

Het driegesprekkenmodel van Sanders, een utopie?

Maie el Boushy is klinisch psycholoog en groepspsychotherapeut, opleider NVGP en P-opleider van GGZ Arkin te Amsterdam.

Met veel belangstelling las ik Ton Sanders' artikel 'Indicatiestelling voor groepspsychotherapie' in het septembernummer van *Groepen* (2010). Dit onderwerp fascineert mij al jaren buitengewoon om diverse redenen.

Ten eerste zijn de genezende factoren van groepspsychotherapie zoals door Yalom (2001) beschreven overvloedig bekend, zodat 'groep tenzij' mij nog steeds een bruikbaar motto lijkt om zoveel mogelijk voor groepen te indiceren.

Ten tweede is groepspsychotherapie – en groepsbehandelingen in het algemeen – de meest kosteneffectieve behandeling die er is in deze tijd van schaarste. Het is bewezen werkzaam en kan voor meer patiënten met minder behandelaren in dezelfde tijd plaatsvinden. Sanders pleit in zijn artikel voor een gedegen en uitvoerige intake, bestaande uit drie gesprekken. Hoe verhoudt zich zijn aanbeveling met de realiteit van de GGZ?

Diagnostiek en indicatiestelling in de GGZ

Het gegeven dat GGZ-instellingen steeds meer moeten bezuinigen is bij iedereen bekend. We moeten steeds meer werk ver-

richten met minder mensen. Dit is van toepassing op zowel de direct als indirect patiëntgebonden verrichtingen.

De DBC's dwingen ons iedere minuut te registreren waardoor we veel extra administratieve handelingen moeten verrichten. En verder worden we geacht zoveel mogelijk patiënten te behandelen in zo weinig mogelijk tijd. Dit geldt ook voor diagnostiek en indicatiestelling.

Binnen de grote GGZ-instelling waar ik werk, is het de bedoeling dat de intake in principe in één gesprek plaatsvindt. Na dat gesprek wordt de intaker geacht een DSM-IV classificatie te kunnen stellen en een zorgtoewijzingsvoorstel te kunnen doen.

Als de intaker er écht niet uit komt, kan hij een psychiatrisch consult, een psychologisch onderzoek of een tweede gesprek plannen. Al deze vervolgstappen maken volgens het management de DBC's duurder. Na de DSM-IV classificatie mag de intaker zich verdiepen in de modules binnen het zorgprogramma waar de patiënt in thuis hoort qua classificatie. De intaker doet dan een voorstel voor behandeling aan een zogenoemde plaatsingscommissie die de intake op schrift beoordeelt; een indicatiestaf is immers te duur geworden. Nog complexer is

het dat de intakekers verschillende disciplines hebben, variërend van niet BIG-geregistreerde psycholoog, arts-assistent n.i.o., GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog (i.o.) tot psychiater (i.o.).

Ook een aantal andere grote GGZ-instellingen is met de werkwijze bekend van een intake binnen één gesprek.

Obstakels voor het driegesprekken-model

Bij de GGZ-instelling waar ik werk, is er een aantal obstakels om het driegesprekkenmodel succesvol te kunnen gebruiken. Ten eerste is het een model dat bij voorkeur om een groepstherapeutisch onderlegde intaker vraagt. Dat is een schaars goed geworden. Hierop kom ik later terug.

Ten tweede is het een kostbaar proces. In de DBC-systematiek mag je, zoals Sanders al stelt, maar twee gesprekken voor de intake declareren. Bij mijn instelling, tenzij noodzakelijk, is dat er maar één. Het past dus niet binnen de werkwijze van de instelling. Een uitzondering op deze werkwijze is de inzet van opleiders bij de intake. Bij de GZ-psycholoog i.o. is een senior GZ-psycholoog betrokken in een zogenoemd voorstelgesprek. Aan een assistent Psychiatrie is een psychiater gekoppeld tijdens het intakegesprek.

Groepstherapeutisch onderlegde professionals

Zoals eerder genoemd zijn deze professionals inmiddels helaas schaars geworden.

De meeste groepstherapeuten binnen GGZ-instellingen zijn inmiddels gepensioneerd of gaan met pensioen. Ook verlaten ervaren en kundige professionals steeds vaker de grote GGZ-instellingen om een eigen praktijk te beginnen. De nieuwe generatie groepstherapeuten laat op zich wachten. De NVGP vergrijst, het ledental loopt terug, en aanwas van jonge collegae die in opleiding willen, is beperkt.

Het curriculum van diverse GGZ-opleidingen en regio's sluit niet aan bij de opleidingsroute van de NVGP. De specialistische psychotherapieverenigingen lijken niet meer zo van belang dat de opleiders daar graag bij aan willen haken. Het is voor een deel aan de hoofdopleiders zelf hoe ze het curriculum van de verschillende opleidingen precies willen invullen.

In het Amsterdamse opleidingscircuit is – in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nijmegen – binnen de GZ/KP-opleiding geen basis-cursus groepsdynamica meer opgenomen. Daardoor hoeven opleiders ook niet per se een groepsbehandeling te doen en supervisie te krijgen van een door de NVGP erkende supervisor.

Opvallend is overigens dat aan net afgestudeerde GZ-psychologen wel gevraagd wordt lessen te verzorgen voor groepsbehandelingen binnen de GZ-opleiding. Meestal hebben deze professionals zelf nauwelijks onderwijs gehad in groepsdynamica, laat staan dat zij bij de NVGP opgeleid zijn.

De opleiding psychiatrie is zodanig her-
vormd binnen het Amsterdamse circuit dat
de cursus groepspsychotherapie geredu-
ceerd is tot 15 uur. Deze 5 x 3 uur worden
bovendien verdeeld over zes maanden. Tot
slot wordt dit onderdeel gegeven nadat de
AIOS de poliklinische stage heeft gedaan,
bij uitstek de plek om te indiceren voor
groepspsychotherapie of als cotherapeut
een groep te kunnen doen samen met een
ervaren groepspsychotherapeut.

Het draaiboek moet bovendien aan een
aantal eisen voldoen qua opbouw, uren en
lesmateriaal, waardoor er niet vanzelfspre-
kend een basiscursus groepsdynamica in
opgenomen kan worden.

Consequenties

Doordat het aantal groepstherapeutisch
geschoolde medewerkers afneemt, ver-
dwijnen er groepen, worden ze door niet
groepstherapeutisch geschoolde mede-
werkers gedaan en wordt er onvoldoende
of slecht geïndiceerd voor groepspsycho-
therapie. Als de groepspsychotherapeut
met pensioen gaat, wordt de groep ofwel
opgeheven ofwel door een niet groepsthe-
rapeutisch geschoolde professional overge-
nomen.

Doordat er onvoldoende geïndiceerd wordt,
zijn groepen soms lang niet geheel gevuld.
Als dat te lang duurt, worden ze serieus in
hun voortbestaan bedreigd. Een kleine
groep is immers kwetsbaar, en wordt
bovendien duurder naarmate er minder
groepsleden in zitten, wat voor leidingge-
venden weer als argument gebruikt zou

kunnen worden om de groep op te heffen.
De P-opleidingen en de opleiding
Psychiatrie sluiten hierbij niet of onvol-
doende aan, zodat opleidingen niet
gemakkelijk of goed indiceren voor groeps-
psychotherapie, en ook niet bij de NVGP
aan kunnen haken.

Alternatief model

Binnen mijn GGZ-instelling wordt de indi-
catie voor groepstherapie meteen na het
intakegesprek gesteld. De patiënt wordt dan
bij de groepscoördinator aangemeld voor
nader onderzoek naar de geschiktheid voor
groepspsychotherapie en het vinden van
een passende groep. In feite is dit een ver-
lengde intake, specifiek gericht op groeps-
psychotherapie.

Vaak verwijs ik de patiënt door naar andere
groepen (CGT, schemagericht, dagbehan-
deling, VERS-training, MBT). Een beperkt
aantal wordt in groepsdynamische groepen
geplaatst gericht op persoonlijkheidspro-
blematiek.

Naast de DSM-IV classificatie besteed ik
aandacht aan de factoren die Sanders in zijn
artikel bespreekt.

Tot slot

Voor de NVGP zie ik een schone taak om
met de hoofdopleiders van de opleiding tot
GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en
psychotherapeut het gesprek aan te gaan
om het model van Nijmegen over te nemen.
Ook met de psychiatrieopleiding is, zoals
het Willem de Haas in het noorden gelukt

is, zaken te doen op dit gebied. Met name het feit dat psychiaters effectiever leiding leren geven na een dergelijke cursus is een stimulerend argument voor de opleiders in de psychiatrie.

En bij de zorgaanbieders is wellicht ook nog de kosteneffectiviteit ter sprake te brengen zodat 'groep tenzij' meer in het vizier komt.

Meer dan tien jaar geleden heb ik een artikel geschreven over indicatiestelling voor groepspsychotherapie in de voorloper van dit tijdschrift, *Groepspsychotherapie* (El Boushy, 1997). Als obstakel zag ik destijds het medisch model, met uitsluitend psychiaters aan de voordeur. Anno 2010 zijn er andere obstakels. Door de marktwerking en de DBC's worden intakeprocedures korter en meestal niet door groepstherapeutische medewerkers gedaan om het goedkoop te houden.

Groepspsychotherapie (in engere zin) wordt daardoor ernstig bedreigd.

Literatuur

Boushy, M. el (1997). Indiciestelling voor groepspsychotherapie. *Groepspsychotherapie*, 31 (4) 217-227.

Sanders, T. (2010). Indiciestelling voor groepspsychotherapie. *Groepen*, 5 (3) 43-55.

Yalom, I. (2001). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochum.