

I N H O U D

1. Inleiding
2. Uitgangspunten
3. Praktijkopzet en samenwerking met de huisarts
4. Taken
5. Plaats in de gezondheidszorg
6. Beleidsvoornemens van het POK
7. Literatuur

DE PSYCHOLOOG IN DE EERSTE LIJN IN ZUID-KENNEMERLAND.

1. Inleiding.

In Zuid-Kennemerland heeft de psycholoog in de eerste lijn een vaste plaats in de gezondheidszorg verworven. Er werken 11 psychologen (1) samen met ruim 70 huisartsen. Per jaar maken ongeveer 1200 mensen gebruik van de diensten van de eerstelijnspsycholoog. De psychologen zijn georganiseerd in Psychologenoverleg Kennemerland (POK). Een driekoppig bestuur verzorgt de interne en externe contacten.

Dit stuk is geschreven op verzoek van Ziekenfonds Spaarneland en is bedoeld om de plaats van de psycholoog in de gezondheidszorg in deze regio te verduidelijken.

2. Uitgangspunten.

Hulpverlening in de gezondheidszorg dient zolang als haalbaar in de eerste lijn plaats te vinden, opdat de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager optimaal kan worden gewaarborgd. In de eerstelijnsgezondheidszorg gaat men uit van de integrale mens. Dit houdt in dat de eerstelijns-hulpverlening zich moet richten op zowel de lichamelijke, de psychische, als de sociale aspecten van het menselijk functioneren.

De eerstelijnspsycholoog is verantwoordelijk voor de hulpverlening bij dominant psychische problematiek. Hij functioneert in nauwe samenwerking met de andere eerstelijns werkers (o.a. huisarts, MW, wijkverpleegkundige), zodat een geïntegreerd hulpaanbod kan worden geboden. Dit betekent, dat psychische problematiek vroegtijdig gesignaleerd en behandeld kan worden. Evenals de andere eerstelijns werkers is hij direct bereikbaar, heeft geen wachttijden en hanteert geen intake-criteria op grond van bijvoorbeeld verbale begaafdheid, motivatie, e.d.

Deze organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg betekent voor de patiënt/cliënt, dat hij voor een breed scala van problematiek in zijn directe leefomgeving op deskundige hulp kan rekenen. De hulpverleners zijn voor hem geen instanties, maar herkenbare en aanspreekbare personen.

(1) met de psycholoog wordt in dit artikel bedoeld: de psycholoog in de eerste lijn.

Om de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de bevolking te situeren richten de eerstelijnhulpverleners zich op een geografisch beperkt gebied. Zij kennen de wijk waarin ze werken en dus ook de wijkgebonden problematiek. Dit biedt bijvoorbeeld mogelijkheden voor het in samenspraak met de bevolking opzetten van preventieprogramma's.

3. Praktijkopzet en samenwerking met de huisarts.

De psycholoog werkt als collega van de huisarts binnen diens praktijk ter verbreding van zijn hulpaanbod. Hij is flexibel, zowel wat betreft werkwijze als werksetting (in het pand van de huisarts, eigen praktijkruimte of bij de cliënt thuis). Hij concentreert zijn werkzaamheden binnen een wijk waarin een aantal huisartsenpraktijken gevestigd zijn en is persoonlijk direct bereikbaar.

Deze wijze van samenwerking is door Bremer (1978) beschreven als het ingebouwd praktijkmodel. De psycholoog werkt in de eerste lijn, anders dan bij het detacheringsmodel of het verwijzingsmodel.

Op het moment dat de huisarts wordt geconfronteerd met psychische problematiek kan hij zijn psycholoog inschakelen, die dan de behandeling van de patiënt in overleg met hem voortzet. De huisarts, op de hoogte van de gesprekken, houdt hierbij een signalerende functie. Bewust wordt hier gekozen voor een gezamenlijke hulpverlening; de huisarts legt de verantwoordelijkheid voor de behandeling niet direct bij een externe specialist, maar overlegt met de psycholoog over de meest geschikte therapie. Huisarts en psycholoog zijn samen verantwoordelijk voor de psychische gezondheid van de patiënt. Natuurlijk zijn er grenzen aan de behandelmogelijkheden in de eerste lijn. Analoog aan de wijze waarop de huisarts verwijst naar de medisch specialist, verwijst de psycholoog zijn cliënt naar de tweede of derde lijn, wanneer specialistische therapie geïndiceerd is. Een dergelijke verwijzing wordt door de psycholoog (schriftelijk) gemotiveerd, d.w.z. dat hij eerst grondig heeft onderzocht wat de aard en diepgang van de problematiek is.

Doordat de huisarts in een vroegtijdig stadium psychische problematiek kan signaleren, kan door tussenkomst van de psycholoog verzwaring van de problematiek worden voorkomen.

Voor veel mensen ligt het consulteren van de psycholoog nog in de taboesfeer en zullen zij de stap pas zetten als de problemen niet meer te overzien zijn. Deze drempel ligt bij de interdisciplinaire huisartsenpraktijk veel lager, doordat de huisarts de psycholoog bij zijn patiënten kan introduceren als een collega, die hij persoonlijk kent en met wie men een aantal gesprekken kan voeren.

4. Taken.

4.1 Diagnostiek.

De psycholoog hanteert een generalistische werkwijze, d.w.z. hij dient van alle markten thuis te zijn. Gepresenteerde klachten dienen zorgvuldig en adequaat op ernst, geschiedenis en achtergrond onderzocht te worden. Mogelijke veronderstellingen omtrent oorzaken van de klachten dienen getoetst te worden en bezien moet worden of al dan niet behandeling gewenst is; zo ja, of deze kortdurend of langdurend, ambulant of klinisch, specialistisch of generalistisch moet zijn. De psycholoog moet op korte termijn een duidelijk advies hieromtrent aan zijn cliënt geven.

4.2 Kortdurende behandeling.

Hierbij wordt dezelfde generalistische oriëntatie gehanteerd. Bij elke cliënt wordt naar een passende werkwijze gezocht. Dit leidt er toe dat de psycholoog bepaalde cliënten kortdurend begeleidt en incidenteel of regelmatig terugziet. Soms is dit een ondersteunend of adviserend contact, soms gaat het om een interventie van therapeutische aard.

Het is belangrijk dat de psycholoog in zijn werkwijze flexibel kan zijn, d.w.z. dat hij zijn benadering afstemt op de persoonlijkheid en de problematiek van de cliënt en zonodig zijn diagnose en strategie moet kunnen aanpassen in de loop van de behandeling.

Als het de behandeling ten goede kan komen kan de psycholoog de directe omgeving zoals partner, ouder(s), kinderen of school bij de behandeling trachten te betrekken.

De psycholoog beperkt zich zoveel mogelijk tot de huidige problematiek en doet een beroep op de eigen mogelijkheden en vaardigheden van zijn cliënt. Adviezen en mogelijke afspraken omtrent thuiswerk dienen in dit licht gezien te worden.

Zonodig worden gesprekken gespreid over een langere periode, zodat de cliënt de gelegenheid heeft nieuwe mogelijkheden om met zijn problemen om te gaan te onderzoeken, ermee te experimenteren.

De psycholoog is niet gebonden aan zijn spreekkamer; soms zoekt hij zijn cliënt op (bijvoorbeeld bij ziekte of opname), of gaat hij bepaald gedrag met hem buiten de spreekkamer oefenen.

4.3 Consultatie.

In de eerste lijn vindt consultatie automatisch plaats in het regelmatig contact tussen huisarts en psycholoog. Ook in het contact met andere collega's in de eerste of tweede lijn kan wederzijdse consultatie plaatsvinden.

Binnen het overleg brengt de psycholoog zijn deskundigheid in en leert van die van anderen.

4.4 Preventie.

Het vroegtijdig onderkennen van psychische problematiek maakt kortdurende hulp mogelijk en is preventief in zoverre, dat ernstiger klachtenbeelden en ingrijpender behandeling voorkomen worden.

De zogenaamde primaire preventietaken worden in samenwerking met overige hulpverleningsdisciplines verricht.

4.5 Crisisinterventie.

De werksetting van de psycholoog biedt in principe de mogelijkheid van crisisinterventie. In de praktijk in deze regio wordt deze taak vervuld door huisartsen en instellingen (SPD, Crisisinterventiecentrum).

5. Plaats in de gezondheidszorg.

Naar onze mening kunnen de verschillende hulpverleningssegmenten als volgt worden geplaatst:

eerste lijn : huisarts
psycholoog
maatschappelijk werk
kruiswerk
crisisinterventiecentrum

tweede lijn : RIAGG
PAAZ, Psychiatrische Poliklinieken
Vrijgevestigde psychiaters, psychologen
en psychotherapeuten

Behalve met de huisartsen zijn goede contacten opgebouwd met medewerkers van RIAGG, MW en PAAZ, d.m.v. verwijzingen en consultaties. Intensieve wijkgebonden samenwerking met MW en kruiswerk is nog niet mogelijk doordat bestaande structuren dit belemmeren. (Zie ook: Discussienota Contouren eerstelijns(gezondheids)zorg, 1983.)

6. Beleidsvoornemens van het POK.

Geïntegreerd functioneren van de eerstelijnspsychologen in een regio kan alleen bereikt worden via een groeimodel, omdat de psycholoog nog geen beleidsmatige erkenning als basisdiscipline in de eerste lijn geniet. In dit groeimodel zullen de contacten met andere eerstelijns- werkers steeds persoonlijker en intensiever worden en de herkenbaarheid voor de bevolking worden vergroot. Het beleid van het POK is erop gericht deze ontwikkeling te stimuleren door op verschillende niveau's met de andere disciplines in overleg te treden om samenwerking te bevorderen. Daarnaast kan de bekendheid bij de bevolking gestimuleerd worden door publicaties in regionale media. Het contact met de stuur- groep huisartsen kan verder geformaliseerd worden door regelmatig werkoverleg.

Omdat voor een geïntegreerd hulpaanbod ook regiogebonden samenwerking met MW en kruiswerk dient te geschieden moeten ook met deze disciplines beleidsmatige contacten worden aangegaan. Dit kan mogelijk resulteren in de oprichting van een Lokaal Overleg Beleid Eerste Lijn (LOBEL), waarin behalve de basisdisciplines van de eerste lijn ook de patiënt/clënt vertegenwoordigd is. De taak van het LOBEL kan zijn, te bevorderen dat er bindende samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen de eerstelijnsdisciplines onderling en tussen de eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg. Deze afspraken dienen zowel de verschillende taken als de (sub)regio-afbakening te behelzen. Met name dient beleidsmatig contact te worden aangegaan met het RIAGG, zeker nu de profilering van de eerstelijnspsycholoog op landelijk niveau steeds meer gestalte krijgt en binnen de RIAGG de door hen te vervullen taken ter discussie staan.

Om het regionaal beleid van de psychologen met het landelijk beleid te laten sporen bestaat er regelmatig contact met de Werkgroep EerstelijnsPsychologen van het NIP.

Haarlem, oktober 1983

drs. F. Bosch.

drs. T. van der Vlis, namens het POK.

Literatuur:

- v. Balen, H.G.G., Soons PGHM : Kort rapport: Huisartsen over de eerste-
lijnspsycholoog, verslag van een enquête,
in: De Psycholoog, sept. 1983.
- Begeleidingscommissie : Discussienota Contouren eerstelijns-
eerstelijns(gezondheids)zorg (gezondheids)zorg, 1983.
- Bosch, F. en Schene, J. : Profielschets van de psycholoog in de
eerste lijn in de regio Kennemerland,
POK, Haarlem 1983.
- Commissie eerstelijnsgezond- : Aanbevelingen eerstelijnsgezondheidszorg
heidszorg 1983.
- Derksen, J. : Psychologische hulp in de eerste lijn,
PM reeks, Baarn 1983.
- Derksen, J. : De psycholoog in de eerste en in de tweede
lijn, De Psycholoog, sept. 1983.
- Mispelblom Beyer, F. : Hebben de RIAGG'S een toekomst?
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,
sept. 1983.
- Ned. Huisartseninstituut : De psycholoog in de eerste lijn,
een bibliografie, 1981.
- N.I.P. : De psycholoog in de eerste lijn, met daar-
in Bremer: Modellen van samenwerking huis-
arts - psycholoog, 1977.
- Psychologengroep Centrum : Jaarverslag 1980.
- Psychologengroep Oost : Jaarverslag 1980.
- Psychologengroep Centrum, : Jaarverslag 1981.
Oost en Noord
- Psychologengroep Centrum : Jaarverslag 1982.
- Psychologengroep Oost : Jaarverslag 1982
- Terstegge, M. : Huisarts en relatieproblemen, Nisso 1982.
- Vereniging ter bevordering van : Nota Structurele belangen eerstelijns-
de psychologische hulpverlening psychologie, 1983.
in de eerste lijn
- Idem : Informatienota, 1983.
- Werkgroep eerstelijnspsychologen : Discussiestuk bij de oprichtings-
N.I.P. vergadering, 1983
- v. Zijl, Ch.W. : Vrijgevestigde Psychologen, N.I.P., 1983.