

Drs. F. F. B. de Thouars en Drs. F. Bosch



# De eerstelijnspsycholoog

## Een rijzende ster in de gezondheidszorg?

**De eerstelijnspsycholoog moet zijn voorpostfunctie blijven vervullen. Drs. F. F. B. de Thouars (Anloo) en Drs. F. Bosch (Haarlem), bestuurslid respectievelijk voorzitter van de Werkgroep Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen, leggen uit waarom. Hun hoop blijft gevestigd op een zakelijke discussie.**

In de Uitgebreide Commissievergadering (UCV) van 22 mei jl. hebben alle fractiespecialisten van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid zich uitgesproken over het beleid als beschreven in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (NNGV)<sup>1</sup>. Daarbij is - naast andere zaken - de eerstelijnspsycholoog, diens taak en positie, aan de orde geweest. Voorafgaand aan deze UCV heeft het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) in samenwerking met de Amsterdamse Huisartsenvereniging een symposium georganiseerd onder de titel: 'Samenwerking huisarts-psycholoog'<sup>2</sup>.

'Wat valt er dan nog verder te zeggen over deze 'rijzende ster' in de gezondheidszorg (Mik D'66)?', zult u zich afvragen. Gezien echter de actualiteit en de in de nota aangekondigde experimenten naar de bijdrage van de eerstelijnspsycholoog is een nabeschouwing van belang. In onderstaand betoog zal worden ingegaan op de volgende aspecten: kwaliteit, inhoud, complementariteit, doelmatigheid en organisatie.

### Kwaliteit

Het is in de gezondheidszorg een goed gebruik dat de beoordeling van de kwalitatieve aspecten van deskundige hulpverlening door een forum van vertegenwoordigers uit de desbetreffende discipline plaatsvindt. Het medisch tuchtcollege is een voorbeeld van een dergelijk forum. Voor psychologen die lid zijn van de beroepsvereniging NIP bestaat het College van Toezicht. Een NIP-lid heeft zich, op straffe van roeyement, te houden aan de beroepscode. Het zwakke punt is

dat dit alleen geldt voor leden. Hoewel niet met dezelfde juridische implicaties als op basis van de Wet op de uitoefening van de geneeskunst, vormt de beroepscode en de naleving ervan een belangrijke bewaking van de kwaliteit van de Psychologische dienst-c.q. hulpverlening. De komende Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) verschaft niet alleen titelbescherming aan een omschreven groep gezondheidszorgdeskundigen (onder wie ook de psycholoog); ook worden er zogeheten voorbehouden handelingen, voor zover juridisch goed af te bakenen, in aangegeven. De overheid is belast met de inspectie en sanctionering. De belangrijkste kritiek op de 'zelfstandig gevestigde' psychologen is daarmee ondervangen. Alle psychologen, althans zij die werkzaam zijn in de gezondheidszorg, dienen te voldoen aan de door de overheid opgestelde wettelijke eisen van bekwaamheid. NIP een convent van hoogleraren in de klinische psychologie onderscheiden daarbij een tweetal functionarissen: de generalist (bijvoorbeeld de eerstelijnspsycholoog) en de specialist (de psycholoog-psychotherapeut)<sup>3</sup>. Daarnaast vindt er wat de eerstelijnspsycholoog betreft multidisciplinaire toetsing plaats binnen de samenwerking met de andere eerstelijnsdisciplines.

### Inhoud

De rol van de eerstelijnspsycholoog is in de visie van de overheid beperkt tot diagnostiek, consultatie en supervisie. De argumenten voor deze beperking zijn inmiddels duidelijk: geen therapeutische 'wildgroei' in de eerste lijn (kostenaspect?). Therapie vindt plaats binnen de regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's), die overigens weer financieel door de overheid beperkt worden via het budgetteringssysteem.

'Aanbod scheidt vraag', zo wordt gesteld. Het antwoord van de overheid is dan: beperking van het aanbod, opdat de vraag ook beheersbaar blijft. Deze simpele redenering is niet alleen onjuist, maar ook gevaarlijk. Kanalisering van aanbod en vraag naar hulpverlening inzake psychische problematiek leidt in be-

aalde gevallen tot verhulling van de problematiek - nota bene: bureaucratische instellingen nodigen niet bepaald uit tot een verzoek om hulp - met een grote kans dat de aan deze problematiek ten grondslag liggende conflicten elders tot expressie komen (criminaliteit, psychosomatiek, suïcide, arbeidsongeschiktheid en verslavingen).

In de optiek van het NIP hanteert de eerstelijnspsycholoog een flexibele werkwijze<sup>4</sup>, dat wil zeggen: direct bereikbaar voor hulpverlening (geen wachtlijsten), vertrouwdheid en bekendheid met de (directe) leefomgeving van de cliënt en permanente bereikbaarheid. De kortdurende hulpverlening is er primair op gericht het probleemoplossend vermogen van de cliënt zodanig te vergroten, dat deze zich zelfstandig kan redden. Afhankelijk van aard en ernst van de problematiek wordt, voor zover mogelijk, voorkomen dat langdurige specialistische hulp vanuit tweedelijnsinstellingen nodig is. Om zijn generalistische taak in de eerste lijn goed te kunnen uitvoeren is voor een eerstelijnspsycholoog samenwerking, bij voorkeur in een gestructureerd verband, conditio sine qua non. Ondanks het ontbreken van enige officiële vergoeding voor psychologische hulpverlening in de eerste lijn hebben de eerstelijnspsychologen de laatste tien, vijftien jaar aangetoond dat hun generalistische werkwijze in de praktijk voldoet. Een toenemend aantal huisartsen (op dit moment ongeveer 25%) werkt op een of andere wijze samen met een psycholoog. Terecht heeft Mw. Lucassen (VVD) dan ook tijdens de UCV in de Tweede Kamer met betrekking tot eerstelijnspsychologen gesteld: 'Is er dan ooit iets verkeerd gegaan?' De eerstelijnspsychologen zijn zich terdege bewust van het feit dat, willen zij zich als zelfstandigen kunnen handhaven, er kwaliteit tegen een minimum aan kosten wordt verlangd. Vele eerstelijnspsychologen werken zelfs voor een dermate lage vergoeding per uur dat ook mensen met een minimaal inkomen een beroep op hen kunnen doen. Het wachten is op het tijdstip dat overheid en/of verzekeraars de nodige materiële voorwaarden scheppen.

## Complementariteit

Is de eerstelijnspsycholoog een concurrent van het RIAGG, zoals sommigen beweren? Wij denken van niet. Er is sprake van een koppeling die vergelijkbaar is met die tussen huisarts en specialist.

Een zeer groot aantal mensen lijdt aan psychische problematiek waarbij kan worden volstaan met kortdurende hulp op generalistisch niveau. De eerstelijnspsycholoog vervult een *voorpostfunctie* waarbij hij in eerste instantie het probleem diagnostiseert. Als dit niet te complex is (dat is iets anders dan ernstig) behandelt hij zelf. Bij complexe problematiek kan hij doorverwijzen naar het RIAGG, de cliënt daartoe motiveren en de eventuele wachttijd overbruggen, zodat de continuïteit in de hulpverlening gehandhaafd blijft. De RIAGG's hebben dan hun handen vrij voor meer specialistische taken die nu in de knel komen.

Een dergelijke koppeling krijgt reeds gestalte in enkele regio's, bijvoorbeeld in Zuid-Kennemerland, waar ongeveer 1.200 cliënten per jaar worden geholpen door tien eerstelijnspsychologen<sup>5</sup>. Minder dan 10% van deze cliënten hoeft te worden verwezen naar het RIAGG. Ziekenfonds Spaarneland schreef in haar jaarverslag van 1983<sup>6</sup>: 'Gebleken is dat de psychologische hulp een reële versterking van de eerste lijn betekent, waardoor de verzekerden sneller en beter geholpen worden dan wanneer verwijzing naar tweedelijns voorzieningen zou hebben plaatsgevonden'.

## Doelmatigheid

De laatste twee aspecten – doelmatigheid en organisatie – zijn nauw verwant: om doelmatigheid te realiseren is een goede organisatie noodzakelijk. Bureaucratisering en schaalvergroting hebben daarentegen een tegengesteld effect.

Een doelmatige organisatie van de hulpverlening in de eerste lijn vereist een sterke betrokkenheid en vooral de bereidheid tot samenwerken van alle kern-disciplines. De voorwaarden hiervoor liggen in de sfeer van erkenning van ieders deskundigheid en de inbreng daarvan in de samenwerking. Opgelegde samenwerking werkt veelal niet. Vertrouwensrelaties tussen hulpverleners ontstaan en groeien in de praktijk van de hulpverlening. Initiatieven worden genomen die – met het oog op het collectieve belang – in de praktijk hun doelmatigheid moeten bewijzen. Een dergelijk proces

van ontwikkeling van eerstelijnsgezondheidszorg is echter van recente datum. De sinds kort in het leven geroepen provinciale platforms voor overleg in de eerste lijn hebben als taak dit proces op gang te brengen en te stimuleren. De eerstelijnspsycholoog kan, gelet op zijn gedragswetenschappelijke achtergrond, een belangrijke bijdrage leveren aan deze ontwikkeling, niet als supervisor maar als *participerend hulpverlener* in de eerste lijn.

Een ander criterium voor de doelmatigheid van de hulpverlening wordt gevormd door de kosten ervan. Een adequate kosten-batenanalyse wordt door de VVD (Mw. Lucassen) bepleit. Dit is zeker niet verwonderlijk in deze tijd van alom heersende bezuinigingsdrift. Wij trappen geen open deur in als wij hier stellen dat de kosten voor eerstelijnsgezondheidszorg beduidend lager liggen dan de kosten voor gezondheidszorg vanuit tweedelijnsinstellingen. Substitutie is dan ook het credo van de overheid. Wat op de ene plek wordt weggehaald zal op een andere plek (hier: in de eerste lijn) moeten worden aangevuld. Welke aanvulling staat de overheid dan precies voor ogen? Taakverzwaring van huisartsen en maatschappelijk werkers op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg – hoe onverantwoord ook – is geen substitutie; de Landelijke Huisartsen Vereniging maakt daar terecht bezwaar tegen. Beddenreductie en opnamebeperking, aangevuld met een vermindering van de specialistische hulpverlening, gaat verder dan substitutie. Forse besparingen zal het moeten opleveren. Wil echter de kwaliteit van de hulpverlening onaangetaast blijven dan is compensatie, via mankracht en middelen, aan eerstelijnszorg nodig: niet slechts in de vorm van meer huisartsen en/of maatschappe-

lijk werkers, maar evenzeer ter zake deskundige versterking door inschakeling van eerstelijnspsychologen.

Wij wachten met spanning op de uitkomsten van de geplande experimenten – als ze er al komen. Mw. Cornelissen (CDA) twijfelt aan de noodzaak: 'Als er nu al tweehonderd eerstelijnspsychologen zijn, waarom dan nog het experiment?' De eerstelijnspsychologen van het NIP zijn bereid hun door ervaring en opleiding verkregen expertise in te brengen bij de planning en uitvoering van deze experimenten.

Een herhaling van het project 'Psychologie en de eerstelijnsgezondheidszorg' (PEL), dat ten onder ging aan belangen tegenstellingen, moet worden voorkomen. Dit kan deels geschieden door een groot gewicht toe te kennen aan de onafhankelijkheid van onderzoekers en onderzoeksinstituut. 'Zolang dit niet gewaarborgd is kan er geen sprake zijn van een zakelijke discussie', zo menen de PEL-onderzoekers Smits, Hosman en Van Kesteren<sup>7</sup>; deze aanbeveling nemen wij gaarne over. ■

## Literatuur

1. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Geestelijke Volksgezondheid. Leidschendam, 1984.
2. Kampschuur P. De eerstelijnspsycholoog: wat hij kan en wat hij mag. De Psycholoog mei 1985.
3. Nederlands Instituut van Psychologen en Convent van Hoogleraren. Het beroep van psycholoog in de individuele gezondheidszorg en de specialisatie tot klinisch psycholoog. 1984.
4. Nederlands Instituut van Psychologen. De psycholoog in de eerste lijn II. Amsterdam, 1984.
5. Bosch F, Vlis T vd. De psycholoog in de eerste lijn in Zuid-Kennemerland, 1983.
6. Ziekenfonds Spaarneland. Jaarverslag 1983.
7. Smits A, Hosman C, Kesteren M van. Psychologie en de eerstelijnszorg; een onderzoek naar samenwerking tussen eerstelijnszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en Vakgroep Klinische Psychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1984.

