



Zilveren Kruis Groep

Postadres
Postbus 80
2100 AB Heemstede

Aan: genodigden

Onze referentie: HdJ/TJ
Telefoon: 023-480206
Telefax: 023-480123
Behandeld door:

Heemstede, 1 november 1994

Betreft: uitnodiging ACHMEA GROEP mini-symposium eerste-lijns psychologische hulp, op 9 november 1994 om 14.00 uur, bij Zilveren Kruis Spaarneland Havenstraat 87 te Heemstede

Geachte collega/genodigde,

Hierbij bevestigen wij u deelname aan het mini-symposium eerste-lijns psychologische hulp op 9 november 1994.

De eerste-lijns psychologische hulp maakt al jaren lang deel uit van het aanvullende verzekeringspakket van Zilveren Kruis Spaarneland. Binnen de gehele Zilveren Kruis Groep maakt deze vorm van hulp, vanaf 1 januari 1994, onderdeel uit van het verzekeringspakket. Met het Nederlands Instituut van Psychologen is de Zilveren Kruis Groep in onderhandeling om langdurige contracten af te sluiten.

Deze middag staat in het teken van informatie over de mogelijkheden en onmogelijkheden van eerste-lijns psychologische hulp zowel inhoudelijk als verzekeringstechnisch.

- 14.00 Opening door drs. M. Vente, algemeen directeur Zilveren Kruis Spaarneland
- 14.05 Wat behandelt de eerste-lijns psycholoog, door drs. D.J. Hoogervorst, eerste-lijns psycholoog
- 14.30 Enkele casussen, door drs. F. Bosch, eerste-lijns psycholoog
- 15.55 Theepauze
- 15.15 Waarom is het verstandig om de eerste-lijns psychologische hulp in het verzekeringspakket op te nemen, door drs. P.N. Groen, eerste-lijns psycholoog en voorzitter van de sectie eerste-lijns psychologen van het N.I.P.
- 15.40 Visie van de Zilveren Kruis Groep, door H. de Jong, beleidsmedewerker Zilveren Kruis Spaarneland
- 16.00 Discussie
- 16.30 Afsluiting, daarna een drankje en een hapje.



Ingebrachte stellingen genodigden :

De heer F. Bosch/Regionaal Overleg Eerst Lijn Psychologen

"De financiële kennis van de hulpverlener is even groot als de psychologische kennis van de zorgverzekeraar."

Mw. L. Keidel/RIGG Kennemerland:

Het is uit het oogpunt van onafhankelijkheid en efficiëntcy wenselijk de indicatiestellingen voor een aantal functionele verstrekkingen in de toekomst in RIGG verband uit te oefenen. (Dit sluit tevens aan op bijv. RIBW indicatie commissies, regionaal patiënten-overleg enz.)

De heer B. Evers/RIGG Kennemerland:

Het functioneel geformuleerde zorgaanbod dient aan te sluiten op de behoefte - ook wanneer het om "minder aantrekkelijke" functies gaat (acute dienst, chronische zorg). Er zal immers ook aan de zorgplicht voldaan moeten worden.
Het verdient aanbeveling dat de zorgaanbieders (verenigd in de RIGG) in RIGG-verband een functioneel (regionaal)zorgplan opstellen. Dit zorgplan is uitgangspunt voor het gezamenlijk en bilateraal overleg met zorgverzekeraars.

De heer S. Timmers/Ver. vrijevestigde psychiaters Zuid Kennemerland:

Voor een optimale samenwerking is onderling vertrouwen tussen alle medewerkers een eerste vereiste.

De heer P. van den Bogaard/D.H.V.:

De huisarts vervult de centrale rol in de 1e lijns gezondheidszorg. Dit moet vanuit kwaliteitsoverwegingen en kostenbeheersing zo blijven. Ook na de stelselwijziging moet worden voorkomen dat 2e lijns instellingen een sturende rol in de 1e lijn gaan vervullen. Dit kan alleen een adviserende, op eigen deskundigheid gebaseerde, stem zijn.

De heer L.E.F. van Ruth/Brijderstichting:

De idee (voorheen?) was dat de cliënt van de geestelijke gezondheidszorg gebaat is bij hulpverlening op maat, dichtbij huis. Eén van de mogelijkheden om dat te realiseren was de regionalisering: nauw samenwerkende hulpverleningsmogelijkheden (circuits) in een redelijk afgebakend gebied.

De moderne zorgverzekering leidt tot concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars, terwijl de gebiedsafbakening van zowel aanbieders als verzekeraars vervalst. De moderne zorgverzekering staat daarmee haaks op het principe voor regionalisering. Vooralsnog is niet voorstelbaar hoe de moderne zorgverzekering tot hulpverlening op maat dichtbij huis kan leiden.

De heer M.E.J. Mansveld/PAAZ Kennemer Gasthuis locatie Zeeweg:

Het komt mij vreemd voor dat met de stelselwijziging er in feite ook onderhandeld gaat worden over werkgelegenheid in de (geestelijke)gezondheidszorg.



CONZK

DANK U MEVR BRUINSMA. IN MIJN BETOOG STAAN 2 VRAGEN CENTRAAL. WELKE FACTOREN BEPALEN OF EEN BEHANDELING EERSTELIJNS OF TWEEDELIJNS, GENERALISTISCH OF SPECIALISTISCH IS WAT IS NU DE SPECIFIEKE BIJDRAGE VAN DE PSYCHOLOOG IN DE EERSTE LIJN.

SHEET 1: TAKEN EERSTELIJNSPSYCHOLOOG

CONSULTATIE: Met alle hier aanwezige disciplines hebben wij consultaties gehad.

Voorbeelden zijn het regulier overleg met de huisarts. In Schalkwijk is daar Maatschappelijk werk bij betrokken geweest. Met RIAGG Zuid Kennemerland is verwijsprotocol gemaakt.

Met psychiaters, AMW, psychotherapeuten en Thuiszorg zijn er regelmatig ad hoc consultaties.

CRISISINTERVENTIE. Omdat wij direct beschikbaar zijn kunnen wij vaak het ijzer smeden wanneer het heet is.

VERWIJZING. Bij ongeveer 10% van de aanmeldingen volgt er een verwijzing. Behalve de specifieke deskundigheid van de persoon of instelling kan ook meewegen: wachttijd, voorkeur voor vrijgevestigd of institutioneel of voor behandeling door man of vrouw.

PREVENTIE Wij organiseren geen preventiegroepen zoals bijvoorbeeld bij de RIAGG gebeurd. Wel is te verwachten dat onze hulp een preventief effect heeft, zodat ernstiger problematiek voorkomen kan worden.

PSYCHODIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELING PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING.

OP DEZE 2 TAKEN ZAL IK ZO WAT UITVOERIGER TERUGKOMEN. IK WIL HIERBIJ NOG VERMELDEN DAT BEHALVE SPECIFIEKE DESKUNDIGHEID HET OOK VAN GROOT BELANG IS DAT DE EERSTELIJNSPSYCHOLOOG IN STAAT IS OM EEN KLIMAAT TE SCHEPPEN WAAR DE CLIENT VERTROUWELIJKE INFORMATIE WIL GEVEN. DAARBIJ IS OOK ONZE ORGANISATIEVORM VAN BELANG. PSYCHOLOOG IS ALS PERSOON HERKENBAAR EN AANSPREEKBAAR.

DE EERSTELIJNSPSYCHOLOOG HEEFT EEN VIJFTAL MANIEREN OM INFORMATIE OVER DE CLIENT TE VERZAMELEN.

SHEET 2 : PSYCHODIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING, MANIEREN OM INFORMATIE TE VERZAMELEN

ANAMNESE
HETROANAMNESE
OBSERVATIE
RAPPORTAGE

TESTEN typisch een taak van psychologen

HET IS VAN GROOT BELANG OM IN EEN ZO KORT MOGELIJKE TIJD ZOVEEL MOGELIJK INFORMATIE TE VERZAMELEN DIE DUIDELIJKHEID GEEFT WAT VOOR BEHANDELING HET MEEST GEINDICEERD IS.

SHEET 3: PSYCHODIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING, SPECIFIEKE ANDACHTSPUNTEN

MOTIVATIE goede moment, ziekte winst
KLACHT(EN): ICD-9. klachtenlijst AMW, DSM-4 , as 4 DSM4
SEXUEEL MISBRUIK
MISHANDELING
SUICIDALITEIT
DUUR (acuut, jeugdtrauma's)
NETWERK amw
LICHAMELIJKE GEZONDHEID as3 DSM4 medicatie, cyclus, huisarts, fysio.

CONZK

eventueel verwijzing naar poli PAAZ
MAATSCHAPPELIJK FUNCTIONEREN amw
DOELSTELLING eventueel herformuleren
INZICHT minder inzicht, meer structurerend, eventueel medicamenteus
PERSOONLIJKHEIDSSTRUCTUUR (neurotisch, psychotisch, borderline,
antisociaal); as 3 DSM4 persoonlijkheidsstoornissen
MISBRUIK VAN MIDDELEN (medicijnen, alcohol, soft- en hardddrugs)
EERDERE THERAPIEEN, resultaat, ther.relatie met hulpverlener
CRISIS (RIAGG 24 uurddienst, CIC)

ALS ER IN EERSTE INSTANTIE GEEN AANLEIDING IS OM EEN CLIENT TE VERWIJZEN
NAAR RIAGG, PSYCHIATER OF MAATSCHAPPELIJK WERK KAN DE
EERSTELIJNSPSYCHOLOOG GAAN BEHANDELEN. WAT DOET HIJ NU WEL EN WAT DOET
HIJ NIET.

SHEET 4 PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING: SOORTEN

INDIVIDUEEL/RELATIE/GEZIN/GROEP
KINDEREN/VOLWASSENEN/ OUDEREN
AMBULANT/KLINISCH
KLACHTGERICHT...PERSOONSGERICHT
KORTDUREND...LANGDUREND
GESPREKSTHERAPIE/MEDICAMENTEUZE THERAPIE (huisarts, psychiater)
eventueel gecombineerd
STRUCTUREREND...INZICHTGEVEND
DIRECTIEF...NON DIRECTIEF
PSYCHOSOCIAAL/ MATERIEEL
GENERALISTISCH..SPECIALISTISCH
REGULIER/ALTERNATIEF wetenschappelijke opleiding post docteraal, vanaf
1998 wet BIG, gezondheidszorgpsycholoog

TOT SLOT WIL IK NOG IETS VERTELLEN OVER HET GEBRUIK VAN METHODES
EN INZICHTEN UIT EEN AANTAL THERAPIESCHOLEN:

SHEET 5 PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING: VORMEN

GEDRAGSTHERAPIE: o.a.relaxatie, systematische desentisisatie, RET,
HUMANISTISCHE SCHOOL mn bij levensfaseproblematiek, verwerkingsproblemen
PSYCHOANALYSE: overdracht, weerstand, afweer
SYSTEEMTHERAPIE: communicatieopdrachten, herstellen hierarchie,
ouderadviesen
OVERIG: hypnose, imaginatie, sexuoologie,vrouwenproblematiek,

DANK U WEL VOOR UW AANDACHT.

□□

Els
28 jaar, gehuwd een dochter van 2

Beroep:
Huisvrouw, ex doktersassistente

Bij aanmelding:
Depressieve klachten, angst om de straat op te gaan.

Diagnose:
Levensfaseproblematiek bij introverte vrouw

Behandeling (8 consulten):
Zelfcontroleprocedure
Inzichtgevende gesprekken

Resultaat:
Klachten verdwenen.

Mijnheer Roosenhart
56 jaar, weduwnaar, 2 volwassen kinderen

Beroep:
Ex administratief medewerker van textielfirma
Momenteel in ziektewet.

Bij aanmelding:
Depressieve klachten

Diagnose:
Gestagneerd rouwproces na dood van zijn vrouw 5 jaar geleden,

Behandeling (12 consulten):
Begeleiding bij rouwproces: schrijfpodracht

Resultaat:
Depressie verminderd

Fenny
32 jaar, 1 zoontje van 5, gescheiden, LAT-relatie

Beroep: Verkoopster

Bij aanmelding:
Depressieve klachten, eetproblemen (35kg afgevallen),
hoofdpijn, hyperventilatie, concentratieproblemen, slaapproblemen,
derealisatie, suicidale gedachten.

Diagnose:
Vitaal depressief beeld bij vrouw met persoonlijkheidsstoornis

Behandeling:(4 consulten)
Observatie: veel angst en weerstand
(Test)Diagnostiek MMPI en anamnese
Testuitslag: Borderlinepersoonlijkheid, emotionele verwaarlozing in
jeugd, jongste van 7 kinderen, ongewenst .
Motiveren tot behandeling bij het RIAGG
Resultaat:
Klachten gelijk, (medicinale) therapie bij psychiater RIAGG.

Ruud

35 jaar, gehuwd, geen kinderen

Beroep: Chauffeur, momenteel in ziektewet

Bij aanmelding;

Depressieve klachten, concentratieproblemen
hoofdpijn, nek en schouderklachten, communicatieproblemen met werkgever

Diagnose:

surmenage, assertiviteitsproblemen (angst voor afwijzing), sexproblemen

Behandeling (10 consulten):

Ontspanningsoefeningen

Assertiviteitsopdrachten

Sextherapie samen met zijn vrouw Marja

Resultaat:

Na periode van 6 weken ziektewet heeft client zijn werk weer hervat.

Hij stelt zich assertiever op. (Sex) relatie met Marja

is verbeterd.