

Historische vorming in theorie en praktijk:

In 1971 werd door het NIP en het Nederlands Huisartsen Genootschap de Landelijke Commissie Huisarts-Psycholoog opgericht met het doel om samenwerking tussen huisarts en psycholoog te bevorderen. Uit een enquête die door deze commissie in 1972 werd gehouden bleek dat 800 huisartsen en 300 psychologen op plaatselijk of regionaal nivo wilden samenwerken.

In september 1974 wordt er een tweede landelijke contactdag Huisartsen-Psychologen gehouden. Onder andere de huisarts Veldhuyzen van Zanten en de psycholoog Dr. J. Bergema spreken daar al duidelijke taal over de mogelijkheden en belemmeringen, taken en functies etc.

In 1977 organiseerde het NIP een voorjaarsconferentie rond het onderwerp De psycholoog in de eerste lijn. S. Ochtens een aantal sprekers en s' middags discussie in kleine groepen. Over het takenpakket van de psycholoog in de eerste lijn werd 14 jaar geleden het volgende opgemerkt:

U hoort dat de discussie punten van 14 jaar geleden nog verrassend actueel klinken. Wij zien in een later stadium dezelfde taken steeds terugkeren in verschillende landelijke en regionale initiatieven.

Hierbij wil ik onder andere vermelden: Het SPEECH project in Capelle aan de IJssel; De Commissie Eerste Lijn binnen het NIP het PSH-project uit Breda, De Nederlandse vereniging ter bevordering van de psychologische hulpverlening in de eerste lijnsgezondheidszorg en het Experiment in Kennemerland.

Het waren o.a. deze initiatieven waarop de in 1983 opgerichte NIP-werkgroep in 1983 zijn zgn blauwe nota baseerde.

De taken en uitgangspunten van de eerstelijnspsycholoog worden hier uitgebreid in beschreven. Ik zal deze nog even tonen:

Psychodiagnostiek en indicatiestelling
Psychologische behandeling
Crisisinterventie
Preventie
Consultatie

De eerstelijnspsycholoog werkt generalistisch en werkt samen met de andere eerstelijnsdisciplines in een afgebakende regio.

De tekst van de blauwe nota is zodanig geschreven (dit kostte het meeste moeite) dat het de goedkeuring kon krijgen van én onze leden én het NIP-hoofdbestuur. Bovendien diende het profiel geen overlap te vertonen met bijvoorbeeld RIAGG, de vrijgevestigde psychotherapeut en de maatschappelijk werker.

Het feit dat het bestuur van de werkgroep na de publicatie van de nota conflicten heeft gekregen met alle hiervoor genoemde groeperingen bewijst mijns inziens dat wij goed zijn geslaagd in de opzet om aan de eerstelijnspsycholoog een eigen identiteit te geven.

Na 1983 waren er de volgende belangrijke momenten in de geschiedenis van de eerstelijnspsycholoog:

1985: Symposium over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog

Aanleiding tot dit symposium was de Nota Geestelijke Volksgezondheid waarin experimenten met psychologen in de eerste lijn werden aangekondigd

Top of the bill was de heer van Londen die namens WVC het woord voerde. Als hij al een plek voor de psychologen in de eerste lijn zag was dit niet als behandelaar. In de discussie die volgde werd de heer van Londen hierop aangesproken door de eerder genoemde huisarts Veldhuysen van Zanten. Van Londen gaf hierna ruimte voor een aantal probleemverhelderende gesprekken. Maar let wel. Het ging in deze discussie nog steeds over een experiment.

NIVEL bibliografie (1989)

Hierin publicaties uit binnen en buitenland over de psycholoog in de eerste lijn. Periode van 1971 tot 1985).

1986 NIP studiedag over kortdurende psychotherapie:

Van groot belang was hier de bijdrage van collega Rene Diekstra die onderzoeksresultaten presenteerde van een aantal grote particuliere verzekeringsmaatschappijen uit Amerika waaruit bleek dat inschakeling van psychologen in de "primary health care tot grote kostenbesparing zou leiden. Voor onze sectie was dit een enorme steun in de rug, mede door de landelijke publiciteit die Diekstra kreeg. Een aantal medewerkers van Diekstra waaronder collega Aarsen hebben daarna in Leiden de gelegenheid gekregen om een opleiding te starten voor eerstelijnspsychologen.

1987 Boek van Jan Derksen over de samenwerking tussen psycholoog en huisarts.

In dit boek zijn de bijdragen van het symposium van 1985 gepubliceerd samen met een aantal andere artikelen waar waar onder andere onderzoeksgegevens werden weergegeven uit binnen- en buitenland. De aanbieding van dit boek aan de heer van Londen kreeg veel landelijke publiciteit.

1989:NIVEL-inventarisatieonderzoek naar het functioneren van eerstelijnspsychologen in Nederland.

Dit onderzoek is mijns inziens van groot belang geweest omdat er een duidelijk onderscheid is gemaakt tussen "echte" eerstelijnspsychologen en vrijgevestigde psychotherapeuten. Bovendien bleek dat de door het Ministerie van WVC gepropageerde psycholoog "in de achterwacht" in de praktijk niet bleek te bestaan.

1991:Themadag over het profiel van de ELP.

Er zal nog wel wat water naar zee moeten stromen voordat de eerstelijnspsycholoog in alle regio's erkenning en dus financiering krijgt. De toekomst van alle werkers in de geestelijke gezondheidszorg is uiterst onzeker. Er vanuit gaande dat de huidige voorzieningen blijven bestaan zie ik de volgende plek voor de psycholoog:

Positie in de GGZ:

Eerste lijn:Huisarts

Psycholoog
Kruiswerk
Gezinszorg
(CIC)
(Fisiotherapeut)
(Enz)

Tweede lijn:RIAGG

Poli A.Z.
Poli PZ
CAD
Vrijgevestigde psychiater
Vrijgevestigde psychotherapeut
(enz)

Derde lijn: PZ

Neurosekliniek
AZ
(Enz)

Het stadium van gekibbel met andere hulpverlenersorganisaties is hopelijk voorbij. Ik denk overigens dat die zelf genoeg zaken aan hun hoofd hebben. Wij dienen uit te gaan van eigen kracht. Wij hebben een kwalitatief goed produkt in handen tegen een lage prijs. Het NIP heeft nu de taak dit produkt zo goed mogelijk te verkopen aan de financiers.

Tweede deel: De Praktijk

Ik wil graag beginnen te zeggen dat ik van belangentegenstellingen in de regio geen last heb. Ik werk behalve met de huisartsen uitstekend samen met RIAGG, maatschappelijk werk en vrijgevestigde psychotherapeuten.

Om een en ander te verduidelijken zal ik een plattegrond van mijn praktijkgebied tonen.

Ik werk nu ruim tien jaar als eerstelijnspsycholoog in Haarlem. De eerste jaren in een groepspraktijk, sinds een paar maanden zelfstandig.

80 % van mijn cliënten krijgt financiering van het ziekenfonds. Deze vergoedt 8 gesprekken per cliënt per jaar. Per gesprek betaalt de cliënt een eigen bijdrage van tien gulden per gesprek. Sinds vorig jaar is de eerstelijnspsychologische hulp bebudgetteerd. Dit houdt in dat ik voor een belangrijk deel van mijn praktijk bij wijze van spreken in dienst ben bij het Ziekenfonds.

Hoe gaat een en ander nu in zijn werk?

Bij de huisarts ligt een informatiestencil waar opstaat waar ik te bereiken ben en hoe de financiering werkt. De huisarts maakt een verwijsbriefje. Als de cliënt voor de eerste keer komt informeer ik deze uitgebreid over mijn mogelijkheden en beperkingen. In de eerste gesprekken maak ik een aantal keuzes afhankelijk van de hulpvraag, aangeboden problematiek en persoonlijkheid van de cliënt. Luisteren naar wat de cliënt wil vertellen of een uitgebreide anamnese afnemen. Huiswerkopdrachten of andere gezinsleden uitnodigen, of testen afnemen. Ik heb een 20 tal testen en vragenlijsten waarvan ik er bij een cliënt 2 tot 6 gebruik. Hoog scoren de MMPI, EPPS, assertiviteits vragenlijst, GIT, ZAT en Beroepskeuzetest

Ik wil in dit verband melden dat ik pas de laatste jaren gebruik maak van testen (ongeveer nadat ik mij heb opgegeven voor de klinische registratie) en dat ik hier veel profijt van ondervindt, niet allen bij behandeling maar ook bij een goede indicatiestelling. Door het testgebruik profileer ik mij ook ten opzichte van MW en RIAGG die hier geen gebruik van maken.

Afhankelijk van de anamnese en eventuele testresultaten kies ik voor een bepaalde behandelingsstrategie. Het is niet mogelijk om een scherp onderscheid te maken tussen psychodiagnostiek en behandeling. Vaak vloeien deze in elkaar over. Soms werkt het bespreken van de problematiek of van moeilijke perioden uit het leven van de cliënt therapeutisch

.Omgekeerd heb ik de ervaring dat de reacties van de client op therapeutische opdrachten vaak een bijdrage leveren aan de diagnostiek. Ik werk eclecticisch in de zin dat ik graag gebruik maak van technieken uit verschillende scholen afhankelijk van de door mij ingeschatte beste aanpak van de problematiek van client. Ik noem enkele voorbeelden van methodes uit verschillende behandelvormen. Ik onderscheidt 4 hoofdrichtingen.

GEDRAGSTHERAPIE

Ontspanningsoefeningen; zelfcontroleprocedures; programma's voor het afleren van ongewenst gedrag zoals vraatzucht en roken; assertiviteitstraining.

Rationeel emotieve therapie

Opsporen van irrationele gedachtes: schrijfopdrachten aan de hand van een oefenboekje van Diekstra.

Directieve therapie: motiveringstechnieken. positief etiketterentoepassen van therapeutische rituelen, paradoxale opdrachten; schrijfopdrachten bij verwerking van bijvoorbeeld echtscheidingen of bij het beïnvloeden van het zelfbeeld.

ROGERIAANSE THERAPIE: Counseling mn bij verwerkingsproblemen. Ik heb ervaren dat het bij veel clienten met een reactieve depressie het vaak meer effect sorteert om emphatisch te zijn dan proberen om deze op te peppen. (geen RET)

PSYCHANALITISCHE THERAPIE:

Ik ben geen analyticus en zal dit waarschijnlijk ook niet worden. Niettemin maak ik vaak gebruik van verschillende psychoanalytische principes zoals: overdracht en duiding. herkennen van afweermechanismen en herkennen van dynamiek

SYSTEEMTHERAPIE:

Circulair vragen stellen, invoegen en heretiketteren. Met name het circulair vragen stellen is een zeer krachtige techniek die ook bij individuele clienten zeer succesvol kan zijn. Bijvoorbeeld: Een adolescent met angst vragen: Stel dat de angst verdwijnt en je zelfstandig gaat wonen denk je dan dat de relatie van je ouders beter of slechter zal worden?

Als ik merk dat de client verbetert ga ik de gesprekken in overleg meer spreiden. Na de diagnostische fase en de behandel fase is er nu meer sprake van begeleiding. Ik attendeer de client altijd op de mogelijkheid van terugvallen. Hij kan in dergelijke gevallen eerder contact met mij opnemen.

Ik stel de huisarts regelmatig op de hoogte. dit gebeurt behalve in het overleg ook vaak telefonisch. Bij somatische problemen informeer ik vaak bij de huisarts naar de aard van de aandoening, eerdere medische onderzoeken en dergelijke, dit geldt ook voor medicatie.

Ik zou tot slot een vergelijking willen maken met een aantal cijfers die het NIVEL in zijn onderzoek vond bij eerstelijnspsychologen (Categorie D)

	Landelijk	Eigen praktijk
% Financiering uit eigen middelen:	67	10
Aantal uren werkzaam	28	40+
Aantal sessies per client (mediaan)	12	7
% laag opleidingsnivo	34	66

Ik trek de conclusie dat de ziekenfondsvergoeding een sterke invloed heeft op aantal en opleidingsnivo van cliënten en het gemiddeld aantal gesprekken. Stelling?
Mogelijk geven deze cijfers een indicatie wat er met uw praktijk gaat gebeuren als uw ziekenfonds eerstelijns psychologische hulp gaat vergoeden.