

Het profiel van de eerstelijns psycholoog na dertig jaar 2

Jan Derksen

In twee bijdragen in *Huisarts en Wetenschap* wordt een overzicht gepresenteerd van de eerstelijnspsychologische hulpverlening in Nederland. In de eerste bijdrage (Derksen & de Jong, 2009) werd aandacht besteed aan de geschiedenis, de omvang, verwijsmogelijkheden voor de huisarts en het (ideaaltypische) profiel van de eerstelijnspsycholoog (ELP). In deze tweede en laatste bijdrage wordt stilgestaan bij de kosten en effectiviteit, inhoudelijke aspecten van het werk van de ELP mede aan de hand van de nieuwe opleiding.

Kosten en effectiviteit

In de jaren 1980 werd erop gewezen dat psychologische interventies een besparing van 10% op de kosten van de somatische zorg kunnen betekenen (Mumford, Schlesinger, Glass, & Cuerdon, 1984; Olfson, Sing, & Slesinger, 1999). Onderzoek naar de effecten van psychologische interventies in de afgelopen 20 jaar heeft overtuigend bewijs voor de effectiviteit van dergelijke interventies voor een breed scala van gezondheidsproblemen bij zowel volwassenen als kinderen geleverd: stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, middelenmisbruik, chronische spanning hoofdpijn, chronische lage rugpijn, reumatoïde artritis, chronisch vermoeidheidssyndroom, klachten in verband met type 1 diabetes, en anders medisch onverklaarbare lichamelijke klachten (Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996; van Tulder, Ostelo, & Vlaeyen, 2000; Chambless & Ollendick, 2001; UK Department of Health, 2001; Holroyd, O'Donnell, Stensland, Lipchik, Cordingley, & Carlson, 2001; Sharpe, Sensky, & Timberlake, 2001; Whittings, Bagnall, Sowden, Cornel, Mulrow, & Ramirez, 2001; Nezu, Nezu, & Lombardo, 2001; Canadese Psychological Association, 2002). Voor veel klachten zijn empirisch gesteund behandelprotollen opgesteld (Ten Broeke, Korrelboom, Verbraak, 2009). Veel van deze problemen kunnen het beste in de eerstelijns gezondheidszorg worden behandeld. In de Verenigde Staten is dit door het 'the Committee on the Future of Primary Care for the Institute of Medicine' als volgt geformuleerd: "A major portion of mental health care is rendered in the primary care setting, and always will be" (Frank, McDaniel, Bray, & Heldring, 2004, p. 201). De meest geaccepteerde schatting voor de bijdrage van psychosociale factoren aan klachten op het spreekuur van de huisarts ligt tussen 40% en 60% van alle bezoeken (Bray, Frank, McDaniel,

& Heldring, 2004). Dit betekent dat de ELP een grote rol kan spelen in eerstelijnszorg. Er komen toenemend onderzoeksgegevens beschikbaar die ondersteunen dat korte psychologische interventies in de eerste lijn uitgevoerd, daadwerkelijk een meerwaarde hebben boven de reguliere eerstelijns hulpverlening. In een recente meta-analyse (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti & Berardi, 2008) zijn middels een selectie aan de hand van strenge kwaliteitscriteria uit 223 publicaties over effectiviteit van psychologische interventies bij depressieve stoornissen in de eerste lijn, 10 randomised controlled trails (RCT), tussen 1995 en 2006 gepubliceerd, nader geanalyseerd. In deze geselecteerde studies werden in totaal 1736 eerstelijns cliënten met een depressie in ergere zin behandeld en onderzocht op effect in vergelijking tot de gebruikelijke behandeling door de huisartsen. De psychologische interventies werden uitgevoerd in een periode tussen 6 en 16 weken en de mediaan voor het aantal zittingen was 6. Zeven studies zijn in Engeland verricht, twee in de VS en een in Australië. Zowel op de korte als de langere termijn bleken de psychologische interventies significant effectiever dan de reguliere zorg. In Nederland is de eerstelijnspsychologische zorg, in vergelijking tot elders in de wereld inhoudelijk het meest ontwikkeld en in de gezondheidszorg het meest gedetailleerd vormgegeven, maar dit type effectonderzoek ontbreekt nog in ons land. Op basis van de actuele vakliteratuur kunnen we hiervan wel positieve verwachtingen hebben (Derksen, 2009).

Interventies van de eerstelijnspsycholoog

Traditionele psychologische diagnostiek is individu gericht. Klachten, symptomen, syndromen en persoonlijkheidsproblemen worden in termen van het classificatiesysteem DSM (APA, 200) geassocieerd. Voorts wordt in de gedragsdiagnostiek al dan niet behulp van korte vragenlijsten en checklists het probleemgedrag in kaart gebracht uitmondend in een functieanalyse van de klacht en een holistische theorie. Meer uitgebreid testpsychologisch onderzoek naar intelligentie, neuropsychologische deficiënties, kwetsbare aspecten van de persoonlijkheid met behulp van zelfrapportage tests wordt doorgaans ingezet bij een ernstige persoonlijkheidsstoornis of ontwikkelingsstoornis (Derksen, 2004). De ELP is (mede door de opleiding tot gz-psycholoog) hiermee vertrouwd maar in zijn diagnostiek en in het behandelbeleid gedraagt hij zich anders dan de collega in de GGZ, anders dan de psychotherapeut en gespecialiseerde klinisch psycholoog. Voor de ELP als generalist is de relatie met de cliënt cruciaal; herstel van het functioneren in plaats van verandering van psychische patronen, minimale interventies om het functioneren te herstellen, op motivatie gerichte technieken, activering van de eigen hulpbronnen en gezonde aspecten met behulp van

remoraliseren werken alleen binnen een vertrouwensrelatie die tijdens het eerste consult wordt opgebouwd. Het eerste consult door de ELP is typerend voor de werkwijze; diagnostiek en interventie zijn hierin gelijkmatig verdeeld (Derksen & van der Staak, 2000). Behalve het taxeren van de aard en de ernst van de problematiek wordt hierin meteen geïntervenieerd onder andere door middelen van adviezen, remoraliserende opmerkingen, pogingen de cliënt te helpen het eigen functioneren te verbeteren (zoals wordt geïllustreerd in vignette 1). In het vervolgsamencontact is de ELP directief, maakt gebruik van het 'stepped care' model (Tiemens, Hutschemaeckers, & Kaasenbrood, 2004) en gebruikt empirisch gesteunde behandelprotocollen en in aanvulling hierop verschillende technieken uit diverse richtingen, waaronder systemische, cognitieve-, gedrags-, interpersoonlijke en psychodynamische benaderingen van psychische problemen. Anders dan de psychotherapeut is hij niet gespecialiseerd in een psychotherapeutische stroming en werkt dus niet lang met een cliënt, maar is wel in staat psychologische interventies te doen gebruikmakend van de diverse psychotherapeutische oriëntaties toe te passen. De keuze die gemaakt wordt hangt samen met lichamelijke kwetsbaarheden, sociale omstandigheden, familiale context, de werkcontext, pedagogische situatie van de cliënt mee. Beoordeling van de intermenselijke relaties van de cliënt en de invloed hiervan op het functioneren is al tijdens het intakegesprek een van de kerntaken van de ELP.

De ELP is vaak een huispsycholoog, vergelijkbaar met hetgeen de huisarts is voor de somatische zorg (zie hiervoor vignette 2). De ELP kent na verloop van tijd de familie, kent dus enkele generaties, de ouders, de kinderen, kleinkinderen en de familiegeheimen. De ELP kan gemakkelijk worden ingeschakeld bij opvoedingsproblemen. In een samenwerkingsverband met de huisarts worden cliënten soms gezamenlijk gezien, daarna wordt behandeling door een van beide disciplines voortgezet. Indien noodzakelijk en zinvol kunnen ook huisbezoeken plaatsvinden. Dit geldt voor bedlegerige cliënten, voor de begeleiding van chronisch zieken en hun partner, maar ook voor sterk fobische cliënten en soms zelfs voor psychotische cliënten. De ELP wordt zinvol betrokken bij de activiteiten gericht op de preventie van rijden onder invloed, van drugsgebruik op school, obesitas, en de vele andere aspecten van het menselijk gedrag die in staat zijn het wankel evenwicht tussen een gezond of ziek te verstoren.

De nieuwe opleiding tot ELP

Psychologen die in de gezondheidszorg willen gaan werken, worden opgeleid tot gezondheidszorg psycholoog (gz-psycholoog). Voorwaarde voor toelating tot deze tweejarige opleiding is dat ze in hun masteropleiding psychologie het juiste vakkenpakket hebben afgewerkt. Met deze opleiding, die bestaat uit vier dagen werken in de klinische praktijk en een dag cursorisch onderwijs (vergelijkbaar met de coschappen in de medische opleiding), verwerven ze de registratie van een *basisberoep* volgens de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). ELP kan men op verschillende manieren worden. In een recent ontworpen opleiding tot eerstelijnspsycholoog duurt deze één jaar en kan worden gestart na afronding van de opleiding tot gz-psycholoog. De opleiding gaat in 2010 voor het eerst van start. Men werkt hiervoor eveneens vier dagen per week onder supervisie op een erkende opleidingsplaats in de eerste lijn en geniet daarnaast één dag onderwijs aan de universiteit of opleidingscentrum. De ELP is dus een geregistreerde gz-psycholoog met een aanvullende taakdifferentiatie en daarop volgende registratie als eerstelijnspsycholoog. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen beijvert zich op dit moment voor een leerstoel in de eerstelijns psychologische hulpverlening.

In de opleiding tot ELP wordt gedurende vijf dagen aandacht besteed aan de eerstelijns attitude gericht op een integratie van psychische, somatische en sociale gezondheidszorg (samenwerking met huisarts, maatschappelijk werk, fysiotherapie en verpleging, consultatie, gebruik van de context, geïntegreerde visie, hypothese toetsende werkwijze, rapportage). In dit deel komt een huisarts aan het woord (een dag), een vertegenwoordiger van het maatschappelijk werk, fysiotherapie en een verpleegkundige (elk een halve dag). Voorts wordt onderwijs gegeven in de gezondheidsbevorderende en preventieve werkwijze in de eerste lijn, over de biologische, cognitieve, affectieve, sociale en interpersoonlijke basis van gezondheid en ziekte (het biopsychosociale model), de geïntegreerde contextuele werkwijze, de systemische visie, en de hypothese toetsende werkwijze (twee en een halve dag). Diverse opdrachten kunnen deel uit maken van dit blok zoals het bijwonen van een ochtendspreekuur van een huisarts of verpleegkundige

Vier dagen worden uitgetrokken voor somatische aspecten (somatiek, somatoforme klachten, psychofarmacologie). Hier komt een internist of een huisarts aan het woord over veel voorkomende somatische klachten, de diagnostiek, de behandeling en het beloop ervan (een dag). Voorts worden somatoforme stoornissen behandeld (een dag). Een farmacoloog verzorgt het deel over psychofarmaca (twee dagen). Dit laatste deel is anders dan hetgeen in de gz-psycholoog opleiding is gegeven. Opdrachten in dit blok kunnen zijn: het verzamelen

van informatie over diabetes mellitus en het uitwerken van de psychosociale aspecten die hiermee verbonden zijn; het schrijven van een gecombineerd interventieprogramma (medicatie en psychologische behandeling) bij chronische pijnklachten.

Vier dagen zijn ingeruimd voor psychologische diagnostiek met name toegespitst op het voeren van het eerste gesprek. Diagnostische technieken specifiek voor de ELP en onvoldoende aanwezig in de GZ-opleiding komen hier aan bod. Denk hierbij aan de attitude specifieke diagnostiek gericht op herstel van het psychologisch evenwicht van een individu in diens sociale context. Integratie in het eerste contact met een cliënt van de gerichtheid op remoralisatie, empowerment, gezondheidsbevordering gericht op de leefstijl. Ook hierbij wordt het systeem van de cliënt zoveel mogelijk betrokken. De diagnostiek filtert tevens die cliënten uit die beter in de tweede lijn kunnen worden gezien (voor zover dit al niet door de huisarts is gedaan). De diagnostiek van systeemaspecten en de stepped-care werkwijze komen afzonderlijk aan bod. Een opdracht kan in dit verband inhouden: samen met een huisarts een huisbezoek afleggen bij een ernstig gesomatiseerde patiënt en hiervan een verslag schrijven waarbij de psychologische behandelmogelijkheden worden toegelicht.

Acht dagen worden besteed aan psychologische interventies in de eerste lijn. De generalistische wijze van interveniëren, waarin wordt geprofiteerd van de diverse psychotherapeutische stromingen, komt in dit blok aan de orde. Het richten van de behandeling op het versterken van de gezonde kanten van de persoon en van het systeem nemen hier een essentiële plaats in. Speciale aandacht zal er worden ingeruimd voor reeds bestaande en op de eerste lijn toegesneden benaderingen zoals oplossingsgerichte therapie, het vijf gesprekkenmodel en de systemische stroming. Voorts komen de interventies aan bod die gericht zijn op leefstijl, gezondheidsbevordering, remoralisatie (in vervolg op dit onderdeel in het diagnostiekblok), en andere therapieën en trainingen die passen bij kwetsbaarheden die cliënten met de bekende angst en stemmingsklachten hebben in hun coping met stress. Hierbij kan ook worden gedacht aan groepstrainingen in sociale vaardigheid en assertiviteit (zowel voor volwassenen als voor kinderen en jeugdigen). Een opdracht zou kunnen zijn: een essay schrijven over een gecombineerde (affectieve, cognitieve en gedragsmatige) interventie gebaseerd op meerdere referentiekaders bij een adolescent met een schoolfobie.

Zeven dagen worden ingeruimd voor het ontwikkelingsperspectief en in het bijzonder voor kinderen en jeugdigen. De psychologische ontwikkeling (geïntegreerd in de somatische en sociale ontwikkeling) staat in dit blok centraal. Dit betekent aandacht voor levenslooptheorieën, specifieke psychologische kwetsbaarheden in de kindertijd, de adolescentie en de ouderdom. Specifieke aspecten van de psychologische diagnostiek,

speciale tests, speciale gesprekstechnieken en behandeling voor deze leeftijdsgroep, opvoedingsvraagstukken, mediatietherapie, ouderbegeleiding, contacten met scholen. De systemische aanpak is hierbij cruciaal. De ELP wordt geen kinder en jeugdpsycholoog, maar wordt opgeleid om in de context van de eerstelijns op basaal, generalistisch niveau diagnostiek en interventies toe te passen bij ouders die om hulp vragen voor hun jonge kinderen (tot 16 jaar) en worden getraind in de specifieke bejegening voor jongen tussen de 12 en de 18 jaar. Ze leren in dit blok rekening te houden met hun eigen grenzen bij deze leeftijdsgroep en adequaat door te verwijzen naar gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychologen, Centra voor jeugd en Gezin, Bureau Jeugdzorg, Schoolbegeleidingsdiensten en de GGZ-instellingen. Een opdracht kan zijn: een observatie doen in een schoolklas die bekend is met problemen en hierover een verslag schrijven.

Deze opleiding kan bijdragen aan uniformiteit in de uitoefening van het eerstelijns psychologenwerk. In Nederland is gedurende 30 jaar veel geëxperimenteerd met deze werkvorm en er is veel ervaring opgedaan. Systematisch empirisch onderzoek naar effectiviteit en proces van de eerstelijnspsychologische zorg ontbreekt nog. De nieuwe opleiding draagt bij aan helderheid in het profiel en gegeven toenemende uniformiteit in de werkwijze zou dit onderzoek in de toekomst het voordeel kunnen hebben dat er een werkwijze wordt onderzocht die voldoende is uitontwikkeld en dan verder empirisch kan worden geëvalueerd en gecorrigeerd.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Black, M., & Nabors, L. (2004). Behavioral and developmental problems of children in primary care: opportunities for psychologists. In: R. Frank, S. McDaniel, J. Bray, & M. Helling. Primary Care Psychology. New York: American Psychological Association, p. 189-207.
- Borrel-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2:576-582.
- Bray, J., Frank, R., McDaniel, S., & Helling, M. (2004). Education, practice, and research opportunities for psychologists in primary care. In: R. Frank, S. McDaniel, J. Bray, &

- M. Heldring. Primary Care Psychology. New York: American Psychological Association, p. 189-207.
- Broeke, ten, E., Korrelboom, K., & Verbraak, M. (Red.) 2009. *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho.
- Canadian Psychological Association. (2002). The Cost-effectiveness of Psychological Interventions. Ottawa: Ontario, K1p 5h3.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Derksen, J.J.L.(2004) Psychologische diagnostiek: enkele structurele en descriptieve aspecten. Nijmegen: PEN Tests Publisher.
- Derksen, J., & Staak, C. van der (Red). (2000). *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Derksen, J. (2009). Primary care Psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Profession Psychology: Research and Practice*, in druk.
- Derksen, J., & Jong, de, A. (2009). Het profiel van de eerstelijns psycholoog na dertig jaar I, *Huisarts en Wetenschap*,.....
- Frank, R., McDaniel, S., Bray, J., & Heldring, M. (2004). Primary Care Psychology. New York: American Psychological Association.
- Holroyd, K., O'Donnell, F., Stensland, M., Lipchik, G. Cordingley, G., & Carlson, B.(2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2208-2215.
- Mayor, J.D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional Intelligence; New Ability or Eclectic Traits? *American Psychologist*, Vol. 63, No. 6 503-517.
- McDaniel, S., Hargrove, D., Belar, C., Schroeder, C., & Freeman, E. (2004). Recommendations for education and training in primary care psychology. In: R. Frank, S. McDaniel, J. Bray, & M. Holding. Primary Care Psychology. New York: American Psychological Association, p. 63-92.
- Mumford, E., Schlesinger, H., Glass, G., & Cuerdon, P (1984). A new look at evidence about reducing costs of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1145-1158.
- Nathan, P. & Gorman, J. (1998). *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford University Press.

- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms. A critical review of the Treatment literature. *Behavior Therapy*, 32, 537-583.
- Olfson, M., Sing, M., & Slesinger, H. (1999). Mental health/medical cost care offset: Opportunities for managed care. *Health Affairs*, 18, 79-93.
- Phelps, R., & Reed, G. (2004). The integration and consolidation of health care: Implications for psychology in primary practice. In: R. Frank, S. McDaniel, J. Bray, & M. Holding. *Primary Care Psychology*. New York: American Psychological Association, p. 63-92.
- Roth, a., Fonagy, p. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Sharpe, I., Sensky, T., Timberlake, N. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: Preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, 89, 275-283.
- Tiemens, B., Hutschemaeckers, G., & Kaasenbrood, A. (2004). Stepped care as decision model – more than just stepwise interventions. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 916-930.
- Tulder, M. van, Ostelo, R., & Vlaeyen, J. (2000). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Systemic Reviews*, CD002014 (latest version February 15, 2000).
- U.K. Department of Health. (2001), *Treatment choice in psychological therapies and counselling : Evidence based clinical practice guidelines*. London: Author.
- Whiting, P., Bagnall, A., Sowdon, A., Cornell, J., Mulrow, C., & Ramirez, G. (2001). Intervention for treatment and management of chronic fatigue syndrome : A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1360-1368.

Vignet 1

Een 37-jarige man komt op een intakegesprek. Hij is gekleed in een vieze overall en excuseert zich daarover aangezien hij de hele ochtend kuikens aan het sexen was. Hij heeft wallen onder zijn ogen en maakt een overspannen indruk. Hij vertelt met horten en stoten, in slecht Nederlands dat zijn vrouw van hem is weggegaan voor een ander, dat hij ruzie heeft gekregen met enkele van zijn werknemers in zijn bedrijf en dat hij ernstig overweegt zelfmoord te plegen. Hij heeft het idee dat zijn hele wereld aan het instorten is en daarom bezocht hij zijn huisarts. Hij kijkt de eerstelijnspsycholoog wat onwennig aan. Het was het idee van zijn huisarts, daarom zit hij hier, zelf zou hij dit niet hebben bedacht. In de loop van dit gesprek

vraagt de intaker hem naar andere moeilijke momenten in zijn leven. Hij denkt na en somt dan een situatie op waarin alles ook leek tegen te zitten. Dan wordt aan hem gevraagd of en hoe hij toen er bovenop is gekomen. Hij is hierover zelf verbaasd en vertelt dan over de manier waarop het hem toen is gelukt zijn leven weer op te pakken. De relatie met de actualiteit is snel zichtbaar gemaakt. Zichtbaar ontspant hij in de loop van de tweede helft van het consult en vertelt spontaan dat zijn huisarts hem had verteld dat hij een goed gesprek nodig had en dat hij nu begrijpt wat deze bedoelde. Er wordt over twee weken een nieuwe afspraak gepland. Op die tweede afspraak verschijnt hij niet, hij zit in de file, is onderweg geweest voor zijn werk en haalt het nu niet. Hij vertelt dat het een heel stuk beter met hem gaat en dat hij wel contact op zal nemen zodra hij opnieuw een goed gesprek nodig heeft. Voorlopig redt hij het zelf.

Vignet 2

De echtgenoot van een 67-jarige vrouw wandelt het praktijkgebouw binnen en vraagt om een van de psychologen te spreken. De man woont vlakbij en heeft besloten om hulp vragen voor zijn echtgenote. Ze staat op een wachtlijst voor een hartoperatie en, sinds ze werd geplaatst op die lijst, heeft ze steeds paniekaanvallen. Ze haat medicatie en weet niet hoe ze om moet gaan met de stress als gevolg van het wachten op een ingrijpende operatie. Ze kan niet voldoende rust krijgen en wordt toenemend moe. Ze ligt in bed en voelt zich te zwak om naar buiten te gaan. Een van de ELP's maakt een afspraak voor een huisbezoek. De vrouw is niet bekend met eerdere psychische problemen. Ze blijkt overdreven bang te zijn om dood te gaan tijdens de hartoperatie. In een handjevol sessies wordt ze is getraind om te ontspannen en met cognitieve herstructurering worden haar irrationele overtuigingen gecorrigeerd en aangevuld met meer rationele gedachten. Ze was gedemoraliseerd maar ze begint enig vertrouwen in zichzelf en in de komende operatie terug te winnen. Eerder hanteerde ze een passieve coping stijl, middels de interventies van de ELP's verwerft ze een meer actieve coping stijl. Ze wordt ook gestimuleerd om contact met haar huisarts op te nemen om meer informatie over de operatie te verkrijgen. Tijdens haar laatste bezoek aan de praktijk, een aantal weken na een succesvolle operatie, brengt ze een bos bloemen mee als blijk van haar dankbaarheid voor de snelle en efficiënte psychologische hulp.

Samenvatting

In dit artikel worden de kosten en de effectiviteit van psychologische interventies tegen het licht gehouden. Er bestaat veel onderzoek dat deze interventies ondersteunt, maar behalve dat is er ook toenemend kwalitatief goed onderzoek dat laat zien dat deze interventies in de eerste lijn in vergelijking met de standaardbehandeling toegevoegde waarde hebben. Typische eerstelijns interventies zoals empowerment, remoralisatie, motivatie verhogende technieken, probleem oplossende gespreksvoering en ander strategieën waarbij wordt gelet op minimale psychologische zorg passeren de revue. In deze context wordt een nieuw opleidingsprogramma voor eerstelijnspsychologen besproken. Dit bestaat uit vijf modules: een attitude en strategie training van vijf dagen, vijf dagen voor somatiek en psychofarmacologie, vier dagen voor specifieke diagnostiek en stepped care interventies, acht dagen voor korte psychologische interventies en zeven dagen voor het ontwikkelingsperspectief waarin met name aandacht wordt besteed aan het helpen van kinderen en hun ouders, aan adolescenten en oudere mensen. Dit programma duurt een jaar en in die tijd werkt de psycholoog vier dagen per week onder supervisie in de eerste lijn.

Summary

In this article costs and effectiveness of brief psychological intervention in primary care are discussed. Not only brief psychological treatments of a variety of disorders are empirically supported, also implementing these intervention in primary care is supported by a considerable amount of data. Psychological assessment and psychological treatment, are discussed and compared with more specialised assessment and treatment in secondary mental health organisations. Typical primary health interventions like empowerment, remoralisation, motivation, problem solving treatment are discussed in the context of minimal psychological treatment to maximise the resources of clients themselves. Also a new training program equipped for psychologist who want to start working as a primary care psychologist is described. This program has five modules namely: primary care attitude and strategy training of five days, five days for somatic and psychopharmacological training, four days for specific in assessment and stepped care, eight days brief psychological interventions and seven days development perspective specially directed at helping children, their parents, adolescents and old people. This happens all while the psychologist is working under supervision in primary care for four days a week during one year.

Prof. Dr. J.J.L. Derksen is eerstelijnspsycholoog en hoogleraar klinische psychologie.