

Reactie internetconsultatie Orthopedagoog-Generalist in de BIG

Mijn naam is Suzan Möller en ik ben in 1993 afgestudeerd in de klinische en ontwikkelingspsychologie en heb daarna gewerkt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, waar psychologen en pedagogen veelal hetzelfde werk doen, zij het met ieder een iets andere focus en theoretische achtergrond. Sinds 2007 heb ik een eigen neuropsychologische praktijk Brainfact.

Bij de invoering van de BIG en de invoering van de 4-jarige master opleiding psychologie, is de postmasteropleiding GZ-psycholoog ingevoerd. Deze GZ-opleiding heeft nooit echt aangesloten bij het veld van de gehandicaptenzorg, omdat de GZ-opleiding gericht was op psychiatrische diagnostiek en behandeling daarvan. Bepaalde thematiek, zoals naast verstandelijke beperking of hersenletsel, bijvoorbeeld seksespecifieke thematiek als eetproblematiek en seksueel misbruik, multiculturele vraagstukken of bepaalde behandelmethodes, die holistischer waren en meer lichaamsgericht, bijvoorbeeld in geval van verslaving, werden niet erkend en niet onderwezen binnen de GZ-opleiding. Maar dat was vroeger.

Een psychiatrische diagnose werd altijd afgemeten aan wat er in de DSM stond en dat was voor deze doelgroep : verstandelijke beperking, ernstig, matig, licht of zwakbegaafd. Zodra de diagnose verstandelijke beperking aan de orde was kwam men in een ander veld terecht en werd bijkomende psychiatrische problematiek slecht begrepen. Andersom werd in de GGZ de verstandelijke beperking als diagnose soms gemist.

In mijn beginjaren 1995 zag ik dossiers van mensen die in de GGZ de diagnose schizofrenie hadden gekregen, maar met de kennis van nu zonder twijfel de diagnose autisme zouden krijgen, waarbij psychoses waren ontstaan vanwege onvoldoende kennis, ten gevolge daarvan overvraging, waarbij de overvraging heeft geleid tot psychoses.

De psychoses leidden in het verleden vaak tot een diagnose schizofrenie en een behandeling met medicatie in de GGZ.

Behandeling of begeleiding in een passend orthopedagogisch klimaat had toen al veel problematiek kunnen voorkomen en deze kennis hebben we nu. De OG is goed in staat het orthopedagogisch klimaat te creëren. De psycholoog is nodig om te onderzoeken en te begrijpen waarom ontstaan is wat er is en waarom werkt wat werkt. Naast onderzoek is de psychologie breder dan de orthopedagoog in diagnostiek, in instrumentontwikkeling en in therapie. Zowel individu als systeem als organisatie zijn onderwerpen binnen de psychologie, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in diagnostiek als in de behandeling.

Nu zijn er oplossingen gevonden binnen de GZ-opleiding door deze inhoudelijk aan te vullen met actuele kennis, met daarnaast verschillende profielopleidingen, het SKJ en de OG-opleiding.

Dan nu de BIG: de BIG betreft de individuele clientenzorg en dan vooral als het gaat om diagnostiek en behandeling. Ik ben van mening dat het belangrijk is dat als mensen met cliënten werken in de BIG zijn opgenomen om daarmee ook tuchtrecht en kwaliteit te regelen. Maar als dit op een andere

wijze goed geregeld is kan het wat mij betreft ook, al vind ik onafhankelijkheid daarin van de eigen beroepsvereniging ook belangrijk.

Het is nu zo dat een groot deel van de psychologen en orthopedagogen niet in het BIG-register is opgenomen en wel met individuele cliënten werkt. Een deel van hen heeft een postdoctorale opleiding in psychotherapie of heeft zich meer gespecialiseerd in een bepaald werkveld. Deze mensen moeten onder supervisie werken, terwijl er te weinig supervisors/GZ-psychologen zijn. Zij zouden m.i. ook in de BIG moeten worden opgenomen. Daarnaast is er een deel dat afgestudeerd is voor de invoering van de BIG en bij de invoering de overgangsregeling heeft gemist.

Nu er ruimte is om de BIG met beroepen uit te breiden zou ik ervoor willen pleiten alle psychologen en pedagogen die met cliënten werken op te nemen in de BIG.

Omdat dit wellicht nog een tijd kan gaan duren zou ik in het belang van cliënten zorgen dat er oplossingen komen. Dat zou kunnen door de OG en KenJ, maar daarnaast ook de neuropsycholoog, ouderpsycholoog, verslavingspsycholoog en forensisch psycholoog en de ervaren psychologen in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg te erkennen en de mogelijkheid te bieden in het veranderde domein van zorg het tekort van GZ-psychologen in te vullen om te kunnen functioneren als zelfstandig regiebehandelaar en als zodanig te kunnen worden ingekocht.

Dit is belangrijk voor volwassenen, die vanuit de gemeente zorg geboden zouden moeten krijgen in het kader van de WMO en op het gebied van werk/WAJONG. Zeker jongeren tussen 18 en 23 met een LVB behoren tot deze doelgroep, maar ook systemen, waar multiproblematiek aan de orde is. Daarnaast mensen met NAH, bijvoorbeeld ten gevolge van een auto-ongeluk.

Ik wens u veel wijsheid en ben heel benieuwd naar het vervolg.

Vriendelijke groet,

Drs. Suzan Möller, psycholoog NI P