderlijk. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- de veroorzakende en in stand houdende factoren bespreken aan de hand van drie typen factoren: persoonlijke factoren (de eigen seksuele ontwikkeling), somatische factoren (de lichaamsbeleving, tevredenheid/ontevredenheid, kennis omtrent seksueel functioneren) en culturele factoren (mannelijke en vrouwelijke rolpatronen, culturele normen en waarden, religie etc.);
- informatie en voorlichting geven (psycho-educatie);
- werken aan verandering in gedrag, met begrip voor de verschillen in beleving en seksuele behoeften van de beide partners, en het faciliteren van passend(e) taalgebruik en communicatie;
- huiswerkopdrachten: literatuur en concrete oefeningen zoals sensate focusoefening, stop-start-oefening en bekkenbodemspieroefening.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>30</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.



## 20. Eetproblemen

### Doelgroep

Adolescenten en volwassenen met eet- en/of gewichtsproblemen.

### Doelen

- Cliënt heeft geleerd om te gaan met emoties en kan realistische eisen stellen.
- Cliënt heeft een gezond eetgedrag aangeleerd.
- Cliënt heeft een minder negatief zelfbeeld en de verstoring in de lichaamsbeleving is verminderd.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>31</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, met partner of het ouderlijk gezin. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het onderzoeken van de oorzaken en beïnvloedende factoren en met het vaststellen van de behandelfocus. Het kan gaan om spanningen en emoties, eetgedrag en zelfbeeld en lichaamsbeleving gerelateerd aan het lichaamsgewicht. Zowel cognitieve gedrags-therapie als interpersoonlijke therapie zijn effectief bij eetproblemen. De behandeling bestaat uit één of meer van de volgende activiteiten:

- anders leren omgaan met spanningen en emoties en realistische eisen leren stellen. Interventies hierbij kunnen zijn: schrijfopdrachten en het bijhouden van een dagboek;
- beperken van zelfbeschadigend gedrag zoals vreetbuien, braken en laxeren, en dit leren vervangen door andere methoden om spanning kwijt te raken zoals sport en afleiding zoeken;
- een regelmatig en evenwichtig eetpatroon aanleren. Interventies kunnen zijn: psycho-educatie en het bijhouden van een eetdagboek. Samenwerking met een diëtiste is gewenst;
- het negatieve zelfbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving veranderen. Interventies kunnen zijn: het opsporen, uitdagen en veranderen van gedachten die leiden tot het negatieve zelfbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving.

### Aanvullende informatie

- Bij thuiswonende kinderen is het van belang de ouder(s) bij de behandeling te betrekken.
- Bij eet- en gewichtsproblemen is het noodzakelijk altijd de huisarts in te schakelen voor onderzoek naar fysieke oorzaken en gevolgen van de problematiek. Fysieke oorzaken van de problemen

<sup>31</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

dienen eerst uitgesloten dan wel behandeld te zijn.

- Eetproblemen in combinatie met gewichtsproblemen worden in de regel multidisciplinair aangepakt. Er wordt onder meer samengewerkt met diëtisten (begeleiding bij het aanleren van een gezond eetpatroon) en fysiotherapeuten (beweegprogramma bij overgewicht).

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

## 21. Slaapproblemen

### Doelgroep

Clënten met niet door lichamelijke factoren te verklaren problemen met in- en doorslapen.

### Doelen

- Cliënt heeft inzicht in de factoren die een goed slaappatroon bevorderen/verstoren.
- Cliënt past cognitieve- en gedragsstrategieën toe om een optimaal slaap-waakritme en beleving daarvan te bereiken en te behouden.

### Duur en frequentie

Acht tot twaalf consulten (inclusief de intakefase)<sup>32</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntsysteem<sup>33</sup>. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- zelfinzicht verschaffen in factoren die het slaappatroon positief beïnvloeden, alsmede in de disfunctionele elementen in het eigen slaap-waakgedrag. Interventies in dit kader zijn psycho-educatie en zelfobservatie;
- de beleving van het slaap-waakritme realistisch maken met behulp van cognitieve strategieën (bijvoorbeeld anders leren aankijken tegen slapen en niet-slapen) en het optimaal beïnvloeden van het slaap-waakritme met behulp van gedragstechnieken (zoals slaaphygiëne, niet te lang op bed wakker blijven liggen, registratie van piekergedachten/dromen);
- huiswerkopdrachten geven, zoals zelfobservatielijsten invullen, slaapdagboeken bijhouden, ontspanningsoefeningen doen, formulieren invullen over irrationele gedachten en veranderingen aanbrengen in de slaapomgeving.

### Aanvullende informatie

- Samenwerkingsafspraken met een (regionaal) slaapcentrum zijn wenselijk.
- Bij slaapproblemen kan ook groepswork aangeboden worden. Een voorbeeld is een slaapcursus.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>32</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

<sup>33</sup> Bij kinderen onder de 6 jaar alleen de ouder(s).

## 22. Agressieregulatie

### Doelgroep

Adolescenten en volwassenen die te snel agressief reageren.

### Doelen

- Cliënt heeft (meer) controle over het eigen gedrag.
- Het agressieve gedrag is afgenomen.

### Duur en frequentie

Vier tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>34</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De behandeling is gericht op het verwerven van zelfcontrole over het agressieve gedrag.

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens bestaat de behandeling uit één of meer van de volgende activiteiten:

- het bijhouden/inventariseren van situaties waarin het impulsieve gedrag optreedt (dagboek);
- opsporen, uitdagen en veranderen van gedachten die tot het agressieve gedrag leiden;
- het agressieve gedrag voorkomen (responsepreventie);
- time-outprocedures aanleren;
- ontspanningsoefeningen, dan wel meditatieoefeningen aanleren;
- leren omgaan met kritiek, assertiviteit en grenzen stellen;
- leren om de agressie te verminderen door sport/meer bewegen;
- de frustratietolerantie vergroten door graduele blootstelling aan onaangename situaties.

### Aanvullende informatie

Bij agressieregulatie kan ook groepswork aangeboden worden. Een voorbeeld hiervan is sociale vaardigheidstraining. Voor kinderen zijn er bijvoorbeeld 'Anders Boos', een 'Kanjertraining' en 'Het Vriendenprogramma'.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>34</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## 23. Verslavingsproblemen

### Doelgroep

Adolescenten en volwassenen met milde verslavingsproblemen. Dit kan zowel het primaire probleem zijn als samenhangen met andere psychische problemen.

### Doelen

- Cliënt heeft inzicht in zijn verslavingsprobleem en is gemotiveerd tot verandering.
- Het verslavingsgedrag van cliënt is doorbroken en vermindert of stopt uiteindelijk.
- Cliënt heeft handvatten om terugval voorkomen.

### Duur en frequentie

Drie tot tien consulten (inclusief de intakefase)<sup>35</sup>, tweewekelijks of aansluitend bij de behandeling van de andere psychische problematiek.

### Setting

Individueel of met partner of andere naastbetrokkenen. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog begint met het operationaliseren van de behandeldoelen die in de intake zijn geformuleerd. Vervolgens wordt achtereenvolgens gewerkt aan:

- bewustmaking van het problematische verslavingsgedrag door informatie te geven over hoe verslavingsgedrag werkt en over de gevolgen van het gedrag voor de cliënt en zijn naaste omgeving (psycho-educatie);
- motivatie voor het veranderen/doorbreken van dit gedrag; door bewustmaking van de nadelen van de verslaving en de voordelen (gedrag en gevoel) van het stoppen met de verslaving;
- inzicht in de situaties waarin het verslavingsgedrag optreedt met behulp van een dagboek;
- feitelijke aanpak van het verslavingsgedrag door de gedachten te veranderen die tot het verslavingsgedrag leiden, door alternatief gedrag aan te leren, door zelfcontroletechnieken en door voorbeelden van mensen die het is gelukt de verslaving te overwinnen;
- voorkomen van terugval in het verslavingsgedrag door risicofactoren en risicosituaties te leren signaleren en ermee te leren omgaan. Het gaat onder meer om voortekenen in de vorm van gedachten en ideeën. Daarnaast wordt de fysiologische kant van de verslaving uitgelegd.

<sup>35</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## Aanvullende informatie

- Naast deze module kan een preventieve groep of leefstijltraining ingezet worden (in psychologenpraktijk of elders in de regio).
- Er kan verwezen worden naar een lotgenotengroep of zelfhulpgroep, bijvoorbeeld de AA of GA (*Gamblers Anonymous*).

## Randvoorwaarden

- Samenwerking met de huisarts in verband met mogelijk voorschrijven van medicatie en/of bloedonderzoek bij middelenmisbruik.
- Afspraken op management- en uitvoerend niveau met de tweedelijnsinstelling(en) voor verslavingszorg in de regio over consultatie en mogelijke doorverwijzing.

## 24. Terugvalpreventie

### Doelgroep

Cliënten die een behandeling bij een eerstelijnspsycholoog succesvol hebben afgerond en de bereikte resultaten willen consolideren.

### Doelen

- De controle van de cliënt over het proces van terugval en herstel is vergroot; hij kan de nieuw aangeleerde vaardigheden blijven toepassen in uiteenlopende situaties die tot stress of terugval zouden kunnen leiden.
- De cliënt kan dreigende terugval beter hanteren; hij heeft geleerd tijdig signalen dat het slechter met hem gaat te herkennen en kan zó handelen dat het afglijden naar ongewenst gedrag of een ongewenste conditie voorkomen wordt.

### Duur en frequentie

Gemiddeld één tot drie consulten, 6 weken tot enkele maanden na afronding van de primaire behandeling.

### Setting

Individueel of relatie. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Werkwijze/activiteiten

De eerstelijnspsycholoog start met het terugkijken op de periode tussen de afronding van de primaire behandeling en het (eerste) consult terugvalpreventie. Centraal in de terugvalpreventie staat het generaliseren van de in de primaire behandeling aangeleerde vaardigheden zodat de cliënt deze in diverse omstandigheden en ook onder druk adequaat blijft uitoefenen. Er kan aandacht worden besteed aan:

- het maken van een lijst van beschermende factoren en werken aan het vasthouden hiervan in het dagelijks leven;
- het herkennen, analyseren en elimineren van risicovolle situaties en stressfactoren;
- het consolideren van aangeleerde adequate strategieën en vaardigheden voor het omgaan met risicovolle situaties, bijvoorbeeld op tijd de stress reduceren of hulp inschakelen;
- het herkennen van signalen van terugval: veranderingen in gedrag, gedachtegangen en gevoelens, bijvoorbeeld door zelfmonitoring in een dagboek;
- het maken van een lijst van behulpzame factoren/handelingen/personen die de cliënt kan gebruiken/inschakelen bij signalen van terugval en in risicovolle situaties;
- het vasthouden van alertheid om het vervallen in oude denk- en gedragspatronen te voorkomen.

## Aanvullende informatie

Deze module ook worden ingezet als er al daadwerkelijk sprake is van een terugval. De focus ligt dan met name op herhaling van de in de primaire behandeling geleerde vaardigheden en hoe de cliënt dit kan gebruiken om weer verder te kunnen.

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.



## 25. Rapportage aan derden

### Doelgroep

Andere hulpverleners van de cliënt en overige begeleidende en/of beoordelende instanties (bijvoorbeeld het UWV) met een vraag om informatie over een cliënt van de eerstelijnspsycholoog.

### Doel

De aanvrager heeft relevante informatie en/of advies gekregen.

### Duur en frequentie

De vraag wordt binnen twee weken beantwoord.

### Setting

Schriftelijke afhandeling.

### Werkwijze/activiteiten

De volgende onderwerpen worden in de rapportage vermeld/opgenomen:

- vraagstelling en doel van de rapportage;
- schriftelijke toestemming van de cliënt (machtiging);
- antwoord op de vragen voor zover mogelijk en verantwoord in het kader van de behandelrelatie;
- waar nodig toelichting op beperktheid en/of uitblijven van antwoorden;
- waar nodig een opmerking omtrent bruikbaarheid van de geleverde rapportage (geldigheids termijn, duidelijkheid omtrent hypothese versus bevinding).

### Randvoorwaarden

Actuele kennis van de privacywetting, de WGBO en de beroepscode.

## 26. Consultatie geven

### Doelgroep

Huisartsen, maatschappelijk werkers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, POH-GGZ, en andere professionals, met een werkprobleem op het terrein van de eerstelijnspsychologische zorg.

### Doelen

De consultatievrager heeft relevante informatie en/of advies gekregen.

### Duur en frequentie

Enmalig. Vijftien tot zestig minuten.

### Setting

Individueel. Meestal telefonisch of in de eerstelijnspraktijk.

### Werkwijze/activiteiten

Consultatie is een systematische vorm van ruggespraak tussen twee (of meer) professionals waarbij de consultatiegever expertise beschikbaar stelt, opdat de consultatievrager adequater om kan gaan met het werkprobleem. De autonomie/professionele zelfstandigheid van de consultatievrager blijft intact (met andere woorden deze hoeft de adviezen niet op te volgen). Activiteiten zijn:

- samen een analyse maken van het gepresenteerde probleem;
- de probleemsituatie van de cliënt en/of het handelen van de consultatievrager verhelderen;
- adviseren over handelingsalternatieven voor de consultatievrager.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

# Bijlage 1 Beroepsgroepen in de EPZ

EPZ wordt gegeven door psychologen met minimaal een opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog, Wet BIG). Dit is de waarborg voor vakbekwaamheid in de individuele, geestelijke gezondheidszorg.

We gebruiken de term eerstelijnspsychologen om deze drie beroepsgroepen aan te geven:

- a. gekwalificeerde eerstelijnspsychologen geregistreerd in het kwalificatieregister eerstelijnspsychologie van het NIP
- b. gezondheidspsychologen werkzaam in de eerste lijn / GZ-psychologen in opleiding in de eerste lijn voor kinderen en jeugd wordt – mede gelet op de toegenomen problematiek in deze – in de eerste lijn ook behandeling gegeven door kinder- en jeugdpsychologen, psychologen met de NIP-registratie
- c. kinderen en jeugd en orthopedagogen-generalist (opgenomen in het register van de Nederlandse vereniging van Onderwijskundigen en pedagogen)

## Kwalificaties

Elke groep kent een eigen kwalificatie, de belangrijkste zijn:

### **Ad a: De kwalificatie eerstelijnspsychologie NIP.**

Een gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog is een GZ-psycholoog die een één- tot tweejarige kwalificatieroute heeft doorlopen op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg. Om deze kwalificatieregistratie te behouden moet de eerstelijnspsycholoog het vak bijhouden door middel van aantoonbare gecontinueerde werkervaring in de eerstelijnspsychologische zorg, het volgen van bij- en nascholing, het registreren van de werkgegevens en vakinhoudelijk overleg met collega's (interview). Dit wordt elke vijf jaar opnieuw getoetst (herregistratie). Het kwalificatieregister eerstelijnspsychologie wordt bijgehouden door het NIP, maar is onafhankelijk van het lidmaatschap van het NIP en/of LVE.

### **Ad b: De registratie GZ-psycholoog.**

De gezondheidszorgpsycholoog of GZ-psycholoog is een geestelijke gezondheidskundige, psycholoog of (ortho)pedagoog die na een tweejarige vervolgopleiding zelfstandig diagnoses kan stellen en psychologische behandelingen kan uitvoeren. De registratie als gezondheidszorgpsycholoog wordt uitgevoerd door de overheid en is geregeld binnen de wet BIG.

### **Ad c: De registratie als kinder- en jeugdpsycholoog NIP.**

De psycholoog met de registratie kinder- en jeugdpsycholoog NIP heeft zich specifiek toegelegd op het werken met kinderen en jeugdigen. De registratie kan worden verkregen door gezondheidszorgpsychologen die hun BIG-registratie hebben verkregen op basis van werkzaamheden met kinderen en jeugdigen. Ook psychologen die geen gezondheidszorgpsycholoog zijn maar minimaal een tweejarige kwalificatieroute hebben doorlopen met onder andere als criteria aantoonbare supervisie, scholing en werkervaring met kinderen en jeugdigen hebben deze registratie verkregen. Deze registratie wordt bijgehouden door het NIP en staat alleen open voor leden van het NIP.

## Kwantitatieve gegevens per medio 2008

Er zijn een kleine 1.300 GZ-psychologen geregistreerd in het kwalificatieregister eerstelijnspsychologie, er zijn circa 2.500 zelfstandig gevestigde GZ-psychologen aangesloten bij het NIP, waarvan circa 1.700 kenbaar hebben gemaakt werkzaam te zijn in de eerste lijn (deze categorie overlapt grotendeels de eerstgenoemde) en er zijn circa 40 opleidingsplaatsen voor de GZ-opleiding beschikbaar in de eerste lijn, dat wil zeggen binnen eerstelijnspraktijken.

# Bijlage 2 Overzicht relevante literatuur

## Over modulen en begrippenkader

**Scholte, M.** *Transparant aanbod AMW. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening.* Utrecht: MOVISIE, 2007

**Scholte, M. e.a.** *Een conceptueel kader voor het GIM-AMW.* Utrecht: NIZW, 2003

**Yperen, T.A. van, E. van Rest en C. Vermunt** *Definitie van kernbegrippen. Programma's in de jeugdzorg.* Utrecht: NIZW, 1999

## Over de (positie van de) eerstelijnspsycholoog

**Berg, J. van den, M. Scholte, en K. Sok** *Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking. Werken aan structurele samenwerking in de eerstelijns-GGZ. Werkboek.* Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut, 2005

**Cox, M. F., H.W.J. van Marwijk en C. Boer** *Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? Huisarts & Wetenschap, 49, 5, p. 266-269, 2006*

**Derksen, J.** *Eerstelijnspsycholoog in relatie tot RIAGG en AMW. Een voorstel tot afbakening. De psycholoog, januari 1989, p. 31-36*

**Feltz-Cornelis, C.M. van der** *Afbakening eerste en tweede lijns zorg psychische stoornissen.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2006

**Hopman-Rock, M., W.T.M. Ooijendijk en K. van Overbeek** *Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid psychologen in de eerste lijn.* Leiden: TNO, 2004

**Lamers, E., Bosch, F., L. Hinderink en C. Verschuren (Eds.)** *Handboek Psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen.* Amsterdam: Harcourt Assessment BV, 2006

**Leur, J. van, K. Sok en M. Scholte** *Aanbodverheldering huisartsen, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatisch verpleegkundigen. Een verkennend onderzoek.* Utrecht: MOVISIE, 2007

**LHV, LVE en MOgroep** *De juiste hulp op de juiste plaats. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2). Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog.* Amsterdam/Utrecht: LHV, LVE & MOgroep, 2004

**LVE** *Het Voorbeeld Kwaliteitshandboek eerstelijns psychologenpraktijk. Amsterdam: LVE, 2001*

**LVE** *Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Samenvatting van het beleidsprogramma 2006-2010. Amsterdam: LVE.*

**LVE** *Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Beleidsprogramma 2006-2010. Amsterdam: LVE.*

**LVE** *Beleidsregel Eerstelijns psychologische hulp. Amsterdam: LVE, 2007*

**LVE** *Samenvatting CVZ-toets, Amsterdam: LVE, 2003*

**LVE** *Jaarbericht 2005. Amsterdam: LVE*

**LVE** *Codeboek 2006. Amsterdam: LVE, 2005*

**LVE** *Profiel Eerstelijnspsycholoog, Amsterdam: LVE, 2004*

**NIZW, Trimbos-instituut** *Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?, Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut, 2003*

**NIZW, Trimbos-instituut** *Een gezamenlijke klus. Samenwerken aan een sterke eerstelijns-GGZ. Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut, 2006*

**Nederlandse Zorg Autoriteit** *Visiedocument Eerstelijnspsychologische zorg. Utrecht: NZA, 2007*

**VOG, LHV, LVE** *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Utrecht/Amsterdam: VOG, LHV, LVE, 2000*

**Wentink, M., M. J. C. van Hattum en G. Hutschemakers** *De eerstelijnspsycholoog gevolgd. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002*

## **Intake en indicatiestelling**

**American Psychiatric Association** *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995*

**Geus, R. en M. Scholte** *'Begrijp ik u goed?' Richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Utrecht: NIZW Sociaal Beleid, 2005*

## Partnerrelatieproblemen

**Gottman, J. en N. Silver** *De zeven pijlers van een goede relatie. Utrecht/Antwerpen: Silver Kosmos/ Z&K Uitgevers, 1999*

## Gezinsproblemen

**Jacobs, G., N. Muller en E. ten Brink** *Uit de knoop: rationeel-emotieve therapie en andere cognitieve gedragstherapieën bij kinderen en adolescenten. Houten: Bon Stafleu Van Loghum, 2001*

**Stallard, P.** *Denk goed, voel je goed. Amsterdam: Nieuwezijds, 2006*

## Behandeling van kinderen

**Lange, A.** *Gedragsverandering in gezinnen. Groningen: Wolters Noordhoff, 1990*

## Rouw en verliesverwerking

**Bout, J. van den Rouwsluiers: over verliesverwerking (inaugurale rede).** *Utrecht: De Tijdstroom, 1996*

**Bout, J. van den, P.A. Boelen en J. de Keijser (red.)** *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998*

**Keirse, M.** *Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener. Tiel: Lannoo, 1995*

## Depressie

**Beck, A.T., A.J. Rush, B.F. Shaw, G. Emery** *Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press, 1979*

**Bockting, C.L.** *Cognitieve therapie bij depressie. Protocol van het zorgprogramma stemmingsstoornissen van AMC/De Meren.*

**Klerman, G.** *Interpersonal Psychotherapy of Depression New York, New York: Basic Books, 1984*

**Meeuwissen, J. en J. van Weeghel** *Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie. Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003*

**Meeuwissen, J. en J. van Weeghel** *Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003*

**Wamel, A., J. Takkenkamp, J. Meeuwissen, I. Voordouw en H. Verburg** *Landelijk Basisprogramma Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005*

**Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ** *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2005

**Willemse, G., I. Voordouw, en P. Cuijpers** *Bibliotherapie bij depressieve klachten. Een handreiking voor begeleiders. Gebaseerd op de cursus Omgaan met depressie.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2004

## Angststoornissen

**Wamel, A. en H. Verburg** *Landelijk Basisprogramma angststoornissen.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2005

**Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ** *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2003

## Posttraumatische stressklachten

**Lewis Herman, J.** *Trauma en herstel,* Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1995

## Werk en psychische klachten

**NIP, LVE** *Werk en Psychische klachten. Richtlijnen voor psychologen.* Amsterdam: NIP/LVE

**NIP, LVE** *Werk en Psychische klachten. Toelichting op de richtlijn voor psychologen.* Amsterdam: NIP/LVE

**NIP, LVE** *Werk en Psychische klachten. Praktijkvoorbeelden als illustratie van werken volgens de richtlijn.* Amsterdam: NIP/LVE

## Chronische pijn

*Samenvatting gezamenlijk psychologisch en fysiotherapeutisch behandelprotocol chronische pijn, resultaat van een samenwerking tussen Psychologenpraktijk Mondriaanlaan, het Paramedisch Centrum, huisartsen Gezondheidscentrum Mondriaanlaan en huisartsenpraktijk Jutphaas in Nieuwegein.*  
[www.raedelijn.nl](http://www.raedelijn.nl) > Info eerstelijnszorg > Publicaties > Samenvatting pijnprotocol

**Samwel, H., T. van Meer en B.J.P. Crul** *De psycholoog als pijnbehandelaar.* Bussum: Uitgeverij Coutinho, 2002

## Identiteitsproblemen

**Sterk, F. en S. Swaen** *Denk je sterk en denk je zeker.* Utrecht: Kosmos, 2003

## Aanpassing

**Sterk, F. en S. Swaen** *Sterker dan tegenslag,* Utrecht: Kosmos uitgevers, 2001



## Seksuele problemen

**Gijs, L., W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck en P. Weijnen (red.)** *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004

**Ijff, M.** *Sexcounseling: handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum, 2006

**Luyens, M.** *Liever vrijen*. Tiel: Lannoo, 2003

**Sienaert P, L. Druppel en J. de Fruyt** *Seksuele therapie en Oplossingsgerichte Therapie: een integratieve benadering*. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2000 (26) nummer 2

**Stam, L. en D. Bouman** *Praten over seks in relatietherapie. Seksuele hulpverlening in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 1998, jaargang 24, nummer 3, p. 163-176.

# Bijlage 3 Relevante websites

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) Depressie en Angststoornissen:  
<http://nhg.artsennet.nl/search/lesa>

[www.lve.nl](http://www.lve.nl)

[www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)

[www.eerstelijnsGGZ.nl](http://www.eerstelijnsGGZ.nl)

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

[www.movisie.nl/kortelijnen](http://www.movisie.nl/kortelijnen)

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

[www.movisie.nl/transparantaanbod](http://www.movisie.nl/transparantaanbod)

# Bijlage 4 Functies

Het bouwen van modules start bij het onderscheiden van functies. In verschillende eerdere moduletrajecten is aangesloten bij de functie-indeling zoals gebruikt in de jeugdzorg, omdat dit een bruikbare basis is gebleken voor het ontwerpen van modules en programma's.

Hieronder volgt een omschrijving van de functies zoals ze in deze notitie zijn gebruikt (vgl. de functies van de jeugdzorg, Van Yperen e.a., 1999). De termen *ondersteunen*, *begeleiden* en *behandelen* worden door de verschillende beroepsgroepen en in verschillende werkvelden anders gebruikt. De eerstelijnspsychologen volgen in grote lijnen de terminologie van de GGZ waar voornamelijk wordt gesproken over begeleiden en behandelen. Bij de definities van deze drie termen geven we aan hoe de verschillende beroepsgroepen in de eerstelijns-GGZ deze activiteit noemen.

## Toegangsfuncties

### Aanmelding

Door een kort gesprek met cliënt(systeem) of aanmelder komen tot een gewogen oordeel over het aanmeldingssignaal, leidend tot een intake, een terug- of doorverwijzing, bemoeizorg, crisishulpverlening, het direct beantwoorden van de voorliggende vraag of de beëindiging van het contact.

### Intake, indicatie en verwijzing

Door één of enkele gesprekken met cliënt(systeem) komen tot een gewogen oordeel over het vervolgaanbod in de eigen instelling en/of buiten de instelling (eventueel voor verdere diagnostiek) op basis van expliciete, navolgbare en toetsbare argumenten.

## Uitvoeringsfuncties

### Behandeling en begeleiding

Planmatig en gericht interveniëren om het functioneren van cliënt(systeem) te verbeteren.

De SPV en eerstelijnspsycholoog hanteren hiervoor de term behandeling.

De AMW'er hanteert hiervoor de term begeleiding.

### Begeleiding en ondersteuning

Planmatig en gericht interveniëren om terugval te voorkomen, een problematische situatie of toestand draaglijk te maken en draagkracht te vergroten.

De SPV hanteert hiervoor de term begeleiding.

De AMW'er hanteert hiervoor de term ondersteuning.

De eerstelijnspsycholoog hanteert deze omschrijving doorgaans niet.

**Onderzoek en rapportage**

Informatie verstrekken over de sociale situatie en het functioneren van de cliënt in overleg met de cliënt en op verzoek van derden.

**Consultatie<sup>36</sup>**

Het informeren en adviseren van een professional door een professional, waarbij de professional die de informatie biedt of het advies uitbrengt, geen verantwoordelijkheid draagt voor wat de professional die de informatie of het advies ontvangt in zijn besluitvorming met de informatie of het advies doet.

36 Uit: *Definities van kernbegrippen. Programma's in de jeugdzorg*, Yperen, T. van e.a., 1999.

# Bijlage 5 A Uitwerking module lichte tot matige depressieve klachten

## Doelgroep

Cliënten met lichte tot matige depressieve klachten; een eerste depressieve periode die nog niet langer duurt dan drie maanden. Er is geen sprake van (acute) suïcidaliteit of psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren. Depressie is een ziektebeeld waarbij korte en lange termijnveranderingen in het centrale zenuwstelsel in een niet lineair verband staan met levenservaringen en sociale relaties. Interventies op elk punt in de cirkel kunnen therapeutisch zijn, bedoeld wordt medicatie, sociale steun, lichamelijke beweging/inspanning en psychotherapie.

## Doelen

### Diagnostische fase:

- Cliënt heeft inzicht in de factoren die de depressie hebben uitgelokt.
- Cliënt begrijpt de gevolgen van de klachten voor het functioneren op verschillende levensgebieden.

### Indicatiestelling:

- Cliënt heeft informatie over de klachten, predisponerende en uitlokkende factoren, behandel mogelijkheden, duur en kosten, het belang van motivatie en verbeterkansen.
- Cliënt heeft een overzicht van passende behandel mogelijkheden/interventies.
- Cliënt en eerstelijnspsycholoog hebben een behandelplan opgesteld.

### Behandelfase:

- Cliënt kan zijn depressieve klachten beter hanteren.
- Cliënt heeft een aanvaardbaar niveau van functioneren gerealiseerd.
- Cliënt heeft zijn probleem verhelderd en geconcretiseerd.
- De zelfredzaamheid van cliënt is hersteld en vergroot.
- Cliënt heeft meer controle over zijn depressie door exploratie van de achtergronden.
- Cliënt voelt zich gesteund bij het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen.

## Werkwijze

- Instructie geven over omgaan met de klachten, bespreken van met depressie samenhangende emoties.
- Verbeteren dagbesteding, afwisseling inspannende en ontspannende activiteiten, sociale contacten, time management et cetera met hulp van registratieschema of dagboek.
- Inventarisatie maken van concrete problemen, bespreken van een rationale en bespreken van haalbare doelen voor verandering.
- Motiveren, activeren en coachen om zelf oplossingsgericht te werk te gaan.
- Positieve feedback geven en versterken wat cliënt zelf kan.
- Empathisch luisteren, erkennen emoties over ingrijpende gebeurtenissen, context verhelderen en zinvol betekenis geven met cliënt.

## Duur en frequentie

Zes tot acht consulten (inclusief de intakefase)<sup>37</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

## Setting

Individueel, cliëntsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

## Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>37</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

# Bijlage 5 B Uitwerking module matige tot ernstige depressieve klachten

## Doelgroep

Cliënten met matige tot ernstige depressieve klachten; een recidiverende periode of een eerste periode die langer dan vier tot zes maanden duurt. Er is geen sprake van acute suïcidaliteit of psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren.

Depressie is een ziektebeeld waarbij korte en lange termijnveranderingen in het centrale zenuwstelsel in een niet lineair verband staan met levenservaringen en sociale relaties. Interventies op elk punt in de cirkel kunnen therapeutisch zijn; bedoeld wordt medicatie, sociale steun, lichamelijke beweging/inspanning en psychotherapie.

## Doelen

### Diagnostische fase:

- Cliënt heeft inzicht in de factoren die de depressie hebben uitgelokt.
- Cliënt begrijpt de gevolgen van de klachten voor het functioneren op verschillende levensgebieden.

### Indicatiestelling:

- Cliënt heeft informatie over de klachten, predisponerende en uitlokkende factoren, behandel mogelijkheden, duur en kosten, het belang van motivatie en verbeterkansen.
- Cliënt heeft een overzicht van passende behandelmogelijkheden/interventies.
- Cliënt en eerstelijnspsycholoog hebben een behandelplan opgesteld.

### Behandeling algemeen:

- Cliënt kan zijn depressieve klachten beter hanteren.
- Cliënt heeft een aanvaardbaar niveau van functioneren gerealiseerd.

### Behandeling met cognitieve gedragstherapie:

- Cliënt kan automatische negatieve gedachten gekoppeld aan negatieve emoties of stemming in bepaalde situaties herkennen en heeft daarmee inzicht in de depressie.
- Cliënt heeft geleerd automatische negatieve gedachten kritisch te onderzoeken en uit te dagen.
- Cliënt heeft nieuwe, meer rationele en adequate gedachten ontwikkeld en daardoor verbetering ervaren in gedrag en stemming.
- Cliënt heeft depressogene kernschema's en assumpties en daaraan gekoppelde inperkende leefregels opgespoord en veranderd.
- Cliënt heeft coping bestendigd door de samenhang van gedachten, gedrag en gevoelens te onderzoeken en adequaat bij te stellen.

- **Behandeling met interpersoonlijke psychotherapie:**
- Depressieve symptomen van cliënt zijn verminderd door optimaliseren van het interpersoonlijke en het sociaal affectief functioneren.
- Coping van het verlies, tekort of conflict in de interpersoonlijke context zijn verbeterd.
- Het probleemoplossend vermogen van cliënt op andere levensgebieden is vergroot.

### Werkwijze bij cognitieve gedragstherapie

- Kennismaking en inventarisatie van huidig functioneren in dagbesteding, werk, sociale contacten.
- Zelfobservatie en registratie van verband tussen activiteiten, plezier en bekwaamheid en de stemming; toetsen onderliggend assumpties.
- Dagstructuur maken en met gedragstherapeutische technieken en huiswerkopdrachten werken aan herstel van dagritme, uitvoeren plezierige activiteiten, verbeteren sociale contacten en assertiviteit.
- Vervolgens cognitieve fase, rationale uitleggen, functie van dagboek over stemmingen en automatische gedachten in bepaalde situaties.
- Onderzoeken met cognitieve technieken uitdagen en bijstellen van negatieve gedachten en toetsen in opdrachten of gedragsexperimenten.
- Opsporen basale kernschema's/assumpties en inperkende leefregels.
- Met cognitieve technieken assumpties uitdagen en nieuwe leefregels formuleren en toetsen door zelfobservatie en zelf bijstellen van gedachtepatronen, gedrag en stemming.

### Werkwijze bij interpersoonlijke psychotherapie

- Creëren van een goede werkrelatie, verhelderen van depressieve klachten en plaatsen in context van depressie als aandoening, inventariseren van de interpersoonlijke leefwereld, verband leggen tussen interpersoonlijke problematiek en depressieve klachten.
- Kiezen van een focus voor de behandeling en verhelderen van de relatie tussen het ontwikkelen van de depressie en de belangrijke interpersoonlijke gebeurtenis; behandelcontract bespreken.
- Bij rouw werken aan actualiseren, uiten van emoties, leren onderscheiden van emotionele reacties en depressieve symptomen, treuren om wat verloren is gegaan, verhelderen hoe het was en hoe cliënt het nu ervaart, ruimte maken voor toekomstperspectief, zoeken naar zinvolle invulling in de interpersoonlijke context.
- Bij interpersoonlijk conflict, conflict identificeren en vaststellen in welke fase het is, inventariseren en bijstellen van communicatiepatronen, bespreken en bijstellen van verwachtingen, ondersteunen in uiten van gevoelens en stimuleren in passender omgaan en communiceren met de betrokken anderen. Veel kan beleefd, verhelderd en geoefend worden in coachend rollenspel.
- Bij interpersoonlijke verandering, nagaan welke rol is opgegeven, ondersteunen in loslaten van de oude rol, ondersteunen in uiten van emoties, ontwikkelen van vaardigheden voor nieuwe rol en verbeteren van sociale relaties.
- Bij interpersoonlijk tekort, opsporen van disfunctionele patronen, helpen bij realistische evaluatie van mogelijkheden en onmogelijkheden, steunen in het verbeteren van sociale relaties.



Bij alle thema's is de houding van de therapeut empathisch, steunend, activerend en evocatief en coachend.

### Duur en frequentie

Tien tot vijftien consulten (inclusief de intakefase)<sup>38</sup>. Variërend van eens per week tot eens per twee weken. Later in de behandeling minder frequent.

### Setting

Individueel, cliëntsysteem. In spreekkamer psychologenpraktijk, zo nodig thuis bij de cliënt.

### Randvoorwaarden

Er zijn geen specifieke randvoorwaarden.

<sup>38</sup> Zijn er meer gesprekken nodig dan de verzekeraar vergoedt, dan wordt dit in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de cliënt.

## MOVISIE werkt aan een krachtige samenleving

MOVISIE is hét landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor maatschappelijke ontwikkeling. We bieden toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, zorg en sociale veiligheid. In ons werk staan vijf actuele thema's centraal: huiselijk & seksueel geweld, kwetsbare groepen, leefbaarheid, mantelzorg en vrijwillige inzet.

We investeren in de kracht en de onderlinge verbinding van burgers. We doen dit door maatschappelijke organisaties, overheden, maatschappelijk betrokken bedrijven en burgerinitiatieven te ondersteunen, te adviseren én met hen samen te werken. Lokaal of landelijk, toegesneden op het vraagstuk en de organisatie. Zo kunnen deze organisaties en hun professionals hun werk voor de samenleving zo goed mogelijk doen.





Kennis en advies voor  
maatschappelijke ontwikkeling

mantelzorg

kwetsbare groepen

vrijwillige inzet

huiselijk en seksueel geweld

leefbaarheid

## Transparant aanbod EPZ

De trend van de laatste jaren is om het aanbod van hulp- en dienstverleners meer transparant, flexibel en samenhangend te maken. Verschillende ontwikkelingen in de eerstelijns-GGZ versterken die vraag om transparantie.

Deze publicatie verheldert het aanbod eerstelijnspsychologische zorg door een beschrijving in modules. Modules zijn korte aanbodbeschrijvingen van samenhangende vormen van hulp- en dienstverlening die met elkaar het totale aanbod van een beroepsgroep of organisatie vormen. Modules kunnen waar nodig gecombineerd worden zodat een aanbod op maat voor één bepaalde cliënt ontstaat.

De modules zijn gemaakt volgens een werkwijze die eerder door MOVISIE ontwikkeld is. Hierbij heeft een panel van tien psychologen, werkzaam in de eerstelijnspsychologische zorg, onder leiding van MOVISIE gewerkt aan het beschrijven van hun dagelijkse praktijk in modules. Waar nodig hebben zij weer hun eigen contacten en achterban geraadpleegd voor aanvullingen en correcties. De laatste versie van de modules is door het gehele panel vastgesteld en correct bevonden. Vervolgens hebben het bestuur van de sectie gezondheidspsychologie van het NIP en het bestuur van de LVE ingestemd met de modules.

De modules voor de eerstelijnspsychologische zorg geven helder, bondig en compleet weer wat de eerstelijnspsychologische zorg binnen de eerstelijns-GGZ te bieden heeft. Eerstelijnspsychologen, andere aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg en de organisaties waarbinnen ze werken kunnen de modules op verschillende manieren gebruiken:

- Voor communicatie met opdrachtgevers/collega's/cliënten
- Voor afstemming en samenwerking
- Voor onderzoek naar resultaten en effecten