



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN

J. van Rooij
P.F.M. Verhaak

maart 1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Rooij, J. van
Verhaak, P.F.M.

Psychologen in de eerstelijns / J. van Rooij. - Utrecht :
Nederlands instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheids-
zorg, NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-094-3

SISO 410.7 UDC 159-051:[614.2+364.443]

Trefw.: psychologen ; eerstelijnsgezondheidszorg.

Literatuuronderzoek en onderzoeksassistentie: R. Doornik en
L. Groenendaal

Typewerk: Guusje Verweij

Vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius

VOORWOORD

In 1977 publiceerde de voorloper van het NIVEL, het Nederlands Huisartsen Instituut, een inventarisatie van samenwerkingscontacten tussen huisartsen en psychologen (Schut en Bensing, 1977). Tien jaar later wezen alle tekenen erop dat het aantal van deze samenwerkingscontacten is toegenomen, en de aard ervan veranderd is. Psychologen die bij deze eerstelijnsamenwerking betrokken zijn, zien zichzelf als nieuwe beroepsgroep. Dit geldt ook voor veel betrokken huisartsen. Deze claim wordt overigens door andere GGZ-beroepsbeoefenaren vanuit AMW en AGGZ weersproken en ook het overheidsbeleid in deze kan als terughoudend gekarakteriseerd worden.

De discussie over de pro's en contra's van eerstelijnspsychologen werd in deze tien jaar meer en meer gevoerd zonder dat men de beschikking over voldoende gegevens had over hun aantal en hun functioneren. Menige discussiebijdrage eindigde dan ook met de opmerking dat er eerst maar eens harde cijfers moeten komen. Met dit doel verstrekte het Ministerie van WVC eind 1987 een subsidie aan het NIVEL teneinde een inventarisatie van voorkomen en functioneren van eerstelijnspsychologen te houden. Het resultaat daarvan heeft u thans in handen.

Omdat de onderzoekers niet konden beschikken over een pasklare definitie van eerstelijnspsychologen, strekt dit onderzoek zich uit over allen die, als psycholoog afgestudeerd, zelfstandig gevestigd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zijn. Deze inventarisatie beperkt zich echter niet uitsluitend tot een telling. Er is ook getracht tot een typering van diverse soorten psychologen te komen. Er is nagegaan hoeveel van hen voldoen aan enkele hoofdkenmerken van de eerstelijnspsycholoog, zoals de generalistische werkwijze en de samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines.

De onderzoekers werden van commentaar en advies voorzien door een begeleidingscommissie. Hierin hadden zitting:

- R. Gardenbroek, huisarts (NHG)/voorzitter;
- Drs. F. Bosch (NIP, sectie Eerstelijnspsychologen);
- J. de Bruyne, huisarts (NHG);
- Dr. J.J.L. Derksen (NIP, sectie Eerstelijnspsychologen);
- Drs. E.H. Hebing (WVC, hoofdafdeling GGZ);
- Dr. A. Smits (NUHI);
- Drs. F. Visser (WVC, hoofdafdeling ELGZ).

Het onderzoek had nooit kunnen slagen zonder de medewerking van al degenen die de twee enquêtes hebben ingevuld. Vooral van de zogenaamde inventarisatie-enquête hebben we vast moeten stellen dat het invullen hiervan vaak monnikenwerk betekende. Hiervoor onze hartelijke dank!

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	7
1.1. Psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg: achtergrond	7
1.2. De psycholoog in de eerstelijns: standpunten	10
1.3. Behoefte aan onderzoek/vraagstelling	11
1.4. Opzet van het onderzoek	13
2. SELECTIE VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIE	15
2.1. De selectie-enquête; doel en opzet	15
2.2. De selectie-enquête; resultaten	16
2.3. Afname en respons op de inventarisatie-enquête	19
3. PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN; ALGEMENE KENMERKEN	22
3.1. Geslacht en leeftijd van psychologen in de eerstelijns	22
3.2. Plaats en jaar van afstuderen	23
3.3. Opleiding van de respondenten	25
3.4. Situatie op het moment van aanvang met een zelfstandige praktijk	27
3.5. De huidige situatie	31
4. PRAKTIJKVOERING	35
4.1. Inleiding	35
4.2. Situering van de praktijk	36
4.3. Bekendheid van de praktijk	39
4.4. Bereikbaarheid van de praktijk voor cliënten	40
4.5. Bron van inkomsten van de praktijk	43
4.6. Aantal cliënten	45
4.7. Groepspraktijken	46
5. CLIENTKENMERKEN EN PROBLEEMAANBOD	48
5.1. Cliënten; verdeling naar geslacht	48
5.2. Cliënten; verdeling naar leeftijd	48
5.3. Cliënten; verdeling naar opleidingsniveau	49
5.4. Probleemaanbod	51
6. WERKZAAMHEDEN VAN PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN	55
6.1. Werkzaamheden algemeen	55
6.2. Diagnostiek/intake en het introductiegesprek	56

	pag
6.3. Behandeling door middel van therapie; aantal sessies	58
6.4. Behandeling door middel van therapie; soorten van therapie	60
6.5. Overige werkzaamheden	63
7. SAMENWERKING TUSSEN PSYCHO	65
7.1. Samenwerking van de psycholoog met andere disciplines	65
7.2. Kneelpunten	69
8. PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN: EEN TYPERING	72
8.1. Inleiding	72
8.2. Dimensies waarlangs psychologen in de eerstelijns te typeren zijn	74
8.3. Kenmerken van de onderscheiden typen psychologen	78
9. SAMENVATTING EN CONCLUSIE	83
LITERATUUR	95
BIJLAGEN	99

1. INLEIDING

1.1. Psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg: achtergrond

Sinds het begin van de jaren zeventig is er een discussie gaande over de rol van de psycholoog in de eerstelijns gezondheidszorg. De discussie is gericht op de vraag of het wenselijk is dat psychologen werkzaamheden in de eerste lijn verrichten en zo ja welke werkzaamheden dit zouden kunnen en moeten zijn. Twee thema's staan in de discussie centraal. Allereerst is dit de vraag welke plaats de eerstelijnspsycholoog in zou moeten nemen ten opzichte van andere hulpverleners. Het gaat hierbij enerzijds om hulpverleners in de tweedelijns (bij voorbeeld de RIAGG (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) en anderzijds om andere hulpverleners in de eerste lijn, zoals de huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige. Daarnaast blijkt de vraag hoe de eerstelijnspsycholoog gefinancierd moet worden een steeds terugkerend thema in de discussie.

Er zijn twee omstandigheden die de intrede van psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg hebben bevorderd. In de eerste plaats nam bij huisartsen het besef toe dat er klachten zijn die adequater behandeld kunnen worden wanneer naast aan somatische aspecten ook aandacht wordt gegeven aan psychologische en/of sociale aspecten van de klacht. Dit soort klachten, die bij toepassing van de traditionele medische kennis en vaardigheden niet verdwijnen, wordt in het algemeen aangeduid met het begrip 'psychosociale klachten'. Hoewel er verschillende omschrijvingen van dit begrip zijn (zie onder andere Verhaak, 1985) is wel duidelijk dat deze klachten veel voorkomen. Bensing en Sluijs (1984) vonden dat in 19% van alle consulten door huisartsen sprake was van een geëxpliciteerde psychosociale hulpvraag. Huygen (1984) berekende dat van alle mensen die staan ingeschreven in een huisartspraktijk per jaar 17% nieuwe en expliciet psychosociale problemen vertoont. Wanneer ook 'verhulde' psychosociale problematiek wordt meegerekend (klachten waarvan de arts vindt dat zij niet uitsluitend van somatische aard zijn), dan loopt dit percentage bij sommige artsen zelfs op tot driekwart van alle problemen. Dergelijke klachten kosten huisartsen veel tijd, velen achten zich niet competent tot de behandeling van een deel van al deze problemen of rekenen dit soms niet tot hun taak (Verhaak, 1986). In de tweede plaats was er de omstandigheid dat de diagnostische

middelen van de psycholoog verbeterden en dat deze bovendien de beschikking kreeg over steeds meer (kortdurende) behandelmethoden. Hierdoor konden de psychologen zich los maken van de psychiater en van de psychiatrie (zie Schut en Bensing, 1977). Er ontstond een eigen manier van psychologische hulpverlening die bovendien meer dan voorheen gericht was op preventie en op alledaagse problemen, dit laatste in tegenstelling tot gestoord gedrag. Deze factoren leidden ertoe dat steeds meer psychologen zich zelfstandig in de eerstelijngingen vestigen.

Deze ontwikkeling leidde enerzijds tot een toenadering tussen huisartsen en psychologen en anderzijds tot een intensivering van bestaande contacten. Psychologen zagen een leemte in de hulpverlening en huisartsen een mogelijkheid om via de psycholoog te komen tot een betere hulpverlening van psychosociale klachten. Deze toenadering speelde zich niet af in een verder kaal hulpverleningslandschap. Om te beginnen hadden huisartsen al een decennium eerder, ongeveer vanaf 1960, samenwerkingscontacten met maatschappelijk werkers opgebouwd die vaak voortkwamen uit dezelfde motieven als hiervoor geschetst, waaronder een groeiend besef van onmacht ten aanzien van psychosociale problematiek (vergelijk Verhaak, 1988). In de tweede plaats werd in de jaren 1970-1980 de geestelijke gezondheidszorg herstructureerd, hetgeen leidde tot een betere ordening: specialistische Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ), (RIAGG en psychiatrisch polikliniek bemand door psychotherapeuten, SPV-ers en psychiaters en een generalistische Geestelijke Gezondheids Zorg: (GGZ)-hulpaanbod in de eerstelijng door huisarts en algemeen maatschappelijk werker. Met andere woorden, op het gebied van formele regelgeving en financiering was een zodanige situatie gecreëerd dat de eerstelijnspsycholoog buiten de bestaande kaders in de eerstelijnszorg viel. Veel van de discussie uit de afgelopen 15 jaar moet ook in het licht hiervan gezien worden.

Een aantal huisartsen en psychologen liet zich door deze situatie niet weerhouden om mogelijkheden tot samenwerking te verkennen. In 1971 werd de eerste landelijke contactdag huisarts-psycholoog gehouden (Drijber, 1972), die in 1974 gevolgd werd door een tweede (Gill, 1974, Ibelings, 1974, Kok, 1974, Van Berkesteijn, 1974). Deze bijeenkomsten werden gekenmerkt door een optimisme over de mogelijkheid tot nauwere samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Zo werd in een inventarisatie van het Nederlands Huisartsen Genootschap gevonden dat 800 huisartsen en 300 psychologen interesse hadden om met

elkaar samen te werken (Ibelings, 1974). En in 1976 voerden Schut en Bensing (1977) een onderzoek uit bij 614 psychologen die daadwerkelijk werkcontacten met huisartsen onderhielden. De samenwerking van enkele pioniers onder de psychologen met de huisartsen werd in het algemeen door beide partijen als positief ervaren (Van den Hout, 1975; De Wit e.a., 1977; Van Balen en Soons, 1983). In het onderzoek van Schut en Bensing (1977) werd dit beeld genuanceerd. Over de inhoud van het werk en de tijdsinvestering waren de psychologen doorgaans tevreden, maar aan de organisatie en financiering van de samenwerking kon volgens hen nog veel verbeterd worden. Volgens de huisartsen kon de psychosociale problematiek nu beter behandeld worden en de mogelijkheden voor behandeling werden uitgebreid. In het algemeen was men in deze fase optimistisch over de mogelijkheden om psychologen zinvol in te zetten in de eerstelijnszorg. Kossman (1972) spreekt zelfs over de mogelijkheid van een 'huispsycholoog', die direct naast de huisarts werkzaam zou moeten zijn.

Vanaf 1975 werden enkele experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisarts en psycholoog opgezet, onder andere in Capelle aan de IJssel (Verhaak, 1979) en in Breda (Sanavro, 1982). Het optimisme wordt enigszins getemperd wanneer Verhaak (1981) vindt dat een positieve opvatting over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog nog niet betekent dat er een feitelijke verandering in de hulpvraag optreedt; het medicijngebruik en het aantal consulten neemt wel iets af na behandeling door een psycholoog, maar blijft hoog in vergelijking met dat van cliënten van de huisarts die niet door een psycholoog behandeld worden. Ook Huygen (1981) geeft aan dat het effect van behandeling door een psycholoog op langere termijn twijfelachtig is.

Ook in Engeland werd geëxperimenteerd met toevoeging van klinisch psychologen aan gezondheidscentra, teneinde kortdurende psychologische hulpverlening te verschaffen. Een aantal onderzoeken melden positieve resultaten (France en Robson, 1982, Ives, 1979, Koch, 1979; Espie en White, 1986), anderen vonden geen effect (Earl en Kincey, 1982; Freeman en Button, 1984). Op grond van een groot aantal Amerikaanse studies komt Diekstra (1987) tot de conclusie dat kortdurende psychologische hulpverlening kan leiden tot een aanzienlijke daling in de consumptie van medische consumptie en tot een besparing in de kosten van medisch-somatische zorg van 15-30%. Van Lieshout en De Ridder (1988) wijzen er echter op dat de gezondheidszorg in Amerika anders is gestructureerd dan in Nederland en dat onderzoeksgegevens daarom niet zonder meer gegeneraliseerd mogen worden.

1.2. De psycholoog in de eerstelijns: standpunten

Zoals al is opgemerkt was de situatie waarin de psycholoog arriveerde niet "blanco". Er was een nieuwe structuur voor de GGZ ontworpen waarin geen expliciete plaats was ingeruimd voor de eerstelijnspsycholoog. Immers, in de eerstelijns vormden de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de gezinsverzorging en het kruiswerk de kern disciplines. De overheid (Nota Geestelijke Volksgezondheid, 1984) belooft experimenten op te zetten waarin de psycholoog een consultatieve rol toebedeeld krijgt ten behoeve van de eerstelijns werkers. De psycholoog dient zijn deskundigheid in te brengen om de hulpverlening door met name huisarts en maatschappelijk werker te verbeteren. De overheid ziet voor de psycholoog een plaats 'in de achterwacht' en heeft geen behoefte aan een nieuw psychotherapeutisch circuit in de eerstelijns; de psycholoog is een specialist en hoort daarom per definitie thuis in de tweedelijns gezondheidszorg. Wel kondigt de overheid aan dat er experimenten met psychologen zullen worden opgezet, maar ook dan gaat het om een achterwachtfunctie, hetgeen onder andere betekent dat de psychologen geen therapie zullen bedrijven. Later wordt dit standpunt door de directeur-generaal voor de volksgezondheid enigszins afgezwakt in die zin dat het voeren van probleemverhelderende gesprekken met cliënten wel een taak van de eerstelijnspsycholoog zou kunnen zijn (Van Londen in: Derksen, 1987).

Hiertegenover staat, uiteraard, het standpunt van de psychologen zelf. In hun opvatting (Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 1984) dient hulpverlening, zolang als verantwoord, in de eerstelijns plaats te vinden. Deze hulp moet gegeven worden vanuit een generalistische visie. Het NIP gaat dan ook uit van het volgende takenpakket; diagnostiek/indicatiestelling, psychologische behandeling, preventie, consultatie, crisisinterventie, verwijzing en nazorg. Het NIP voegt daaraan toe dat een eerstelijnspsycholoog goede samenwerkingsverbanden dient te onderhouden met enerzijds andere hulpverleners in de eerstelijns en anderzijds met hulpverleners in de tweede- en derdelijns. Deze tweedeling, de psycholoog als direct bereikbare hulpverlener, eventueel naast de huisarts, versus een deskundige in de tweedelijns die zijn expertise ter beschikking stelt aan de eerstelijns, blijft een steeds terugkerend thema in de discussie.

Een standpunt dat als argument tegen de eerstelijnspsycholoog gebruikt wordt is dat het verschijnsel eerstelijnspsycholoog (voor een deel) te verklaren is als een als het ware zelf geschapen werkver-

schaffing voor werkloze klinisch psychologen (Smits en Hosman, 1985; Van Es, 1985; Van Lieshout en De Ridder, 1988). Nog een andere opvatting die met name in het begin van de discussie naar voren werd gebracht is dat psychologen eigenlijk (nog) niet adequaat zijn opgeleid voor eerstelijnswork (Bensing, 1977; Postma, 1978; Van Beek-Rondagh e.a. 1973).

1.3. Behoefte aan onderzoek/vraagstelling

Parallel aan deze discussie doet zich de ontwikkeling voor dat steeds meer psychologen zich daadwerkelijk in de eerstelijns vestigen en een eigen praktijk beginnen. Hun aantal bedroeg in 1985 naar schatting 200 (Smits en Hosman, 1985). In 1988 bedraagt dit aantal al 400, zo schatten Van Lieshout en De Ridder. In ieder geval staat vast dat in 1988 zich al meer dan 700 psychologen hebben laten inschrijven als lid van de NIP-sectie 'Psychologen in de eerstelijns'. Ook lijkt de bekendheid van eerstelijnspsychologen bij huisartsen toe te nemen. Zo bleek in een onderzoek van Visser en De Ridder (1987) dat 45% van de huisartsen (uit een steekproef van 306) daadwerkelijk werkcontacten onderhoudt met vrijgevestigde psychologen. Van deze 306 huisartsen gaven 123 aan dat ze in het jaar 1985 gemiddeld vijf cliënten hadden doorverwezen naar vrijgevestigde psychologen. Van Lieshout en De Ridder (1988) extrapoleren deze cijfers voor de situatie in heel Nederland en komen dan tot een aantal van ruim 13.000 patiënten die in 1985 door huisarts verwezen zijn naar een zelfstandig gevestigd psycholoog. In hetzelfde artikel vermelden Van Lieshout en De Ridder dat bij de door hen onderzochte vrijgevestigde psychologen 52% van de cliënten door de huisarts is verwezen. Op basis hiervan becijferen zij dat in 1985 ruim 25.000 patiënten door zelfstandig gevestigde psychologen in behandeling zijn genomen. Met andere woorden, geconcludeerd kan worden dat psychologen inmiddels, gemeten naar het aantal cliënten dat zij behandelen, een substantiële plaats in de eerstelijnszorg innemen.

Opmerkelijk is echter dat over deze groep van psychologen en hun feitelijke werkzaamheden nagenoeg niets bekend is. Niet bekend is welke psychologen dit zijn, waar zij zich gevestigd hebben, welke werkzaamheden zij precies verrichten en of zij samenwerkingsverbanden zijn aangegaan met andere hulpverleners. Wel zijn artikelen en (jaar)verslagen beschikbaar van individuele psychologen of van groepspraktijken. Deze verslagen zijn op zich een illustratie van de

serieuze aanpak van eerstelijnspsychologen maar vertonen een grote onderlinge diversiteit. Hun aantal is bovendien niet voldoende om te kunnen komen tot een totaalbeeld van de groep van eerstelijnspsychologen. Deze omstandigheid maakt de hiervoor geschetste discussie er een van 'papieren argumenten' (Verhaak, 1985). Zij is gericht op een wenselijke situatie, terwijl eigenlijk niets bekend is over de feitelijke situatie van psychologen in de eerstelijns. Hoewel de discussie nog lang niet is uitgekristalliseerd, lijken de deelnemers te vervallen in een herhaling van argumenten. Wezenlijk nieuwe elementen worden niet meer naar voren gebracht. Van zowel aan de kant van de overheid (Van Londen, 1987) als van de psychologen zelf (Derksen, 1985; Smits en Hosman, 1985) klinkt dan ook een roep om een inventariserend onderzoek, dat de discussie wellicht een meer realistische toon kan geven.

Om aan deze behoefte tegemoet te komen heeft het Ministerie van WVC het NIVEL opdracht gegeven om een inventariserend onderzoek naar psychologen in de eerstelijns uit te voeren. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het functioneren van psychologen in de eerstelijns en de positie die deze hulpverleners innemen ten opzichte van enerzijds de extramurale geestelijke gezondheidszorg en anderzijds ten opzichte van huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk. Het onderzoek is inventariserend van aard, hetgeen inhoudt dat op grond van het onderzoek geen uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van hulpverlening door psychologen in de eerstelijns. Het onderzoek moet een antwoord geven op de volgende concrete vragen:

- a. Hoe is de verdeling naar geslacht en leeftijd van de psychologen? Welke opleiding hebben de betrokken psychologen. In hoeverre is er - naast de zelfstandige praktijkuitoefening - sprake van andere functies als psycholoog in de gezondheidszorg? Hoeveel uur per week zijn zij werkzaam in de eerstelijnszorg.
- b. Hoe is de praktijkorganisatie vormgegeven? Hoe is men gehuisvest? In wat voor regio werkt men? Hoe en wanneer is men bereikbaar voor cliënten, maakt men gebruik van selectiecriteria met betrekking tot bepaalde groepen van cliënten; werkt men als solist of in een groepspraktijk; wat is het aantal cliënten van de praktijk en hoe wordt de praktijk gefinancierd?
- c. Welke kenmerken heeft de cliëntenpopulatie (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau). Met welke problematiek wenden cliënten zich tot de psycholoog?
- d. Welke werkzaamheden worden in welke mate uitgeoefend (bij voor-

beeld diagnostiek, therapie, dienstverlening/consultatie aan huisartsen/AMW, crisisinterventie, preventie); hoeveel uur wordt aan deze taken besteed?

- e. Met welke andere hulpverleners worden contacten onderhouden, hoe zijn deze contacten georganiseerd en wat is de aard van deze contacten? Door wie en naar wie worden cliënten verwezen?
- f. Is er een indeling te maken in verschillende typen eerstelijnspsychologen en zo ja, welke kenmerken hebben die?

1.4. Opzet van het onderzoek

Een psycholoog die werkzaam is in de eerstelijns wordt meestal aangeduid met de term 'eerstelijnspsycholoog'. Over de inhoud van dit begrip bestaat echter geen consensus, hetgeen betekent dat er meerdere invullingen van het begrip mogelijk zijn, bij voorbeeld:

- a. een eerstelijnspsycholoog is iemand die zich naar buiten toe als zodanig afficheert;
- b. een eerstelijnspsycholoog is iemand die lid is van de sectie 'Eerstelijnspsychologen' van het NIP;
- c. een eerstelijnspsycholoog is een vrijgevestigd psycholoog die wat betreft functioneren als eerstelijnspsycholoog getypeerd kan worden (hierbij zijn meerdere criteria denkbaar (zie paragraaf 1.2); bijvoorbeeld algemene eerstelijnskenmerken als generalistisch, vrij toegankelijk, dicht bij de bevolking e.d.; of het door de beroepsgroep zelf opgestelde takenpakket van een eerstelijnspsycholoog, of de in de Nota Geestelijke Volksgezondheid opgestelde taakstelling in het kader van experimenten met psychologen in de eerstelijns).

Iedere keuze voor een van de drie alternatieven heeft echter als nadeel dat een deel van de doelgroep van psychologen buiten het onderzoek zou kunnen vallen. Het zou immers zo kunnen zijn dat psychologen die zich niet als eerstelijnspsycholoog afficheren in feite wel eerstelijnspsychologie bedrijven. Uit een onderzoek van De Ridder en Visser (1987) bleek in ieder geval dat de term 'eerstelijnspsycholoog' door de onderzochte psychologen niet eenduidig gebruikt wordt. Ook wanneer de omschrijving beperkt zou worden tot psychologen die lid zijn van de NIP-sectie zouden psychologen die werken in de eerstelijns maar geen lid zijn van deze sectie, buiten het onderzoek vallen. Ten aanzien van de voorgestelde 'profielen' van een eerstelijnspsycholoog werd reeds duidelijk gemaakt dat de discussie

hierover nog niet is uitgekristalliseerd. Uitgaan van een bepaald profiel zou daardoor onvermijdelijk een zekere mate van willekeur met zich meebrengen.

Besloten werd daarom om het onderzoek te splitsen in twee fasen. In fase 1 van het onderzoek worden alle psychologen in Nederland benaderd, van wie maar enigszins vermoed kan worden dat zij werkzaamheden in de eerstelijns verrichten. Deze dienen, door middel van antwoorden op een korte enquête (de selectie-enquête), zelf aan te geven of zij werkzaamheden verrichten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Op basis van deze antwoorden zal een selectie gemaakt worden. De geselecteerde psychologen vormen de populatie voor het onderzoek en worden in fase 2 voor de tweede keer met een enquête benaderd (de inventarisatie-enquête). Met deze aanpak wordt het begrip eerstelijnspsycholoog in eerste instantie geproblematiseerd. In hoofdstuk 8 zullen wij nog uitgebreid terugkomen op de inhoud van het begrip eerstelijnspsycholoog. Omdat in fase 1 die psychologen benaderd worden, van wie wij alleen vermoeden dat ze werkzaamheden in de eerstelijns verrichten, zullen wij in deze fase nog niet spreken van 'eerstelijnspsychologen', maar van 'zelfstandig gevestigde psychologen'. In hoofdstuk 2 zullen wij beide enquêtes bespreken en laten zien hoe de uiteindelijke onderzoekspopulatie werd geselecteerd. In hoofdstuk 3 en volgende zullen wij de resultaten van de inventarisatie-enquête bespreken.

2. SELECTIE VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIE

2.1. De selectie-enquête; doel en opzet

Het doel van fase 1 van het onderzoek was het inventariseren van alle psychologen in Nederland die werkzaamheden in de eerstelijns verrichten. Dit zijn de psychologen die vrij toegankelijk zijn en die werkzaam zijn op het gebied van de GGZ (niet binnen de AGGZ of de derdelijn). Hiertoe zijn door ons de volgende personen benaderd:

- a. alle leden van de NIP-sectie 'Eerstelijnspsychologen' (voor zover zij zijn afgestudeerd);
- b. alle personen uit het NIP-psychologenadresboek 1985-1987, van wie is geregistreerd dat zij: of
 - 'zelfstandig' werkzaam zijn en aangesloten zijn bij sectie 3 (kinder- en jeugdpsychologie) of sectie 4 (klinische psychologie en psychotherapie), of
 - geen werkadres hebben opgegeven, maar wel aangesloten zijn bij sectie 3 of 4, of
 - 'particulier consulteerbaar' zijn in code 20 (klinische psychologie en psychotherapie) en code 50 (kinder- en jeugdadviezen);
- c. alle personen die in de Gouden Gids vermeld staan onder de rubriek 'psycholoog' of 'psychotherapeut'.

Voorts werd de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie benaderd, maar deze wilde geen gegevens over haar leden ter beschikking stellen. Ten slotte werd in drie tijdschriften (de Psycholoog, Medisch Contact en het Maandblad Geestelijke volksgezondheid een oproep (zie bijlage 1) geplaatst aan zelfstandig gevestigde psychologen om met het onderzoek mee te doen.

Al deze personen kregen een korte enquête toegestuurd (zie bijlage 2). Op basis van deze enquête kunnen die personen worden geselecteerd die:

- geen psycholoog zijn,
- geen werkzaamheden verrichten in de eerstelijns,
- wel zelfstandig gevestigd zijn, maar uitsluitend activiteiten verrichten die niet liggen op het gebied van de eerstelijnszorg, zoals bij voorbeeld het geven van beroepskeuze- en organisatie-adviezen.

Voordat wij overgaan tot een bespreking van de resultaten van de selectie-enquête geven wij in tabel 2.1 een overzicht van het aantal verzonden en terugontvangen enquêtes. De selectie-enquête werd verzonden in maart 1988. Daarna volgden rappels in juli en augustus 1988.

Tabel 2.1: overzicht van de respons op de selectie-enquête

bron	verzonden	ontvangen	percentage
NIP-sectie	750	583	77.6%
NIP-adresboek	1636	1066	65.5%
Gouden Gids	972	558	57.4%
overig	29	11	37.9%
totaal	3387	2218	65.5%

NB. De overlap tussen de verschillende bronnen is uit de cijfers verwijderd.

De uiteindelijke respons is 65.5%. Gezien het feit dat de enquête werd toegestuurd aan een (groot) aantal personen van wie van te voren niet vaststond of zij tot de doelgroep behoorden, achten wij dit responspercentage bevredigend.

2.2. De selectie-enquête; resultaten

Voor het hele rapport geldt dat niet alle enquête-vragen door alle respondenten zijn ingevuld. Dit houdt in dat cijfers en tabellen betrekking hebben op gegevens van een steeds verschillend aantal respondenten. Wij zullen daarom steeds het aantal respondenten vermelden waarop de analyse of tabel betrekking heeft. Wij duiden dit aantal steeds aan met de letter "n".

Van de respondenten is 92% (n=2034) afgestudeerd als psycholoog. De overige 8% (n=184) (afkomstig van de groep die zich in de Gouden Gids als psychotherapeut afficheert) zijn onder andere andragoog, pedagoog, socioloog, maatschappelijk werker of psychiater. De gegevens van de niet-psychologen worden verder niet in het onderzoek betrokken (wanneer wij van nu af spreken over respondenten, dan bedoelen wij uitsluitend de groep van psychologen).

Tabel 2.2: frequenties van werkzaamheden in/buiten ELZ

	frequentie	percentage
uitsluitend werkzaam in ELZ	422	21%
part-time werkzaam in ELZ	588	29%
werkzaam buiten ELZ	716	35%
geen werkzaamheden als psycholoog	304	15%
totaal	2030	

In tabel 2.2 is te zien dat ongeveer 50% (n=1010) van de respondenten op enigerlei wijze werkzaam is in de ELZ. Part-time werkzaamheden in de ELZ worden in de meeste gevallen verricht naast werkzaamheden in dienst van een RIAGG (26%), een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis (20%), een bedrijf of overheidsinstelling (20%) of een onderwijs/opleidings instelling (18%).

De aanduiding waarmee de respondenten zich naar buiten presenteren is in de meeste gevallen 'psycholoog' (42%), gevolgd door 'klinisch psycholoog' (27%). De term 'eerstelijnspsycholoog' wordt door 9% (n=91) van alle respondenten gebruikt. Dit zijn met name psychologen die meer dan 25 uur per week in de eerstelijns werkzaam zijn.

De werkzaamheden van de respondenten die in de ELZ werken bestaan bijna altijd uit 'diagnostiek en behandeling'. Slechts 11 respondenten verrichtten uitsluitend werkzaamheden op het gebied van organisatie- of beroepskeuze-adviezen. In tabel 2.3 wordt een overzicht gegeven van het aantal uren dat per week aan diagnostiek en behandeling wordt besteed door 980 psychologen (19 respondenten hebben geen aantal uren opgegeven; 1010-11-19 = 980). Hierbij dient het volgende opgemerkt te worden. Een aantal respondenten gaf bij 'andere activiteiten als zelfstandig gevestigd psycholoog' aan dat zij een of meer uren besteedden aan werkzaamheden die naar ons idee duidelijk in de lijn van diagnostiek en hulpverlening lagen, bij voorbeeld 'interview' en 'administratie van de praktijk'. In tabel 2.3 zijn deze uren eerst opgeteld bij het aantal dat werd aangegeven bij 'diagnostiek en behandeling'.

Tabel 2.3: frequentie van uren die per week worden besteed aan diagnostiek en behandeling in de ELZ

aantal uren	frequentie (aantal psychologen)	cumulatief percentage
1- 4	255	26.0
5- 8	190	45.4
9-12	118	57.4
13-16	94	67.0
17-20	110	78.3
21-24	25	80.8
25-28	46	85.5
29-32	54	91.0
33-36	25	93.6
37-40	51	98.8
> 40	12	100.0
totaal	980	

Op basis van deze cijfers moet nu een selectie gemaakt worden van psychologen die ook de tweede enquête wordt toegestuurd. De verdeling in tabel 2.3 brengt echter het probleem met zich mee dat er relatief veel psychologen zijn die slechts enkele uren per week besteden aan werkzaamheden in de eerstelijnszorg. Het lijkt ons niet realistisch om van deze psychologen te zeggen dat zij voor een substantieel deel werkzaam zijn in de eerstelijnszorg. Volgens ons behoren zij dan ook niet tot de populatie van eerstelijnspsychologen. Daarnaast moet in overweging genomen worden dat het aantal van deze psychologen erg groot is. Bij een criterium van negen uur of meer per week werkzaam in de eerstelijnszorg zou maar liefst 45% (n=445) van de respondenten afvallen! Echter, omdat het hier gaat om een inventariserend onderzoek hebben wij het criterium niet al te scherp gesteld en gekozen voor het compromis dat al die psychologen tot onze populatie behoren die minstens een dagdeel, dat wil zeggen vier uur per week besteden aan werkzaamheden in de eerstelijnszorg. Aangezien er 88 psychologen zijn die vier uur per week in de eerstelijns werken houdt deze selectie in dat alsnog 167 (255-88) psychologen afvallen. Van deze afvallers is 63% (n=107) afkomstig uit de 'NIP-adresboek'-groep, 19% (n=31) uit de 'Gouden-Gids'-groep en 18% (n=29) uit de NIP-sectie eerstelijns. Dit impliceert dat met name onder de res-

pondenten uit het NIP-adresboek veel psychologen zijn die slechts enkele uren (<4) in de eerstelijns werken. Door deze selectie komt de onderzoekspopulatie op een aantal van 980-167 = 813. Voor alle duidelijkheid volgt hier nog eens de volledige selectieprocedure. Er werden 3387 enquêtes verstuurd waarvan er 2218 werden geretourneerd. Van deze 2218 waren 2030 respondenten psycholoog. Van de psychologen werkten 980 in de eerstelijns en daarvan deden 813 personen dit vier uur per week of meer. Uit diverse bronnen kwamen hier nog 12 psychologen bij, zodat de uiteindelijke populatie bestaat uit 825 psychologen.

Na deze selectie kunnen wij in het vervolg spreken van een eerstelijnspsycholoog. Wij bedoelen hier dan mee: een zelfstandig gevestigd psycholoog die volgens eigen opgave vier of meer uur per week werkzaamheden verricht in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze omschrijving is uiteraard pragmatisch van aard en de vraag of deze omschrijving aansluit bij mogelijke profielen van de eerstelijnsgezondheidszorg (zie paragraaf 1.3) laten wij voor het moment onbeantwoord. Die vraag kan pas worden beantwoord nadat aanvullende informatie is verkregen middels de inventarisatie-enquête. In hoofdstuk 8 komen wij hierop uitgebreid terug.

Na deze selectie kan gestart worden met fase 2, de eigenlijke inventarisatie. Het algemeen doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het functioneren van psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten aanzien van dit functioneren onderscheiden wij zes thema's, namelijk: 'algemene kenmerken van de psycholoog', 'praktijkvoering', 'cliëntèle', 'werkzaamheden van de psycholoog' en 'overleg met andere hulpverleners'. Deze thema's corresponderen achtereenvolgens met de vragen a, b, c, d en e uit paragraaf 1.3 en zullen respectievelijk behandeld worden in de hoofdstukken 3, 4, 5, 6 en 7. Deelvraag f, de indeling in typen eerstelijnspsychologen, komt aan de orde in hoofdstuk 8.

Voordat wij tot behandeling van deze thema's overgaan gaan we eerst in op de afname en respons van de inventarisatie-enquête.

2.3. Afname van en respons op de inventarisatie-enquête

De inventarisatie-enquête (zie bijlage 3) werd verzonden in de eerste week van juni 1988. Eind juni werd deze gevolgd door een herinneringsbrief. Daarna werden nog rappels verstuurd op 18 juli en op 31 augustus. Als definitieve deadline voor het terugzenden van en-

quêtes werd 16 september 1988 vastgesteld. Wij ontvingen 71 enquêtes die om diverse redenen niet bruikbaar waren; 18 personen waren in de tijd tussen selectie en inventarisatie van de enquête verhuisd en van hen kon het juiste adres niet meer achterhaald worden. Tien respondenten waren langdurig ziek of werkten niet meer. Dertien respondenten trokken zich alsnog terug, meestal omdat men nog maar net met de praktijk was begonnen en het niet zinvol achtte een zo uitgebreide enquête in te vullen. Van 29 respondenten moest vastgesteld worden dat zij, ondanks hun opgave in de selectie-enquête, niet aan de criteria beantwoorden, dat wil zeggen dat zij nu opgaven minder dan vier uur in de eerstelijns te werken. In tabel 2.4 is een overzicht van de respons gegeven.

Tabel 2.4: overzicht van de respons op de inventarisatie-enquête

herkomst	aantal verzonden	aantal ontvangen	percentage
NIP-sectie	344	222	65%
NIP-adresboek	298	176	59%
Gouden Gids	161	91	57%
overig	22	7	30%
totaal	825	496	60%
inclusief niet-bruikbare respons	825	567	68%

Voor enquêtes van deze omvang (het invullen ervan nam meer dan een uur in beslag) geldt in het algemeen dat een responspercentage van 70% als bevredigend wordt gezien. Het percentage van 68% komt hierbij redelijk dicht in de buurt. Het responspercentage van de NIP-sectie (65%) blijft enigszins onder de verwachting die gewekt was door het hoge responspercentage van die groep op de selectie-enquête (77,6%).

Zowel van de groep psychologen die wel als die niet hebben gerespondeerd zijn de gegevens beschikbaar van de selectie-enquête. Uit vergelijking van deze gegevens blijkt dat de beide groepen niet noemenswaard van elkaar verschillen. De percentages van psychologen die uitsluitend in de eerstelijns werken en van hen die daarnaast nog een andere functie hebben zijn in beide groepen nagenoeg gelijk; 47% en

53% in de non-respons groep en 46% en 54% in de respons groep. Hetzelfde geldt voor het aantal uren dat men in de eerstelijns werkt. In beide groepen werkt 60% minder dan 20 uur. Het gemiddeld aantal uur dat men in de eerstelijns werkt is bij de respondenten 18.1 en bij de niet-respondenten 16.8. Wel is er binnen de groep niet-respondenten een verschil naar herkomst. Van de NIP-sectie leden die niet hebben gerepondeerd besteedt namelijk 52% meer dan 20 uur aan diagnostiek en behandeling, terwijl dit bij de groepen 'NIP-adresboek' en 'Gouden Gids' veel lager is, respectievelijk 27% en 21%.

3. PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN; ALGEMENE KENMERKEN

In dit hoofdstuk geven wij een schets van enkele algemene kenmerken van psychologen in de eerstelijnszorg. Deze kenmerken zijn geslacht en leeftijd van de psychologen, de plaats en het jaar van afstuderen en de inhoud van de opleiding voor en na afstuderen.

Voorts gaan wij in op de vraag of de respondenten naast eerstelijns-werk ook nog ander werk als psycholoog verrichten en zo ja welk soort werk dat is. Hierbij maken wij een onderscheid tussen het moment waarop een psycholoog met de praktijk begon en de situatie op dit moment. In dit kader gaan we tevens na hoeveel uur per week de psychologen aan eerstelijns-werk besteden. Ten slotte wordt nagegaan of de respondenten lid zijn van een of meerdere beroepsorganisaties en/of verenigingen. Voor ieder te bespreken kenmerk geldt dat de gegevens zullen worden vergeleken met de voor dat kenmerk relevante literatuur, uiteraard voor zover die aanwezig is.

3.1. Geslacht en leeftijd van psychologen in de eerstelijns

Wij hebben de beschikking over een groot aantal rapporten en jaar-verslagen van psychologen in de eerstelijnszorg. Het is opmerkelijk dat daarin wel steeds een overzicht wordt gegeven van de leeftijd en het geslacht van de cliënten maar slechts in een enkel geval van de psychologen zelf. Een uitzondering is bijvoorbeeld het evaluatierapport 1983/84 van de psychotherapiepraktijk Wijchen e.o. (Bervoets e.a. 1984). Ook over het aantal mannen en vrouwen onder de eerstelijns-psychologen bestaan nauwelijks gegevens. Aangezien er tot 1985 (CBS-gegevens) meer mannen dan vrouwen als psycholoog afstudeerden is het te verwachten dat het aantal mannen (iets) hoger zal zijn dan dat van vrouwen. In tabel 3.1 (zie volgende pagina) blijkt dat dit inderdaad het geval is.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 42 jaar (voor zowel mannen als vrouwen), maar 51% is jonger dan 40. Aangezien onze groep respondenten voor 89% bestaat uit NIP-leden (zie paragraaf 3.3) is het zinvol onze gegevens te vergelijken met die van de groep NIP-leden in zijn geheel. Dan blijkt dat de verdeling over de leeftijds-categorieën bij de mannen een redelijke afspiegeling is van de hele groep NIP-leden. Bij de vrouwen is in onze populatie een onderverte-

genwoordiging te zien van de categorie 26-30 jaar (onderzoeksgroep 7% versus NIP-leden 19%) en een oververtegenwoordiging in de categorie 41-50 jaar (onderzoeksgroep 35% versus NIP-leden 23%).

Tabel 3.1: leeftijdsopbouw van de respondenten, uitgesplitst naar geslacht (n=492). Tussen haakjes: overeenkomstige percentages uit NIP-ledenbestand*

leef- tijd	man			vrouw			totaal		
	frequen- tie	%	(NIP)	frequen- tie	%	(NIP)	frequen- tie	%	(NIP)
26-30	18	7	(8)	17	7	(19)	35	7	(13)
31-40	124	48	(43)	93	40	(42)	217	44	(42)
41-50	71	27	(30)	83	35	(23)	154	31	(27)
51-60	25	10	(13)	30	13	(9)	55	11	(11)
61-70	18	7	(5)	9	4	(3)	27	6	(4)
71-76	2	1	(1)	2	1	(1)	4	1	(1)
totaal	258	(=52%)		234	(=48%)		492		

* Bron: NIP, 1989.

3.2. Plaats en jaar van afstuderen

In tabel 3.2 is te zien dat de psychologen die reeds lang geleden zijn afgestudeerd in de minderheid zijn; 64% is afgestudeerd na 1975. Tussen mannen en vrouwen bestaan geen noemenswaardige verschillen met betrekking tot het jaar van afstuderen. Wanneer onze gegevens vergeleken worden met die van alle NIP-leden dan geldt voor vrouwen dat de psychologen die na 1976 zijn afgestudeerd in onze populatie ondervertegenwoordigd zijn. Opmerkelijk is het lage aantal psychologen dat is afgestudeerd na 1985. Voor alle NIP-leden is dit percentage 20%, terwijl in ons onderzoek slechts 8% van de respondenten in deze categorie valt.

Tabel 3.2: jaar van afstuderen van de respondenten, uitgesplitst naar geslacht (n=495). Tussen haakjes: overeenkomstige percentages uit NIP ledenbestand*

jaar van afstuderen	mannen		vrouwen		totaal	
	fre- quen- tie	cum.% (NIP)	fre- quen- tie	cum.% (NIP)	fre- quen- tie	cum.% (NIP)
1940-1955	13	5 (4)	5	2 (1)	18	4 (3)
1956-1970	39	20 (26)	35	17 (15)	74	19 (21)
1971-1975	46	38 (43)	39	33 (27)	85	36 (36)
1976-1980	75	67 (66)	63	60 (43)	138	64 (56)
1981-1985	68	93 (87)	70	90 (71)	138	92 (80)
na 1985	18	100 (100)	24	100 (100)	42	100 (100)
	259		236		495	

* Bron: NIP, 1989.

Tabel 3.3: aantal afgestudeerde psychologen, uitgesplitst naar universiteit (n=495). Tussen haakjes het percentage NIP-leden dat per universiteit is afgestudeerd.

Universiteit	aantal afge- studeerden	%	(NIP)
Universiteit van Amsterdam	83	17	(19)
Vrije Universiteit	69	14	(14)
Katholieke Universiteit Brabant*	33	7	(5)
Rijksuniversiteit Groningen	66	13	(15)
Rijksuniversiteit Leiden	63	13	(12)
Rijksuniversiteit Nijmegen	72	14	(16)
Rijksuniversiteit Utrecht	105	21	(16)
Universiteit Buitenland	4	1	(3)

* NB. Opleiding tot psycholoog is pas gestart in 1971.

Uit deze tabel valt af te leiden dat de tendens om zich zelfstandig te vestigen een landelijk verschijnsel is. Dat wil zeggen, deze ontwikke-

ling is niet gekoppeld aan studenten die afstuderen aan een specifieke universiteit. Afgestudeerden van de R.U. Utrecht (21%) zijn iets oververtegenwoordigd; van alle NIP-leden is 16% in Utrecht afgestudeerd. Voor de overige universiteiten geldt dat het percentage afgestudeerden nagenoeg overeenstemt met dat van de NIP-leden in totaal.

3.3. Opleiding van de respondenten

In de literatuur wordt de vraag opgeroepen of de opleiding van de psychologen wel aansluit bij het werk dat zij in de eerstelijns verrichten. Daarom zijn in de enquête enkele vragen opgenomen over de opleiding die de psychologen hebben genoten, waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar de opleiding vóór en na het afstuderen. Centraal in de opleiding, zo stelt Derksen (1982), zouden moeten staan; psychodiagnostiek, psychotherapie en preventie. Onder psychotherapie laat hij ook gesprekst raining vallen en bij psychodiagnostiek is vooral psychopathologie van belang.

Van de respondenten is 99% afgestudeerd in de oude stijl. De afstudeerrichting is in veruit de meeste gevallen (n=339; 69%) klinische psychologie, al dan niet in combinatie met een tweede hoofdrichting. Andere afstudeerrichtingen die werden genoemd zijn ontwikkelingspsychologie (n=105; 21%) (inclusief kinder- en jeugdpsychologie), persoonlijkheidspsychologie (n=27; 5%) (deze studierichting bestaat maar op enkele universiteiten als zelfstandige afstudeerrichting. Waar dat niet het geval is, is zij samengevoegd met klinische psychologie) en sociale psychologie (n=18; 4%).

Schut en Bensing (1977) vonden een percentage van klinisch psychologen van 55%. Hoewel de opleiding klinische psychologie in de loop der tijd op onderdelen zal zijn aangepast achten wij het verschil met de 69% die wij vinden veelbetekenend. Het aantal ontwikkelingspsychologen komt ongeveer overeen met dat van Schut en Bensing (21% versus 18%), maar het aantal sociaalpsychologen is in ons onderzoek veel lager (4% versus 16%). Eerstelijnswork lijkt steeds meer een activiteit te worden van klinisch psychologen. In ons onderzoek bevinden zich bij degenen die vóór 1980 zijn afgestudeerd relatief veel sociaal psychologen en ontwikkelingspsychologen, maar na 1980 neemt hun aantal af, terwijl dat van de klinisch psychologen (samen met persoonlijkheidspsychologie) juist toeneemt. De psychologen met andere afstudeerrichtingen zijn voor het merendeel afgestudeerd vóór 1975.

Nagenoeg alle respondenten hebben tijdens de studie kennis en ervaring opgedaan met psychopathologie (91%), psychodiagnostiek en assessment (90%) en gesprekstraining (84%). Minder kennis heeft men van de eerstelijnszorg (35%). Na het afstuderen zegt 63% kennis te hebben over de gezondheidszorg, maar deze kennis wordt voor het grootste deel opgedaan als gevolg van de eigen werkzaamheden.

Kennis van therapie/interventietechnieken bezat 69% voor het afstuderen. Deze kennis is in veel gevallen (\pm 45%) alleen gebaseerd op theorie. Echter, van alle respondenten geeft 88% aan dat zij ook na het afstuderen bezig zijn met het verwerven van kennis en ervaring op dit gebied, met name via specifieke therapie-opleidingen. Het lijkt er dus op dat kennis en ervaring op het gebied van therapie voor een groot deel pas ná de opleiding verworven wordt. Nascholing komt sowieso veel voor; meer dan de helft (58%) volgt op dit moment nog enige vorm van opleiding. In 27% van de gevallen betreft het een specifieke therapie-opleiding.

Van de respondenten ziet 27% de opleiding die men op de universiteit heeft gehad als een goede basis voor het werk als eerstelijnspsycholoog. Voor 44% is de opleiding een redelijke basis en 28% vindt de opleiding onvoldoende. Van de respondenten die hier nog een nadere toelichting op geven ($n=298$) vindt 11% de opleiding te theoretisch. Zes procent is van mening dat de opleiding op zich wel goed is, maar dat je het 'echte' werk toch in de praktijk moet leren. Eveneens 6% vindt dat er tijdens de opleiding te weinig informatie wordt gegeven over hoe een eigen praktijk moet worden opgezet. Verder vindt 34% van de respondenten dat, ongeacht de de opleiding die men heeft gehad, post-doctorale opleiding noodzakelijk is, met name in psychotherapie.

Interessant is dat 71% redelijk tot goed te spreken is over de opleiding. Het lijkt erop dat de universiteiten hun opleidingsprogramma's in het laatste decennium op juiste wijze hebben aangepast. Immers, in 1977 moesten Schut en Bensing nog concluderen dat "...de huidige doctoraal opleidingen nog niet goed zijn uitgerust voor het werk in of nabij de eerstelijns van de gezondheidszorg" (1977, 25). In hun onderzoek was slechts 10% van de respondenten van mening dat de opleiding goed aansluit bij het werk! Schut en Bensing vonden dat het oordeel over de opleiding niet afhankelijk was van de universiteit waar men is afgestudeerd. Wij vinden echter wel enkele verschillen. Afgestudeerden uit Leiden en Utrecht vinden relatief vaak dat de opleiding onvoldoende aansluit bij het eerstelijnswork. Dat de opleiding wel goed aansluit vinden met name afgestudeerden uit Groningen.

Van de respondenten is 89% ((n=436) lid van het NIP. Hiervan is 47% (n=216) lid van de Sektie Eerstelijnspsychologen. 62% (n=315) is lid van een of meerdere therapie verenigingen. Honderd zestig psychologen (= 33%) bezitten de staatsregistratie psychotherapeut.

3.4. Situatie op het moment van aanvang met een zelfstandige praktijk

In deze paragraaf gaan we in op de situatie zoals deze bestond op het moment dat een respondent zich zelfstandig vestigde. Het gaat hier dus niet om de actuele stand van zaken, deze komt pas in paragraaf 3.5 aan de orde. In tabel 3.4 (zie volgende pagina) is een overzicht gegeven van het jaar waarin de respondenten zich zelfstandig vestigden. Hierin is te zien dat de vestiging van eerstelijnspsycholoog een sterke toename vertoont in de periode 1976-1980. Het aantal psychologen dat bij aanvang van de praktijk ook over een ander dienstverband als psycholoog beschikte is veel groter dan het aantal psychologen dat uitsluitend eerstelijnswork deed (respectievelijk 62% en 38%). Bovendien kan de volgende ontwikkeling worden afgeleid. Het lijkt er op dat in de beginperiode het eerstelijnswork werd opgenomen door psychologen die al een andere functie als psycholoog hadden. Pas later, vanaf 1976, maar vooral na 1980, komen er ook psychologen die zich 'direct' in de eerstelijns vestigen, dat wil zeggen niet vanuit of naast een andere functie als psycholoog. Deze schets sluit aan bij resultaten van het onderzoek van Schut en Bensing (1977). In dat onderzoek, dat plaats vond in 1976, werkte 86% van de psychologen die vaste relaties onderhielden met huisartsen, in een of ander ziekenhuis, instelling of bedrijf. Deze functie wordt in hun onderzoek steeds als 'hoofd functie' aangeduid. Ook worden de meeste werkcontacten (70%) tussen de psycholoog en de huisarts aangeknoopt in het kader van de hoofd functie die de psycholoog bekleedt.

Tabel 3.4: jaar en dienstverband op het moment van aanvang met werk als zelfstandig gevestigd psycholoog (n=494)

jaar van aanvang	psychologen zonder ander dienstverband		psychologen met ander dienstverband		totaal	
	frequentie	%	frequentie	%	frequentie	%
vóór 1960	-	-	14	4	14	3
1961-1965	2	1	10	3	12	2
1966-1970	-	-	21	7	21	4
1971-1975	2	1	36	12	38	8
1976-1980	21	11	58	19	79	16
1981-1985	103	55	115	38	218	44
na 1985	61	32	51	17	112	23
totaal	189		305		494	

In tabel 3.5 is te zien dat het eerstelijnswork bij aanvang van de praktijk gecombineerd werd met diverse en uiteenlopende andere functies.

Van de praktijk van de psychologen met een dubbele functie beschouwt 81% het werk als eerstelijnspsycholoog bij aanvang van de praktijk als nevenfunctie. Als motief om zich zelfstandig te vestigen gaven deze psychologen aan dat dit in 24% het gevolg was van de andere functie. In 10% gaf men de reden aan dat men geen andere functie als psycholoog kon vinden. Dit lijkt tegenstrijdig, deze personen hebben immers al een baan, maar wij vatten dit op dat de respondent in zo'n geval niet tevreden is met de functie of dat men een part-time functie wil uitbreiden. Voor de respondenten die bij aanvang geen andere functie hebben liggen de cijfers, uiteraard, omgekeerd. Hier geeft 6% aan dat het zelfstandig vestigen voortvloeit uit ander werk en 30% geeft aan dat men dit doet omdat men geen andere functie kan krijgen. Relatief hoog is het aantal respondenten dat aangeeft dat men zich zelfstandig vestigde omdat men al tijdens de studie het plan had opgevat om zich later zelfstandig te gaan vestigen (met een tweede functie 37%; zonder tweede functie 46%). Daarnaast worden een groot aantal uiteenlopende argumenten genoemd die zich moeilijk laten categoriseren. Enkele frequent genoemde argumenten zijn; op verzoek van derden (arts, psychiater), zelfstandig kunnen werken, eigen

baas zijn en aanvullende verdiensten. Uit de antwoorden uit deze overig-categorie komt bij een deel van de groep ($\pm 30\%$) met een dubbele functie het beeld naar voren dat men door min of meer toevallige omstandigheden in het eerstelijnswork is gerold.

Tabel 3.5: andere werkzaamheden als psycholoog bij aanvang van zelfstandige vestiging als psycholoog (n= 273)

aard van werkzaamheden	frequentie	percentage
algemeen ziekenhuis	34	12
psychiatrisch ziekenhuis	43	16
RIAGG (en voorgangers)	34	12
opleidingsinstituut	71	26
onderzoeksinstituut	12	4
advies/hulpbureau	37	14
bedrijf	13	5
overig	29	11

Voor de gehele groep respondenten geldt dat door 12% het motief genoemd werd dat zij zich zelfstandig vestigen omdat zij geen andere functie konden vinden. Bovendien wordt dit motief door nog eens 10% genoemd in combinatie met een ander motief.

In tabel 3.6 is een overzicht gegeven van het aantal jaren dat op het moment van zelfstandige vestiging is verstreken na het moment van afstuderen.

De aanduiding 'negatief' houdt in dat de betreffende respondent reeds een zelfstandige praktijk was begonnen voordat hij of zij was afgestudeerd. In de tabel is duidelijk een 'vertraging' te zien. Gemiddeld begint men 4.3 jaar na het afstuderen met het vestigen van een zelfstandige praktijk. Hierbij kan worden opgemerkt, maar dit is niet in tabel 3.6 opgenomen, dat mannen zich gemiddeld ongeveer een half jaar eerder na hun afstuderen vestigen dan vrouwen. Psychologen met een tweede functie vestigen zich gemiddeld \pm anderhalf jaar later dan psychologen die uitsluitend eerstelijnswork verrichten. Eén op de vijf respondenten begint de praktijk in het hetzelfde jaar waarin men afstudeert. Van hen geeft 55% aan dat reeds tijdens de studie het plan was opgevat om zich zelfstandig te vestigen. Zeventig procent van de respondenten vestigt zich binnen vijf jaar na het afstuderen.

Tabel 3.6: aantal jaren tussen afstuderen en aanvang van eerste-
lijnswork (n=493)

aantal jaar na afstuderen	psycholoog zonder ander dienstverband		psycholoog met ander dienstverband		totaal	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%
negatief	5	3	4	1	9	2
0	41	22	56	19	97	20
1- 5	103	54	136	45	239	48
6-10	25	13	68	22	93	19
11-15	7	4	25	8	32	6
> 16	7	4	16	5	23	5
totaal	188		305		493	
gemiddeld aan- tal jaren na afstuderen	3.2		4.9		4.3	

De gemiddelde leeftijd op het moment van aanvang met de praktijk is 34.8. Vrouwen vangen gemiddeld op iets latere leeftijd aan met zelfstandige vestiging dan mannen (gemiddeld respectievelijk 35.7 en 34.0 jaar). Hoewel de gemiddelde leeftijd van psychologen met en zonder tweede functie op het moment van vestiging gelijk is (34.8) is er wel een verschil in de leeftijds grens. Van de psychologen zonder ander werk is 33% tussen de 26-30 en 50% tussen 31-40. Bij de psychologen met twee functies zijn deze percentages respectievelijk 28% en 54%. Er is dus een lichte tendens dat psychologen met een tweede functie iets ouder zijn wanneer zij zich zelfstandig vestigen dan mensen zonder tweede functie.

Aantal uren bij aanvang van zelfstandige vestiging

Het gemiddeld aantal uren per week dat bij aanvang aan het werk als zelfstandig gevestigde psycholoog besteed wordt is 11.8 uur (zie tabel 3.7). Hierbij verschillen de psychologen zonder tweede functie nogal met die met één functie, respectievelijk met een gemiddelde van 9 uur en 17 uur. Het relatief lage aantal van 9 uur past in het beeld van een nevenfunctie en sluit aan bij de bevinding dat 80% van de psychologen met twee functies per week minder tijd besteedt aan eerstelijnswork dan aan de 'hoofd functie'.

Tabel 3.7: aantal uren per week ten tijde van aanvang werk als zelfstandig gevestigd psycholoog (n=454)

aantal uren	psycholoog zonder ander dienstverband		psycholoog met ander dienstverband		totaal	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%
1- 5	27	17	128	43	155	34
6-10	36	23	98	33	134	30
11-15	20	13	13	4	33	7
16-20	38	24	47	16	85	19
21-25	9	6	5	2	14	3
26-30	7	4	3	1	10	2
31-35	4	2	0	0	4	1
36-40	13	8	2	1	15	3
> 40	4	3	0	0	4	1
totaal	158 (=35%)		296 (=65%)		454	
gemiddeld aantal uren	17.1		8.9		11.8	

Zoals te verwachten is ligt het accent bij de psychologen met een tweede functie op de uur-categorieën 1-5 uur en 6-10 uur. Het aantal uur ligt in 90% van de gevallen onder de 20. Ook bij de psychologen zonder tweede functie is dit percentage vrij hoog (77%). Slechts 11% van de psychologen zonder tweede functie had ten tijde van aanvang een full-time baan (> 36 uur per week) als eerstelijnspsycholoog, in de hele groep respondenten is dat slechts 4%.

3.5. De huidige situatie

Na dit overzicht van de situatie op het moment van aanvang van zelfstandige vestiging, wordt in deze paragraaf de actuele situatie onder de loep genomen. In tabel 3.8 is een overzicht gegeven van het aantal uren dat per week besteed wordt aan werk als zelfstandig gevestigd psycholoog.

Tabel 3.8: aantal uren dat men per week besteedt aan werk als zelfstandig gevestigd psycholoog (n=493)

aantal uren	psycholoog zonder tweede dienstverband		psycholoog met tweede dienstverband		totaal	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%
4 of 5	7	3	37	13	44	9
6-10	33	16	87	30	120	24
11-15	21	10	36	13	57	12
16-20	39	19	56	20	95	19
21-25	12	6	22	8	34	7
26-30	22	11	21	7	43	9
31-35	20	19	11	4	31	6
36-40	36	17	11	4	47	10
> 40	19	9	3	1	22	4
totaal	209 (=42%)		284 (=58%)		493	
gemiddeld aantal uren	25.2		15.9		19.8	

Hoewel het gemiddeld aantal uren per week 19.8 is, moet geconstateerd dat er relatief veel psychologen zijn die een gering aantal uren besteden aan eerstelijnswork. Zo besteedt 33% minder dan 10 uur (maar wel vier uur of meer) aan eerstelijnswork en 45% minder dan 16 uur. Van 14% kan gezegd worden dat zij full-time (36 uur of meer per week) eerstelijnspsycholoog zijn. Van de respondenten verricht 58% het werk als eerstelijnspsycholoog naast ander werk. Zij besteden gemiddeld 15.9 uur per week aan eerstelijnswork. Psychologen die uitsluitend eerstelijnswork verrichten (42%) besteden hieraan gemiddeld 25.2 uur per week.

Wanneer we de gegevens van de actuele situatie vergelijken met die van de situatie op het moment van aanvang met eerstelijnswork, dan is de volgende ontwikkeling aan te geven.

Zowel op het moment van aanvang als in de huidige situatie is het aantal psychologen dat eerstelijnswork verricht naast een andere baan groter dan het aantal dat uitsluitend eerstelijnswork doet. Bij aanvang waren de percentages respectievelijk 65% en 35%, terwijl zij

nu 62% en 38% bedragen. Kennelijk heeft een aantal psychologen het andere werk opgegeven ten gunste van het eerstelijnswork. Het gemiddeld aantal uren dat per week aan eerstelijnsworkzaamheden wordt besteed is in de actuele situatie aanzienlijk toegenomen, namelijk van 11.8 naar 19.8 uur. Voor de mensen met twee functies is dat van 8.9 naar 15.9 uur, voor de mensen zonder tweede functie van 17.1 naar 25.2 uur. Geconcludeerd kan worden dat wanneer een psycholoog eenmaal een aanvang heeft genomen met eerstelijnswork het aantal uren dat deze daaraan besteedt daarna gemiddeld genomen toeneemt.

Aan de respondenten werd ook gevraagd of zij graag meer uren aan het werk als zelfstandig gevestigd psycholoog zouden willen besteden dan nu het geval is. Hierop antwoordde 41% (n=201) bevestigend en 59% (n=295) wilde niet meer uren werken. Interessant is dat van de psychologen met twee functies 43% meer uren aan eerstelijnswork zou willen besteden, terwijl dit voor de groep die uitsluitend in de eerstelijns werkt minder is, namelijk 37%. Negen procent (n=44) van de respondenten beschouwt het werk als zelfstandig gevestigde psycholoog als tijdelijk. Dit laatste is niet sterk gekoppeld aan een gering aantal uren dat men werkt; 23 personen werken meer dan 15 uur in de eerstelijns. De opvatting dat het werk in de eerstelijns van tijdelijke aard is komt even vaak voor bij psychologen die uitsluitend in de eerstelijns werken als bij psychologen met twee functies.

Tot slot

Aangezien bij de verschillende analyses steeds blijkt dat de psychologen met of zonder tweede functie van elkaar verschillen zullen wij deze groepen blijven onderscheiden in de hierna volgende analyses. Tevens willen wij een tweedeling aanbrengen op basis van het aantal uren dat een psycholoog aan eerstelijnswork besteedt. Wij kiezen hiervoor de categorieën meer en minder dan 15 uur per week. Wanneer de grens bij 15 uur gelegd wordt ontstaan de minst ongelijke groepen. Deze indeling levert de volgende aantallen op.

Tabel 3.9: overzicht van onderverdeling van de respondenten

	werkt meer dan 15 uur per week in eerstelijns	werkt 15 uur of minder per week in eerstelijns	totaal
werkt uitsluitend in eerstelijns	148 (30%)	61 (12%)	209
werkt ook in andere functie als psycholoog	124 (25%)	160 (33%)	284
totaal	272	221	493

4. PRAKTIJKVOERING

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal een overzicht gegeven worden van de wijze waarop de psychologen hun praktijk voeren. Hiermee geven wij een antwoord op vraag b (zie paragraaf 1.3). In de literatuur worden diverse kenmerken genoemd van een ideale eerstelijnspraktijk. Hoewel de discussie hierover nog gaande is (zie hoofdstuk 1) hebben wij toch vragen gesteld met betrekking tot deze kenmerken. Deze zullen een belangrijke rol spelen bij het aangeven van een typologie voor eerstelijnspsychologen (zie hoofdstuk 8).

Een belangrijk uitgangspunt voor hulpverlening in de eerstelijns is dat de hulpverleners direct bereikbaar zijn, in die zin dat er geen gebruik gemaakt wordt van wachtlijsten. Een andere opvatting is dat de psycholoog in principe continu, dat wil zeggen 24 uur per etmaal, bereikbaar zou moeten zijn (Derksen, 1982).

Nog een ander standpunt is dat de praktijk kleinschalig moet zijn omdat op die manier de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de psycholoog optimaal is. In dat kader is het volgens Derksen (1982, zie ook de NIP-nota 1984) aanbevelenswaard dat de regio waarin de psycholoog werkt wordt afgebakend. Dit heeft volgens Derksen het voordeel dat de psycholoog niet overbelast raakt door het aantal cliënten en dat het aantal te onderhouden relaties met andere eerstelijnswerkers beperkt blijft. Hij raadt in dit verband ook aan dat psychologen zich associëren. Hierdoor kan de 24-uurs bereikbaarheid gemakkelijker gerealiseerd worden en het biedt ook mogelijkheden voor intervisie. En uiteraard wordt hierdoor een taakverdeling mogelijk.

In de literatuur komt steeds naar voren dat de financiën voor de psycholoog het grootste struikelblok vormen om te komen tot een goed draaiende en rendabele praktijk. In een enkel geval kan een beperkte financiering verkregen worden via het ziekenfonds of via het bedrijfsleven. Psychologen die in een stichtingsvorm werken weten soms subsidie te verkrijgen. Maar een financiering die perspectief geeft aan het eerstelijnswerk ontbreekt nog (Derksen, 1982). Dit heeft onvermijdelijk tot gevolg dat van de cliënten in de meeste gevallen een eigen bijdrage zal moeten worden gevraagd. Wanneer men als uitgangspunt hanteert dat psychologische hulp in de eerstelijns voor

iedereen toegankelijk moet zijn, dan mogen voor cliënten geen onoverkomelijke financiële drempels worden opgeworpen. Dit betekent in de praktijk dat veel psychologen een flexibel tarief hanteren, dat wil zeggen dat de vergoeding per verrichting afhankelijk wordt gesteld van de specifieke financiële en sociale situatie van de cliënt. Een goede financiële vergoedingsregeling is des te meer van belang omdat volgens sommige auteurs een niet onaanzienlijk deel van de cliënten van psychologen in de eerstelijns afkomstig is uit de lagere sociale klassen (bijvoorbeeld Van der Meer e.a., 1987). Als richtlijn wordt vaak (o.a. Derksen, 1982; Psychotherapiepraktijk Wychen, 1984) een, overigens per psycholoog verschillend, percentage van het bruto inkomen van de cliënt aangehouden. Soms wordt ook de richtlijn van het NIP (f. 106,- per uur) aangehouden.

Een aspect van de praktijkvoering dat afzonderlijk behandeld zal worden is het aantal cliënten. Hierover bestaan in de literatuur zeer uiteenlopende cijfers. Sommige psychologen hebben een relatief klein aantal cliënten, in andere gevallen is het aantal cliënten aanzienlijk. In de enquête zijn met betrekking tot bovengenoemde aspecten van de praktijkvoering expliciet vragen gesteld, die hieronder achtereenvolgens behandeld zullen worden. In een aparte paragraaf zal een vergelijking gemaakt worden tussen psychologen die in een groepspraktijk werken en solisten.

4.2. Situering van de praktijk

Tabel 4.1: situering van de praktijkruimte (n=496)

praktijkruimte	frequentie	percentage
aan huis (in eigen woongedeelte)	169	34
aan huis (gescheiden van eigen woongedeelte)	165	33
zelfstandig gesitueerd	94	19
in praktijk van huisarts	30	6
in gezondheidscentrum	10	2
in gebouw kruisvereniging	6	2
anders	22	4

In tabel 4.1 is te zien dat het merendeel van de respondenten (67%) de praktijk aan huis voert. Negentien procent beschikt over een

zelfstandig gesitueerde praktijkruimte en 10% maakt gebruik van ruimte van een derde persoon of instelling. Psychologen die meer dan 15 uur per week in de eerstelijns werken hebben iets vaker de beschikking over een zelfstandig gesitueerde praktijkruimte. Hetzelfde geldt voor de psychologen die uitsluitend in de eerstelijns werken. Van de respondenten vindt 78% dat hij/zij over een goede praktijkruimte beschikt. Van de respondenten die ontevreden zijn over de praktijkruimte wil 59% een loskoppeling van praktijk en eigen woongedeelte en 44% wenst een grotere praktijkruimte. Deze 44% bestaat nagenoeg alleen uit psychologen die de praktijk aan huis voeren.

In tabel 4.2 is een overzicht gegeven van de soort regio waarin de praktijk gevoerd wordt.

Tabel 4.2: regio waarin praktijk gevoerd wordt (n=492)

regio	aantal respondenten	
	frequentie	percentage
plattelandsgemeente(n)	101	21
kleine stad (< 20.000)	53	11
stad (20.00-100.000)	144	29
grote stad (> 100.000)	194	39

Wanneer we deze cijfers vergelijken met de landelijke indeling volgens het CBS, dan komt het percentage van psychologen dat in een plattelandsgemeente of in een kleine stad werkt nagenoeg overeen met het percentage Nederlanders dat in een dergelijke regio woont. Volgens het CBS woont \pm 45% van de Nederlanders in een stad tussen 20.000 en 100.000 inwoners en 24% in een stad met meer dan 100.000 inwoners. Psychologen in de eerstelijns zijn derhalve oververtegenwoordigd in de grote steden.

In figuur 4.1 is een overzicht gegeven van de plaats van vestiging in Nederland van de 496 psychologen die de inventarisatie-enquête hebben ingevuld.

Figuur 4.1.



Van onze respondenten heeft 24% (n = 119) afspraken gemaakt met andere zelfstandig gevestigde psychologen over een geografische afbakening van de praktijk (met tweede functie 17%; uitsluitend in eerstelijns 33%). Psychologen die minder dan 15 uur eerstelijnswork doen maken nauwelijks afspraken over regionale afbakening, slechts 8% doet dit, tegenover 37% van de psychologen dat meer dan 15 uur eerstelijnswork verricht. In het algemeen zijn de respondenten tevreden over de lokatie binnen de regio. Slechts 7% wenst hierin verandering.

4.3. Bekendheid van de praktijk

In tabel 4.3 is te zien dat psychologen vooral bekendheid aan hun praktijk geven via de huisarts, via mond-op-mond reclame en via vermelding in de Gouden Gids.

Tabel 4.3: vormen waarmee psychologen bekend maken dat zij een eigen praktijk voeren (n=496) (NB. percentages sommeren tot meer dan 100 omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn)

bekendheid geven via	aantal psychologen	percentage
huisarts	362	73
algemeen maatschappelijk werk	141	28
Gouden Gids	296	60
folder/informatiemateriaal	190	38
advertenties in dagbladen	95	19
voorlichtingsbijeenkomsten/lezingen	86	17
mond-op-mond reclame	361	73
overig	124	25

In de categorie overig vallen zeer uiteenlopende activiteiten. Enkele antwoorden zijn bekendheid door contacten met scholen, schoolarts, schooladviesdienst, artsen/specialisten in ziekenhuizen, kinderrecht, SOS-dienst, NVSH, GAK e.d. Daarnaast werden ook artikelen en/of interviews in (regionale) kranten of wijkbladen genoemd en ook vermelding in een gemeente- en of stadsgids werd meerdere keren genoemd. Verreweg het merendeel van de respondenten (85%) geeft op meer dan één manier bekendheid aan de praktijk. Psychologen die maar

op één manier bekendheid gaven doen dit vooral via mond-op-mond reclame (69%).

4.4. Bereikbaarheid van de praktijk voor cliënten

In de literatuur wordt benadrukt dat de hulpverlener voor de cliënten zo veel mogelijk direct bereikbaar moet zijn. Aan bereikbaarheid kunnen verschillende aspecten onderscheiden worden. Zo wordt in de literatuur regelmatig gesteld dat een hulpverlener in de eerstelijnsnel moet kunnen reageren op een hulpvraag en dat wachtlijsten derhalve uit den boze zijn. Daarnaast is het voor de cliënt van belang dat een psycholoog snel aanspreekbaar is. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen directe bereikbaarheid en indirecte bereikbaarheid. Van indirecte bereikbaarheid is bijvoorbeeld sprake wanneer contact met de psycholoog gelegd moet worden via een antwoordapparaat of een secretaresse. Een derde aspect van bereikbaarheid is de vraag of een cliënt überhaupt bij een psycholoog terecht kan. Een uitgangspunt van psychologische hulpverlening in de eerstelijns is dat deze hulp toegankelijk moet zijn voor iedereen. Of zoals Derksen stelt: "De praktijk vooraf gesloten houden voor bepaalde categorieën cliënten, dus een selectie vooraf, moet afgewezen worden. Een selectie op basis van diagnostiek is wel zinvol" (Derksen, 1982, pag. 25). Deze drie aspecten van bereikbaarheid zullen hieronder behandeld worden, respectievelijk onder de noemer 'wachtlijst', 'bereikbaarheid' en 'selectiecriteria'.

Wachtlijst

Tabel 4.4: gemiddelde tijd tussen het moment van aanmelding door een cliënt en het eerste contact met de psycholoog (n=494)

gemiddelde tijd tussen aanmelding en eerste contact	aantal psychologen	
	frequentie	percentage
0-3 dagen	156	32
4-7 dagen	225	45
1-2 weken	88	18
2-4 weken	18	4
> 1 maand	7	1

In tabel 4.4 is te zien dat het eerste contact tussen psycholoog en cliënt in 77% van de gevallen plaatsvindt binnen één week na aanmelding. Voor 46 psychologen betekent de tijd tussen aanmelding en eerste contact, gekoppeld met het aantal cliënten, dat zij werken met een wachtlijst. Deze 46 psychologen zijn, niet verrassend, psychologen met grote praktijken, dat wil zeggen psychologen die meer dan 20 uur aan eerstelijnswerk besteden en die meer dan 20 cliënten in behandeling hebben.

Bereikbaarheid

Per werkweek, dat wil zeggen van maandag tot en met vrijdag (0.00 - 24.00 uur) zijn de psychologen gemiddeld 34,5 uur direct bereikbaar (gegevens van 412 respondenten; = 83%), in die zin dat zij cliënten die contact met de hulpverlener willen hebben, direct te woord kunnen staan. Van deze 412 respondenten geeft 10% aan dat zij full-time direct bereikbaar zijn.

Psychologen die veel uur aan eerstelijnswerk besteden (> 15) zijn gemiddeld gedurende meer tijd direct bereikbaar dan degene die minder dan 15 uur werken; respectievelijk 36 en 31 uur, maar dit verschil is statistisch niet significant. Wel is er een significant verschil tussen psychologen met en zonder tweede functie; bij hen is de gemiddelde bereikbaarheid respectievelijk 25.8 uur en 45.6 uur.

Naast de directe bereikbaarheid werd ook gevraagd in hoeverre men indirect bereikbaar is, dat wil zeggen niet direct bereikbaar maar wel in staat om boodschappen aan te nemen, bijvoorbeeld via secretaresse of antwoordapparaat. Van de respondenten gaf 48% aan (n=237) dat hij of zij indirect bereikbaar is. Gemiddeld is deze groep gedurende 68,8 uur indirect bereikbaar. In het geval van de indirecte bereikbaarheid zijn er nauwelijks verschillen tussen psychologen die veel of weinig uur werken en tussen hen die een of meer functies hebben. Als men eenmaal een antwoordapparaat heeft kan men dit gemakkelijk gedurende langere tijd aan laten staan.

Ten slotte werd gevraagd of de respondenten ook in het weekend direct bereikbaar zijn. Hierop antwoordden 372 respondenten (= 75%) positief, die gemiddeld 21,3 uur direct bereikbaar zijn. Ook hier zijn het vooral de psychologen die meer dan 15 uur werken en de psychologen die uitsluitend eerstelijnswerk verrichten die het meest direct bereikbaar zijn. Relatief weinig psychologen geven aan dat zij in het weekend indirect bereikbaar zijn (n=142).

Evenals bij de indirecte bereikbaarheid in de week bestaan er ook met betrekking tot de indirecte bereikbaarheid in het weekend nauwelijks verschillen tussen psychologen die veel of weinig uur in de eerstelijn werken en tussen psychologen met een of twee functies.

Selectiecriteria

Van onze respondenten hanteert 89% één of meerdere criteria om bepaalde groepen cliënten niet in behandeling te nemen. In tabel 4.5 wordt een overzicht gegeven van de voornaamste criteria.

Tabel 4.5: criteria om cliënt niet in behandeling te nemen (n=438)

criterium	frequentie	percentage
leeftijd; kind	67	15
adolescent	71	15
ouder dan 60	7	1
volwassene	12	2
kind of bejaarde	11	2
totaal	167	
problematiek;		
verslaafd (a)	20	5
psychiatrisch		
ziektebeeld (b)	181	41
a of b	104	24
totaal	305	
intellectuele capaciteiten;		
zwak begaafd/on-		
voldoende vermogens	89	20
gebrek aan motivatie van de cliënt	42	10
financiële situatie van de cliënt	23	5
verstandhouding ther./cliënt	14	3
methodiek v. ther. (bv. groepsth. in		
plaats van ind. therapie	42	10

NB. percentage loopt op tot meer dan 100 omdat meerdere criteria aangegeven kunnen worden.

Hoewel de meeste respondenten een of meerdere selectiecriteria toe-
 passen om een cliënt niet in behandeling te nemen, is er eigenlijk
 maar één criterium dat min of meer systematisch door een groot aan-
 tal respondenten wordt genoemd en dat is wanneer de cliënt een psy-
 chiatrisch ziektebeeld vertoont. Wat de overige criteria betreft
 lijkt het veel van de individuele psycholoog af te hangen of een
 criterium al dan niet wordt toegepast. In de categorie 'overig'
 wordt als criterium om een cliënt niet te behandelen vaak genoemd:
 omdat de cliënt niet ambulante behandelbaar is, omdat behandeling te
 lang zou duren en omdat de cliënt elders in behandeling is. Het al
 dan niet hanteren van selectiecriteria heeft geen relatie met het
 aantal uren dat een psycholoog werkt en het aantal functies dat een
 psycholoog heeft.

4.5. Bron van inkomsten van de praktijk

In tabel 4.6 is aangegeven via welke bronnen de behandelingen van
 cliënten gefinancierd wordt.

Tabel 4.6: financiering van behandeling van cliënten (n=491)

bron van financie- ring	aantal psycholo- gen dat betref- fende bron noemt	%	genoemde bron geldt voor gemiddeld x percentage van cliënten
part. ziektekosten-*			
verzekering	339	69	33
geheel eigen midde- len cliënt	428	86	64
deels eigen middelen cliënt/deels ex- terne financiering	111	22	20
subsidiefondsen	22	4	9
Gem. Sociale Dienst	76	15	7
Steenfonds van bedrijf	89	18	7
ziekenfonds	14	3	niet bekend
anders	40	8	32

* Deze tabel geeft de situatie per september 1988 weer. Sinds 1 ja-
 nuari 1989 zijn onder invloed van de opname van de gehele GGZ in
 het AWBZ-pakket een groot aantal particuliere ziektekostenverzeke-
 raars ertoe overgegaan vrijgevestigde psychologen en psychothera-
 peuten uit hun pakket te schrappen.

Uit tabel 4.6 kan worden afgeleid dat het merendeel van psychologen aangeeft dat hun inkomsten uit meerdere bronnen bestaan. Dit neemt niet weg dat met name de categorie 'eigen middelen van de cliënt' (al dan niet gecombineerd met externe financiering) veruit de belangrijkste bron van inkomsten vormt. Berekend kan worden dat 54% van de respondenten (n=269) aangeeft dat meer dan de helft van het inkomen bestaat uit geheel eigen middelen van de cliënt. Voor 13% (n=55) van de respondenten zijn de eigen middelen van de cliënt zelfs de enige bron van inkomsten.

De financiële positie van psychologen in de eerstelijns lijkt in de afgelopen 20 jaar niet erg veel verbeterd te zijn. Al in 1977 vonden Schut en Bensing dat 51% van de werkzaamheden van free-lancers (vergelijkbaar met onze populatie) niet vergoed werden en dat deze situatie negatief werd beoordeeld. In onze groep respondenten is 51% (n=249) tevreden met het huidige inkomen, 49% (n=239) is ontevreden. De ontevredenheid is niet gekoppeld aan het aantal uren dat men werkt, maar wel aan het aantal functies, er zijn meer ontevreden psychologen onder degenen die uitsluitend in de eerstelijns werken, 57% versus 43% bij de psychologen met een tweede functie. Als wijze waarop de financiële situatie verbeterd kan worden wordt door 242 psychologen (=83% van de 291 die op deze vraag antwoordden) aangegeven dat de behandeling vergoed moet worden door het ziekenfonds, een wens die ook al in het rapport van Schut en Bensing (1977) wordt genoemd.

Van de respondenten hanteert 55% een standaardtarief, 45% doet dit niet. Door 83% wordt voor bepaalde cliënten een flexibel tarief toegepast. Het gaat in dat geval om gemiddeld 56% van de cliënten. Door nagenoeg alle respondenten wordt de inkomenspositie van de cliënt als reden genoemd om een flexibel tarief toe te passen. Expliciet worden vaak genoemd: 'indien cliënt van uitkering of studiebeurs moet leven' en 'aard van behandeling'. Met dit laatste wordt bedoeld dat een flexibel tarief in rekening gebracht wordt wanneer een cliënt twee maal of meer per week contact heeft met de psycholoog of wanneer ook de partner bij de behandeling betrokken wordt.

Een psycholoog neigt er kennelijk eerder toe om een standaardtarief toe te passen wanneer deze minder dan 15 uur in de eerstelijns werkt (60% versus 51% van degenen die meer dan 15 uur werken). Ook passen de psychologen met ander werk vaker een standaardtarief toe (60%) dan degenen die uitsluitend eerstelijnswork verrichten (49%). Een omgekeerd patroon is te zien met betrekking tot het al dan niet toe passen van een flexibel tarief voor sommige cliënten. Psychologen

die veel uren in de eerstelijns werken en die daarnaast geen ander werk doen passen minder vaak een standaardtarief toe, maar juist wel vaker een flexibel tarief.

4.6. Aantal cliënten

In tabel 4.7 is aangegeven hoeveel cliënten de respondenten in behandeling hebben.

Tabel 4.7: aantal cliënten dat de respondenten in behandeling hebben (n=496)

aantal cliënten	aantal respondenten	
	frequentie	percentage
1-10	212	43
11-20	152	31
21-30	59	12
31-40	23	5
41-50	20	4
> 50	30	5

Hoewel het totaal gemiddelde 16,9 cliënt bedraagt, moet vastgesteld worden dat de categorie 1-10 cliënten het meest voorkomt. Slechts 26% van de respondenten heeft op dit moment meer dan 20 cliënten in behandeling. Ten aanzien van het aantal cliënten bestaan aanzienlijke verschillen tussen de reeds bekende groepen psychologen. Zo hebben psychologen zonder tweede functie gemiddeld 21,4 cliënt (n=205) in behandeling, tegenover 13,6 (n=277) bij psychologen met een tweede baan. Een nog groter verschil doet zich echter voor wanneer het aantal uur dat een psycholoog werkt in beschouwing wordt genomen. Psychologen die minder dan 15 uur in de eerstelijns werken hebben gemiddeld 8,1 (n=215) cliënt in behandeling, maar bij de psychologen die meer dan 15 uur werken zijn dat er gemiddeld 24,1 (n=266). Er zijn 163 respondenten die aangeven dat er sprake is van een onvoldoende cliëntenaanbod en dat dit een belemmering is voor uitbreiding van de praktijk. Hiervan geven 145 psychologen aan dat de financiële vergoedingsregeling voor de cliënt ontoereikend is, hetgeen tot gevolg heeft dat veel potentiële cliënten de psycholoog

niet bereiken. Overige redenen die genoemd worden zijn: de verwijzende personen/instanties zijn niet voldoende op de hoogte van mogelijke samenwerking met de psycholoog (n=64) of daarin niet geïnteresseerd (n=69). Voor een aantal is er sprake van te grote concurrentie van andere psychologen/psychiaters (n=25) of van de RIAGG (n=38).

4.7. Groepspraktijken

In de inleiding van deze paragraaf werd gesteld (zie ook Derksen, 1982) dat het voor psychologen om verschillende redenen goed is dat zij samen met andere psychologen een praktijk voeren. Van onze respondenten werkt 29% (n=144) in een groepspraktijk. Voor zover bekend vormt ongeveer 60% samen met één andere psycholoog een duo-praktijk, ongeveer 20% werkt samen met twee anderen en 20% werkt met drie of meer psychologen samen. De grootste praktijk bestaat uit 15 psychologen (34 psychologen die in een groepspraktijk zeiden te werken, gaf het aantal collega's niet aan). Hieronder zullen wij een schets geven van de psychologen die in het kader van een groepspraktijk werken, waarbij de nadruk gelegd zal worden op die aspecten waarin zij verschillen van solisten.

Ook psychologen die in een groepspraktijk werken voeren de praktijk in de meeste gevallen aan huis (53%). Echter, het aantal dat over een zelfstandig gesitueerde werkruimte beschikt is veel hoger dan bij de solisten; 43% versus 19%. De verdeling van de praktijk over de verschillende soorten regio's verschilt nauwelijks met die van de solisten. Van de psychologen in groepspraktijken is 77% tevreden over hun praktijkruimte. Alle mogelijk manieren om bekendheid te geven aan de praktijk die vermeld zijn in tabel 4.3 worden door de psychologen in groepspraktijken veel vaker genoemd dan door solisten, met uitzondering van mond-op-mond reclame, dat door de solisten vaker wordt genoemd. Met name maken de psychologen in groepspraktijken veel meer gebruik van contacten met het AMW, folder/informatiemateriaal, advertenties en voorlichtingsbijeenkomsten en lezingen. Een belangrijk verschil met de solisten is dat psychologen in groepspraktijken veel vaker afspraken hebben gemaakt over geografische afbakening van hun praktijk (respectievelijk 48% en 14%). Psychologen die in een groepspraktijk werken besteden gemiddeld 25,2 uur per week aan eerstelijnswerk. Voor de solisten ligt het gemiddelde op 17,6 uur. Meer dan de solisten is voor hen het eerstelijns-

werk de enige functie als psycholoog; 55% tegenover 38% bij de solisten. Zij hebben gemiddeld meer cliënten in behandeling; 19,9 versus 15,7 bij de solisten.

Psychologen in een groepspraktijk maken in iets mindere mate gebruik van een wachtlijst, 7% versus 11% bij de solisten. De bereikbaarheid van psychologen door de week en in het weekend in een groepspraktijk is over het geheel genomen niet veel beter of slechter dan die van solisten. Psychologen in een groepspraktijk hanteren iets minder vaak een standaardtarief (48% versus 58%) en wel iets vaker een flexibel tarief; 89% versus 80% bij de solisten.

Met betrekking tot het al dan niet hanteren van selectiecriteria voor cliënten er is geen verschil tussen solisten en psychologen in een groepspraktijk. Hetzelfde geldt voor de mate waarin men vindt dat de opleiding een goede basis voor de huidige werkzaamheden. Wel is er een verschil in de beoordeling van het inkomen. Van de solisten is 54% tevreden over het inkomen, bij de groepspraktijk-psychologen is dit percentage lager, namelijk 43%.

5. CLIËNTKENMERKEN EN PROBLEEMAANBOD

5.1. Cliënten; verdeling naar geslacht

Op basis van de beschikbare verslagen kan geconcludeerd worden dat er vrijwel altijd sprake is van een oververtegenwoordiging van vrouwelijke cliënten in de cliëntenbestanden van psychologen die in de eerstelijns werken. Dit varieert van een lichte oververtegenwoordiging (Psychologenpraktijk Wychen, 1982; McKechnie en Philip, 1981; Rijnders, 1978; Anderson en Harter, 1979) tot situaties waarin vrouwen meer dan 70% van het cliëntenbestand uitmaken (France en Robson, 1982; Johnston, 1978; Kamsma, 1987). Deze oververtegenwoordiging van vrouwen wordt overigens op alle niveaus in het gezondheidszorgsysteem aangetroffen; vrouwen hebben meer klachten dan mannen en bezoeken hun huisarts meer (vergelijk Van der Zee, 1982). Klachten van vrouwen worden door de huisarts vaker als psychosociaal beoordeeld (Verhaak, 1986) en vrouwen worden meer naar GGZ- instanties verwezen (Van Busschbach en Verhaak, 1986).

In onze populatie is inderdaad sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwelijke cliënten; het percentage vrouwelijke cliënten is 60%, dat van mannen is 40%. Er is een significant verschil in samenstelling van het cliëntenbestand van mannelijke en vrouwelijke psychologen. Bij mannen is het percentage vrouwelijke cliënten gemiddeld 57%, bij vrouwen is dit 67% ($t=5.77$, $p < .003$).

5.2. Cliënten; verdeling naar leeftijd

In de ons ter beschikking staande literatuur is de groep cliënten tot 20 jaar ondervertegenwoordigd. Een uitzondering hierop vormen gegevens van Bouras (1982) en Koch (1979) bij wie een kwart van de door hen behandelde populatie in deze groep valt. Deze ondervertegenwoordiging geldt ook voor de groep cliënten van 60 jaar en ouder. Daarentegen is er sprake van een sterke oververtegenwoordiging van de groep 20-40 jarigen.

Tabel 5.1: het percentage psychologen dat cliënten van de betreffende leeftijdsklasse behandelt (n=492)

leeftijd van cliënten	aantal psychologen	percentage	gemiddeld percentage van cliënten
0- 9	96	19	18
10-19	270	54	16
20-39	461	93	58
40-59	428	86	33
60 en ouder	207	42	9

Met betrekking tot de leeftijdsverdeling van de cliënten kan geconcludeerd worden (zie tabel 5.1) dat onze gegevens het beeld bevestigen dat in de literatuur naar voren kwam; de groep van 20-39 jaar is het sterkst vertegenwoordigd. Personen jonger dan 20 en ouder dan 60 zijn relatief oververtegenwoordigd. Op zich kan wellicht gesteld worden dat een aanzienlijk aantal psychologen deze groepen van cliënten behandelt, maar het gaat dan toch om een klein percentage van het cliëntenbestand.

Er zijn vijftig psychologen (= 10%) die cliënten uit alle leeftijdscategorieën in hun cliëntenbestand hebben. Zes procent (n=29) behandelt uitsluitend cliënten uit één leeftijdscategorie. Dit is op twee na altijd de categorie 20-39 jaar. Voor zowel de psychologen die meer dan 15 uur de eerstelijns werken, als voor hen die uitsluitend in de eerstelijns werken en voor hen die in een groepspraktijk werken geldt dat zij gemiddeld cliënten uit meer leeftijdscategorieën behandelen dan hun tegenhangers.

5.3. Cliënten; verdeling van opleidingsniveau

Een specifiek aandachtspunt is de categorie lager opgeleide cliënten. Dit omdat in de literatuur (NIP, 1984) de hypothese wordt gesteld dat een van de positieve effecten van de psycholoog in de eerstelijns zou zijn dat psychologische hulp nu toegankelijk wordt voor met name de lagere sociale klassen. Uit de literatuur blijkt dat in een aantal praktijken relatief veel cliënten van eerstelijnspsychologen tot de hoger opgeleiden behoren (Rijnders, 1978; EPA, jaarverslag 1986). Andere psychologen daarentegen geven aan dat de helft of

meer van het cliëntenbestand tot de lager opgeleiden behoort (Van der Meer e.a., 1987); Smits en Huygen, 1976; Oskam, 1982; Gemeente Haarlem, 1987).

Hierbij is de financiering voor de cliënten een belangrijke factor: in die gevallen waarin bijvoorbeeld het ziekenfonds hulpverlening door eerstelijnspsychologen vergoedt is de toegankelijkheid voor lager opgeleiden per definitie groter dan wanneer een eigen bijdrage wordt gevraagd. Hetzelfde geldt min of meer ook voor (meestal meer vermogende) hoger opgeleiden, die eerder psychologische hulp zullen zoeken wanneer de particuliere verzekering dit vergoedt. Nu plegen de laatstgenoemde verzekeringsmaatschappijen wat soepeler te zijn in deze dan de ziekenfondsen, hetgeen een ondervertegenwoordiging van de lagere sociaal-economische klasse zal bewerkstelligen.

In tabel 5.3 is een overzicht gegeven van het opleidingsniveau van de cliënten waarbij een onderverdeling is gemaakt in drie niveaus:

- laag (LO, LO niet afgemaakt, (buitengewoon) LO, 3 jaar voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld LTS, LHNO, MAVO);
- middelbaar (5 à 6 jaar voortgezet onderwijs van bij voorbeeld HAVO en ATH, MBO);
- hoog (HBO, Universiteit).

Tabel 5.3: verdeling van het aantal cliënten naar opleidingsniveau uitgedrukt in percentages (n=475)

opleiding	cliënten	landelijke gegevens (opgave CBS over 1985)
hoog	31%	16%
midden	45%	37%
laag	24%	47%

We kunnen concluderen dat de grootste groep cliënten middelbaar opgeleid is, gevolgd door een grote groep hoger opgeleide cliënten, terwijl een relatief kleine groep een lage opleiding heeft. Solisten hebben in vergelijking met psychologen in een groepspraktijk relatief weinig cliënten uit de lage klasse en veel cliënten uit de hoge klasse. Hetzelfde geldt voor psychologen met twee functies in vergelijking met degenen die uitsluitend in de eerstelijns werken. Verder is te zien dat het cliëntenbestand van psychologen in de eerstelijns geen afspiegeling vormt van de verdeling van het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking.

5.4. Probleemaanbod

In deze paragraaf gaan we in op de klachten en problemen waarmee cliënten bij de psycholoog aankloppen. De klachten die de eerstelijnspsycholoog zou moeten behandelen zijn klachten van in hoofdzaak psychische aard (Derksen, 1987). Klachten van in hoofdzaak lichamelijke aard zouden dan door de huisarts behandeld moeten worden en klachten van in hoofdzaak sociale aard door het AMW. Naarmate deze psychische klachten complexer zijn (en dus tijdrovender) en een intensievere behandeling vereisen, zal verwijzing naar de tweedelij, de AGGZ of polikliniek of APZ of PAAZ, overwogen kunnen worden. Dit standpunt wordt ook door het NIP (1984) verwoord.

De Nota Geestelijke Gezondheidszorg (1984) maakt een heel ander onderscheid voor klachten die wel of niet in de eerstelijns behandeld dienen te worden, namelijk het onderscheid tussen lichte en ernstige psychosociale problematiek. Lichte psychische problematiek doet zich voor bij in principe gezonde mensen en dient door huisarts en AMW in de eerstelijns behandeld te worden. Ernstige psychische problematiek behoeft daarentegen behandeling in de tweedelijns. Het standpunt van de psychologen verschilt met dat van de overheid in die zin dat de psychologen de beslissing of een klacht in de eerste- dan wel tweedelijns behandeld moet worden af laten hangen van de complexiteit van de klacht en niet, zoals de overheid, van de aard of de ernst van de klacht.

Naast deze psychische problemen sec, heeft Diekstra (1987) gewezen op het hoge percentage van degenen die medische hulp zoeken voor lichamelijke klachten als gevolg van emotionele problemen. Een snelle psychologische interventie van beperkte duur zou hierbij tot een zeer aanzienlijk effect - gemeten in medische consumptie - leiden. Het gaat hierbij om problemen die in eerste instantie als lichamenlijk probleem bij huisarts en psycholoog worden gepresenteerd.

Echter, welk onderscheid men in de praktijk ook maakt, feit blijft dat er geen eenduidige nomenclatuur voor psychische klachten bestaat. In de literatuur zijn hiervoor verschillende 'oplossingen' bedacht. In sommige gevallen kiest men ervoor te volstaan met het omschrijven van de gepresenteerde symptomen, bijvoorbeeld meneer A heeft slaapproblemen. In andere gevallen schrijft men de symptomen toe aan een achterliggende psychische oorzaak, bijvoorbeeld: slaapproblemen als gevolg van een slechte relatie met de partner. In weer andere gevallen worden de symptomen gezien als behorend tot een syndroom, bijvoorbeeld: deze symptomen zijn verschillende uitingen van manisch-depressief gedrag. Echter, het probleem is dat dit soort

indelingen niet consequent wordt toegepast. De ene persoon noemt een klacht wel van psychische aard of kenmerkend voor een bepaald syndroom, een andere persoon vindt dat dat juist niet het geval is. Onderzoeksresultaten op dit gebied moeten dan ook met enige terughoudendheid bekeken worden.

In de literatuur worden angst, stress en relatieproblemen door de meeste psychologen genoemd als frequent voorkomende klachten. Psychosomatische klachten worden minder vaak genoemd, maar wanneer zij door een psycholoog genoemd worden komen zij in zijn of haar praktijk vaak voor. Dit duidt er op dat ook in dit geval de terminologie niet eenduidig is. Klachten van depressieve aard (affectieve stoornissen) worden relatief weinig genoemd (5 à 15% van de klachten). Dit is opvallend, omdat deze in de psychiatrische epidemiologie juist zeer frequent worden aangetroffen. Eveneens 5 à 15% van de aangemelde klachten worden door de auteurs bestempeld als gedragsproblemen (rook- alcoholverslaving). Wel genoemd, maar niet erg vaak, worden klachten en problemen op het gebied van opvoeding, werk, school en studie, seksuele problemen, levensfaseproblematiek (puberteit, overgang) en psychiatrische ziektebeelden.

Resultaten

In de enquête werd aan de respondent gevraagd welke klachten in zijn of haar praktijk voorkwamen. Acht (soorten) aanmeldingsklachten werden aangeboden, de overige kon de respondent zelf aangeven. Deze acht zijn overgenomen uit Van de Meer e.a. (1987). Het zijn: angst, drepressiviteit, interactie- en gezinsproblemen, ontwikkelingsproblemen, psychosomatische klachten, seksuele stoornissen, stress- en zingevingsproblemen. In tabel 5.4 (zie volgende pagina) is aangegeven welke klachten volgens opgave van de respondenten het meest voorkwamen. Tabel 5.4 moet als volgt gelezen worden. Van alle klachten die door de respondenten als meest voorkomend worden aangemerkt bestaat 20% uit angst/fobie, 19% uit drepressiviteit etc. Wanneer we deze gegevens vergelijken met die uit de literatuur, dan kan gesteld worden dat zij redelijk met elkaar overeenkomen. Ook in ons onderzoek vormen angst, stress en relatieproblematiek een aanzienlijk deel van het klachtenaanbod. Drepressie (affectieve stoornissen) en psychosomatische klachten komen iets vaker voor dan in de literatuur werd vermeld.

Tabel 5.4: overzicht van meest voorkomende aanmeldingsklachten bij
eerstelijnspsychologen

problematiek	% van de klachten
1. angst/fobie	20
2. depressie/depressiviteit	19
3. psychosomatische probl.	11
4. interactie- en gezinsproblemen	9
5. problemen t.g.v. stress	9
6. relatieproblemen	7
7. zingevingsproblemen	4
8. seksuele problemen	2
9. hyperventilatie	2
10. ontwikkelingsproblemen	2
11. rouw/verwerkingsproblemen	1
12. identiteitsproblemen	2
13. school-studie-beroepsproblemen	2
14. assertiviteitsproblemen/faalangst	2
15. slaaproblemen	
16. arbeidsproblemen	
17. dwanghandelingen/gedachten	
18. verslavingsproblemen	
19. psychiatrisch ziektebeeld	totaal 4
20. incest	
21. levensproblemen	
22. eenzaamheid	
23. overig	4

Om een indruk te krijgen van de klachten die wel bij de psycholoog aangemeld worden, maar die niet door hem of haar worden behandeld, werd aan de respondenten gevraagd een beschrijving te geven van de klachten van de laatste vijf cliënten die door hen werden doorverwezen. Bij de klachten die werden doorverwezen werd vaak depressie genoemd. Aangezien depressie ook vaak als aanmeldingsklacht werd genoemd, lijkt dit een aanwijzing te zijn dat niet zozeer de aard van de klacht, maar eerder de complexiteit ervan, een criterium is om een cliënt al dan niet in behandeling te nemen. Eenzelfde resultaat, zij het in iets mindere mate, werd gevonden voor relatie- en gezinsproblemen. Opvallend is dat met name psychiatrische problematiek zeer frequent werd doorverwezen, waarbij moet worden opgemerkt dat deze soort problematiek niet erg vaak werd aangeboden. Er zijn ook een aantal klachten die juist niet of nauwelijks werden doorverwezen. Dit zijn; angsten en fobieën, hyperventilatie, zingevingsproblematiek en seksuele stoornissen. Deze soorten klachten lijken derhalve bij uitstek het werkterrein voor eerstelijns psychologen te zijn.

6. WERKZAAMHEDEN VAN PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op vraag d (zie paragraaf 1.3), naar de feitelijke werkzaamheden die door psychologen in de eerstelijns verricht worden. Zoals uit de inleiding is gebleken is er nog geen eensluidende opvatting over de vraag welke taken een psycholoog in de eerstelijns zou moeten, en zou kunnen, verrichten.

Aan de respondenten werd gevraagd welke werkzaamheden zij feitelijk verrichten, waarbij alle activiteiten die in de literatuur worden aangegeven (Nota Geestelijke Gezondheidszorg, 1984 - NIP-nota, 1984 - zie hoofdstuk 1) expliciet werden genoemd. Wij zullen eerst een algemeen overzicht geven van de activiteiten die worden verricht en de mate waarin. Daarna zullen we dieper ingaan op die activiteiten die het meest frequent worden verricht, namelijk diagnostiek en therapie. Met betrekking tot de therapie wordt met name aandacht besteed aan de duur van de therapeutische behandeling (aantal sessies) en op de soort en vorm van de therapieën die toegepast worden (6.4). Ten slotte geven we een kort overzicht van de meest relevante gegevens met betrekking tot de overige werkzaamheden.

6.1. Werkzaamheden algemeen

In tabel 6.1 staan de werkzaamheden van de respondenten vermeld.

Therapie, diagnostiek en administratie zijn de meest voorkomende activiteiten van de psychologen in de eerstelijns, begeleiden van groepen, nazorg en preventie komen het minst voor. Er zijn twintig psychologen die als enige activiteit therapie opgeven of therapie met één andere activiteit. Voor diagnostiek is dit aantal 9.

Het patroon in tabel 6.1, dat wil zeggen de relatieve verdeling over de verschillende werkzaamheden is hetzelfde voor alle subgroepen, dat wil zeggen meer/minder dan 15 uur in de eerstelijns en wel/geen tweede functie als psycholoog. Wel geldt dat alle werkzaamheden procentueel meer gedaan worden dan psychologen die meer dan 15 uur in de eerstelijns werken en door psychologen die uitsluitend in de eerstelijns werken. De werkzaamheden worden door deze groepen ook gedurende een groter aantal uren verricht.

Tabel 6.1: overzicht van werkzaamheden van psychologen in de eerste-
 lijn (n=484). N.B. Er is een aantal respondenten dat wel
 aangeeft dat zij een activiteit verricht, maar die geen
 aantal uren opgaven; vandaar dat de n in de laatste ko-
 lom verschilt met die in de eerste

werkzaamheden	aantal psychologen dat werkzaam- heden verricht n	%	gemid. % van totale werktijd per psycholoog	
diagnostiek/indicatiest.	391	81	13.4	(n=364)
behandeling d.m.v. therapie	466	96	57.1	(n=436)
consultatie	194	40	4.3	(n=177)
crisisinterventie	127	26	2.6	(n=114)
preventie	72	15	8.8	(n= 62)
adviesgesprekken	279	58	4.6	(n=255)
contacten met andere hulpverleners	329	68	4.4	(n=310)
nazorg	70	15	4.5	(n= 65)
begeleiding van groepen	49	10	9.6	(n= 41)
supervisie/intervisie	339	70	10.0	(n=319)
wetenschappelijk onderzoek	106	22	11.9	(n= 90)
administratieve werkzaamheden	415	86	10.2	(n=392)
bestuurlijke werkzaamheden	109	22	5.4	(n=101)
overig	114	24	14.0	(n=107)

6.2. Diagnostiek/intake en het introductiegesprek

Diagnostiek is na therapie de activiteit die het meest door de res-
 pondenten wordt verricht (gemiddeld door 81%).

In de taakomschrijving van de psycholoog volgens het NIP wordt een
 duidelijk onderscheid gemaakt tussen de diagnostische fase en de fa-
 se van behandeling. Wij hebben de diagnostische fase omschreven als
 een fase van een of meerdere gesprekken waarin wordt getracht te ko-
 men tot een zo gedetailleerd mogelijke probleembeschrijving op grond
 waarvan een zo eenduidig mogelijk probleemoplossend advies voor de
 cliënt respectievelijk advies tot behandeling voor de verwijzer tot

stand komt. Met name Derksen (1982) is een voorstander van het onderscheiden van deze twee fasen. Als functie van de diagnostische fase noemt hij ook het komen tot een indicatiestelling voor het type therapie. Een dergelijk onderscheid tussen diagnostische- en behandelingsfase wordt door het merendeel van de respondenten (75%) gemaakt. Van de respondenten maakt 13% altijd gebruik van diagnostische hulpmiddelen als psychologische tests, 46% doet dit soms en 41% maakt nooit gebruik van psychologische tests. Het is te veronderstellen dat de psychologen die gebruik maken van diagnostische hulpmiddelen, juist diegenen zijn die diagnostiek tot hun takenpakket rekenen. Dit blijkt slechts ten dele zo te zijn. Van degenen die diagnostiek doen (n=391) maakt 16% altijd gebruik van diagnostische hulpmiddelen, 51% doet dit soms en 33% nooit. Deze laatste groep gebruikt mogelijk andere vormen van diagnostiek dan psychologische tests, bijvoorbeeld het klinisch interview of gedragsobservaties. Omgekeerd blijkt dat psychologen die niet aan diagnostiek doen (n=103) zo nu en dan toch gebruik maken van een psychologische test. Van deze groep deed 30% dit soms en 2% zelfs altijd. Kortom, niet iedere psycholoog die diagnostiek tot zijn of haar takenpakket rekent maakt gebruik van tests en psychologen die niet aan diagnostiek doen maken soms wel gebruik van tests.

Het introductiegesprek

Wij vroegen ons af in hoeverre de respondenten gebruik maken van een introductiegesprek met de cliënt. Dit is een kennismakingsgesprek ter wederzijdse oriëntatie van cliënt en psycholoog, waarin de cliënt wordt geïnformeerd over de werkwijze van de praktijk en de mogelijke consequenties van een behandeling, maar waarin nog niet wordt overgegaan tot feitelijke behandeling. Door 70% van de respondenten wordt met de cliënt altijd een introductiegesprek gevoerd. Soms wordt dit gedaan door 23% van de respondenten en 6% doet dit nooit. Interessant is verder dat het introductiegesprek iets vaker 'altijd' wordt toegepast door psychologen die ander werk hebben als psycholoog (73% versus 68%) en door psychologen die minder dan 15 uur in de eerstelijns werken (78% versus 66%). Dit zou er op kunnen duiden dat respondenten die minder uur in de eerstelijns werken iets selectiever zijn ten aanzien van de cliënten die zij behandelen, in die zin dat zij minder risico willen lopen dat zij ten onrechte, op grond van welk criterium dan ook, met een behandeling starten.

6.3. Behandeling door middel van therapie; aantal sessies

In het algemeen is men het er in de literatuur over eens dat de behandeling (door middel van therapie) in de eerstelijns kortdurend moet zijn. Velen zijn zelfs van mening dat juist hierin de kracht van de eerstelijnspsycholoog ligt. Een gemiddeld aantal van acht contacten per behandeling met een maximum van 10-12 wordt genoemd. Uit rapporten en verslagen van individuele psychologen of van groepspraktijken blijkt dat voor een aantal psychologen een behandeling inderdaad bestaat uit ongeveer acht contacten (Van der Meer e.a., 1987; Kamsma, 1987 en Seur, 1976). Echter, er zijn ook psychologen die een hoger gemiddeld aantal sessies rapporteren. In de Psychotherapiepraktijk Wijchen (evaluatie-rapport 1983-84) nemen de meeste behandelingen tussen de 11 en 20 sessies in beslag en bij de Eerstelijnspsychologen Amsterdam (verslag 1986) is het gemiddeld aantal sessies 17.8. In ons onderzoek wordt het patroon dat in de literatuur naar voren komt bevestigd, zoals blijkt uit tabel 6.2 (NB. Wij merken op dat met betrekking tot het aantal sessies een eenduidige terminologie ontbreekt. Gesproken wordt over 'sessies', 'zittingen', 'contacten' en 'gesprekken'. Wij zullen in het vervolg consequent spreken van 'sessies').

Tabel 6.2: gemiddeld aantal sessies per behandeling (n=451)

gemiddeld aantal sessies	aantal psychologen	
	frequentie	%
0- 5	11	2
6-10	116	26
11-15	106	24
16-20	80	18
21-30	54	12
31-40	31	7
> 40	53	12

In tabel 6.2 is te zien dat bij 28% van de psychologen een behandeling gemiddeld 10 sessies of minder in beslag neemt. Bij 41% neemt deze tussen de 11 en 20 sessies in beslag. Bij 31% van de psychologen omvat een behandeling gemiddeld meer dan 20 sessies. Hieronder vallen 11 psychologen die een gemiddelde opgaven van meer dan 100

sessies. De mediaan is 15, dat wil zeggen dat bij 50% van de psychologen de behandeling bestaat uit minder dan 15 sessies. (NB. De duur van een sessie verschilt van 45 minuten tot 1.5 uur. De meest voorkomende tijd was 1 uur. Door ons werd de duur van een behandeling uitgedrukt in minuten (aantal sessies x aantal minuten per sessie) en vervolgens omgerekend naar sessies van 1 uur. Hierdoor verandert het patroon in tabel 6.2 echter nauwelijks. Echter, terwille van de vergelijkbaarheid van verschillende groepen van psychologen, zullen wij hierna steeds uitgaan van 1-uurs sessies).

Tabel 6.3: aantal cliënten en aantal sessies voor verschillende groepen psychologen

	aantal uur in eerstelijns		werkzaamheden naast die van eerstelijnspsycholoog	
	< 15	> 15	ja	nee
gemiddeld aantal sessies	25.8	22.3	27.0	19.5
aantal sessies (mediaan)	18.3	15.0	16.7	14.0
gemiddeld aantal cliënten	8.1	24.1	13.6	21.4

In tabel 6.3 is te zien dat het aantal sessies het laagst is bij psychologen die veel uur en uitsluitend in de eerstelijns werken. Interessant is de relatie met het aantal cliënten; bij de psychologen die weinig cliënten hebben is het aantal sessies het hoogst. In tabel 6.4 blijkt dat het aantal sessies gemiddeld lager is wanneer de psycholoog hierover vooraf afspraken maakt met de cliënt.

Tabel 6.4: relatie tussen afspraak en aantal sessies (n=489)

maakt psycholoog afspraak over aantal sessies	gem. aantal sessies v.e. behandeling	mediaan	gem. grootst aantal sessies	% waarin aantal sessies groter dan 12
ja (n=145)	22.5 (n=137)	12.5	49.9 (n=123)	43.6 (n=132)
soms (n=243)	20.9 (n=223)	15.0	59.9 (n=199)	52 (n=215)
nee (n=101)	31.7 (n= 87)	20.0	64.2 (n= 81)	64.4 (n= 87)

Gezien de discussie rond het ideale aantal sessies vroegen wij tevens aan de respondenten of zij van mening waren dat er gestreefd moest worden naar een vast aantal sessies per behandeling, een aantal dat bovendien vooraf is vastgesteld. Van de respondenten die hierop een antwoord gaven (n=405) was slechts 10% van de respondenten een voorstander van een vast aantal sessies. Gemiddeld vonden deze respondenten 13 sessies een goede richtlijn, maar de spreiding is groot: van 8 tot 25 met een meest genoemd aantal van 10. Echter, veruit het merendeel (88%) was van mening dat het aantal sessies bij iedere behandeling moet worden aangepast aan de problematiek en de persoon van de cliënt.

6.4. Behandeling door middel van therapie; soort en vorm van therapie

In de literatuur (bij voorbeeld NIP-nota, 1984) wordt als kenmerk van de psycholoog in de eerstelijns gezien dat deze generalistisch moet werken. Voor het behandelen van cliënten door middel van therapie betekent dit dat de behandeling in principe vanuit meerdere therapeutische invalshoeken plaats moet kunnen vinden. Psychologen die specifiek vanuit één therapeutische benadering werken zijn, in ieder geval in de ogen van het NIP, specialisten die niet tot de eerstelijns hulpverlening gerekend dienen te worden. In tabel 6.5 geven wij een overzicht van de mate waarin verschillende soorten en vormen van therapie door de respondenten wordt toegepast. De soort van therapie verwijst naar het aantal personen die in een behandeling betrokken worden, alsmede de aard van de relatie die tussen die personen bestaat. In dit verband onderscheiden wij individuele therapie, groepstherapie, gezinstherapie en partner/relatietherapie. De vorm van de therapie verwijst naar de theoretische achtergrond waarop de therapie is gebaseerd.

Uit tabel 6.5 valt af te leiden dat veruit het merendeel van de respondenten individuele therapie geeft. Groepstherapie en gezinstherapie worden relatief weinig toegepast. Partner- en relatietherapie wordt vooral 'soms' toegepast. Met betrekking tot de vorm van de therapie valt een grote verscheidenheid te constateren, waarbij de gedragstherapie en de Rogeriaanse therapie het meest worden toegepast.

Tabel 6.5: toepassing van soort en vorm van therapie (n=490)

	aantal psychologen					
	bijna altijd		soms		bijna nooit/ niet van toep.	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%
soorten:						
gezinstherapie	39	8	151	31	300	61
partner/relatietherapie	86	18	291	59	113	23
groepstherapie	17	3	82	15	391	80
individuele therapie	422	86	46	8	22	5

vormen:						
gedragstherapie	203	41	151	31	128	28
Rogeriaanse therapie	164	34	154	31	172	35
psycho-analyt. therapie	99	20	111	23	280	57
systeemtheor. therapie	105	21	207	42	179	37
rationeel-emotieve th.	112	23	154	31	224	46
Gestalt-therapie	39	8	87	18	364	74
hypnotherapie	53	11	116	24	322	65
speltherapie	14	3	42	9	435	88
psychodrama	13	3	59	12	419	85
bio-feedback	10	2	59	12	422	86
ontspanningstechniek	123	25	208	42	160	33
overig	68	14	54	11	751	75

Hoewel de verscheidenheid aan therapie vormen op zich erg groot is gaat het, wanneer men wil vaststellen of een psycholoog werkt vanuit een generalistische visie, vooral om aantal soorten en vormen dat door een psycholoog wordt beheerst en wordt toegepast.

In tabel 6.6 wordt het aantal van de soort en vorm van therapie aangegeven, die toegepast worden door één psycholoog. Hierbij gaan wij ervan uit dat een psycholoog over een soort of vorm van therapie beschikt wanneer hij of zij heeft aangegeven deze soort/vorm 'bijna altijd' of 'soms' te gebruiken.

Tabel 6.6: frequenties van aantal soorten en vormen van therapie, toegepast door een psycholoog

aantal	aantal psychologen	
	frequentie	%
1 soort	74	15
2 soorten	200	40
3 soorten	152	31
4 soorten	51	10

1 vorm	24	5
2 vormen	32	7
3 vormen	57	12
4 vormen	76	15
5 vormen	80	16
6 vormen	85	17
> 6 vormen	122	25

Uit tabel 6.6 kan worden geconcludeerd dat de respondenten in het algemeen inderdaad vanuit meerdere invalshoeken kunnen werken. Slechts 15% beperkt zich tot één soort van therapie en het percentage dat cliënten vanuit slechts één therapeutische stroming behandelt is helemaal laag, namelijk 5%. Deze generalistische inslag krijgt nog meer reliëf wanneer hierbij het resultaat betrokken wordt dat 435 (=84%) van de respondenten aangeeft dat zij bij de behandeling van een cliënt technieken uit verschillende stromingen hanteren. Er zijn 24 psychologen (dit is 5% van degenen die therapie bedrijven) die uitsluitend vanuit één therapievorm werken (dat wil zeggen, deze respondenten geven zelfs niet aan dat zij een andere vorm van therapie 'soms' doen). Voor twaalf van hen is dit de psycho-analytische therapie, voor zeven Rogeriaanse therapie, voor één gedrags-therapie en voor twee een therapievorm vanuit de categorie 'overig'.

Groepspraktijken

Voor psychologen die werken in een groepspraktijk geldt dat zij alle activiteiten die in tabel 6.1 zijn opgenomen vaker en gedurende meer uur verrichten dan solisten, met uitzondering van wetenschappelijk onderzoek, een activiteit die door groepspraktijkpsychologen nauwelijks wordt verricht. Het gemiddeld aantal activiteiten dat wordt

verricht is 7.7 versus 5.8 bij de solisten. Zij hebben gemiddeld meer cliënten dan de solisten (19.9 versus 15.6). Zij beschikken over een breder therapeutisch arsenaal van behandeling, zowel qua vorm als soort. Het gemiddeld aantal sessies per behandeling is bij hen geringer dan bij de solisten (15 versus 30).

6.5. Overige werkzaamheden

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de belangrijkste aspecten van de andere activiteiten dan therapie en diagnostiek. Dit geldt niet voor consultatie, deze activiteit wordt apart behandeld in hoofdstuk 8.

Huisbezoek

Van de respondenten geeft 43% (n=179) aan dat men wel eens op huisbezoek gaat bij een cliënt. De overigen (234=57%) doen dit niet. Van deze 179 geeft 79% (n=102) aan dat dit per maand 5 keer of minder het geval is. Voor 11% (n=15) is dit meer dan 5 keer het geval. De redenen om op huisbezoek te gaan zijn zeer uiteenlopend. Immobiliteit van de cliënt en fobie van de cliënt worden het meest vaak genoemd. Ook wordt het kennismaken met gezin van de cliënt en woonomstandigheden van de cliënt genoemd. Verder bijvoorbeeld het observeren van (interactie met) kinderen, sterfgeval, in vivo training (fobie), depressie. Huisbezoek wordt meer gedaan door psychologen zonder tweede functie en door psychologen die meer dan 15 uur in de eerstelijns werken.

Supervisie/intervisie

Van de respondenten overlegt 72% met collegae over zaken die het vakgebied betreffen (intervisie). Zij besteden hier ongeveer één uur per week aan en de intervisie vindt plaats met gemiddeld drie collegae. Vijfendertig procent van de respondenten geeft supervisie aan collegae. Het gaat gemiddeld om 2.4 collegae, aan wie men ongeveer 6 uur per maand besteedt. Van de respondenten krijgt 76% zelf supervisie. Deze supervisie neemt gemiddeld 2.8 uur per maand in beslag en heeft in nagenoeg alle gevallen betrekking op de behandeling van cliënten. Supervisie/intervisie wordt vooral veel gedaan door psychologen die meer dan 15 uur in de eerstelijns werken en door hen die uitsluitend in de eerstelijns werken.

Nazorg

Nazorg (van ex-patiënten uit een algemeen/psychiatrisch ziekenhuis) is een activiteit die door slechts een klein deel van de respondenten wordt gedaan (zie tabel 6.2). De respondenten die aan nazorg doen besteden hier gemiddeld 4 uur per maand aan. Personen en instanties die de psycholoog er op wijzen dat voor een cliënt nazorg nodig is zijn vooral de huisarts en het (algemeen of psychiatrisch) ziekenhuis. In veel minder gevallen werd de RIAGG genoemd. Niet of nauwelijks werden de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige genoemd.

Voorlichting/publikaties/onderzoek

Wij vroegen de respondenten of zij wel eens lezingen geven die bedoeld zijn als voorlichting aan de bevolking. Dit wordt door 4% van de respondenten dikwijls gedaan, 39% doet dit soms en 57% doet dit nooit. Publiceren over het werk als eerstelijnspsycholoog wordt gedaan door 130 respondenten (= 27%). De vorm waarin gepubliceerd wordt varieert van artikelen in (wijk)kranten tot artikelen in vaktijdschriften. Elf procent van de respondenten (n=52) verricht wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de werkzaamheden als eerstelijnspsycholoog. Dit wordt met name gedaan door de psychologen die minder in de eerstelijns werken of daar nog een andere functie naast hebben. De inhoud van het onderzoek is zeer uiteenlopend. Enkele voorbeelden; onderzoek met betrekking tot taalpathologie, stoornissen die gerelateerd zijn aan de werksituatie, begeleiding van multipele sclerose-patiënten, normering van een klachtenlijst, het gebruik van het eigen lichaam als controle voor de diagnosestelling en onderzoek naar het verband tussen homeopathie en psychotherapie.

7. SAMENWERKING TUSSEN PSYCHOLOGEN EN ANDERE HULPVERLENERS

In hoofdstuk 2 werd gesteld dat het voor het goed functioneren van de eerstelijnspsycholoog belangrijk is dat deze goede contacten onderhoudt met andere hulpverleners. Twee citaten die deze opvatting onderstrepen zijn: "De eerstelijnspsycholoog dient goede contacten te onderhouden met de eerste, tweede en derde lijn van de gezondheidszorg". En, "De samenwerking in een afgebakende regio met eerstelijnswerkers, huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk - is voor de eerstelijnspsycholoog een voorwaarde" (NIP-nota, 1984, pag. 10). Deze citaten geven aan dat het NIP de psycholoog niet als solistisch opererend hulpverlener ziet. In tegendeel: samenwerking is een voorwaarde om het ideaal van een "psychologische" generalist in de ELZ, naast de "somatische" en "sociale" generalisten (respectievelijk huisarts en AMW) gestalte te geven.

Hoewel de huisarts de psycholoog meer als specialist ziet, appelleert de samenwerkingsgedachte op wijkniveau wel aan één van de belangrijkste behoeften die een huisarts in dit opzicht uit: een herkenbare persoon naar wie men verwijst, van wie men tijdens de behandeling van een verwezen patiënt af en toe feedback krijgt, en die terugrapporteert (Bensing, 1986). Ook al bestrijdt de overheid (WVC, 1984) de behandel functie van de psycholoog en ziet zij hooguit een diagnostische functie voor de eerstelijnspsycholoog weggelegd dan nog geldt dat ook in deze optiek een zekere vorm van samenwerking met de eerstelijnspsycholoog geboden is.

7.1. Samenwerking van de psycholoog met andere disciplines

Om een beeld te krijgen van de samenwerkingsstructuur van de eerstelijnspsycholoog met andere disciplines werd gevraagd met welke personen/instanties de psycholoog geregeld of ad hoc overleg voert. Onder geregeld overleg verstaan we overleg dat op vaste tijdstippen plaatsvindt, ad hoc overleg vindt niet op vaste tijdstippen plaats. In tabel 7.1 is te zien dat geregeld overleg vooral plaats vindt met huisartsen en collega-psychologen. Voorts kan gesteld worden dat geregeld overleg met andere eerstelijnsdisciplines, de AGGZ en de derde lijn weinig voorkomt, met als opvallende uitzondering de vrijevestigde psychiater. Psychologen participeren ook maar zelden in hometeams.

Tabel 7.1: overzicht van overleg van psychologen met andere hulpverleners

overleg met hulpverlener; persoon/in- stantie	geregeld overleg			ad hoc overleg		
	respon- denten	freq. psychol.	perc. psychol.	respon- denten	freq. psychol.	perc. psychol.
huisarts	417	161	39	440	310	71
maatsch.werk z. gevest.	420	60	14	472	93	20
psycholoog	413	142	34	462	151	33
wijkverpl.	420	18	4	483	17	4
RIAGG	414	37	9	470	99	21
z. gevest. psychiater	412	84	20	464	138	30
PAAZ	417	20	5	473	65	14
APZ	418	9	2	479	20	4
hometeam	420	18	4	485	12	3
gezondh. team	421	5	1	485	5	1
overig	415	45	11	470	78	17

Berekenen we met hoeveel disciplines de ondervraagde psychologen regelmatig contact hebben, dan blijkt dat 43% met geen van de genoemde disciplines regelmatig contact onderhoudt. Naarmate men meer uren werkzaam is als zelfstandig gevestigd psycholoog is dit percentage kleiner: 30% van degene die meer dan 15 uur werken en 58% van degene die korter werken hebben met geen enkele instantie of hulpverlener regelmatig overleg.

Ad hoc overleg (bijvoorbeeld naar aanleiding van een verwijzing) komt natuurlijk bij veel meer psychologen voor. Toch moet ook hiervan opgemerkt worden dat dit met AMW, wijkverpleging, RIAGG, PAAZ en APZ nooit meer dan ongeveer een vijfde van de respondenten betreft. Het percentage respondenten met geregelde contacten verschilt met de tijd dat men als zelfstandig gevestigd psycholoog per week werkzaam is. Van degenen die meer dan 15 uur zodanig werkzaam zijn, heeft een veel grotere proportie geregeld overleg met huisarts (51% versus 22%), AMW (20% versus 6%), psychiater (27% versus 12%) en collega-psycholoog (44% versus 22%). Degenen die er naast hun functie als

zelfstandig psycholoog geen andere betrekking bij hebben, hebben meer geregeld overleg met huisartsen dan de anderen (48% versus 32%).

Kortom, het beeld komt naar voren dat de huisarts en de collega-psycholoog de gesprekspartners bij uitstek zijn voor onze respondenten. Dat blijkt ook wanneer gevraagd wordt naar hulpverleners van wie men cliënten verwezen krijgt zonder dat er sprake is van specifiek overleg. Van de ondervraagden geeft 84% aan dat dat met huisartsen het geval is, 16% noemt de maatschappelijk werker en 34% andere instanties of personen. Het aantal huisartsen waarmee de (161) respondenten geregeld overleg hebben is gemiddeld 6.3. Hiervan heeft 64% (n=103) overleg met vijf of minder huisartsen, 28% (n=46) met 5-15 huisartsen en 8% (n=12) met meer dan 15 huisartsen.

Als laatste indicatie voor het samenwerkingsverkeer noemen we de instanties naar wie de eerstelijnspsychologen doorverwijzen. In tabel 7.2 zie we dat 39% van alle respondenten naar het RIAGG verwijst en 25% naar de zelfstandig psychiater.

Tabel 7.2: verwijspatroon van respondenten

instantie waarnaar verwezen wordt	aantal psychologen	percentage	aantal verwezen cliënten
RIAGG	191	39	503
z. gevestigde psychiater	122	25	263
z. gevestigde psycholoog	100	20	248
AMW	59	12	87
fysiotherapeut	59	12	162
alternatieve hulpverlener	55	11	142
psychiatrisch ziekenhuis	201	41	236
PAAZ	120	24	145
overig	119	19	256

Twintig procent verwijst naar een collega-psycholoog. Het percentage dat doorverwijst naar het AMW, de fysiotherapeut en de alternatieve hulpverlener is laag, namelijk 11%.

Voor de doorverwijzingen geldt dat het aantal doorverwezen cliënten absoluut gezien wel groot is, namelijk 2342 in het jaar 1987, maar dat dit per psycholoog eigenlijk gering is. Gemiddeld verwijst een psycholoog (als deze al doorverwijst) zo'n 3 cliënten per jaar.

Vraagstelling aan psycholoog

Voor drie doorverwijzende instanties, de huisarts, het AMW en de wijkverpleging, werd nagegaan wat de vraagstelling was waarmee de cliënt doorverwezen werd: diagnostiek/indicatiestelling, behandeling/begeleiding, advies/overleg of een andere vraag.

Tabel 7.3: vraagstelling van doorverwijzende instanties/personen

	meest- al	soms	zel- den	aantal psycho- logen
Vraagstelling huisarts:				
A diagnostiek/indicatiestelling	27%	51%	22%	204
B behandeling/begeleiding	96%	4%	0%	375
C advies/overleg	11%	65%	24%	202
Vraagstelling AMW:				
A diagnostiek/indicatiestelling	38%	27%	35%	60
B behandeling/begeleiding	85%	11%	4%	131
C advies/overleg	29%	52%	19%	62
Vraagstelling wijkverpleging				
A diagnostiek/indicatiestelling	31%	38%	31%	13
B behandeling/begeleiding	75%	8%	17%	24
C advies/overleg	33%	40%	27%	15

De meeste respondenten geven aan dat zij verzoeken krijgen van de kant van huisartsen en meestal betreft dit vragen om behandeling/begeleiding van de betreffende cliënt. Vragen om diagnostiek en advies komen van de kant van de huisarts minder voor. Schut en Bensing (1977) concluderen in hun onderzoek dat diagnostiek op verzoek van de huisarts een 'kwijnende activiteit' lijkt te zijn (pag. 69). Zij vermoeden dat diagnostiek 'uit' is. "Het lijkt erop dat de diagnostiek ten behoeve van de huisarts de grootste bloeitijd heeft gehad" (pag. 89). Deze inschatting wordt niet ondersteund door onze resul-

taten. Weliswaar is de belangrijkste vraag die om behandeling en begeleiding, maar diagnostiek wordt toch nog vrij frequent gevraagd ((27% altijd; 51% soms). AMW en vooral wijkverpleging verwijzen minder naar de psycholoog en als dit het geval is betreft dit vaker vragen over indicatiestelling, diagnostiek of advies.

Berichtgeving

Om na te gaan of de psychologen informatie verstrekken aan degene die een cliënt naar hen doorverwezen heeft werden drie vormen van berichtgeving onderscheiden, namelijk bericht over de aankomst van de cliënt, de voortgang van de hulpverlening, de beëindiging en ten slotte het resultaat hiervan. Het blijkt dat 80% van de eerstelijnspsychologen enigerlei vorm van bericht geeft aan de doorverwijzers van hun cliënten. In tabel 7.4 is voor iedere vorm van berichtgeving de mate van voorkomen in percentages vermeld, evenals het percentage psychologen dat aangeeft überhaupt aan deze vorm van berichtgeving te doen.

Tabel 7.4: berichtgeving door de psycholoog aan degene die de cliënt heeft doorverwezen

bericht over	altijd	soms	zel- den	aantal psychologen
aankomst van de cliënt	78%	16%	6%	368
voortgang van de hulpverlening	42%	51%	7%	359
beëindiging van de hulpverlening	82%	16%	2%	398
resultaat van de hulpverlening	75%	22%	3%	389

De resultaten in tabel 7.4 komen in grote lijnen overeen met hetgeen De Ridder en Visser in 1987 in hun onderzoek over de relatie ELZ-AGGZ vonden, wat betreft de berichtgeving door psychologen. Deze berichtgeving steekt positief af bij overeenkomstige berichtgeving, zoals RIAGG-medewerkers die meldden in voorgenoemd onderzoek. Huisartsen bevestigen in dat onderzoek in grote lijnen het beeld dat psychologen van hun berichtgeving schetsten.

7.2. Kneipunten

Geregeld overleg met andere eerstelijns- en AGGZ-hulpverleners wordt

door de psychologen weliswaar van belang geacht (zie 7.1) maar komt in een groot aantal gevallen blijkbaar niet van de grond. Gevraagd is naar de reden waarom een respondent met bepaalde disciplines geen contact heeft en naar de wensen die men eventueel heeft om het contact met anderen te verbeteren.

Tabel 7.5: redenen waarom contact met diverse disciplines ontbreekt

reden	huisarts (n=65)	RIAGG (n=180)	AMW (n=197)
discipline ziet psycholoog als concurrent	1%	11%	5%
met de discipline bestaat slechte samenwerking	11%	18%	10%
discipline verwijst niet naar de psycholoog	34%	37%	38%
discipline is onbekend met aanwezigheid van psycholoog	12%	4%	7%
er bestaat bij de respondent geen behoefte aan samenwerking	42%	30%	40%

In tabel 7.5 zien we dat er relatief weinig commentaar komt op samenwerking met de huisarts. Dit is niet zo verwonderlijk omdat de meeste psychologen wel contact hebben met huisartsen, al is het maar op ad hoc basis. Een grotere groep voert redenen op waarom er geen contact is met RIAGG of AMW. Bij iedere discipline zijn de belangrijkste redenen voor het ontbreken van contact dat de betreffende discipline geen cliënten levert en dat de respondent geen behoefte heeft aan contact. Ten aanzien van de RIAGG worden de slechte samenwerking en de mogelijke concurrentie relatief vaker genoemd. Beide argumenten komen ten aanzien van het AMW wat minder vaak voor.

Met de overige, niet in de tabel opgenomen disciplines, ontbreekt het contact zeer vaak. In nog grotere mate wordt als reden opgegeven het feit dat de discipline niet verwijst en dat de respondent geen behoefte heeft aan contact met deze discipline.

Het valt op dat het ontbreken van financiering van contacten vrijwel nooit als argument genoemd wordt om ze niet te onderhouden.

Van de respondenten voeren er 181 wensen op ten aanzien van het verbeteren van contacten met andere hulpverleners. Van deze responden-

ten wil 25% meer uitwisseling van informatie met anderen, en ook 25% wil beter overleg. Elf procent vindt dat men zelf meer contact moet leggen met anderen.

Een deel van de wensen tot verbetering is expliciet aan het adres van de RIAGG gericht. Men zou de monopoliepositie van deze instelling doorbroken willen zien. Nu is de situatie zo dat de RIAGG zich afwijzend opstelt en vaak weigert informatie uit te wisselen of samen te werken. Men ziet de bureaucratische werkprocedures als een belemmering voor deze samenwerking. Ook heeft men hinder van de ondoorzichtigheid van het instituut: er zijn geen vaste contactpersonen binnen de RIAGG wat de verhoudingen extra bemoeilijkt. Dergelijke kritiek wordt door ongeveer 6% van de respondenten als antwoord op open vragen geuit. Het valt op dat dergelijke kritiek in veel mindere mate over het AMW gehoord wordt (zie tabel 7.4). In vergelijking met de RIAGG vinden minder respondenten dat het AMW de psycholoog als concurrent ziet of dat er slecht mee samen valt te werken.

8. PSYCHOLOGEN IN DE EERSTELIJN: EEN TYPERING

8.1. Inleiding

Zoals in de inleiding uiteen werd gezet zijn er verschillende opvattingen over de "eerstelijnspsycholoog". Het NIP ziet een plaats voor de eerstelijnspsycholoog weggelegd als generalistisch hulpverlener op het terrein van de psychische problematiek, nauw samenwerkend met andere eerstelijns hulpverleners als huisarts (ten behoeve van de somatische problematiek) en maatschappelijk werk (ten behoeve van de sociale problematiek). De overheid neemt een meer terughoudende positie in en ziet, in de Nota Geestelijke Gezondheidszorg, een plaats voor psychologen 'in de achterwacht'.

Hoe men de "eerstelijnspsycholoog" ook definieert, het moge uit de vorige hoofdstukken duidelijk zijn dat niet iedere door ons geënquêteerde zelfstandig gevestigde psycholoog die activiteiten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg verricht onder dezelfde noemer geplaatst kan worden. Hoewel een ieder het hier op zich mee eens zal zijn, zal er toch verschil van mening blijven bestaan over de vraag welke combinatie van door ons bestudeerde kenmerken nu recht geeft op het predicaat "eerstelijnspsycholoog". In dit hoofdstuk zullen we daarover dan ook geen uitspraak doen, maar een aantal bouwstenen aanreiken waaruit verschillende ideaaltypes kunnen worden samengesteld. Op grond van onze gegevens kan men een inzicht krijgen in de frequentie waarmee bepaalde typen voorkomen en in de wijze waarop die verschillende typen functioneren.

Om tot een classificatie in typen te komen is uitgegaan van die kenmerken die in de literatuur aan (de ideale) eerstelijnspsycholoog worden toegeschreven (zie 1.2).

Hieronder zullen we deze procedure uitgebreid bespreken.

Nemen we als uitgangspunt de NIP-visie op de psycholoog in de eerstelijns, dan vallen twee dimensies op die van belang worden geacht: enerzijds de generalistische werkwijze en anderzijds het ingebed zijn in de eerstelijnszorg. Een generalistische werkwijze komt onder andere tot uiting in een zeker eclecticisme met betrekking tot keuze van behandelingen, een breed repertoire van verschillende werkzaamheden, een principiële toegankelijkheid voor een breed publiek en een directe bereikbaarheid. De inbedding in de ELZ komt tot uiting

in samenwerking met andere hulpverleners, waarvoor bij voorbeeld een geografische afbakening van het werkgebied een belangrijke randvoorwaarde is. Letten we op de WVC-uitgangspunten, dan wordt van de psycholoog verondersteld dat hij zijn achterwachtfunctie waarmaakt door middel van activiteiten als deskundigheidsbevordering, consultatie, supervisie en diagnose/indicatiestelling.

Er zijn natuurlijk meer "types" denkbaar. De eerstelijnspsycholoog als degene die door snelle interventies erger psychisch lijden dan wel somatisering voorkomt, zoals bepleit binnen het Biodyne concept (vergelijk Cummings, 1977; Diekstra, 1987; Verhaak, 1988), is een ruimere opvatting dan het geschetste NIP-profiel. Eigenlijk is dit het type dat voldoet aan de dimensie "generalistisch" maar waarvoor de inbedding in de ELZ minder dwingend is. Andersom kan men, met het zwaartepunt op de eerstelijnsamenwerking-gedachte, argumenteren dat een eerstelijnspsycholoog vooral naar de inbedding in de ELZ getypeerd moet worden. Dergelijke typologieën kunnen beschouwd worden als een afgeleide van het hiervoor beschreven NIP-profiel.

We typeren in dit hoofdstuk de respondenten naar de mate waarin ze generalistisch, ingebed in de eerstelijnszorg, dan wel met een zekere achterwachtfunctie werkzaam zijn. In paragraaf 8.2 beschrijven we de operationalisatie van deze dimensies en de typologie waartoe ze aanleiding geven. Hierin komen de aantallen respondenten aan de orde die binnen de diverse typen vallen. In paragraaf 8.3 geven we van de onderscheiden types een beschrijving van de omvang van hun eerste lijnsactiviteiten en hun werkwijze.

8.2. Dimensies waarlangs psychologen in de eerstelijns te typeren zijn

Zoals uiteengezet in de vorige paragraaf, worden de volgende dimensies relevant geacht voor een typologie van eerstelijnspsychologen: generalistische werkwijze, inbedding in de ELZ (deze twee dimensies komen naar voren in het NIP-profiel) en de uitoefening van een achterwachtfunctie (WVC-profiel). Hieronder geven we aan hoe elk van de dimensies geoperationaliseerd kan worden.

Generalistische werkwijze

Een generalistische werkwijze wil zeggen dat een psycholoog in principe openstaat voor alle soorten cliënten. Een solistisch werkend psycholoog die alleen kinderen of uitsluitend fobische klachten in

behandeling neemt is geen generalist hoewel dat in een groepspraktijk uiteraard anders ligt. Uit de generalistische werkwijze vloeit ook voort dat men een aantal verschillende therapeutische technieken moet kunnen toepassen; een psycholoog die uitsluitend gedragstherapeutisch of psycho-analytisch te werk zou gaan, ziet zich genoodzaakt om bij voorbaat hulp te weigeren aan grote groepen cliënten. Generalistisch werken kenmerkt zich ook door een min of meer directe toegankelijkheid van de psycholoog voor de cliënt. Omdat een van de taken van een generalist erin gelegen is om eerste opvang te bieden en zonodig door te verwijzen naar een specialist, is die directe toegankelijkheid geboden.

In paragraaf 4.4 kwam aan de orde in hoeverre respondenten bepaalde soorten cliënten niet in behandeling nemen. Van de meest frequent aangevoerde reden, aard van de problematiek (verslaving, psychiatrisch ziektebeeld of combinatie van beide), zou men kunnen zeggen dat deze problematiek adequaat behandeld kan worden in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg en derhalve niet bij de eerstelijnspsycholoog thuis hoort. Selectie op grond van leeftijd geschiedt door ongeveer eenderde van de respondenten. Hiervan zou men kunnen stellen dat dit strijdig is met een generalistische praktijkuitoefening tenzij in een groepspraktijk sprake is van een zekere taakverdeling. De overige aangevoerde selectiecriteria om cliënten niet in behandeling te nemen (zoals motivatie cliënt) kunnen beschouwd worden als incidenteel geldende criteria, die een generalistische werkwijze niet in de weg hoeven te staan.

De breedte van het behandelingsaanbod komt tot uiting in het aantal therapievormen dat soms of bijna altijd wordt gehanteerd. In hoofdstuk 6 constateerden we dat de vier therapeutische hoofdrichtingen (gedragstherapie, Rogeriaanse therapie, psycho-analytische therapie en systeemtheoretische therapie) door 40%, 35%, respectievelijk tweemaal 20% van de respondenten bedreven werden. Drieëndertig respondenten (7%) bedreven geen van deze hoofdvormen, 68 (14%) gaven slechts een van de vier hoofdrichtingen aan.

Van de meer specifieke mogelijkheden die werden aangekruist kwam rationeel/emotieve therapie en ontspanningstechniek voor ongeveer een kwart van de respondenten in aanmerking, de overige vormen werden door ongeveer 10% of minder aangekruist. Een duidelijke samenhang tussen het toepassen van verschillende therapievormen werd niet gevonden. Besloten werd daarom om de breedte van het behandelingsaanbod af te meten aan de som van het aantal therapeutische vormen dat men beoefent. Wij spreken in eerste instantie van een "generalis-

tisch" therapieaanbod wanneer een psycholoog vier of meer therapievormen of minstens drie hoofdvormen beoefent.

Een generalistische werkwijze komt ten slotte tot uiting in het feit dat een psycholoog geen wachtlijst heeft. Dit laatste is het geval bij ongeveer 90% van de respondenten.

De groep generalistisch werkende psychologen is dan samengesteld uit die psychologen die geen leeftijdsriteria aan hun cliëntèle stellen, geen wachtlijst hebben en veel verschillende therapievormen bedrijven. Stellen we de minimale grens op vier therapievormen of drie hoofdvormen dan komen we zo tot 224 "generalistisch" werkende psychologen. Dit aantal neemt af tot 173 wanneer de ondergrens van het aantal beoefende therapievormen op vijf gelegd wordt en tot 131 bij een ondergrens van minimaal zes beoefende therapievormen.

Inbedding in de eerstelijnszorg

De samenwerking met eerstelijnswerkers, speciaal met de huisarts, heeft altijd hoog in het vaandel gestaan bij de voorstanders van "eerstelijnspsychologen". Een minimum voorwaarde om een psycholoog "ingebed in de eerstelijnszorg" te noemen is dan ook dat deze regelmatig overleg met huisartsen, maatschappelijk werk, hometeam of gezondheidscentrum heeft. Aan deze eis voldoen 174 respondenten.

Een volgende eis, die voorwaardenscheppend genoemd kan worden, is dat de psycholoog in een geografisch afgebakend gebied werkt. Deze eis wordt door ons vooral van belang geacht in verstedelijkte gebieden waar bekendheid van en met andere hulpverleners niet vanzelfsprekend is. Deze eis levert juist in verstedelijkte gebieden vaak problemen op, doordat huisartspraktijken waarmee wordt samengewerkt niet geografisch afgebakend zijn. Voegt men de eis van geografische gebiedsafbakening (indien gevestigd in een (middel-)grote stad) toe dan daalt het aantal psychologen dat we ingebed in de ELZ noemen tot 109. Overigens is er een verband tussen het hebben van regelmatig overleg en een zekere geografische overzichtelijkheid; degenen die regelmatig overleggen werken voor tweederde deel in afgebakende gebieden dan wel op het platteland, degenen die niet regelmatig overleggen voor eenderde deel.

Een laatste eis die men aan de inbedding in de eerstelijnszorg zou kunnen stellen, is dat de activiteiten van de psychologen zich niet beperken tot cliëntgerichte activiteiten, maar dat deze ook ten behoeve van andere ELZ-hulpverleners activiteiten ontwikkelt. Het gaat in dit verband met name om consultatie en preventieve activiteiten. Ook voor deze activiteiten geldt dat ze vooral verricht worden door psychologen die ook regelmatig overleg met andere hulpverleners heb-

ben. Voegt men deze eis toe aan de twee vorige, dan blijven er 76 psychologen over die "ingebed zijn in de eerstelijns".

Uitoefening achterwachtfunctie

De in de Nota Geestelijke Gezondheidszorg als experiment geïntroduceerde eerstelijnspsycholoog zou zich bezighouden met diagnose en indicatiestelling, deskundigheidsbevordering, consultatie, supervisie en verwijzing. In hoofdstuk 4 bleek dat deze activiteiten sec, dat wil zeggen zonder dat de psycholoog ook cliënten behandelt nauwelijks voorkomen. We moeten aannemen dat diagnostiek en indicatiestelling meestal plaatsvinden ten behoeve van de door de psycholoog zelf uit te voeren behandeling. Wil men een beeld krijgen van de realiteitswaarde van het type psycholoog dat in de nota voorgesteld wordt (let wel: realiteitswaarde anno 1988, wanneer uitsluitend behandeling in rekening gebracht kan worden), dan moeten we zoeken naar psychologen die wel diagnostiek etc. verrichten, maar niet zelf behandelen. Deze komen niet in ons bestand voor.

Accepteren we de achterwachtfunctie naast behandeling, dan wordt deze achterwachtfunctie het meest zuiver uitgedrukt door de hiervoor onderscheiden activiteiten ten behoeve van andere hulpverleners, te weten consultatie en preventie. Deze staan (in tegenstelling tot diagnostiek) ten minste los van de directe behandeling. Het gaat in dit geval om alle psychologen die consultatie en/of preventie als activiteiten noemen, los van hun overleg of geografische afbakening. Dit zijn in totaal 223 psychologen. Hiermee is echter een dermate ruime definitie gebruikt, dat deze groep zich niet zinvol laat onderscheiden van andere groepen. We concluderen daarom dat een achterwachtfunctie zoals bedoeld in de Nota Geestelijke Gezondheidszorg in de huidige financieringsstructuur niet voorkomt, en dat het verder omschrijven van een afgezwakt type "achterwachtpsycholoog" niet zinvol is.

Resumé

Op deze wijze zijn door ons vier typen eerstelijnspsychologen onderscheiden:

- a. psychologen die noch als generalist, noch als ingebed in de ELZ kunnen worden beschouwd (n=238);
- b. psychologen die generalistisch werken (n=224);
- c. psychologen die zijn ingebed in de ELZ (n=76);
- d. psychologen die zowel zijn ingebed in de ELZ als generalistisch werken, volgens een soepel criterium (n=67);

d' psychologen die zowel zijn ingebed in de ELZ, als generalistisch werken volgens een streng criterium* (n=36);

* Soepel criterium: geen wachtlijst, geen leeftijdsbeperking, regelmatig overleg met huisarts, geografische afbakening, minimaal vier therapievormen of drie hoofdvormen.

Streng criterium: als boven, maar minimaal zes therapievormen of drie hoofdvormen, en uitvoering van consultatieve en/of preventieve activiteiten.

Omdat deze groepen elkaar kunnen overlappen geven we in onderstaand schema de aantallen van de diverse combinaties.

Schema 8.1.: overlap van typeringingen

	n	groep
voldoet aan geen der criteria	238	(A)
generalist	224	(B)
niet ingebed in ELGZ	183	(B)
ook ingebed in ELGZ	41*	(B, C, D)
ingebed in ELGZ	76	(C)
geen generalist	35	(C)
ook generalist	41*	(B, C, D)
ELP	67	(D)
niet "volledig" ingebed,** wel generalist	26	(B, D)
"volledig" ingebed, wel generalist	41	(B, C, D)

* Waarvan 36 ELP volgens streng criterium.

** Deze overlap komt voort uit het feit dat voor het vaststellen van het type D "ingebed in de ELGZ" door de samenwerking met de huisarts werd gedefinieerd. Voor type C werd ook het geografisch criterium en het niet puur cliëntgericht werkzaam zijn vereist.

In de volgende paragraaf zullen wij de kenmerken van deze groepen beschrijven.

8.3. Kenmerken van de onderscheiden typen psychologen

Professionele kenmerken

Lidmaatschap van de NIP-sectie eerstelijnspsychologen, regionale overleggen van eerstelijnspsychologen, Nederlandse Vereniging van Psychotherapie en het bezit van de staatsregistratie psychotherapie worden in tabel 8.1 in beschouwing genomen.

Groepen C en D (en natuurlijk D', de 'harde kern' van D) manifesteren zich als afkomstig uit de 'eerstelijnspsychologen-beweging', gecentreerd rond de gelijknamige NIP-sectie. Velen zijn georganiseerd binnen de regionale overleggroepen van binnen het NIP georganiseerde eerstelijnspsychologen.

Tabel 8.1.: professionele kenmerken van zes typen vrijgevestigde psychologen*

professionele kenmerken	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
lid van NIP-sectie (%)	28	56	80	79	86
lid van Regionaal Overleg eerstelijnspsychologen (%)	16	36	67	58	67
staatsregistratie psychotherapie (%)	45	22	21	21	22
lid NVP (%)	34	12	7	9	6

* Voor de verklaring van de onderscheiden typen, zie pagina 77.

De groep die noch als generalist, noch als ingebed in de eerstelijns wordt aangemerkt, is veel meer dan de overigen 'psychotherapeut': relatief veel staatsregistraties psychotherapeut en NVP-lidmaatschappen.

Hoewel de meeste psychologen uit iedere groep zich de laatste tien jaar gevestigd hebben, zijn er aanwijzingen dat het ingebed zijn in de ELGZ een recent verschijnsel is. De range van vestigingsjaar loopt voor psychologen uit groepen A en B vanaf 1945 respectievelijk 1949. De eerste psychologen uit de drie andere groepen beginnen in 1973 (C), 1976 (D) respectievelijk 1977 (D'). 10% van de psychologen

uit groep A heeft zich voor 1967 gevestigd, 10% van de psychologen uit groep B voor 1975, 10% van de psychologen uit groepen C, D en D' hebben zich respectievelijk voor 1979, 1981 en 1981 gevestigd.

Praktijkvoering

De in de eerstelijns ingebedde types (C, D, D') werken veel in groepspraktijken, werken ook vaak uitsluitend in de eerstelijns. Ze zijn ook het meeste uren als zodanig werkzaam. Hun gemiddeld aantal sessies is het kortste.

Degenen die noch aan het generalisme-criterium voldoen noch in de eerstelijns ingebed zijn, hebben in tweederde van de gevallen daarnaast ook een nevenfunctie. Voorts valt van deze groep op dat ze de langste behandelingen hebben en er het meest frequent een wachtlijst op nahouden. Ze werken zelden in groepspraktijken.

Tabel 8.2.: praktijkvoering door de onderscheiden types

praktijkvoering	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
groepspraktijk (%)	22	34	58	55	67
ook nevenfunctie (%)	66	50	36	34	25
aantal uren werkzaam (mediaan)	14	20	30	28	32
aantal sessies/ cliënt (mediaan)	20	15	12	12	15
wachtlijst	17%	-	11%	-	-

De 'generalisten' zitten tussen deze twee groepen in. (N.B. het ontbreken van een wachtlijst bij die groep is een artefact: daar zijn ze op geselecteerd.)

Financiering

Tabel 8.3.: financiering van zes typen

financiering	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
% particulier	33	21	22	21	19
% geheel eigen middelen	57	68	62	67	64

Uit tabel 8.3 blijkt dat de groep 'overigen' meer cliënten hebben die particulier verzekerd zijn en minder cliënten die de behandeling in zijn geheel uit eigen middelen moet bekostigen. Uit verdere beschouwing blijkt verder dat 80% van groep A opgeeft een flexibel tarief te hanteren (ten behoeve van 45% van hun cliëntele), terwijl ± 90% van groepen B, D en D' dit opgeven ten behoeve van 60 à 65% van hun cliëntele.

Activiteiten

In tabel 8.4 zijn de diverse activiteiten die buiten diagnostiek/behandeling vallen van psychologen weergegeven. Degenen die ingebed zijn in de eerstelijns - die ook op uitoefening van consultatie en/of preventie zijn geselecteerd - doen dit veel. De 'generalisten' spreiden deze activiteiten in mindere mate ten toon, maar doen dit op hun beurt meer dan degenen die als groep steeds meer de indruk wekken 'therapeuten met bijverdienste' te zijn, groep A. Ook in de breedte van het therapeutisch aanbod onderscheidt zich groep A van de overige (waarbij B, D, en D' daarop weer geselecteerd zijn).

Tabel 8.4.: activiteiten van zes typen

Activiteiten	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
% consultatie	28	45	88	60	98
% adviesgesprekken	45	62	85	72	87
% crisisinterventie	16	29	53	43	56
% nazorg	8	19	32	32	39
% groepsbegeleiding	7	11	11	9	11
% preventie	9	18	28	15	19
aantal therapievormen (X)					
- hoofdvormen (max=4)	2.0	2.8	2.9	3.1	3.3
- specifieke vormen	1.8	3.1	2.8	3.0	3.2

Cliënten

Wat de cliënten van de onderscheiden typen psychologen betreft, is gekeken naar de geschatte leeftijds- en geslachtsopbouw, de schatting van de gemiddelde opleiding en het probleemaanbod.

Wat betreft leeftijd, geslacht en problemen van de cliënten die behandeld worden is er in geen enkel opzicht een verschil tussen de zes groepen.

Wat betreft de opleiding kan gesteld worden dat de opleiding van cliënten van de in de eerstelijns ingebedde psychologen wat lager is dan gemiddeld, die van degenen die aan geen der criteria voldoen is hoger. Dit laatste was na de uitkomsten over de financieringswijze te verwachten.

Tabel 8.5.: opleiding cliënten bij zes typen

	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
% opleiding laag	19	26	37	34	35
% opleiding midden	44	48	43	45	47
% opleiding hoog	37	26	20	21	18

Samenwerking huisarts

Letten we ten slotte in tabel 8.6 op verschillen in samenwerking met huisartsen.

Tabel 8.6.: samenwerking met huisartsen bij zes typen

	A (n=238)	B (n=224)	C (n=76)	D (n=67)	D' (n=36)
geregeld overleg (%)	21	47	100	100	100

Van belang is niet dat alle psychologen in groep C, D en D' met een huisarts samenwerken, want hierop zijn ze geselecteerd, maar dat groep A dit veel minder doet dan groep B. Het bevestigt de indruk van groep A dat het niet om eerstelijns werkers gaat maar voor een belangrijk deel om therapeuten in een ander dienstverband die hun nevenberoep vrijgevestigd uitoefenen.

Conclusie

Op grond van de typering en de nadere invulling daarvan lijken groepen C en D als eerstelijnspsycholoog aangeduid te kunnen worden zoals het NIP die bedoelt. Onder de generalisten (B) zal een deel

zich wel eerstelijnspsycholoog voelen. Meer dan de helft maakt deel uit van de sectie eerstelijnspsychologen; dat zijn er meer dan op rekening van degenen die groep D (welke in groep B ingesloten is) vormen, geschreven kan worden. Zij voldoen echter niet aan alle eisen die men aan een eerstelijnspsycholoog op het gebied van samenwerking en geografische afbakening kan stellen. Sinds 1988 bestaat een beroepsaantekening op het gebied van eerstelijnspsychologie waarvoor toetsingscriteria zijn ontworpen. Dit kan er toe leiden dat die "generalisten" die de intentie hebben als eerstelijnspsycholoog te functioneren ook meer aandacht aan hun inbedding in de ELGZ zullen besteden. Groep A is een groep van vrijgevestigde psychotherapeuten die, in ieder geval volgens het NIP-profiel, niet in aanmerking komt voor de kwalificatie "eerstelijns-psycholoog". Het lijkt hier te gaan om een groep die het beroep van zelfstandig gevestigd psycholoog ziet als nevenberoep, al dan niet direct gerelateerd aan de hoofdfunctie.

Groep A, we lieten dit al doorschemeren, is de groep vrijgevestigde psychotherapeuten waar het NIP niet op doelt; dit is een groep die het GGZ-hulpaanbod op de vrije markt in kwantitatieve zin versterkt, maar slechts "meer van hetzelfde" te bieden heeft.

Het aantal eerstelijnspsychologen onder onze respondenten dat min of meer binnen de NIP-normen valt kan op basis van schema 8.1 en aangevuld met de hier verkregen inhoudelijke uitdieping gesteld worden op de 67 uit groep D, aangevuld met de 35 uit groep C die buiten D vielen omdat ze niet voldoende generalistisch werkten. Dit is 21% van alle respondenten.

9. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Dit onderzoek ging over psychologen die zelfstandig gevestigd zijn binnen de eerstelijnszorg. Sinds de jaren zeventig worden nauwe contacten tussen huisartsen en psychologen onderhouden; zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap als het Nederlands Instituut van Psychologen bepleiten al geruime tijd een formele erkenning van de eerstelijnspsychologen als discipline in de eerstelijnszorg. Overheid, financiers, AMW- en AGGZ-instanties stellen zich terughoudender op, maar een weinig stimulerende financiering en regelgeving hebben niet voorkomen dat anno 1988 naast AMW in de eerstelijnszorg en RIAGG in de tweedelijnszorg een aanzienlijk aantal vrijgevestigde psychologen een praktijk uitoefent. Over deze groep was weinig bekend en dit vormde de aanleiding van dit inventariserend onderzoek. Dit onderzoek had als doelstelling een beschrijving te geven van psychologen die zelfstandig in de eerstelijnszorg gevestigd zijn aan de hand van hun praktijkuitoefening, de cliënten die hun hulp inroepen en de werkzaamheden die ze ten behoeve van die cliënten uitoefenen. Tevens was het de bedoeling om na te gaan in welke mate er sprake is van verschillende vormen van beroepsuitoefening, met andere woorden een typologie te verschaffen van diverse vormen van zelfstandige vestiging (bij voorbeeld als eerstelijnspsycholoog zoals het NIP voorstaat, als consultatief werkzaam psycholoog zoals in de Nota Geestelijke Volksgezondheid bij wijze van experiment wordt voorgesteld, als bijbaan naast een universitair of RIAGG-dienstverband).

Aantal

Bezien we eerst de hele groep zelfstandig gevestigde psychologen zoals die in de eerste, korte selectie-enquête naar voren kwam, dan ontvingen wij 2218 (65.5%) van de 3387 verzonden enquêtes. De non-respons bedroeg dus 34.5% (n=1169).

Van deze respons hielden wij - na een nadere selectie op de criteria: én psycholoog én als psycholoog daadwerkelijk praktizerend én in de eerstelijnszorg werkzaam én wel meer dan vier uur per week - 825 respondenten over. Zou het zelfstandig gevestigd zijn in de eerstelijnszorg binnen de groep non-respondenten in gelijke mate aanwezig zijn als binnen de groep respondenten, zouden we met enige voorzichtigheid kunnen stellen, dat er tussen de 825 en 1260 psychologen een dagdeel per week zelfstandig in de eerstelijnszorg werkzaam zijn.

De non-respons op de korte selectie-enquête kan vermoedelijk voor een belangrijk deel verklaard worden uit het feit dat een deel van de geënquêteerden het onderzoek niet op zichzelf van toepassing achtten. Dit houdt in dat de hiervoor genoemde bovengrens van 1260 psychologen een overschatting is; hoe groot deze overschatting is weten we echter niet.

"Eerstelijnspsychologen", zoals we die aan het eind van het vorige hoofdstuk onderscheidde, zullen zich echter onder de non-respons van de selectie-enquête nauwelijks bevonden hebben. Deze selectie-enquête was immers zeer snel in te vullen en werd aanbevolen door de belangenbehartigers van deze groep, het NIP en daarbinnen de sectie eerstelijnspsychologen. De respons onder de leden van deze sectie was dan ook relatief erg hoog.

De genoemde 825 respondenten op de korte selectie-enquête die aan onze criteria voldeden, kregen de uitgebreide inventarisatie-enquête toegestuurd. De hierna volgende resultaten hebben betrekking op de 496 respondenten van deze enquête. Deze groep psychologen bestaat uit iets meer mannen dan vrouwen, respectievelijk 52% en 48%. De gemiddelde leeftijd is 42 jaar. Vierenzestig procent is afgestudeerd na 1976, ongeveer 70% is afgestudeerd als klinisch psycholoog. Opvallend is, in tegenstelling tot eerder onderzoek (Schut en Bensing, 1977), dat 71% aangeeft dat de genoten universitaire opleiding een redelijk tot goede basis vormt voor het werk in de eerstelijns. Wel volgt de meerderheid van de respondenten (88%) nascholingscursussen, met name op het gebied van therapie en andere interventiemethoden. Gemiddeld beginnen de psychologen 4.3 jaar na hun afstuderen met de eigen praktijk.

Praktijkgrootte

In de jaren zeventig werd de praktijk vooral gestart vanuit of naast een andere functie als psycholoog. Na 1980 komen er meer psychologen die zich direct in de eerstelijns vestigen. Het percentage psychologen dat naast eerstelijnswerk een nevenfunctie als psycholoog vervult, is zowel bij aanvang van de praktijk als op dit moment hoger dan dat van degenen die uitsluitend in de eerstelijns werken. Het gemiddeld aantal uur dat per week aan eerstelijnswerk wordt besteed is 19.8. Echter, 33% van de respondenten besteedt hieraan tussen de vier en tien uur per week. Er zijn dus nogal wat psychologen die een gering aantal uren per week als vrijgevestigd psycholoog werkzaam zijn.

Dit wordt ook weerspiegeld door het aantal cliënten dat men op één moment in behandeling heeft. Ruim 40% geeft aan tien cliënten of minder in behandeling te hebben, 30% behandelt 11 tot 20 cliënten. Een kwart van de ondervraagden heeft meer dan 20 cliënten in behandeling.

Financiering

Voor de financiering is men in de meeste gevallen op de eigen middelen van de cliënt aangewezen. De particuliere ziektekostenverzekering wordt als bron weliswaar door 70% van de respondenten genoemd, maar die gold gemiddeld maar voor eenderde van de cliënten. (N.B. Dit aantal zal in verband met het feit dat veel particuliere ziektekostenverzekeraars deze kosten met ingang van 1-1-1989 niet meer vergoeden, verder teruglopen) Andere bronnen van financiering (GSD, bedrijfssteunfondsen, subsidiefondsen) worden maar door een minderheid genoemd, en zijn dan meestal op niet meer dan 10% van de cliënten van toepassing.

Eenderde van de respondenten geeft aan dat het cliëntenaanbod onvoldoende is, hetgeen praktijkuitbreiding verhindert. Als oorzaak voeren velen van hen aan dat de financiering in dit opzicht een belemmering vormt.

Praktijkvoering

Eerstelijnspsychologen voeren de praktijk in de meeste gevallen aan huis. Zij zijn, vergeleken met de Nederlandse bevolking, oververtegenwoordigd in de grote steden. Afspraken over een geografische afbakening van de praktijk zijn gemaakt door 24% van de respondenten. In het algemeen vindt het eerste contact met de cliënt plaats binnen een week na aanmelding. Tien procent van de respondenten maakt gebruik van een wachtlijst.

Ongeveer 35% van de respondenten hanteert leeftijdscriteria bij de aanname van cliënten; het gaat hier vooral om kinderen en adolescenten die men zegt niet in behandeling te nemen. Psychiatrische problematiek en/of verslavingen vormen voor de meeste respondenten (70%) een reden om van behandeling af te zien. Dertig procent van de respondenten werkt in een groepspraktijk met een of meerdere collega's. De meeste groepspraktijken zijn duopraktijken, de grootste telt 15 psychologen.

Cliënten

Zelfstandig gevestigde psychologen tellen meer vrouwen dan mannen onder hun cliëntèle. De meeste cliënten zijn tussen de twintig en

veertig jaar. De gemiddelde cliënt is hoger opgeleid dan de gemiddelde Nederlander. De belangrijkste problemen waarmee men bij de eerstelijnspsycholoog terecht komt zijn achtereenvolgens angsten en fobieën, klachten van depressieve aard, psychosomatische problemen, interactie- en gezinsproblemen en problemen ten gevolge van stress. De oververtegenwoordiging van vrouwen (60%) is in de schatting die zelfstandig gevestigde psychologen geven nog iets groter dan bij het AMW (58%) en de RIAGG (55%). De oververtegenwoordiging van de leeftijdsgroep 20- tot 40-jarigen (omgerekend over het hele bestand valt ongeveer 55% binnen deze categorie) vinden we in mindere mate terug bij het AMW (44%) en de RIAGG (42%). Vooral de cliënten boven de 60 jaar komen relatief vaker aan bod bij AMW en RIAGG (ongeveer 15% van het cliëntenbestand tegenover 4% van het geschatte cliëntenbestand van zelfstandig gevestigde psychologen. (Bron: NVAGG, 1988; Joint 1987).

Werkzaamheden

De belangrijkste werkzaamheid van de zelfstandig gevestigde psycholoog zijn behandeling door middel van therapie en diagnostiek. Ongeveer 60% houdt adviesgesprekken, maar besteedt hieraan gemiddeld veel minder tijd dan aan behandeling door middel van therapie. Veertig procent geeft consultatie, 25% houdt zich bezig met crisisinterventie en 15% met preventie en met nazorg. Ook hiervoor geldt (als het voorkomt) dat het veel minder tijd in beslag neemt dan therapie. Voor veel ondervraagden gaat gemiddeld 10% van de tijd in administratieve werkzaamheden zitten en ook 10% in supervisie of interview. Ook zijn de meesten 5% van hun tijd kwijt aan contacten met andere hulpverleners. Ten slotte besteedt ruim 20% tijd aan wetenschappelijk onderzoek en ook ruim 20% aan bestuurlijke werkzaamheden.

Het fenomeen dat een psycholoog uitsluitend een achterwachtfunctie ten behoeve van andere hulpverleners vervult (door consultatie, diagnostiek, preventie, e.d.) komt niet voor; een dergelijke functie vereist een andere financieringsvorm dan de huidige, waar de behandeling nu eenmaal de activiteit is die gehonoreerd wordt door de cliënt zelf, of door verzekeraars respectievelijk steunfondsen. Over het functioneren van zo'n achterwachtfunctionaris, in dienst van bijvoorbeeld huisartsen, kan dit onderzoek daarom geen uitsluitel verschaffen.

Over de behandeling door de psychologen kunnen we het volgende opmerken. De meesten maken gebruik van meerdere behandelingsvormen. Van de vier onderscheiden hoofdvormen, gedragstherapie, Rogeriaanse

therapie, psycho-analytische therapie en op de systeemtheorie gebaseerde therapie hanteert 72% twee of meer vormen. Van alle gespecificeerde therapievormen hanteert 60% er meer dan vier. In het algemeen kan de zelfstandig gevestigd psycholoog als eclecticisch werkend betiteld worden.

De mediaan van het aantal zittingen dat een behandeling in beslag neemt is 15. Deze ligt iets lager voor degenen die uitsluitend eerstelijnswork doen en voor degenen die meer uren per week hieraan spenderen.

Contacten met andere hulpverleners

Het belangrijkste contact voor de zelfstandig gevestigde psycholoog is de huisarts. Ongeveer 40% van de ondervraagden heeft een geregeld overleg met gemiddeld zes huisartsen. Op ad hoc basis heeft 70% wel eens overleg met huisartsen. De tweede discipline is in dit verband de zelfstandig gevestigd psychiater: 20% heeft een geregeld overleg met de psychiater en 30% doet dit op ad hoc basis.

Met het algemeen maatschappelijk werk heeft 14% een regelmatig contact, 20% een ad hoc contact en met de RIAGG is dit 9% respectievelijk 21%. Slechts weinigen (5%) participeren in een home-team of gezondheidscentrum.

Een typering van zelfstandig gevestigde psychologen

Op grond van een aantal criteria zijn de respondenten in subgroepen verdeeld. Gekeken werd of men generalistisch werkte (algemeen toegankelijk, laagdrempelig, veelsoortig hulpaanbod) en of er sprake was van samenwerking met eerstelijnszorg-disciplines. Combinatie van deze twee criteria levert vier subgroepen op. In een aantal opzichten moeten de hiervoor weergegeven algemene uitspraken per subgroep worden gemodificeerd.

Bijna de helft van alle psychologen werkte niet generalistisch en was niet ingebed in de ELZ. Het eerste houdt in dat ze bepaalde groepen cliënten a priori uitsloten, of drempels in de vorm van een wachtlijst kenden dan wel zich beperkten tot een of twee therapeutische richtingen. Het tweede betekent dat ze geen regelmatig overleg met huisartsen kenden, niet in een geografisch afgebakend gebied werkten en uitsluitend cliëntgerichte (en geen consultatieve) activiteiten uitvoerden. Deze psychologen hadden meestal (66%) een nevenfunctie en werkten gemiddeld maar een beperkt aantal uur (14) in de eerstelijns. Relatief velen zijn als psychotherapeut geregistreerd of lid van de NVP. Hun cliëntèle is relatief goed opgeleid

en vaak particulier verzekerd. Hun activiteiten beperken zich veelal tot therapie met een smal arsenaal aan therapievormen en -technieken. We zouden deze groep (groep A) kunnen betitelen als psychotherapeuten met een nevenfunctie.

Van de ondervraagde psychologen werkten 224 (groep B; 45%) wel op een generalistische werkwijze. Ze manifesteren zich minder als psychotherapeut en zijn vaker lid van de sectie eerstelijnspsychologen dan de hiervoor beschreven groep A. De helft van hen heeft een nevenfunctie en gemiddeld werken ze twintig uur per week in de eerstelijns. Ze beperken zich minder tot puur cliëntgerichte activiteiten en werken aanzienlijk eclecticischer. In een aantal opzichten voldoet hun werkwijze meer aan de ideaaltypische "eerstelijns werkwijze".

Dit ideaaltype wordt nog meer benaderd door de 76 (15%) psychologen die we "ingebied in de eerstelijns noemden" (groep C). Zij zijn meer binnen de sectie eerstelijnspsychologen georganiseerd, meer lid van regionale eerstelijnsverbanden en werken meer in groepspraktijken dan de vorige groepen. Slechts eenderde heeft nevenfuncties en ze werken dertig uur per week in de eerstelijns. Deze groep onderneemt veel meer activiteiten dan alleen maar behandeling en diagnostiek sec. Verder rapporteren ze een gemiddeld lager opleidingsniveau van hun cliënten dan groepen A en B.

Wanneer de kenmerken generalist en ingebied in de eerstelijns te zamen genomen worden, wordt het ideaaltype van de "eerstelijnspsycholoog" het meest benaderd. Dit zijn er 67 (14%), en bij een strenger criterium 36 (7%) (groep D respectievelijk D'). Op de onderzochte inhoudelijke kenmerken die we hiervoor bespraken verschillen deze psychologen niet zoveel van degenen die in de eerstelijns waren ingebied. Er is ook een grote overlap tussen beide groepen. Het verschil met de groep die aan het criterium "generalist" voldoet is veel groter, en de overlap is ook veel geringer. Het begrip "eerstelijnspsycholoog" krijgt vooral de ideaal typische invulling wanneer een psycholoog in nauwe samenwerking met huisartsen in een geografisch afgebakend gebied werkt en veel minder wanneer men er een generalistische werkwijze op na houdt.

Wat aantallen betreft is er sprake van 21% respondenten in groep C en/of D', die we "eerstelijnspsychologen" noemen. Vervolgens werkt 31% wel generalistisch maar is niet "in de eerstelijns geworteld" en

hebben we 48% van de respondenten als "zelfstandig gevestigd, maar min of meer gespecialiseerd psychotherapeut" betiteld. Extrapoleren we deze gegevens naar de non-respons op de inventarisatie-enquête (ervan uitgaand dat de lengte ervan de belangrijkste reden was om niet te responderen), dan bevonden zich onder de aangeschreven groep ongeveer 165 "eerstelijnspsychologen", 240 "generalisten, niet geworteld in de eerstelijns", en 370 "vrijgevestigde, gespecialiseerde psychotherapeuten (Van de 825 verzonden enquêtes werden namelijk 52 enquêtes wel geretourneerd, maar bleken niet van toepassing). Op grond van onze overweging aan het begin van dit hoofdstuk zullen zich onder de non-respons van de korte selectie enquête, zeer weinig "eerstelijnspsychologen" hebben bevonden en relatief veel psychologen van de laatste categorie. Dit zelfde geldt voor de groep zelfstandig gevestigde psychologen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn die niet zijn aangeschreven omdat ze minder dan een halve dag per week praktiseerden.

Discussie

Tien jaar geleden inventariseerden Schut en Bensing (1977) de samenwerking huisarts-psycholoog. Opmerkelijk was toen dat vrijwel alle psychologen die met huisartsen samenwerkten, dit vanuit een andere functie (AGGZ, universiteit, of ziekenhuis) deden. De zelfstandig gevestigd behandelend psycholoog bestond wel, maar werkte niet systematisch met huisartsen samen. Zij komen nu als type A of B, zelfstandig gevestigd gespecialiseerd psychotherapeut of generalist, naar voren.

De samenwerking met huisartsen heeft thans een ander karakter: zelfstandig gevestigden zijn thans vooral behandelaar van door de huisartsen verwezen patiënten. In het onderzoek van tien jaar geleden bestond 75% van de activiteiten uit consultatie, nascholing en diagnostiek vanuit een dienstverband.

Uit de huidige inventarisatie blijkt dat de universitaire opleiding in de loop van de tijd meer is ingespeeld op dit nieuwe werkterrein; Schut en Bensing signaleerden de nodige problemen in dit opzicht. Bijna de helft van de respondenten karakteriseerde de aansluiting van de opleiding op eerstelijnsactiviteiten als tamelijk slecht of slecht. Sindsdien is de ELZ een gebruikelijk onderwerp binnen de klinische psychologie geworden, zijn vakgroepen gezondheidspsychologie opgericht, heeft de sinds 1980 opgekomen "behavioural medicine" goede toepassingsmogelijkheden in de eerstelijnszorg laten zien en zijn hier en daar stages in huisartspraktijken gebruikelijk gewor-

den. Deze ontwikkeling heeft zich ook binnen de beroepsorganisatie doorgezet (sectie Eerstelijnspsychologen binnen het NIP, de beroepsaantekening eerstelijnspsycholoog). De aansluiting van de opleiding bij de huidige beroepsuitoefening wordt dan ook als bevredigend getypeerd.

Zijn het kader van waaruit gewerkt wordt, het type activiteiten en de opleiding sinds 1976 veranderd, de toen aangeduide financiële knelpunten zijn dezelfde gebleven.

We mogen over de ontwikkeling van de psychologie in de eerstelijnsdisciplines, zelfstandig gevestigd patiënten behandelde. Contact met huisartsen hierbij is echter van recentere datum. Anderen, die wel contact met huisartsen onderhielden, hielden zich in dienst van bij voorbeeld AGGZ-instellingen, vooral bezig met diagnostiek, nascholing en consultatie; geleidelijk aan heeft een verschuiving plaatsgevonden naar de behandelingsfunctie (vaak naar aanleiding van verwijzingen door huisartsen).

Wanneer men het heeft over eerstelijnspsychologen worden de verschillende groepen nogal eens door elkaar gehaald, of ten onrechte op een hoop gegooid. Verschillende auteurs die over de zelfstandig gevestigde psycholoog schrijven, hebben daarbij ook verschillende beelden voor ogen.

De eerstelijnspsycholoog zoals Derksen (1987) of het NIP (1984) hem/haar in ideaaltypische vormen schetst, kent een lage drempel, onderneemt een breed scala aan activiteiten, zowel op cliënt als ELZ-hulpverlener gericht, is een eclecticus en werkt nauw samen met huisarts, maatschappelijk werker en andere ELZ-hulpverleners in een omschreven regio. Uit hoofdstuk 8 is duidelijk geworden dat deze criteria in alle opzichten wat afgezwakt moeten worden om een substantiële groep als "eerstelijnspsycholoog" te kunnen betitelen. Ook wanneer men de samenwerking in de eerstelijns beperkt tot een regelmatig contact met huisartsen blijkt er een grote groep psychologen buiten te vallen, die overigens vaak wel "generalistisch" werkt. Een belangrijk deel van deze laatsten maakt bij voorbeeld wel deel uit van de sectie eerstelijnspsychologen van het NIP. Dit duidt erop dat bij hen de behoefte om aan die criteria te voldoen, wel bestaat, maar dat het (nog) niet gelukt is dit ideaal te realiseren. Lang niet iedere zelfstandig gevestigde psycholoog is dus psycholoog

in de hiervoor geschetste zin, maar degenen die wel aan de - afgezwakte - criteria vallen, voldoen in hun functioneren nog niet in ieder opzicht aan alle idealen die gesteld worden.

Zo is van echte integratie in de eerstelijns, op de samenwerking met huisartsen na, maar zelden sprake. Evenmin kan het contact met de AGGZ in het algemeen als een goede samenwerking betiteld worden.

De cliëntengroep die bereikt wordt (zeer veel 20-40 jarigen, weinig kinderen en ouderen), laat zien dat met verwijdering van drempels als geografische afstand en wachtlijsten alleen, nog geen voorziening voor de hele populatie is gecreëerd. Verder laten onze resultaten zien dat reguliere samenwerking met huisartsen wel tot meer "indirecte hulpverlening" (dat wil zeggen consultatie, preventie) leidt, maar hiervoor nog niet altijd een voldoende voorwaarde is. Niet iedere door ons als "eerstelijnspsycholoog" betitelde hulpverlener verricht deze activiteiten.

Ten slotte blijkt het vroegtijdig ingrijpen in nauw contact met de eerstelijns (= huisarts) het gemiddeld aantal behandelingen per cliënt te verminderen, maar niet zover als soms gesuggereerd wordt. Er bestaat echter een discrepantie tussen de aantallen die we in dit onderzoek vonden ($x = 12$ tot 20 , afhankelijk van het type psycholoog) en door Diekstra (1987) en WVC (Van Londen, 1987) aangehouden richtsnoer van acht zittingen. Bij dit alles dient overigens de precare financieringsstructuur van de "eerstelijnspsycholoog" in acht genomen te worden.

De experimenten die in de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid worden voorgesteld zouden een thans niet bestaand type psycholoog in het leven roepen: de achterwacht functionaris pur sang die wordt voorgesteld, wordt niet aangetroffen binnen het huidige bestand van zelfstandig gevestigde psychologen. Dit op zich is niet verwonderlijk, want de experimenten vormen een onderdeel van de formulering van nieuw beleid gericht op kwaliteitsverbetering van de hulpverlening in de eerstelijnszorg. Er bestaat dan ook geen financiële basis voor. Het gaat eigenlijk om het type samenwerking dat Schut en Bensing tien jaar geleden beschreven, en dat toen geschiedde door psychologen in dienstverband van een instelling. Doch ook de psycholoog die naast zijn behandeling een substantieel deel van zijn werk in consultatie, preventie en diagnostiek steekt, en daar dus kennelijk een taak in ziet, komt niet voor. Het is ook tekenend dat daar waar tien jaar geleden in samenwerking met de huisarts een achterwachtfunctie bekleed werd, de behandel functie thans belangrijker is. De indruk lijkt gerechtvaardigd dat zowel het aanbod aan behan-

delingsmogelijkheden als de behoefte (bij cliënten en huisartsen) aan een behandelingsaanbod zodanig is, dat een psycholoog in de achterwacht niet uit zichzelf naar voren zal komen, ook niet als daarvoor een financiële mogelijkheid (dienstverband) komt.

Een ander beeld dat van "eerstelijnspsychologen" bestaat, is dat het éénpersoons RIAGG'S zijn (Van Lieshout en De Ridder, 1988). Hierop aansluitend is de vrees die Van Londen (in: Derksen, 1987) uitsprekt dat er een psychotherapeutisch circuit in de eerstelijns zou worden gecreëerd. Dit zou vermeden moeten worden.

Onze bevindingen nopen in dit opzicht tot enige nuancering. Ongeveer de helft van de respondenten is naar ons idee inderdaad te typeren als "gespecialiseerde, vrijgevestigde psychotherapeut". Het betreft hier voor het merendeel psychologen met nog een andere functie, die slechts een beperkt aantal uren per week als zelfstandig gevestigd psycholoog werken. Van deze groep kan gesteld worden dat hun behandeling sterk lijkt op die van de specialist: een groot aantal sessies, een smal spectrum aan toegepaste technieken, en vrijwel uitsluitend op behandeling/therapie gericht. Dit circuit staat ook vrijwel los van de ELZ.

De psychologen die als "eerstelijnspsycholoog" in onze typering zijn aangeduid zijn daarentegen generalistisch, eclecticisch, behandelen kortdurend, zijn laagdrempelig en onderhouden intensief contact met huisartsen. Met name in dit laatste opzicht kan men ze niet als "éénpersoons-RIAGG" typeren.

Kortom, er zijn verschillende opties, en iedere "soort" eerstelijnspsycholoog zal kwalitatief en kwantitatief anders beschouwd moeten worden.

Het is in dit opzicht een toe te juichen ontwikkeling dat op het moment de beroepsgroep bezig is om die groep, die zich op inhoudelijke gronden onderscheidt, door middel van een beroepsaantekening "Kwalificatie op het gebied van de ELZ" beter herkenbaar te maken. Dit onderzoek heeft, naar wij hopen, aanwijzingen opgeleverd over de omvang van deze potentiële "deelprofessie" en over de aspecten van haar profiel die in de toekomst aandacht behoeven.

In dit opzicht is de ontwikkeling toe te juichen dat de beroepsorganisatie van psychologen op dit moment bezig is om een beroepsaantekening "Kwalificatie op het gebied van de LEZ" op te stellen. Hierdoor kan de groep psychologen die zich op inhoudelijke gronden onderscheidt, beter herkenbaar gemaakt worden. Dit onderzoek heeft,

naar wij hopen, aanwijzingen opgeleverd over de omvang van deze potentiële "deelprofessie" en over de aspecten van haar profiel die in de toekomst aandacht behoeven.

LITERATUUR

- BALEN, H.G.G. VAN, P.G.H.M. SOONS. Kort rapport. Huisartsen over de eerstelijnspsycholoog. Verslag van een enquête. De Psycholoog; 18, 1983, no. 8, p. 448-451
- BEEK-RONDAGH, A.H.M. VAN. e.a. De huispsycholoog, een droombeeld? Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 51, 1973, no. 21, p. 718-726
- BENSING, J.M. De psycholoog in de eerste lijn; modderbad of aderlating? Medisch Contact; 32, 1977, no. 17, p. 531-536
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. NHI-bijdrage aan de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht: NHI, 1984
- BENSING, J.M. Wat mankeert de RIAGG? Een standpunt vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 41, 1986, no. 12, p. 1211-1224
- BERKESTEIJN, T.M.G. VAN. Huisarts en psycholoog, verslag van de tweede landelijke contactdag huisartsen en psychologen. Medisch Contact; 29, 1974, no. 50, p. 1631-1632
- BOURAS, N., D.J. BROUGH. The development of the Mental Health Advice Centre in Lewisham Health District. Health Trends; 14, 1982, no. 3, p. 65-69
- BUSSCHBACH, J. VAN, P. VERHAAK. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 41, 1986, no. 5, p. 475-492
- CBS. Statistisch Zakboek 1987. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, CBS-publicaties, 1987
- CUMMINGS, N.A. Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. Professional Psychology; 8, 1977, no. 11, p. 491-501
- CUMMINGS, N.A. The anatomy of psychotherapy under national health insurance. American Psychologist; 32, 1977, no. 9, p. 711-718
- DERKSEN, J.J.L. Psychologische hulp in de eerste lijn. Meppel: Boom, Nelissen, 1982
- DERKSEN, J.J.L. Onderzoek en rechtvaardiging van eerstelijnspsychologie. De Psycholoog; 20, 1985, no. 2, p. 80-82
- DERKSEN, J.J.L. Psychologen op symposium "Samenwerking huisarts-psycholoog": eerstelijnspsycholoog net als huisarts een generalist. Welzijnsweekblad; 10, 1985, no. 16, p. 21
- DERKSEN, J.J.L. De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 1987

- DIEKSTRA, R.F.W., G.J. METHORST, F.J. BEKKER, T.G. LANKAMP, E.L.J.M. VAN DE LOO, R. ROMBOOTS. Economische en maatschappelijke baten van psychologische hulpverlening. *De Psycholoog*; 22, 1987, no. 3, p. 137-142
- DRIJBER, S.B. Contactdag huisartsen-psychologen. *Huisarts en Wetenschap*; 15, 1972, no. 3, p. 119-120
- EARL, L., J. KINCEY. Clinical psychology in general practice: a controlled trial evaluation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 32, 1982, no. 234, p. 32-37
- EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN AMSTERDAM (EPA). Eerstelijns psychologische hulpverlening in praktijk: verslag over 1986. Amsterdam: EPA, 1987
- ES, J.C. VAN Psycholoog in de eerste lijn? Een riskant experiment. *Medisch Contact*; 22, 1985, no. 40, p. 655
- ESPIE, C.A., J. WHITE. The effectiveness of psychological intervention in primary care: a comparative analysis of outcome ratings. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 36, 1986, no. 7, p. 310-312
- FRANCE, R., M. ROBSON. Work of the clinical psychologist in general practice; preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 75, 1982, no. 3, p. 185-189
- FREEMAN, G.K., E.J. BUTTON. The clinical psychologist in general practice: a six year study of consultancy patterns for psychosocial problems. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 34, 1984, no. 264, p. 377-380
- GEMEENTE HAARLEM. Notitie: psychosociale hulpverlening. Haarlem: Gemeente Haarlem, 1987
- GILL, K. Landelijke studiedag samenwerking huisarts en psycholoog in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap*; 17, 1974, no. 10, p. 387
- HOUT, W.P. VAN DEN. Een psycholoog in een eerste echelonsteam? Een bittere noodzaak! *Huisarts en Wetenschap*; 18, 1975, no. 3, p. 115
- HUYGEN, F.J.A. Verwirklichung der familiemedizin. *Allgemeinmedizin International*; 1, 1981, no. 1, p. 5
- HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN HOOGEN, A.Th. VAN DE LOGT, A.J.A. SMITS. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. II. Diagnostiek en therapeutisch beleid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 128, 1984, no. 28, p. 1321-1327; 128, 1984, no. 29, p. 1372-1376
- IBELINGS, J. Contacten huisartsen-psychologen; stand van zaken eind 1974. *Huisarts en Wetenschap*; 17, 1974, no. 7, p. 267

- IVES, G. Psychological treatment in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners; 29, 1979, no. 203, p. 343-351
- JOHNSTON, M. The work of a clinical psychologist in primary care. Journal of the Royal College of General Practitioners; 28, 1978, no. 196, p. 661-667
- JOINT. Het AMW in beeld 1985, 's Hertogenbosch, JOINT, 1987
- KAMSMA, H. Verslag van een onderzoek binnen het project eerstelijnspsychologie. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1987, doctoraalscriptie
- KOCH, H.C.H. Evaluation of behaviour therapy intervention in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners; 29, 1979, no. 203, p. 337-340
- KOK, A.F.W. Mogelijke perspectieven voor de psycholoog in de eerste lijn op grond van de Sturctuurnota Gezondheidszorg. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid; Psychohygiëne, 81/74, 1974
- KOK, A.F.W. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 29, 1974, no. 11, p. 555
- KOSSMAN, H.A.. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg, twee schema's. Medisch Contact; 27, 1972, no. 2, p. 31-35
- LIESHOUT, P. VAN, D. DE RIDDER. De meerwaarde van eerstelijnspsychologen. De Psycholoog; 23, 1988, no. 4, p. 173-177
- McKECHNIE, A.A., A.E. PHILIP, J.G. RAMAGE. Psychiatric services in primary care: specialized or not? Journal of the Royal College of General Practitioners; 31, 1981, no. 231, p. 611-614
- MEER, J.M. VAN DER, R.M. KOPPEN, J.J.L. DERKSEN, F. BOSCH. De samenwerking tussen psychologen en huisartsen in Zuid Kennemerland. In: J.J.L. Derksen (red.). De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 1987
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984
- NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN EN CONVENT VAN HOGLERAREN IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE. Het beroep van psycholoog in de individuele gezondheidszorg en de specialisatie tot klinisch psycholoog. De Psycholoog; 19, 1984, no. 7, p. 356-375
- NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN. De psycholoog in de eerste lijn II. Amsterdam: NIP, 1984
- NVAGG. Statistisch zakboekje 1986. utrecht, NVAGG, 1988
- OSKAM, H. Psycholoog in Overvecht. Utrecht: 1982

- POSTMA, T. Geen psychologen in de eerste lijn, een pleidooi voor de aanstelling van buitenwachtfunctionarissen van de tweedelijns instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Medisch Contact; 32, 1977, no. 36, p. 1128
- PSYCHOTHERAPIEPRAKTIJK: regionaal centrum voor multimodale psychotherapie in de eerstelijns. Evaluatierapport 1983 en 1984. Wychen: 1984
- RIDDER, D. DE, J. VISSER. Tussen de lijnen: de relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NcGv, NIVEL, 1987
- RIJNDERS, P.B.M. Project SPEECH, ervaringen van een psycholoog in de eerste lijn. Stichting Capelse Huisartsen, 1978
- SANAVRO, F.L. Eindverslag project Psychosociale Hulpverlening Breda, Utrecht: NHI, 1982
- SCHRIJVER, A. De nieuwe nota op schrift: een bibliografie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 40, 1985, no. 9, p. 875-892
- SCHUT, H., J.M. BENSING. Huisarts-Psycholoog, psychologen over hun samenwerking met huisartsen. Utrecht: NHI, 1977
- SEUR, H.C. Een psycholoog in de eerste lijn. De Psychooloog; 12, 1977, no. 2, p. 45-67
- SMITS, A., F.J.A. HUYGEN. Gezinstherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg: een poging tot evaluatie. Huisarts en Wetenschap; 19, 1976, no. 10, p. 373-378
- SMITS, A., C. HOSMAN. Onderzoek naar de rol van de psychologie in of dichtbij de eerstelijnszorg. De Psychooloog; 20, 1985, no. 2, p. 77-80
- VERHAAK, P.F.M. Een evaluatie van de samenwerking huisarts-psycholoog in Capelle a/d IJssel. Utrecht: NHI, 1979
- VERHAAK, P.F.M. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog in de eerste lijn. Medisch Contact; 36, 1981, no. 43, p. 1331-1333
- VERHAAK, P.F.M. Eerstelijnspsychologen ja of nee. Voordracht gehouden op NcGv-studiedag over nieuw nota GGZ. Utrecht: NcGv, 1985
- VERHAAK, P.F.M. Psychosociale problematiek. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee. Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986 (proefschrift)
- VERHAAK, P.F.M. Biodyne incorporated: een GGZ-totaalpakket. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 43, 1988, no. 12, p. 1363-1369
- VERHAAK, P.F.M. Functionele klachten, de nieuwe kleren van de keizer? Huisarts en Wetenschap; 31, 1988, no. 12 (suppl.), p. 25-31

- VISSER, J., D. DE RIDDER. Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg. Deelrapport van het onderzoek "Tussen de lijnen". Utrecht: NIVEL, NcGv, 1987
- WIT, L.J.M. DE, A.B. VISCHEDIJK, A.J.M.H. LAGRO. Samenwerking huisartsen-psycholoog. Huisarts en Wetenschap; 20, 1977, no. 9, p. 338
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: NHI, 1982 (proefschrift)

OPROEP

AAN ZELFSTANDIG GEVESTIGDE PSYCHOLOGEN

In opdracht van het Ministerie van WVC doet het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) onderzoek naar de positie van zelfstandig gevestigde psychologen op het gebied van psychologische hulpverlening. Doelstelling van het onderzoek is het inventariseren van het aantal psychologen dat werkzaam is als zelfstandig gevestigd psycholoog en hun werkzaamheden.

In het kader van dit onderzoek is in de maand februari 1988 een enquête gestuurd aan alle psychologen in Nederland van wie werd aangenomen dat zij werkzaam zijn als zelfstandig gevestigd psycholoog (onder andere via het NIP-psychologenadresboek).

Uiteraard zijn er psychologen die niet door ons zijn benaderd, maar die wel werken als zelfstandig gevestigd psycholoog. Wij stellen het zeer op prijs als deze psychologen uit zichzelf contact met ons zouden willen opnemen, zodat zij alsnog aan het onderzoek kunnen meedoen. Ook psychologen die parttime zelfstandig gevestigd werken, ook al is het maar voor enkele uren en eventueel naast een andere betrekking, worden verzocht te reflecteren.

De inspanning die aan de reflectanten gevraagd wordt bestaat uit het invullen van een korte schriftelijke enquête en, voor een deel van de reflectanten in een later stadium ook een uitgebreide enquête, over hun positie en functioneren.

Psychologen die aan het onderzoek willen meewerken en die nog niet door ons benaderd zijn, kunnen op de volgende wijze contact met ons opnemen; schriftelijk via een (ongefrankeerde) brief aan: NIVEL, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht, onder vermelding van code: ps ,
of
telefonisch: 030-319946, tst. 323 (drs. J. van Rooij) op maandag en woensdag.

Tevens kunt u op dit nummer terecht voor nadere informatie over het onderzoek en over de enquête(s).

Wij danken u bij voorbaat hartelijk voor uw medewerking!

NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

POSTBUS 5362
1007 AJ AMSTERDAM

NIC. MAESSTRAAT 120
1071 RH AMSTERDAM
TELEFOON 020 - 79 15 26

POSTGIRO 378802
BANKGIRO 54.40 36.441

Aan de leden van het NIP

REF.: TJ/pi

BETREFT:

AMSTERDAM, 17 maart 1988

M.,

Bijgaand treft u een kleine enquête aan. Zij is afkomstig van het NIVEL, een instituut dat onderzoek doet op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het kan zijn dat u wel een eigen praktijk (bureau, instituut, etc.) voert, maar niet op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg. Vult u deze kleine enquête dan a.u.b. toch in. Wanneer u uw praktijk wel uitoefent in de eerstelijnsgezondheidszorg ligt invulling zonder meer voor de hand.

Immers, diegenen uit laatstgenoemde categorie die tot de onderzoeksdoelgroep behoren, zullen een tweede, uitvoeriger enquête toegestuurd krijgen.

Het onderzoek waaraan wij u vragen mee te werken wordt gefinancierd door het ministerie van WVC. Het NIP is middels de sectie eerstelijnspsychologen vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie. Afgezien van de uitkomsten van het onderzoek kan van het project zelf worden gezegd dat het niet zonder invloed zal zijn op de verdere "emancipatie" van de eerstelijnspsychologie in de Nederlandse gezondheidszorg.

Met vriendelijke groet,


dr. Th.A.J.M. Jonkergouw
directeur-secretaris

1. Bent u afgestudeerd als psycholoog?

- ja
- nee

Zo niet, kunt u hier aangeven welke opleiding(en) u gevolgd heeft?

Indien u deze vraag met nee beantwoord hebt, hoeft u de enquête niet verder in te vullen. Wij verzoeken u echter nadrukkelijk om in dit geval de enquête toch aan ons te retourneren. Dit is voor ons van belang om een goed onderscheid te kunnen maken tussen het percentage 'non-respons' en het percentage 'wel-respons, maar niet door psychologen'.

2. Bent u als psycholoog werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg, eventueel part-time en eventueel naast een ander dienstverband?

(Toelichting: onder "werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg" verstaan we dat u rechtstreeks toegankelijk bent voor cliënten als zelfstandig gevestigde dan wel in dienst van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum, een "stichting psychologenpraktijk", een "psychologencollectief" of iets dergelijks (niet volledig in loondienst van een AGZ of intramuraal GGZ-instelling).

- Ja, ik ben uitsluitend werkzaam in de ELGZ
- Ja, ik ben uur per week als psycholoog werkzaam in de ELGZ, daarnaast werk ik uur per week in dienst van
- Nee, ik ben als psycholoog uitsluitend buiten de ELGZ werkzaam, namelijk als
- Nee, ik verricht geen werkzaamheden als psycholoog

Indien u deze vraag met nee beantwoord hebt, hoeft u de enquête niet verder in te vullen. Wij verzoeken u echter nadrukkelijk om in dit geval de enquête toch aan ons te retourneren.

3. Met welke aanduiding presenteert u zich naar buiten? (Toelichting: bedoeld worden aanduidingen als 'psycholoog', 'klinisch psycholoog', 'eerstelijnspsycholoog', zelfstandig gevestigd psycholoog, 'psychotherapeut', 'psycho-analytisch therapeut' e.d.)

.....
.....

4. Hieronder worden activiteiten genoemd die door een zelfstandig gevestigd psycholoog kunnen worden verricht. Kunt u aangeven welke activiteiten u verricht en hoeveel uur per week u aan die activiteiten besteedt?

als zelfstandig gevestigd psycholoog
besteed ik hieraan per week:

- diagnostiek en behandeling van mensen met uur
problemen van psychische, psychosociale en/of
psychosomatische aard
- het geven van organisatie-adviezen uur
- het geven van beroepskeuze-adviezen uur
- andere activiteiten, namelijk uur
.....



TOELICHTING OP DE ENQUÊTE

Geachte mevrouw/mijnheer,

Ongeveer twee maanden geleden ontving u van ons een korte enquête in het kader van een onderzoek naar zelfstandig gevestigde psychologen. U heeft de enquête aan ons geretourneerd, waarvoor wij u hartelijk dank zeggen. Zoals in de begeleidende brief was aangekondigd volgt er een tweede enquête, die aan een deel van de reflectanten op de eerste enquête zal worden toegezonden. Dit zijn alle personen die a) psycholoog zijn en b) hebben aangegeven dat zij per week 4 uur of meer werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. In totaal zijn dit ± 800 personen. Al deze personen, waartoe ook u behoort, krijgen de bijgevoegde enquête toegestuurd.

Wij brengen u in herinnering dat het doel van het onderzoek is om, in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, een inventarisatie te maken van de werkzaamheden van zelfstandig gevestigde psychologen in de ELGZ. Het gaat hierbij expliciet niet om een effectmeting van die werkzaamheden, maar om het verkrijgen van een inzicht in het functioneren van zelfstandig gevestigde psychologen in het kader van de beleidsontwikkeling met betrekking tot de (geestelijke) gezondheidszorg..

Anonimiteit

De gegevens van de enquête zullen anoniem verwerkt worden. Dit houdt in dat zodra de termijn voor terugzending is verstreken het nummer-bestand losgekoppeld wordt van het namen-bestand. De nummers op de enquête hebben een tweeledige functie. In de eerste plaats gebruiken wij deze om ook deze keer gericht een (eventuele) reminder te kunnen versturen. In de tweede plaats bieden de nummers ons de mogelijkheid om bij het analyseren van de gegevens rekening te houden met een eventuele taakverdeling tussen de leden van een groepspraktijk. In de enquête wordt namelijk gevraagd of psychologen die in een groepspraktijk werken willen aangeven met welke andere psychologen zij die praktijk vormen. Zij kunnen dit doen door de enquête-nummers van de betrokken persoon/personen te noteren. Bovendien stelt deze werkwijze ons in staat om niet alleen individuele zelfstandig gevestigde psychologen als onderzoekseenheid te analyseren, maar ook groepspraktijken in hun geheel.

De enquête is bestemd voor alle psychologen die enige werkzaamheden verrichten in de ELGZ. Dit houdt in dat ook psychologen die parttime, ook al is het maar 1 of 2 uur, in de ELGZ werken in het onderzoek betrokken zijn. Dit houdt op zijn beurt weer in dat het goed mogelijk is dat veel vragen in de enquête niet op u van toepassing zijn. Zoals u ziet is de enquête nogal uitgebreid. Er in opgenomen zijn vragen over alle werkzaamheden die een zelfstandig gevestigd psycholoog mogelijkwijs zou kunnen verrichten. Wij vragen u echter om ook indien u maar een deel van de genoemde werkzaamheden verricht, toch de hele enquête in te vullen en niet de enquête terzijde te leggen omdat u van mening bent dat het merendeel van de vragen toch niet op u van toepassing is.

Het invullen van de enquête neemt ongeveer 60 minuten in beslag.

Ook deze keer kunt u de enquête retourneren door middel van bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig.

Voor eventuele vragen over dit onderzoek of over de enquête kunt u contact opnemen met drs. J. van Rooij, onderzoeker, tel.: 030-319946 (toestel 323, op maandag en woensdag).

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking! Mede hierdoor zullen wij in staat zijn om inzicht te geven in het tot nu toe relatief onbekende terrein van de zelfstandig gevestigde psycholoog.

Met vriendelijke groet,
Stichting NIVEL

drs. C1. Olthoff,
voorzitter bestuur Stichting NIVEL

In dit deel willen wij enkele vragen stellen over uzelf en over uw opleiding

1. Wat is uw geboortedatum?

..... (dag) (maand) (jaar).

2. Geslacht: (aankruisen wat van toepassing is)

- man
- vrouw

3a. In welk jaar bent u afgestudeerd en aan welke universiteit?

In 19, aan de

b. Bent u oude/nieuwe stijl afgestudeerd?

(S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is)

c. Wat was uw afstudeerrichting?

.....

4a. Kunt u voor ieder van de hieronder genoemde onderwerpen aangeven of en hoe u kennis en ervaring met het betreffende onderwerp heeft opgedaan, bijvoorbeeld door middel van stage(s), cursus(sen), training(en), e.d.

	voor uw afstuderen	na uw afstuderen
a. psychopathologie

b. psychodiagnostiek/assessment

c. gesprekstherapie

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 4a. -

- d. Interventietechnieken/therapie
-
-
-
- e. kennis en plaats van functies en disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg
-
-

4b. Welke cursus(sen) en/of opleiding(en) volgt u op dit moment?

.....

.....

5a. Bent u lid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)?

- ja
- nee

Bezit u de registratie klinisch psycholoog?

- ja nee
- gewoon lid
- gekwalificeerd lid
- senior lid

b. Bent u lid van de NIP-sectie Psychologen in de eerste lijn?

- ja
- nee

c. Indien ja, bent u lid van een regionaal overleg (Roep)

- ja
- nee
- n.v.t.

d. Bezit u de staatsregistratie psychotherapeut?

- ja
- nee

e. Bent u lid van:

- Ned. Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Vereniging voor Rogeriaanse therapie
- Vereniging voor Gedragstherapie
- Vereniging voor Groepstherapie
- Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie
- Vereniging voor Gezins- en Relatietherapie
- Ned. Vereniging voor Psycho-analyse
- Ned. Vereniging voor Psycho-analytische Psychotherapie
- Ned. Psycho-analytisch Genootschap
- andere vereniging op gebied van psychotherapie, namelijk
-

In deel II stellen we enkele vragen over uw praktijk en de wijze waarop deze georganiseerd is.

Wij willen hierbij een onderscheid maken tussen solo-praktijken en groepspraktijken. Wij willen u daarom vragen of u, indien u werkt in een groepspraktijk, aan wilt geven met welke andere psycholoog(en) u een praktijk voert. (U kunt dit aangeven door middel van het noteren van de nummer(s) van de enquête van de betreffende personen.) Deze werkwijze stelt ons in staat om niet alleen een inventarisatie te maken per individuele psycholoog, maar ook per praktijk. Voorts biedt dit de mogelijkheid om bij inventarisatie van werkzaamheden rekening te houden met eventuele taakverdelingen binnen een groepspraktijk.

6a. Maakt u deel uit van een groepspraktijk?

- 0 ja
- 0 nee

b. Indien ja, kunt u hieronder de/het enquêtenummer(s) noteren van de psychologen met wie u samen een praktijk voert;

Ik voer een praktijk met:

- 1. (nr. van enquête invullen)
- 2. (nr. van enquête invullen)
- 3. (nr. van enquête invullen)
- 4. (nr. van enquête invullen)
- 5. (nr. van enquête invullen)

c. Indien ja, bestaat er binnen uw praktijk een taakverdeling?

- 0 ja
- 0 nee

Indien ja, kunt u hieronder aangeven waaruit deze taakverdeling bestaat en met name aangeven wat uw taak is binnen de praktijk.

.....

.....

.....

.....

.....

Van nu af aan is het de bedoeling dat u de vragen beantwoordt zoals ze voor uzelf gelden, ook al maakt u deel uit van een groepspraktijk.

7a. In welk jaar bent u begonnen met uw werk als zelfstandig gevestigd psycholoog?

In 19

b. Verrichtte u uw werkzaamheden als zelfstandig gevestigd psycholoog destijds naast werkzaamheden als psycholoog in een dienstverband?

- ja
- nee

c. Indien ja, kunt u aangeven waaruit deze andere werkzaamheden bestonden?

.....
.....

d. Indien ja, beschouwde u uw werk als zelfstandig gevestigd psycholoog als hoofdfunctie of als bij-(neven)functie?

- als hoofdfunctie
- als bij(neven)functie

e. Hoeveel uur per week besteedde u, toen u begon, aan de onder a genoemde werkzaamheden?

Ik besteedde uur per week aan werk als zelfstandig gevestigd psycholoog.

Ik besteedde uur per week aan ander werk als psycholoog.

8. Wat was uw voornaamste motief om u zelfstandig te vestigen?

- ik had al tijdens mijn studie het plan om later te gaan werken als zelfstandig gevestigd psycholoog
- dit was een gevolg van andere werkzaamheden die ik reeds verrichtte als psycholoog
- ik kon geen andere functie als psycholoog vinden
- ander motief, nl.:

.....
.....

9a. Hoeveel uur per week besteedt u op dit moment aan uw werk als zelfstandig psycholoog?

..... uur per week

b. Verricht u daarnaast nog andere werkzaamheden als psycholoog?

- ja, ik besteed hieraan uur per week
- nee

c. Kunt u aangeven welke andere werkzaamheden dit zijn?

.....
.....

10. Waar is uw praktijkruimte gevestigd?

- In de praktijk van een huisarts
- In een gezondheidscentrum
- In een gebouw van een kruisvereniging
- Aan huis, binnen het eigen woongedeelte
- Aan huis, strikt gescheiden van het eigen woongedeelte
- In een zelfstandig gesitueerde ruimte
- Anders, namelijk

11. Hoe hebt u bekendheid gegeven/geeft u bekendheid aan het feit dat u een praktijk als zelfstandig gevestigd psycholoog voert? (meerdere antwoorden zijn mogelijk).

- via contacten met (de) huisarts(en)
- via contacten met het Algemeen Maatschappelijk Werk
- via vermelding in de Gouden Gids
- via informatie/foldermateriaal
- via advertenties in dagbladen
- via voorlichtingsbijeenkomsten, lezingen e.d.
- ik laat de bekendheid afhangen van mond op mond reclame
- anders, namelijk

12. Zijn er in uw praktijk afspraken over geografische afbakening met andere praktijken en/of individuele zelfstandig gevestigde psychologen?

- ja
- nee

13. Voert u uw praktijk in een

- plattelandsgemeente (of meerdere kleinere gemeenten)
- kleine stad (< 20.000 inwoners)
- stad (20.000 - 100.000 inwoners)
- grote stad (> 100.000 inwoners)
- stadswijk

14. Zijn er in de gemeente waar u uw praktijk voert de volgende voorzieningen aanwezig op het gebied van de gezondheidszorg?

	wel aanwezig	niet aanwezig
wijkbureau van het maatschappelijk werk	0	0
intakepunt van het RIAGG	0	0
algemeen ziekenhuis	0	0
psychiatrisch ziekenhuis	0	0
crisiscentrum	0	0

15. Werkt u met andere hulpverleners samen in een gezondheidscentrum (samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende)

- 0 ja
- 0 nee

Zo ja, hoe is de samenstelling van dit centrum?

.....
.....

16. Werkt u met andere hulpverleners samen in een home-team (samenwerkingsverband van tenminste één huisarts, één maatschappelijk werker en één wijkverpleegkundige, maar niet onder één dak)?

- 0 ja
- 0 nee

Zo ja, hoe is de samenstelling van dit hometeam?

.....
.....

17a. Hoe lang bedraagt gemiddeld de tijd tussen het moment van aanmelding door een cliënt en het feitelijk eerste contact met de cliënt?

- 0 0 - 3 dagen
- 0 4 - 7 dagen
- 0 1 - 2 weken
- 0 2 - 4 weken
- 0 > 1 maand

b. Houdt de aangegeven tijd, in combinatie met het aantal cliënten dat u heeft, in dat u werkt met een wachtlijst? Zo ja, hoe lang is de gemiddelde wachttijd?

- 0 ja, de gemiddelde wachttijd is
 - 0 nee
-

18. Kunt u hieronder aangeven gedurende hoeveel tijd per week, maandag tot en met vrijdag, u bereikbaar bent voor (toekomstige) cliënten die contact met u willen opnemen.

a. Ik ben direct bereikbaar (in die zin dat u de cliënt te woord kunt staan)

gedurende periode(s) van uur per etmaal (24 uur), gedurende dagen per week

- vervolg van deze vraag staat op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 18 -

b. ik ben niet direct bereikbaar, maar wel in staat om boodschappen aan te nemen (bijvoorbeeld via secretaresse of antwoordapparaat)

gedurende periode(s) van uur per etmaal (24 uur), gedurende dagen per week.

c. ik ben niet bereikbaar

gedurende periode(s) van uur per etmaal (24 uur) gedurende dagen per week.

d. Bent u ook in het weekend bereikbaar? (meerdere antwoorden mogelijk)

ja, direct bereikbaar, namelijk periode(s) van uur

ja, indirect bereikbaar (in staat om boodschappen aan te nemen), namelijk periode(n) van uur

nee

19. Kunt u hieronder aangeven hoe de behandeling van uw cliënten gefinancierd wordt en voor iedere wijze van financiering aangeven op welk percentage van de cliënten deze van toepassing is?

dit geldt voor ongeveer

..... % van de cliënten

<input type="checkbox"/>	particuliere ziektekostenverzekering %
<input type="checkbox"/>	geheel eigen middelen cliënt %
<input type="checkbox"/>	deels eigen middelen cliënt; deels externe financiering (bijvoorbeeld ziektekostenverzekering) %
<input type="checkbox"/>	subsidiefonds (bijvoorbeeld oorlogsslachtoffers) %
<input type="checkbox"/>	Gemeentelijke Sociale Dienst (bijstandswet) %
<input type="checkbox"/>	steunfonds van bedrijf/bedrijfsvereniging %
<input type="checkbox"/>	anders, namelijk %
 %

20. Hanteert u een standaardtarief?

ja

nee

21a. Hanteert u een flexibel tarief voor bepaalde cliënten?

ja

nee

b. Indien ja, bij welk percentage van uw cliënten past u een flexibel tarief toe?

bij % van de cliënten

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 21 -

c. Indien ja, wat is het criterium/zijn de criteria om een flexibel tarief toe te passen?

.....
.....

22a. Zou u per week meer uur willen besteden aan werkzaamheden als zelfstandig gevestigd psycholoog dan u op dit moment doet?

- 0 ja, omdat
-
- 0 nee

b. Zijn er omstandigheden die u als belemmerend ervaart voor uitbreiding van het aantal uren? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 onvoldoende aanbod van cliënten
- 0 andere werkzaamheden zijn noodzakelijk om een voldoende inkomen te garanderen
- 0 privé-omstandigheden
- 0 andere belemmeringen, namelijk

c. Indien er sprake is van onvoldoende cliëntenaanbod, wat is hiervan volgens u de oorzaak (meerdere antwoorden mogelijk):

- 0 de financiële vergoedingsregeling voor de cliënt is ontoereikend, hetgeen tot gevolg heeft dat veel potentiële cliënten de psycholoog niet bereiken
- 0 de potentiële doorverwijzende instanties/personen zijn niet voldoende op de hoogte van mogelijke samenwerking
- 0 de potentiële doorverwijzende instanties/personen zijn niet voldoende geïnteresseerd in samenwerking met zelfstandig gevestigde psychologen
- 0 te grote concurrentie van andere psychologen/zelfstandig gevestigde psychiaters
- 0 te grote concurrentie van RIAGG
- 0 andere redenen, nl.
-
-
-

23. Vindt u dat u over een goede praktijkruimte beschikt?

- 0 ja
- 0 nee

Zo nee, wat zou hieraan veranderd moeten worden?

- 0 loskoppeling van praktijk- en woonruimte
- 0 grotere praktijkruimte
- 0 andere lokatie binnen de regio
- 0 anders, nl.
-

24. Beschouwt u uw werk als zelfstandig gevestigd psycholoog van tijdelijke aard?

- 0 ja
0 nee

Indien ja, kunt u een toelichting geven

.....
.....
.....

III

In het volgende gedeelte van de vragenlijst stellen wij u enkele vragen over uw cliënten.
Onder cliënten verstaan wij ook cliënt-systemen

25. Houdt u een cliëntregistratiesysteem bij?

- 0 ja
0 nee

26. Hoeveel cliënten (cliënt-systemen) heeft u op dit moment in behandeling? (Toelichting: bedoeld worden de cliënten die u zelf in behandeling heeft en niet de cliënten die in totaal in een eventuele groepspraktijk in behandeling zijn).

..... (aantal invullen)

27. Hieronder worden een aantal leeftijdscategoriën gegeven. Kunt u, bij benadering, aangeven hoeveel % van uw cliënten in ieder van deze categoriën valt? (toelichting: ga hierbij uit van de aangemelde cliënt, indien u werkt met partners en/of medegezinsleden erbij).

0- 9 jaar %	20-39 jaar%	60 jaar	
10-19 jaar %	40-59 jaar%	en ouder %

28. Van uw cliënten is, bij benadering,

..... % man/jongen
..... % vrouw/meisje

29. Kunt u bij benadering aangeven hoeveel procent van uw cliënten in ieder van de volgende opleidingscategoriën valt?

- laag (L.O. niet afgemaakt, (buitengewoon) L.O. %
(3 jaar voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld LTS,
LHNO, MAVO)
- midden (5 à 6 jaar voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld
HAVO, ATH, MBO) %
- hoog (HBO, Universiteit) %

30. Hanteert u criteria om cliënten niet in behandeling te nemen?

- 0 nee
- 0 ja, met betrekking tot leeftijd van de cliënt, namelijk
.....
.....
- 0 ja, met betrekking tot problematiek van de cliënt, namelijk
.....
.....
- 0 ja, met betrekking tot de intellectuele capaciteiten van de cliënt, namelijk
.....
.....
- 0 ja, andere criteria, namelijk
.....
.....

31a. Met hoeveel cliënten (cliënt-systemen) heeft u in 1987 contact gehad (inclusief degene die zich in 1986 hebben aangemeld, maar van wie de behandeling doorliep in 1987)?

..... cliënten (aantal invullen)

b. Is dit aantal geschat of geteld?

- 0 geschat
- 0 geteld

c. Hoeveel cliënten (cliënt-systemen) hebben zich in 1987 aangemeld?

..... cliënten (aantal invullen)

d. Van hoeveel cliënten (cliënt-systemen) heeft u in 1987 de behandeling afgesloten?

..... cliënten (aantal invullen)

32. Kunt u hieronder aangeven via wie u uw cliënten krijgt en om hoeveel procent (bij benadering) van uw cliëntenbestand het gaat?

- 0 huisarts %
- 0 vrijgevestigde psychiater %
- 0 maatschappelijk werk %
- 0 wijkverpleging %
- 0 gezinszorg %
- 0 RIAGG %
- 0 fysiotherapeut %
- 0 eigen initiatief cliënt %
- 0 andere (hulpverlenende) instanties/personen, nl. %
..... %

33a. Kunt u hieronder aangeven welke van de onderstaande aanmeldingsklachten in uw praktijk voorkomen en hoe vaak dit het geval is?

		vaak	af en toe	zelden
0	angst (bijvoorbeeld allerlei soorten fobieën en angstaanvallen)	0	0	0
0	depressie en depressiviteit	0	0	0
0	interactie- en gezinsproblemen	0	0	0
0	ontwikkelingsproblemen (bijv. anorexia nervosa of enuresis nocturna)	0	0	0
0	psychosomatische klachten (bijv. maagzweer, hypertensie)	0	0	0
0	sexuele stoornissen	0	0	0
0	problemen t.g.v. stress (bijv. oververmoeidheid, hyperesthetisch emotioneel toestandsbeeld)	0	0	0
0	zingevingproblemen	0	0	0

b. Zijn er klachten/problemen die regelmatig of vaak door de cliënt genoemd worden die niet in de vorige vraag zijn opgenomen.

Zo ja, wilt u die hieronder aangeven?

.....
.....
.....

34. Kunt u hieronder aangeven welke van bovengenoemde klachten/problemen het meest voorkomen.

.....
.....
.....
.....
.....

35a. Hoeveel cliënten, van degenen die u in 1987 heeft behandeld, heeft u in behandeling genomen samen met andere hulpverlener(s), (Wij bedoelen hiermee een vorm van behandeling waarbij verschillende hulpverleners, in zeer nauw overleg, ieder een deel van de behandeling van een cliënt op zich nemen).

..... cliënten (aantal invullen)

b. Hoeveel cliënten, van degenen die u in 1987 heeft behandeld, is door u doorverwezen?

..... cliënt(en) (aantal invullen)

c. Hoeveel van de cliënten die u hebt doorverwezen in 1987 werd doorverwezen direct na het eerste gesprek?

..... cliënt(en) (aantal invullen)

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg vraag 35. -

d. Kunt u in grote lijnen aangeven op grond van welke criteria u besloot om een cliënt in deze fase door te verwijzen?

.....
.....
.....

e. Hoeveel cliënten werden doorverwezen direct na afloop van de behandeling?

..... cliënt(en) (aantal invullen)

Kunt u hier de laatste vijf cliënten die u heeft doorverwezen kort omschrijven?

	geslacht	leeftijd	probleem	verwezen naar
1.
2.
3.
4.
5.

36. Naar welke instanties en/of personen heeft u in 1987 cliënten doorverwezen en om hoeveel cliënten ging het daarbij (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

	aantal cliënten:
0 RIAGG
0 zelfstandig gevestigd psychiater
0 zelfstandig gevestigd psycholoog
0 algemeen maatschappelijk werk
0 psychiatrisch ziekenhuis; polikliniek
0 psychiatrisch ziekenhuis; opname
0 psychiatrisch ziekenhuis; deeltijd behandeling
0 psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis:
0 polikliniek
0 opname
0 deeltijd behandeling
0 alternatieve hulpverlening
0 fysiotherapeut
0 anders, namelijk

In dit deel willen wij vragen stellen over uw feitelijke werkzaamheden als zelfstandig gevestigd psycholoog.

37. Hieronder worden activiteiten genoemd die door zelfstandig gevestigde psychologen kunnen worden verricht. Wilt u aangeven welke activiteiten door u worden verricht (meerdere antwoorden zijn mogelijk) en hoeveel uur per maand u daaraan besteedt?

0	psychodiagnostiek/indicatiestelling	..... uur per maand
0	behandeling door middel van therapie	..... uur per maand
0	consultatie (het geven van gerichte informatie op het gebied van eigen deskundigheid aan hulpverleners uit andere disciplines)	..... uur per maand
0	adviesgesprekken (gesprekken met cliënten die niet tot verdere diagnostiek en/of behandeling leiden)	..... uur per maand
0	crisis-interventie (het zeer gericht, direct en structurerend handelen om de cliënt in een crisis-situatie tijdelijk tot rust te brengen en eventueel te begeleiden (samen met de huisarts) naar een specifiek crisiscentrum)	..... uur per maand
0	nazorg (opvang en begeleiding van ex-patiënten uit (psychiatrisch) ziekenhuis bij terugkeer in de thuissituatie)	..... uur per maand
0	begeleiding van groepen van cliënten	..... uur per maand
0	onderhouden van contacten met andere hulpverleners	..... uur per maand
0	administratieve werkzaamheden	..... uur per maand
0	andere werkzaamheden, namelijk .....	..... uur per maand
0	supervisie/intervisie	..... uur per maand
0	het verrichten van wetenschappelijk onderzoek/schrijven van artikelen	..... uur per maand
0	preventie (groepswork, zelfhulpgroepen, assertiviteitstraining)	..... uur per maand
0	bestuurlijke werkzaamheden	..... uur per maand

38. Werkt u met een introductiegesprek (Dit is een kennismakingsgesprek ter wederzijdse oriëntatie van cliënt en psycholoog, waarin de cliënt wordt geïnformeerd over de werkwijze van de praktijk en over de mogelijke consequenties van een behandeling, maar waarin nog niet wordt overgegaan tot feitelijke behandeling.).

- 0 ja, altijd
0 soms
0 nee

- 39a. Maakt u bij de behandeling van een cliënt onderscheid tussen de diagnostische fase en behandelingsfase (de diagnostische fase bestaat uit één of meerdere gesprekken waarin wordt getracht te komen tot een zo gedetailleerd mogelijke probleembeschrijving op grond waarvan een zo eenduidig mogelijke probleemoplossend advies voor de cliënt respectievelijk advies tot behandeling voor de verwijzer tot stand komt)?

- 0 ja
0 nee

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 39 -

b. Indien ja, wordt deze diagnostische fase afgesloten met een schriftelijk rapport?

- ja, altijd
- soms
- nee

40a. Maakt u in de diagnostische fase gebruik van diagnostische hulpmiddelen als psychologische tests?

- ja, altijd
- soms, als het nodig is (dit is het geval bij % van de cliënten)
- nee

b. Zo, ja, van welke tests maakt u gebruik?

ik maak frequent gebruik van de volgende tests:

.....
.....
.....

ik maak incidenteel gebruik van de volgende tests:

.....
.....
.....

41. Maakt u, voordat u met de feitelijke behandeling begint, met de cliënt afspraken over het aantal sessies dat de behandeling in principe zal duren?

- ja, altijd
- soms, als het nodig is (dit is het geval bij % van de cliënten)
- nee

42a. Uit hoeveel sessies bestaat een behandeling van een cliënt gemiddeld? (exclusief een eventueel kennismakings-gesprek)

uit sessies (aantal invullen)

b. Wat is de gemiddelde duur van een sessie?

..... minuten

c. Wat was het grootste aantal sessies van een in 1987 beëindigde behandeling van een cliënt?

..... sessies (aantal invullen)

d. Bij hoeveel procent van de cliënten was het aantal sessies groter dan 12?

Bij % van de cliënten.

43a. Wij nemen aan dat u de behandeling van een cliënt zo kort mogelijk probeert te houden. Nu kan het voorkomen dat een behandeling meer sessies in beslag dreigt te nemen dan voor de behandeling door u was voorzien.

- 0 ja, dit komt wel eens voor
- 0 nee, dit komt niet voor

b. Indien ja, welke beslissing neemt u in zo'n geval?

U breekt de behandeling af en verwijst door naar andere instanties/personen?

- 0 ja, altijd
- 0 soms
- 0 nee, ik zet de behandeling voort

c. Indien u niet besluit tot doorverwijzing, wat is hiervan de reden?

	vaak	soms	nooit
- de wachttijd bij de andere instanties/personen is te lang	0	0	0
- de cliënt wenst geen verandering van behandelaar	0	0	0
- er is voldoende perspectief dat de behandeling binnen een redelijke termijn alsnog kan worden afgesloten	0	0	0
- andere reden, namelijk	0	0	0

44a. Indien het behandelen van cliënten door middel van therapie tot uw werkzaamheden behoort, kunt u dan aangeven of u gebruik maakt van technieken uit de volgende stromingen en hoe vaak u dit doet? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

	bijna altijd	soms	bijna nooit
soort:			
- gezinstherapie	0	0	0
- partner/relatietherapie	0	0	0
- groepstherapie	0	0	0
- individuele therapie	0	0	0
- n.v.t.	0	0	0
vorm:			
- gedragstherapie	0	0	0
- Rogeriaanse therapie	0	0	0
- psycho-analytische therapie	0	0	0
- systeemtheoretische therapie	0	0	0
- rationeel-émotieve therapie	0	0	0
- Gestalt-therapie	0	0	0
- hypnotherapie	0	0	0
- speltherapie	0	0	0
- psychodrama	0	0	0
- bio-feedback	0	0	0
- ontspanningstechnieken	0	0	0
- andere vormen van therapie, namelijk			
.....	0	0	0
.....	0	0	0

44b. Combineert u technieken uit verschillende stromingen bij de behandeling van één cliënt?

- 0 ja
- 0 nee

45a. Begeleidt u groepen van cliënten?

- 0 ja
- 0 nee (Indien nee ——— doorgaan naar vraag 50)

b. Indien ja, hoeveel groepen heeft u in 1987 begeleid?

..... (aantal invullen)

c. Uit hoeveel personen bestond zo'n groep gemiddeld?

Uit personen

d. Zo ja, welk karakter hebben deze groepen? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- 0 gespreksgroep
- 0 trainingsgroep
- 0 zelfhulpgroep
- 0 anders, namelijk

e. Zijn deze groepen georganiseerd rond een bepaald thema?

- 0 ja
- 0 nee

Indien ja, welk(e) thema(ta) is/zijn dat?

.....
.....

46a. Gaat u wel eens op huisbezoek bij cliënten?

- 0 ja
- 0 nee

b. Indien ja, hoeveel keer per maand is dit gemiddeld het geval?

..... keer per maand

c. Wat is doorgaans de reden om bij een cliënt op huisbezoek te gaan?

.....
.....

47. Kunt u aangeven hoeveel keer in 1987 u met een situatie geconfronteerd werd waarin crisisin-
terventie noodzakelijk was?

..... keer

-
48. Bij vraag 42 heeft u aangegeven hoeveel sessies gemiddeld de behandeling van een cliënt door u in beslag neemt.
Vindt u dat er gestreefd moet worden naar een vast, van te voren bepaald, aantal sessies per behandeling?

- 0 ja
0 nee, het aantal sessies moet bij iedere behandeling worden aangepast aan de problematiek en de persoon van de cliënt

Indien ja, welk aantal sessies (exclusief het eventuele kennismakingsgesprek) acht u een goede richtlijn?

..... sessies (aantal invullen)

V

In dit deel willen wij nader ingaan op het overleg over cliënten dat u voert met andere hulpverleners. Wij maken hierbij onderscheid tussen overleg op vaste tijdstippen, het geregeld overleg en overleg dat niet op vaste tijdstippen plaatsvindt, het ad hoc-overleg.

49. Kunt u aangeven met hoeveel van de hieronder genoemde personen u geregeld overleg over cliënten heeft?

- 0 met huisarts(en) (aantal invullen)
0 ik heb geen geregeld overleg met huisarts(en)
0 met maatschappelijk werkers
0 ik heb geen geregeld overleg met maatschappelijk werkers
0 met wijkverpleegkundigen
0 ik heb geen geregeld overleg met wijkverpleegkundigen

- b. Kunt u per persoon aangeven hoe vaak en hoe lang u geregeld overleg heeft?

met huisarts(en) maal per gedurende uur per keer
met huisarts(en) maal per gedurende uur per keer
met huisarts(en) maal per gedurende uur per keer

met maatschappelijk werker(s) maal per gedurende uur per keer
met maatschappelijk werker(s) maal per gedurende uur per keer
met maatschappelijk werker(s) maal per gedurende uur per keer

met wijkverpleegkundigen maal per gedurende uur per keer
met wijkverpleegkundigen maal per gedurende uur per keer
met wijkverpleegkundigen maal per gedurende uur per keer

- c. Kunt u aangeven met welke hulpverleners, anders dan huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen u geregeld overleg over cliënten heeft?

- 0 RIAGG-medewerker(s) maal per gedurende uur per keer
0 zelfstandig gevestigd psychiater maal per gedurende uur per keer
0 collega zelfstandig gevestigd psycholoog maal per gedurende uur per keer
(n.b. niet collega binnen uw groepspraktijk)

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 49. -

0	psychiatr. afd. alg. ziekenhuis (PAAZ)	..... maal per	..... gedurende	..... uur per keer
0	algemeen psychiatrisch ziekenhuis	..... maal per	..... gedurende	..... uur per keer
0	met hometeam	..... maal per	..... gedurende	..... uur per keer
0	met team gezondheidscentrum	..... maal per	..... gedurende	..... uur per keer
0	.....	..... maal per	..... gedurende	..... uur per keer

welke discipline?

50. Kunt u aangeven met welke hulpverleners u ad hoc overleg over cliënten heeft gehad, in de laatste 3 maanden dat u gewerkt heeft.

ad hoc overleg met:	hoe vaak?	hoe lang?
0 huisarts(en)	..... maal per	..... uur
0 maatschappelijk werker(s)	..... maal per	..... uur
0 RIAGG-medewerker(s)	..... maal per	..... uur
0 zelfstandig gevestigd psychiater	..... maal per	..... uur
0 wijkverpleegkundige(n)	..... maal per	..... uur
0 collega zelfstandig gevestigd psycholoog (n.b. niet collega binnen uw groepspraktijk)	..... maal per	..... uur
0 psychiatr. afd. alg. ziekenhuis (PAAZ)	..... maal per	..... uur
0 algemeen psychiatrisch ziekenhuis	..... maal per	..... uur
0 met hometeam	..... maal per	..... uur
0 met team gezondheidscentrum	..... maal per	..... uur
0 .....	..... maal per	..... uur

welke discipline?

51. Kunt u aangeven van hoeveel personen met wie u geen geregeld overleg heeft, u cliënten krijgt doorverwezen .

..... huisartsen (aantal invullen)
..... maatschappelijk werkers
..... wijkverpleegkundigen
..... andere personen, namelijk

52a. Indien de huisarts naar u doorverwijst, wat is dan de aard van de vraagstelling (meerdere antwoorden zijn mogelijk)?

	meestal	soms	zelden
0 deze bestaat uit de vraag om diagnostiek/indicatiestelling	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om behandeling/begeleiding	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om advies/overleg	0	0	0
0 andere reden, namelijk	0	0	0
0 n.v.t.			

- vervolg van deze vraag op de volgende pagina -

- vervolg van vraag 52 -

b. Indien de maatschappelijk werker naar u doorverwijst, wat is dan de aard van de vraagstelling (meerdere antwoorden zijn mogelijk)?

	meestal	soms	zelden
0 deze bestaat uit de vraag om diagnostiek/indicatiestelling	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om behandeling/begeleiding	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om advies/overleg	0	0	0
0 andere reden, namelijk	0	0	0
0 n.v.t.			

c. Indien de wijkverpleegkundige naar u doorverwijst, wat is dan de aard van de vraagstelling (meerdere antwoorden zijn mogelijk)?

	meestal	soms	zelden
0 deze bestaat uit de vraag om diagnostiek/indicatiestelling	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om behandeling/begeleiding	0	0	0
0 deze bestaat uit de vraag om advies/overleg	0	0	0
0 andere reden, namelijk	0	0	0
0 n.v.t.			

53. Wilt u van onderstaande soorten van berichtgeving aangeven in hoeverre u die geeft aan de persoon die een cliënt naar u verwijst?

bericht over:	geef ik:	altijd	soms	zelden
0 aankomst van de cliënt		0	0	0
0 voortgang van de hulpverlening		0	0	0
0 beëindiging van de hulpverlening		0	0	0
0 resultaat van de hulpverlening		0	0	0
0 n.v.t.		0	0	0

Behalve overleg met hulpverleners met andere disciplines is er ook contact mogelijk met collega-psychologen. Wij denken hierbij met name aan intervisie (feedback aan of van collegae wat het vakgebied betreft) en supervisie.

54a. Besteedt u binnen uw praktijk tijd aan intervisie?

- 0 ja, uur per maand
- 0 nee

b. Hoeveel collegae betreft dit? (aantal invullen)

c. Gebeurt dit op vaste tijdstippen?

- 0 ja
- 0 nee

55a. Geeft u supervisie/heeft u supervisie gegeven aan een of meerdere collega(e)?

- 0 ja
- 0 nee

Aan hoeveel collegae geeft u op dit moment supervisie?

aan collegae (aantal invullen)

b. Hoeveel uur per maand besteedt u in totaal aan het geven van supervisie?

..... uur per maand (aantal invullen)

c. Krijgt u/heeft u supervisie (gekregen)?

- 0 ja
- 0 nee

Hoeveel uur per maand neemt de supervisie op dit moment in beslag?

..... uur (aantal invullen)

d. Heeft deze supervisie betrekking op de behandeling van cliënten?

- 0 ja, altijd
 - 0 soms
 - 0 nee
-

56. Indien nazorg van ex-patiënten uit een algemeen en/of psychiatrisch ziekenhuis tot uw werkzaamheden behoort, door wie wordt u er op geattendeerd dat ten aanzien van een specifieke cliënt nazorg gewenst is (meerdere antwoorden zijn mogelijk).

	dikwijls	soms	zelden
0 RIAGG	0	0	0
0 huisarts	0	0	0
0 maatschappelijk werker	0	0	0
0 psychiatrisch ziekenhuis	0	0	0
0 algemeen ziekenhuis	0	0	0
0 wijkverpleegkundige	0	0	0
0 andere discipline, namelijk	0	0	0

57. Geeft u lezingen, gericht op het geven van voorlichting aan de bevolking

- 0 dikwijls
 - 0 soms
 - 0 nooit
-

58. Hoe kwalificeert u uw contacten met:

	goed	voldoende	matig	n.v.t.
huisarts(en)	0	0	0	0
RIAGG	0	0	0	0
maatschappelijke werk	0	0	0	0
wijkverpleging	0	0	0	0
gezinszorg	0	0	0	0
PAAZ/AGZ	0	0	0	0

Indien u geen contacten onderhoudt met bovenstaande personen/instaties, wat is hiervan de reden?

- 0 huisarts(en), om de volgende reden
- 0 RIAGG, om de volgende reden
- 0 maatschappelijk werk, om de volgende reden
- 0 wijkverpleging, om de volgende reden
- 0 gezinszorg, om de volgende reden

Indien u een contact als 'matig' kwalificeert, wat zou er moeten gebeuren om het contact te verbeteren?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

59. Publiceert u over uw werkzaamheden als zelfstandig gevestigd psycholoog?

- 0 ja
- 0 nee

Zo ja, in welke vorm?

- 0 jaarverslagen
 - 0 artikel in vaktijdschrift
 - 0 artikel in krant/dagblad
 - 0 anders, namelijk
-

60. Verricht u wetenschappelijk onderzoek op het gebied van uw werkzaamheden als zelfstandig gevestigd psycholoog?

- ja
- nee

Zo ja, in welke vorm?

.....
.....

61. In hoeverre is uw opleiding tot psycholoog een goede basis voor de werkzaamheden die u nu als zelfstandig gevestigd psycholoog verricht.

- goede basis
- redelijke basis
- onvoldoende basis

Kunt u hieronder een toelichting geven:

.....
.....
.....
.....

62. Hoe beoordeelt u het inkomen dat u uit uw praktijkwerkzaamheden geniet?

- ik ben tevreden met het huidige inkomen
- het inkomen is onvoldoende
- het inkomen is beslist onvoldoende

b. Indien u het inkomen als (beslist) onvoldoende kwalificeert wat is hiervan volgens u de voornaamste oorzaak?

.....
.....
.....
.....

c. Wat zou er volgens u moeten gebeuren om de financiële situatie van uw praktijk te verbeteren?

.....
.....
.....
.....

Heeft u op of aanmerkingen naar aanleiding van de enquête?
Zijn er nog onderwerpen die u in de enquête heeft gemist?
Zo ja, dan kunt u deze hieronder opschrijven.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking
