

Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar

Samenvatting

Derksen J, De Jong A. *Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar*. *Huisarts Wet* 2011;54(8):432-5.

Nederland kent sinds het begin jaren van de tachtig het beroep van eerstelijnspsycholoog. Dit is een generalist die nauw samenwerkt met de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn, en daarin onderscheidt hij zich van andere, meer specialistische ggz-werkers. De eerstelijnspsycholoog voert, vanuit een biopsychosociale optiek, korte psychologische interventies uit in een geografisch duidelijk afgebakende regio. Naast psychologische diagnostiek en *stepped care* zijn ook preventie en het bevorderen van gezondheid belangrijke aspecten van het werk. Een oriëntatie gericht op de gemeenschap en op empowerment staan centraal.

In deze bijdrage komen aan de orde: de geschiedenis van het beroep, de omvang van de hulpverlening, de verwijsmogelijkheden voor de huisarts en het profiel van de ideale eerstelijnspsycholoog.

OPKOMST PSYCHOLOGISCHE ZORG

Het idee om kortdurende psychologische hulp laagdrempelig aan te bieden in de leefomgeving van potentiële cliënten ontstond in Nederland aan het eind van de jaren zeventig. In deze jaren van economische recessie waren veel jonge psychologen, net klaar met hun doctoraal klinische psychologie, op zoek naar werk. Hun opvattingen droegen het stempel van de ronkende jaren zestig: psychologische hulp moest beschikbaar worden gemaakt voor het grote publiek en niet alleen voor de YAVIS-patiënten (jong, aantrekkelijk, verbaal, intelligent en succesvol), en zij wilden daaraan bijdragen door de drempels voor die hulp te slechten. Aangezien noch de ziekenfondsen, noch de particuliere verzekeraars psychologische hulp vergoedden, pasten deze jonge psychologen hun tarieven aan aan het inkomen van de cliënt. Dat was niet gebruikelijk in Nederland.

De opkomst van het beroep van eerstelijnspsycholoog (ELP) in Nederland ging gepaard met aanzienlijke publiciteit, en kreeg begin jaren tachtig zijn beslag.^{1,3} De huisartsenpraktijken in stad en platteland hebben tegenwoordig een meer of minder intensieve samenwerkingsrelatie met een eerstelijnspsycholoog. Sinds 1 januari 2008 vergoedt de basisverzekering acht zittingen per kalenderjaar, met een eigen bijdrage van tien euro per zitting, en in aanvullende verzekeringen komen hier nog twee tot vier zittingen bij. Het Nederlandse model van psychologische hulpverlening in de eerste lijn is uniek in de wereld en kan als een groot succes worden beschouwd.^{4,5}

OMVANG PSYCHOLOGISCHE ZORG

Op dit moment staan in het kwalificatieregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) 1280 eerstelijnspsychologen ingeschreven. Ruim 1100 van hen zijn lid van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). De LVE draagt zorg voor de landelijke en regionale organisatie, regelt registratie, herregistratie, bijscholing en nascholing, en hanteert een kwaliteitsreglement. Volgens berekeningen van de LVE is er, uitgaande van de hulpvraag, behoefte aan één fulltime eerstelijnspsycholoog op 12.500 inwoners. In de komende jaren zal er een tekort ontstaan van ongeveer zeshonderd eerstelijnspsychologen, want velen van hen werken parttime en het RIVM voorspelt een stijging van de hulpvraag van 10 tot 15% per jaar. Het netwerk van eerstelijnspsychologen is nu al niet helemaal dekkend, en doorgaans moeten zij samenwerken met te veel verschillende huisartsen.

Het aantal aanmeldingen bij eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. In 2006, 2007 en 2008 maakten respectievelijk 76.000, 84.000 en 90.000 Nederlanders gebruik van hun diensten.⁶⁻⁸ Van de hulpzoekenden was 65% vrouw en 35% man, 9% jonger dan 21 jaar (kinderen komen nog weinig bij de ELP) en 5% ouder dan 70. Een kwart van de cliënten was laagopgeleid (basisonderwijs of vmbo). Steeds meer cliënten – tegenwoordig bijna 30% – melden zich rechtstreeks bij de eerstelijnspsycholoog. Het aandeel verwijzingen door de huisarts daalde van 77% in 2002 tot thans ongeveer 60%, en 10% komt via andere verwijzers zoals bedrijfsartsen. Negentig procent van de cliënten komt voor het eerst op consult, voor 10% is het een heraanmelding.

Gemiddeld duurt de behandeling negentien weken. Ruim 70% van de cliënten wordt in maximaal acht, 90% in maximaal twaalf zittingen behandeld. Voor 71% van de cliënten kan men spreken van een reguliere beëindiging van de behandeling, 12% wordt naar de tweedelijnszorg verwezen en het drop-outpercentage is (ruim) 17%.

De kern

- Het beroep van eerstelijnspsycholoog, dat in Nederland in de jaren tachtig is ingevoerd, is uniek in de wereld.
- Nederland telt momenteel ongeveer 1300 geregistreerde eerstelijnspsychologen, wat te weinig is voor uniforme landelijke dekking. Er is een tekort van ongeveer 700 fte, want de behoefte aan laagdrempelige psychologische hulp is stijgende.
- Verwijzingen door de huisarts hebben een steeds geringer aandeel in de clientèle van eerstelijnspsychologen. Eenderde van de cliënten komt uit zichzelf op een consult.
- De werkwijze, attitude en praktijkvoering van de thans werkzame eerstelijnspsychologen zijn zeer divers. Het zou wenselijk zijn een uniform beroepsprofiel op te stellen dat de eerstelijnspsycholoog volledig integreert in de eerste lijn. Zo kan laagdrempelige, goed bereikbare en betaalbare psychologische hulp voor eenieder gerealiseerd worden.

Van de volwassen cliënten had de helft van de klachten betrekking op een stemmings-, angst- of aanpassingsstoornis. Van de kinderen en jongeren had een belangrijk deel ook gedragstoornissen.⁸

VERWIJZING DOOR DE HUISARTS

Door de jaren heen zijn er diverse al dan niet lokale richtlijnen voor samenwerking en verwijscriteria verschenen, vaak gericht op een bepaalde aandoening of diagnose. De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) voor Angststoornissen en voor de Depressieve stoornis zijn hiervan voorbeelden.^{9,10} Vanuit de tweede lijn zijn er bewegingen gemaakt naar de eerste lijn, bijvoorbeeld door ggz-medewerkers in de huisartsenpraktijk te plaatsen (GGZ op afroep, POH GGZ) voor het doen van intakegesprekken, kortdurende behandelingen dan wel doorverwijzingen bij zwaardere problematiek.

Voor de huisarts is het van belang dat hij een goed triage-instrument ter beschikking heeft om te kunnen beoordelen of hij de problematiek in de eigen praktijk kan (en wil) behandelen, dan wel moet doorverwijzen binnen de eerste of naar de tweede lijn. In de regio Midden-Brabant is in 2006 een transmurale regionale Richtlijn Stemmingsstoornissen verschenen die behandel- en verwijsalgoritmen bevat voor depressieve episode bij volwassenen en ouderen, depressieve episode bij kinderen en jeugdigen, dysthyme stoornis en bipolaire stoornis. Dit algoritme bevat de diagnostische criteria, de aanvullende onderzoeken, de overlegmomenten en de verwijscriteria naar eerste of tweede lijn.

Een ander belangrijk facet is de bekendheid van de huisarts met de eerstelijnspsycholoog. Ggz-instellingen hebben een dusdanige omvang dat de huisarts niet meer weet bij welke behandelaar de patiënt terecht komt, maar voor de eerstelijnspsycholoog geldt dat niet. De huisarts kent diens persoonlijkheid en de extra's die naast het basispakket in huis zijn, en kan die ten volle benutten.

In zijn algemeenheid kan men voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog een aantal criteria aanhouden. Met name duur, ernst en aard van de klachten zijn daarbij belangrijk. Ernstige problematiek moet meestal naar de tweede lijn verwezen worden; lichte problematiek kan de huisarts ook zelf begeleiden. Psychische klachten zijn vaak verweven met lichamelijke klachten, waarvoor de huisarts een behandeling instelt of, zoals bij rug-, nek- en schouderklachten maar ook bij hyperventilatieklachten, de fysiotherapeut erbij betrekt. De huisarts wacht dan vaak het resultaat van de behandeling en het natuurlijke beloop af. Verbeteren de problemen na verloop van tijd niet of worden ze ernstiger, dan komt de eerstelijnspsycholoog in beeld.

Ook vanuit het perspectief van de psycholoog zijn duur, ernst en aard van de problematiek de belangrijkste criteria voor verwijzing.¹¹

Duur

Het lijkt zinvol om verwijzing te beperken tot klachten die

minder dan een half jaar bestaan. Dit betekent in veel gevallen dat de symptomen recent zijn opgetreden en dus niet sterk zijn ingeslepen in het gedrag.

Ernst

Het moet gaan om mensen die hun moeilijkheden nog in een ambulante setting kunnen hanteren en dus niet geheel overspoeld worden en korte of langere tijd moeten worden opgenomen. Op de DSM-schaal voor *global assessment of functioning* (GAF) moeten deze cliënten hoger dan 50 scoren.¹² Een GAF-score lager dan 50 houdt in dat iemand ernstige symptomen heeft, bijvoorbeeld suïcidaal is, ernstige dwangrituelen kent of veelvuldig winkeldiefstallen pleegt. Het sociaal functioneren en het functioneren in het beroep of op school zijn bij een GAF-score onder de 50 ernstig verstoord.

Aard

Verwijzing is zinvol bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en aanpassingsstoornissen. Ook as II van de DSM, persoonlijkheidsstoornissen, is van belang voor een eventuele verwijzing. Trekken van een persoonlijkheidsstoornis mogen wel een rol spelen, maar bij een duidelijk te classificeren persoonlijkheidsstoornis is verwijzing naar de tweede lijn zinvoller. Wanneer de patiënt een stoornis heeft die niet met behulp van de DSM te classificeren is, kan het zinvol zijn ook te denken aan verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk.

Verwijzing naar een psychiater is vooral geïndiceerd bij cliënten met een psychotische stoornis, zoals een depressie met psychotische trekken, een bipolaire (manisch-depressieve) stoornis of een korte psychotische reactie. Datzelfde geldt bij combinatieproblematiek, waarbij ernstige lichamelijke en psychische problemen samengaan.

Indien de huisarts twijfels heeft over de diagnostiek kan de eerstelijnspsycholoog de psychologische diagnostiek precisieren.

Abstract

Derksen J, De Jong A. Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years later. *Huisarts Wet* 2011;54(8):432-5.

Primary care psychology has been recognized as a profession in the Netherlands since the early 1980s. The primary care psychologist is a generalist who works in close cooperation with general practitioners and other primary care professionals, but is different from other, more specialized mental health professionals. He or she provides services for a clearly delimited geographic region and is responsible for the provision of short-term psychological interventions from a biopsychosocial perspective. In addition to psychological assessment and the provision of stepped care, prevention and health promotion, with a focus on community and empowerment, are important aspects of the primary care psychologist's work. This article, the first of two, covers the history of the profession, general practitioners' referral possibilities, and the profile of a primary care psychologist. The second article will deal with the costs, effectiveness, and content of the primary care psychologist's activities and duties, and with the new training programme.



Foto: Shutterstock/Knorre

GENERALISTEN

Aanvankelijk had de Nederlandse overheid bezwaren tegen de komst van de eerstelijnspsycholoog, omdat zij gewend was psychologen als specialisten te zien, en specialisten horen niet thuis in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit veranderde na de ontwikkeling van een opleidingsprogramma voor de gz-psycholoog. Deze wordt per slot opgeleid tot generalist en niet, zoals de klinisch psycholoog, tot specialist. In de gezondheidszorg speelt het contrast tussen specialistische en generalistische zorg een belangrijke rol.¹³ Wat is dat verschil?

Generalisten diagnosticeren anders dan specialisten. Contextuele informatie speelt voor de eerstelijnspsycholoog een grotere rol dan voor de klinisch psycholoog. Is voor de laatstgenoemde vooral de interne dynamiek van een aandoening van belang (de exacte componenten van een depressieve stoornis, de specifieke kenmerken van een paniekaanval, de precieze kwetsbaarheden bij iemand met een persoonlijkheidsstoornis), voor de generalist moet het diagnostisch proces juist grondig genoeg zijn om vast te stellen of men kan volstaan met generalistische hulp of moet verwijzen naar een specialist. Dit is niet simpelweg een kwestie van ernst: een probleem kan heel ernstig zijn maar de beste oplossing kan evengoed een korte systematische interventie zijn.

In de visie van de LVE is de psychologisch generalist – de eerstelijnspsycholoog – in de toekomst de poortwachter van de psychologische zorg en is de specialist meer gericht op het opheffen van de symptomen. De specialist zal bepaalde symptomen preciezer onderzoeken met toegespitste testtechnieken, waar de generalist vanaf het begin ook de gezonde aspecten van de cliënt en diens systeem zal betrekken in het proces van diagnostiek en interventie. De generalist zal in korte tijd een diagnostische werkhypothese opstellen en deze toetsen met behulp van psychologische interventies die gericht zijn op herstel van het functioneren – en niet, zoals specialistische interventies, op verandering van persoonlijkheidspatronen.

De eerstelijnspsycholoog past kortdurende interventies toe en zorgt daarbij voor constante evaluatie en feedback,¹⁴ zoals beschreven in de *stepped care*-strategie, maar hij houdt uiteraard niet rigide vast aan de *stepped care*-methodiek wanneer blijkt dat uitgebreidere diagnostiek zinvol is.¹⁵

CONTEXTUEEL WERKEN

De eerstelijnscontext staat centraal in de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog. Deze verschilt daarin van de vrijgevestigd psychotherapeut, die een bepaalde methodiek centraal stelt en niet een bepaalde regio. In de eerste lijn gaat men uit van het geïntegreerde biopsychosociale model van gezondheid en ziekte, met specifieke aandacht voor gezondheidsbevordering, ziektepreventie en curatie.¹⁶ Gezondheid staat daarin niet slechts gelijk aan de afwezigheid van ziekte, maar ook aan een goede kwaliteit van leven en sterke interpersoonlijke relaties. In dit perspectief vormen gezondheidsbevordering, diagnose en behandeling een continuüm. De eerstelijnspsycholoog zorgt idealiter dat de specifieke diensten worden afgestemd op de behoeften in de gemeenschap en zorgt dat hij duidelijk zichtbaar is in deze gemeenschap.¹⁷

Het werk van de psycholoog moet worden geïntegreerd in de eerste lijn.^{18,19} Om het biopsychosociale model te kunnen waarmaken is samenwerking met de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk noodzakelijk, maar niet voldoende. Integratie betekent ook dat de zorgverleners in de eerste lijn hun werk op elkaar afstemmen: de psycholoog begint niet opnieuw nadat de huisarts heeft verwezen, maar bouwt voort op diens interventies. Idealiter komen zij tot een gezamenlijk beleid voor de individuele cliënt, waarin de eerstelijnspsycholoog rekening houdt met de werkwijze van de huisarts, de wijkverpleging, de fysiotherapie en het algemeen maatschappelijk werk. Als men elkaar over en weer snel weet te vinden, is het mogelijk snel en effectief te handelen en de bureaucratische procedures die grotere instellingen kenmerken

te vermijden. Met deze aanpak, op basis van evidence-based interventies, kunnen somatisering en psychologisering van klachten worden vermeden en duurt de behandeling doorgaans veel korter.

Integratie in de eerste lijn betekent voorts dat de eerstelijnspsycholoog zijn werkzaamheden beperkt tot één verzorgingsgebied, doorgaans één of enkele hagro's, waarin hij in principe verantwoordelijk is voor alle eerstelijns psychologische zorg (soms werken meerdere eerstelijnspsychologen in dezelfde regio, dan kunnen de cliënt en de huisarts kiezen). Die verantwoordelijkheid houdt ook in dat cliënten na verwijzing naar de tweede of derde lijn weer naar de eerstelijnspsycholoog terugkeren voor nabehandeling. (Tweede- en derdelijns hulpverleners zien dit laatste aspect regelmatig over het hoofd en lichten na de behandeling alleen de huisarts in; hier is nog veel voorlichting en zelfs opvoeding nodig.) Op die manier ontstaan er geen wachtlijsten – die passen niet in de eerste lijn – en blijven de bereikbaarheid en beschikbaarheid van psychologische zorg optimaal. De gebiedsbeperking biedt de mogelijkheid om te investeren in vaste samenwerkingsrelaties.

De eerstelijnspsycholoog is laagdrempelig, gedurende kantoortijden goed bereikbaar en, in bepaalde fasen van een interventie, zo nodig ook buiten kantoortijden bereikbaar. De werktijden horen zo flexibel te zijn dat ook cliënten die niet binnen kantoortijden kunnen komen toch hulp kunnen krijgen. Een inkomensafhankelijke korting op de tarieven kan een manier zijn om psychologische hulp in de regio bereikbaar te houden; in de periode tot 2008 bleek er voor in elk geval een groot deel van de cliëntenpopulatie een financiële drempel te bestaan om psychologische hulp te zoeken.

De eerstelijnspsycholoog is zich, net als andere eerstelijns werkers, er goed van bewust dat een teveel aan aandacht kan leiden tot psychologisering of medicalisering van klachten. De attitude van de eerstelijnspsycholoog is gericht op bevordering van de gezondheid en op, in modern jargon, *empowerment*: vermindering van stress en verbetering van de moraal. In vergelijking met de psychologische interventies in centra voor verslavingszorg of andere ggz-instellingen zijn de interventies van de eerstelijnspsycholoog vaak slechts minimaal.

HET PROFIEL IN DE PRAKTIJK

Wij hebben in het bovenstaande een ideaalbeeld geschetst zoals de LVE en wijzelf het graag zouden zien. De werkelijke situatie is momenteel nog zeer divers: er zijn eerstelijnspsychologen die zich vooral toeleggen op volwassenen, er zijn er die uitsluitend cognitieve gedragstherapie beoefenen en ook als zodanig zijn geregistreerd en gespecialiseerd, en weer anderen leggen zich vooral toe op de behandeling van angststoornissen. Bij veelvoorkomende problemen in de eerste lijn, zoals obesitas, diabetes en chronische pijn, ontbreken nog te vaak psychologische interventies gericht op gezondheid en leefstijl. Een ander voorbeeld: 88% van de door eerstelijnspsychologen gegeven consulten is individueel, terwijl de systemische benadering, waarbij men ook andere gezinsleden in de

behandeling betreft, bij uitstek in de eerste lijn zou passen.⁸

Andere Europese landen zoals België en Duitsland hebben geprobeerd om met een soortgelijke aanpak psychologische hulp in de eerste lijn te realiseren, maar zij hebben nog een grote achterstand ten opzichte van Nederland. In Groot-Brittannië hebben zorgorganisaties zelf in de jaren zeventig en tachtig klinisch psychologen ingeschakeld in de eerste lijn en veel onderzoek gedaan. In de Verenigde Staten is de laatste jaren een beweging waarneembaar in de richting van eerstelijns psychologische hulp door kleinschalige particuliere praktijken.¹⁹

De eerstelijns psychologische zorg is in Nederland inmiddels een stabiele factor geworden. De financiering is solide, er zijn twee beroepsorganisaties (NIP en LVE), er is registratie, nascholing, herregistratie en een kwaliteitsreglement. De marktwerking in de zorg heeft nieuwe uitdagingen gebracht; veel tweedelijnsinstellingen bewegen zich ook richting eerste lijn. Voor huisartsen wordt het daardoor soms lastig om onderscheid te maken in het aanbod. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog, met zijn nadruk op context en generalisme, is daarbij van groot belang, want het sluit qua visie en werkwijze sterk aan bij de persoonlijke, continue en integrale zorg die de huisarts biedt. ■

LITERATUUR

- 1 Derksen J. Psychologische hulp in de eerste lijn. Baarn: Nelissen, 1982.
- 2 Derksen J. Clinical psychologists in the primary health care system in the Netherlands. *Am Psychol* 1986;41:313-4.
- 3 Derksen J (redactie). De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets Publishing Service, 1987.
- 4 Lamers E, Bosch F, Hinderink L, Verschuren C (redactie). Handboek psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen. Amsterdam: Harcourt Assessment, 2006.
- 5 Derksen J. Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Prof Psychol Res Pr* 2009;40:493-501.
- 6 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2007.
- 7 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2008.
- 8 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2009.
- 9 Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, Van Heest FB, Kroon M, Lagerberg JM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. *Huisarts Wet* 2007;50:S1-4.
- 10 Romeijnders ACM, Lamers ETT, Vriezen JA, Van Grunsven MJF, Kroon M, Lagerberg JM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis. *Huisarts Wet* 2006;49:209-12.
- 11 Derksen J. De eerstelijnspsycholoog in relatie tot het RIAGG en het AMW: Een voorstel tot taakafbakening. *De Psycholoog* 1989;1:31-6.
- 12 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington (DC): APA, 2000.
- 13 Hutschemaekers G, Boechorst F, Derksen J. Experts in soorten en maten, novicen, generalisten en specialisten in de GGZ. MGv, submitted 2010.
- 14 Lambert M. Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness. An introduction. *J Clin Psychol* 2004;61:141-4.
- 15 Tiemens B, Hutschemaeckers G, Kaasenbrood A. Stepped care as decision model – more than just stepwise interventions. *MGv* 2006;59:916-30.
- 16 Borrel-Carrió F, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2:576-82.
- 17 Black M, Nabors L. Behavioral and developmental problems of children in primary care: opportunities for psychologists. In: Frank R, McDaniel S, Bray J, Holding M (editors). Primary care psychology. New York: American Psychological Association, 2003.
- 18 Cummings N, O'Donohue W, Cummings J. The financial dimension of integrated behavioral/primary care. *J Clin Psychol Med Settings* 2009;16:31-9.
- 19 Phelps R, Reed G. The integration and consolidation of health care: Implications for psychology in primary practice. In: Frank R, McDaniel S, Bray J, Holding M, editors. Primary care psychology. New York: American Psychological Association, 2003.