Niet gepubliceerd

Van: Drs. L. v.d. Hoeven, psycholoog.

D.d.: oktober 1979

Samenvatting doctoraal skriptie 1979
voor klinische psychologie afd.
Universiteit Nijmegen.

"Eerste lijns psycholoog.... kom ga nou gauw!"*

Inleiding.

Reeds langer dan een decennium lang wordt er gediscussieerd over de eerstelijn van de gezondheidszorg met betrekking tot de vraag hoe deze georganiseerd en eventueel zelfs versterkt dient te worden.
Onder eerstelijn wordt het geheel van niet-gespecialiseerde voorzieningen verstaan, die men dicht bij de bevolking aantreft, doorgaans op wijkniveau. Deze eerstelijn fungeert onder meer als toegangspoort tot de gespecialiseerde psycho-sociale hulpverlening.

De huisartsen kunnen op dit moment onvoldoende hulp bieden aan het toenemend aantal patiënten, dat met psycho-sociale klachten bij hen komt. Mensen uit andere disciplines, met name psychologen, zouden wellicht een nuttige functie kunnen vervullen wanneer ze in de eerste lijn een gedeelte van de zorgen van de huisartsen over zouden nemen. Om allerlei redenen, die niets of weinig met het belang van patiënten van doen hebben, komt de samenwerking tussen huisartsen en psychologen nauwelijks tot stand. De overheid en de ziekenfondsorganisaties vrezen, dat de kosten van de gezondheidszorg in dat geval nog eens extra zouden toenemen. De diverse belangenorganisaties zijn het oneens met elkaar wat betreft het inschakelen van de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg.
De maatschappelijke ontwikkeling - economische terugslag, werkeloosheid en bezuinigingen - maakt het onwaarschijnlijk dat de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg zal worden ingeschakeld. Toch werken er nu omstreeks 15 psychologen met eerstelijns teams samen. De samenwerking vindt meestal op een onzekere subsidie-basis plaats. Deze onzekere financiering is niet in het belang van psychologen en patiënten. Zeker op langere termijn kunnen zich hierdoor problemen gaan voordoen.

In dit artikel wil ik speciaal aandacht schenken aan de psycho-sociale problemen die zich voordoen in de huisartspraktijk. Hoe de huisarts hiermee omgaat hangt ten nauwste samen met zijn visie op de gezondheids- en welzijnszorg, maar ook met zijn eigen taakopvatting, structuur van de gezondheidszorg en financiering, maar ook met leeftijd, opleiding en huisarts-patiënt relatie. Meestal echter worden patiënten met psycho-sociale klachten niet adequaat door hen geholpen. Vooral de psychofarmaca moeten wonderen verrichten....."doch een middeltje voor de geest heeft nog nooit een probleem opgelost" (Nelemans).
Naar andere hulpverleningsinstellingen in de tweede lijn - zoals de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (A.G.G.Z.) en vrijgevestigde psychiaters - verwijst de huisarts slechts in geringe mate. Het lijkt daarom wenselijk om deze probel problematiek - door psychologen? - in de eerstelijn zelf aan te laten pakken.
Daartoe leent de structuur van de gezondheidszorg zich (nog) niet. Voor het realiseren van structuur-veranderingen dienen de betrokken belangenorganisaties op te komen: zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.), het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.)
In het verleden zijn er conferenties over dit onderwerp georganiseerd, enquêtes geho gehouden en is er onderzoek verricht. Het takenpakket van een eerstelijns psycholoog wat betreft de mate van gespecialiseerdheid.
Deze behartiging heeft tot nu toe gefaald.
Daarnaast is het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil) niet gericht op uitbreiding van het eerstelijns team: huisarts, wijk-verpleegkundige (w.v.) en maatschappelijk werkende (m.w.).

*) met veel dank aan: R. Baas, J. Bensing, W. van Genugten, H. de Haan, Anita van Meyel, P. Vos en Hélène Walder

De kostenregeling van de sporadische contacten tussen huisarts - psycholoog is ronduit chaotisch te noemen.
Om hier verandering in te brengen zal de maatschappelijke discussie over het al dan niet inschakelen van de psycholoog in de eerstelijn afgerond moeten zijn. Daarna zullen de belangenorganisaties hun invloed dienen aan te wenden om het beleid hiermee in overeenstemming te brengen.
Alleen wanneer structurele maatregelen genomen worden, lijkt de financiering beter geregeld te kunnen worden. Op die manier zal de hulpverlening door psychologen in de eerstelijn van de gezondheidszorg niet langer via ad-hoc-regelingen plaats vinden, maar zullen de belangen van psychologen en van patiënten op langere termijn gewaarborgd worden.

Definitie van gezondheid.

De meest aangehaalde definitie van gezondheid is die van de World Health Organization (W.H.O.) die uitgaat van "een toestand van optimaal welbevinden in somatisch, psychisch en sociaal opzicht".
Deze uitspraak gaat van een ideale situatie uit, die in de praktijk onbereikbaar is en zal blijven. Termen als "toestand" en "welzijn" suggereren iets statisch. Volgens Iemhof (in: Beek en Hak, 1973) is gezondheid: "de afwezigheid van klachten en/of ziekte op basis van de afwezigheid van psychisch of somatisch dysfunctioneren", betreft het een negatieve begripsbepaling dus. En welzijn is: :de aanwezigheid van (mogelijkheden tot) ontplooiing".
De verschillende houdingen ten opzichte van gezondheid, ziekte en welzijn leiden noodzakelijkerwijs tot verschillende opvattingen over gezondheidszorg en welzijnszorg. Deze verschillen in benadering kunnen verstrekkende gevolgen hebben voor visie en handelen binnen de gezondheidszorg.
Bij de eerste definitie, worden gezondheidszorg en welzijnszorg in elkaars verlengde geplaatst en streeft de arts veelal naar harmonie tussen persoon en milieu. In de tweede definitie krijgt gezondheid een negatieve betekenis en welzijn een positieve. Deze benaderingen vinden elkaar echter in een strijd tegen maatschappelijke belemmeringen, dat zowel ziekte veroorzaakt als ontplooiing verhindert.
Een visie op (on)gezondheid werd geconcretiseerd in een taakomschrijving voor de huisarts (tot op heden nog altijd de centrale figuur in de eerstelijn van de gezondheidszorg) en nader uitgewerkt op de Woudschoten Conferentie in 1959. Deze conferentie wordt algemeen als het keerpunt in de opvattingen over de huisartsgeneeskunde beschouwd.
Op deze bijeenkomst is de taak van de huisarts aldus omschreven:
"het bewust aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen". Met name de begrippen "continue" (van de wieg tot het graf), "integraal" (zowel lichamelijke als geestelijke en sociale aspecten omvattend), als ook "gezin" (het individu als een onderdeel van zijn/haar omgeving) perken de functie van de huisarts van die van de specialist af.
Deze zienswijze is daarmee reactie op een geneeskunde die zich voornamelijk baseerde op inzichten, die vanuit de exacte vakken zijn verworven en waarbij men de mens reduceert tot een hoeveelheid cellen, organen e.d.
De nieuwe integratie van de taken van de huisarts wordt theoretisch onderbouwd door "integrale geneeskunde" (Querido), waarbij de nadruk ligt op een integratie van de somatisch-klinische theoriën met de psychologische en sociale wetenschappen. Hierbij probeert men tot een zo volledig mogelijk beeld van de persoonlijkheid te komen. Want een stoornis in het somatische vlak biedt à priori niet voldoende zekerheid, dat de voorwaarden voor herstel ook in dat vlak gevonden kan worden.

Binnen de integrale geneeskunde kunnen twee hoofdstromingen worden onderscheiden (Dieriks & Ris, 1974):
1) de eerste vorm gaat ervan uit dat ziekte door een veelheid van factoren wordt bepaald en zoekt dus (of houdt rekening met) oorzaken op somatisch, psychisch en sociaal gebied,
2) de tweede vorm gaat er vanuit dat er een geheel nieuwe (mens-) wetenschap moet komen, waarbij mensen in hun totale (niet-) functioneren kan worden begrepen.

Vooral de eerste vorm van integrale geneeskunde wordt in de huisartsenpraktijk in toenemende mate gerealiseerd. De laatste jaren zijn veel huisartsen samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners aangegaan zoals: wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, vroedvrouwen, maatschappelijk werkenden en psychologen.

Een geheel nieuwe menswetenschap, waarbij een integratie van biologische, psychologische en sociale theorieën tot stand wordt gebracht, is nog een utopie. Zolang deze integratie nog niet mogelijk is, lijkt de beste oplossing het samenwerken van verschillende disciplines te zijn. Hierbij is het van belang om tot een optimale coördinatie in de zin van teamwork te komen, die berust op de onderscheiden wetenschappen en professies. Door deze toenemende samenwerking wordt ook een behoefte aan een integrale theorie zichtbaar. Daarom is het noodzakelijk om onderzoek uit te voeren waarbij geprobeerd wordt alle aspecten te integreren.

Ziektegedrag.

De laatste decennia neemt het gemiddeld aantal aandoeningen per patiënt in Nederland toe. Zo komt Ruhe (in: Aktiegroep Medicijnen, 1977) tot de bevinding dat tussen 1938 en 1954 het aantal aandoeningen zich verdubbelde. Fuldauer (in: Aktiegroep Medicijnen, 1977) is van oordeel dat het gemiddeld aantal klachten met 23 % is toegenomen tussen 1959 en 1964.
Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut vindt een toename van 17 % tussen 1973 en 1977.

De huisarts kan zich verheugen op een groeiende populariteit. Bijna alle patiënten doen tenminste éénmaal per jaar een beroep op de huisarts - volgens van der Velden (1973): 93 % en volgens Lamberts (1975): 73,1 %.
Echter een klein aantal patiënten (6 %) neemt 25 % van de "workload" van de huisarts in beslag (Smits, 1978). Wamochter konstateert een groot verschil in huisarts-patiënt-frekwentie. Het gemiddeld aantal kontakten ligt op 5.6 per jaar, voor emotioneel gestoorden ligt dit op 8,7 en voor niet-emotioneel gestoorden op 3,7. Volgens Lunn (in: Weyel, 1970) komt 20 % van de patiënten met psycho-sociale klachten naar de huisarts en legt daardoor beslag op 30 tot 50 % van de werktijd van de huisarts..
De omvang van het aantal psycho-sociale klachten strekt zich volgens Kuypers (1966) uit over 10 % van alle patiënten. Volgens Folmer (1968) is het 11 % van alle klachten. Volgens van der Velden (1973) 11,9 % van de vrouwen en 8,5 % van de mannen. Aakster (1974) en Zweens-Wiersma (1968) constateren dat 50 % van de klachten een psycho-sociale achtergrond heeft.

Psychofarmaca als symptoombestrijder.

Dat het "behandelen" met psychofarmaca, het oplossen van bestaansproblemen met chemische middelen, één van de grootste verleidingen voor de huidige huisarts (Trimbos, 1974) blijkt uit verschillende onderzoeken.
Dit proces wordt door Illich, Zola en Iemhof medicalisering genoemd.
Medicalisering is het maatschappelijk aanvaarde resultaat van de definiëring van de klachten van de patiënt door huisartsen.
Hierdoor worden sociale problemen geïndividualiseerd, bestaansproblemen met technieken behandeld, vervalt onrecht in leed en wordt een konflikt een klacht.
De "materialistisch" opgeleide huisartsen weten echter geen raad met psycho-sociale problematiek, omdat zij hier niet of nauwelijks voor zijn opgeleid. Mede gelet op de omvang en aard hiervan, zou dat wel moeten.

Het gebruik van psychofarmaca ("De Haarlemmerolie van de welvaartsstaat") is enorm in zwang geraakt. Dit blijkt uit verschillende onderzoeken.
Zo werden in 1975 in het rayon Nijmegen 147.220 tranquilizers aan 154.000 ziekenfondsverzekerden voorgeschreven.
Bouma e.a. (1975) vinden dat in 1973 29 % van de Groningers rustgevende middelen op recept gebruiken. Zo'n 6 % van de Groningers behoren tot de chronische gebruikers, d.w.z. men gebruikt rustgevende middelen langer dan 250 dagen.
Uit onderzoek van Ormel (1975) bleek dat 10,6 % van de ondervraagde personen psychofarmaca gebruikt. Zo'n 3 % gebruikte psychofarmaca langer dan één jaar. Vrouwen (14,8 %) gebruiken deze middelen vaker dan mannen (6.9 %). Het gebruik lag het hoogst in de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar.
Wilks (1975) vond dat er gemiddeld 62 tabletten psychofarmaca per recept worden voorgeschreven. Dit voorschrijfpatroon varieert van arts tot arts, maar langzamerhand lijkt het bij steeds meer dokters door te dringen dat een "middeltje voor de geest nog nooit een probleem heeft opgelost".
Vandaar dat er steeds meer belangstelling ontstaat voor andere mogelijkheden tot hulpverlening in geval van psycho-sociale klachten.
Het bekendst is dat de huisarts de patiënt verwijst naar de psychiater, één van de instellingen voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (A.G.G.Z.), het Algemeen Maatschappelijk Werk, e.d.
Meestal verwijst de arts eindeloos door naar allerei medisch-specialisten in geval van niet duidelijke somatische pathologie. Zo komt de patiënt uiteindelijk in het medisch kanaal terecht, waarin deze nogal eens zal "verzuipen", d.w.z. dat elke verwijzing, elk pilletje de patiënt nog meer ervan overtuigd dat hij toch wel "iets" onder de leden heeft. Zo ontstaat er een patiëntenrol.

Eerstelijn en psychosociale hulpverlening.

Slechts een klein gedeelte van alle patiënten, die met psycho-sociale problemen bij de huisarts komen, worden uiteindelijk verwezen naar psycho-sociale hulpverleners.
Deze tweedelijns hulpverleners - overwegend slechts via verwijzing te bereiken - houden zich vooral bezig met gespecialiseerde en dus langdurige vormen van psychotherapie, gespecialiseerde psychodiagnostiek, preventie en onderzoek.
Daarnaast geven zij konsultatie, training en nascholing ten behoeve van eerstelijns werkers.

Naast de psychiaters zijn een groot aantal tweedelijns hulpverleners verbonden aan de Ambulante Geestelijke Gezondheids Zorg (A.G.G.Z.). De A.G.G.Z. is een overkoepeling van instellingen als de Sociaal Psychiatrische Diensten (S.P.D.), de Medisch Opvoedkundige Bureaux (M.O.B.), de bureaux voor Levens en Gezinsvragen (L.G.V.), de Consultatiebureaux voor Alcohol en Drugs (C.A.D.) en de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie.

Er bestaan enige problemen in huisarts - A.G.G.Z. samenwerking.
Deze problemen zijn een gevolg van (v.d. Mosselaar, 1977):
- het gebrekkig functioneren van de A.G.G.Z.-instellingen; het niet overal in het land aanwezig zijn van de A.G.G.Z.-instellingen; het niet aansluiten op de konkrete behoeften en leefomstandigheden van hulpvragers; de geringe samenwerking met eerstelijns werkers; lange wachtlijsten bij de A.G.G.Z.; de "hoge drempels" voor patiënten (psychologische barrières zoals normen, waarden, omgangsvormen tussen hulpverlener- en vrager).

Daarnaast spelen de volgende aspecten mee:
huisartsen hebben door hun overwegend individueel somatisch georiënteerde opleiding een meer natuurwetenschappelijke kijk op het leven gekregen. Ze hebben weinig kennis over of ervaring met hoe psycho-sociale problematiek kan doorwerken in ziektegedrag van één individu of zelfs hele gezinnen; de huisarts hanteert een "quick-service-systeem", waarop de A.G.G.Z. onvoldoende op in kan spelen; huisartsen zijn onvoldoende bekend in "welzijnsland" (ze hebben weinig idee van hoeveel instellingen en organisaties in hun omgeving zijn); huisartsen bezitten te weinig kennis over de werkwijze en de psychotherapeutische stromingen waartoe de psycholoog zich rekent. Deze kennis is noodzakelijk voor een goede voorlichting en begeleiding van de patiënt; er bestaat een "taal"-verschil tussen huisartsen en psychologen; er bestaat een "lappendeken" van hulpverleningsinstanties die niet alleen verschillen in werkwijzen, doch zijn ook onderling niet vrij van rivaliteit. Dit komt de samenwerking niet ten goede.

Ook sluit de hulpverlening vaak niet aan bij de konkrete behoeften en leefomstandigheden van de hulpvragers. Er is nogal eens sprake van "drempels" (in de zin van afstand, maar ook in de zin van verschil in ideologie, waarden, normen). Toch bestaat er enig hoopvol perspectief, namelijk dat ondanks het ontbreken van financieringsmogelijkheden op steeds meer plaatsen hulpverleners van verschillende disciplines in eerstelijns verband zijn gaan samenwerken.
De Jong (in: Dokter, v.d. Grinten, de Jong, 1974) meent "dat de drempel tussen de maatschappelijk werkenden en de potentiële kliënten in samenwerkingsprojecten wordt verlaagd, "dat het aantal problemen dat in aanmerking zou komen voor behandeling door een maatschappelijk werkende zeker enkele malen hoger is dan de bestaande case-oad" en dat er "nauwelijks sprake is van weerstanden bij de patiënt, als deze van te voren goed is geinformeerd".

Er lijkt een grote behoefte te bestaan aan het vergroten van de psychosociale hulpverlening (door een m.w. of een psycholoog ?) in de eerstelijn van de gezondheidszorg.
Om de kansen tot het bereiken van deze organisatorische veranderingen in te kunnen schatten, lijkt het zinvol eerst even stil te staan bij de struktuur van de gezondheidszorg en de plaats die de huisartsengeneeskunde hierbinnen inneemt.

Structuur van de gezondheidszorg.

De huisartsengeneeskunde is enigzins achtergebleven binnen de forse groei die de gezondheidszorg sedert de Tweede Wereldoorlog heeft doorgemaakt. De uitgaven (sedert 1955) voor de intramurale (waarbij patiënten worden opgenomen voor behandeling) en extramurale (waarbij patiënten een ambulante behandeling krijgen) gezondheidszorg kunnen met elkaar worden vergeleken in procenten van het bruto-nationaal produkt. (Juffermans, 1977):

	1955	1965	1975	toename van 1975 t.o.v. 1955
intramuraal	1.6	2.5	5.6	250 %
extramuraal	1.4	1.8	2.5	79 %
totaal	3.5	4.9	9.0	157 %

Het is duidelijk dat de groei in de gezondheidszorg zich vooral binnen de intramurale gezondheidszorg heeft voltrokken.
De kosten van de gezondheidszorg zijn eveneens flink gestegen.
Bedroegen deze kosten na de Tweede Wereldoorlog nog slechts 3 % van het nationaal inkomen, deze lopen in 1978 op tot bijna 10 %.
Deze explosieve kostengroei - tussen 1945 en 1978 - is mede een gevolg van een verdubbeling van het aantal specialisten, terwijl het aantal huisartsen in die tijd nauwelijks is toegenomen ondanks de toename van de bevolking in die jaren. Voor de komende jaren wordt het bevolkingsoverschot niet erg groot geschat.
In 1976 bedroeg dit nog ruim 80.000 personen - hetgeen slechts 32 nieuwe huisartsenpraktijken opleverde bij een gemiddelde van 2500 patiënten per praktijk - en dit bevolkingsoverschot zal in de komende jaren waarschijnlijk blijven afnemen (C.B.S., 1977).
In 1976 waren er bijna 5000 huisartsen in functie en dit aantal zal toenemen tot 7.050 in 1982.
Als er zich in deze situatie geen veranderingen zullen voordoen dan wordt er een overschot van enige honderden huisartsen verwacht (Medisch Contact, 1977).
Deze ontwikkeling zal consequenties (moeten) hebben voor het denken over de gezondheidszorg in het algemeen, en wel voor de eerstelijn van de gezondheidszorg in het bijzonder met betrekking tot de omvang van het patiëntenbestand van de huisarts, de verlaging van de honoraria, afname in "goodwill" (kosten voor praktijkovername: patiënten worden hier tot handelswaar), verlaging van de pensioenen en premies; kortom een minder luxe bestaan voor de huisarts. In deze situatie zou het inschakelen van andere hulpverleners in de eerstelijn van de gezondheidszorg (zoals maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen en eventueel psychologen) tot een verdere "uitholling" van het huisartsenberoep kunnen leiden. Het is zeer waarschijnlijk dat de artsenorganisaties alleen daarom al niet aan deze structurele verandering in de eerstelijn van de gezondheidszorg zullen meewerken. Immers ook in de afgelopen decennia was deze samenwerking ver te zoeken.

Historie: conferenties.

In 1962 heeft de Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde (K.N.M.G.) overleg gevoerd met het N.I.P.P. (nu: N.I.P. = Nederlands Instituut voor Psychologen) over de onderlinge verhouding van artsen tot psychologen.
In 1972 schreef het N.I.P. een brief aan de Ziekenfonds-Raad om behandelingen, die door erkende psychologen worden ingesteld, rechtstreeks aan hen te vergoeden (Ibelings, 1976). Tot op heden is de Raad hier niet op ingegaan.
Dit zou dan namelijk de vrije verstiging van psychologen bevorderen en daardoor tevens de samenwerking met de huisarts stimuleren.
De tendens tot intensievere samenwerking in de eerstelijn werd in de 2e helft van de 60er jaren sterk gestimuleerd door de opkomst van 35 regionale studiegroepn Medische Psychologie (zgn. Balint-groepen), waarin huisartsen patiënten met psycho-sociale klachten in overleg met een psychiater of psycholoog bespraken (Veldhuyzen-van Zanten, 1966).
Door deze studiegroepen ontstond er een bewustwording over de psycho-sociale facetten van ziekten. Hierdoor ontstond er een streven tot het aangaan van nauwere samenwerkingsverbanden met enige parageneeskundige disciplines (zoals: vroedvrouw, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden).
In 1971 werd voor het eerst een bijeenkomst van huisartsen en psychologen georganiseerd (Drijber, 1972). Op deze conferentie werd de Landelijke Contact Commissie (L.C.C.), geformeerd; een samenwerking tussen Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en N.I.P. Deze commissie dient de regionale huisarts - psychologen contacten te stimuleren. In 1973 bleek er echter slechts in 11 van de 27 regio's "iets" op gang te zijn gekomen.
Daarna werden er nog in 1974 en 1977 conferenties over de huisarts - psycholoog-samenwerking gehouden.
De voordrachten op deze verschillende bijeenkomsten waren veelal van opiniërende aard. Deze waren nauwelijks gebaseerd op ervaringen van eerstelijns psychologen of gaven concreet wegen aan hoe de psycholoog structureel in de eerstelijn is in te schakelen.
Toch valt er een grote belangstelling onder psychologen voor deze vorm van samenwerking te bestaan. Dit blijkt onder andere uit de gehouden enquêtes.

Enquêtes.

Uit een onderzoek door Beeck-Rondagh (1973) bleek dat 214 psychologen (88,6% van de ondervraagden) voor meer samenwerking tussen huisarts en psycholoog bij de behandeling van patiënten met psycho-sociale klachten pleiten. Desondanks verwezen de huisartsen in totaal slechts 224 patiënten per jaar naar 150 van de ondervraagde psychologen. De reden van dit kleine aantal verwezen patiënten werd door hen aan de huisarts geweten. De huisarts zou onvoldoende aandacht aan diagnostiek en behandeling van psycho-sociale klachten besteden, tekort schieten in psychologische vaardigheden en gebrek aan tijd hebben.
Ook was bijna de helft van de psychologen het oneens met de centrale positie die de huisarts in de eerstelijn inneemt. Bijna 80% van hen zou medewerker van een ziekenfonds willen worden.
Schut en Bensing (1977) maakten een "inventarisatie en doorlichting van bestaande en reeds afgebroken werkcontacten tussen huisartsen en psychologen", onder 268 psychologen.
In geval van therapeutische hulpverlening is er sprake van een langdurig contact tussen psycholoog en huisarts.
De psychologen waren redelijk tevreden over de inhoud van het werk met de huisarts. De financiering en organisatie van deze contacten lieten veel te wensen over.

Ook over de aansluiting van de doktoraal-opleiding psychologie op hun huidige werkzaamheden uitten 257 van de ondervraagden zich in negatieve termen. Deze negatieve kwalificatie heeft niets te maken met het jaar van afstuderen, noch met de gevolgde afstudeerrichting.
De slotpassage van dit rapport is typerend voor het functioneren van de psycholoog in de gezondheidszorg.
"Onduidelijk is welke psycholoog bestemd is tot het doen van wat voor soort werk. Ook de taakafbakening van psychologen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van collega's uit andere disciplines blijft een onopgelost probleem: ieder type psycholoog blijkt alle soorten werkzaamheden te verrichten, hoewel die inhoudelijk gezien niet veel met elkaar te maken hebben.
Een ernstig probleem, want voor de huisartsen blijft de psycholoog op deze manier een mistige figuur zonder enige kwaliteitsborg. Hier lijkt een belangrijke taak weggelegd voor de universitaire opleidingsinstituten en de beroepsorganisaties. Het is een taak voor de universiteit om zorg te dragen voor een betere identificatie mogelijkheid. Het probleem van de kwaliteits-waarborg zal daarentegen door de beroepsorganisaties moeten worden aangepakt. Het lijkt belangrijk dat niet alleen de therapeutische activiteiten van de psycholoog van een garantiezegel worden voorzien, maar dat de kwaliteits-waarborg zich uitstrekt tot het hele brede skale van activiteiten die de psycholoog ten behoeve van de eerstelijn blijkt uit te voeren". Het rapport vervolgt met: "Behalve over hun doktoraalopleiding zijn ook veel psychologen slecht te spreken over de organisatiestructuur, waarin zij hun werk moeten verrichten en over de financieringswijze van hun werkzaamheden. Dus ook voor de overheid, de ziekenfondsen en de instanties waaruit psychologen opereren is er werk aan de winkel. Het ziet er naar uit, dat er op al deze fronten in-spanningen moeten worden geleverd, teneinde de psycholoog - zowel inhoudelijk als structureel - een betere en vooral duidelijker plaats te geven in het gezondheidszorg-systeem" (aldus Schut, Bensing, 1977).

Onderzoek.

Tot nu toe werden enige researchvoorstellen gedaan (Zeeuwen, Zwannikken, 1973; Bensing, 1974) aan de financiers (VoMil en Ziekenfonds-Raad) om te onderzoeken of én in hoeverre het inschakelen van een psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg wenselijk is. Uiteindelijk subsidieerde VoMil twee projecten: 1) een inventarisatieproject door N.H.I. (Schut, Bensing, 1977, zie hierboven) naar de huisarts-psychologcontacten; 2) Samenwerking Psycholoog Eerste Echelon Capelse Huisartsen (S.P.E.E.C.H.) (Verhaak, 1971; Cohen, e.a., 1978). Een derde onderzoek werd via het aanvullingsfonds van het Ziekenfonds te Gouda gefinancierd (v. Wijgerden-Nix, 1979). Uit de resultaten van het SPEECH-project bleek, dat de patiënten niet minder gebruik maken van de diensten van de huisarts en de specialisten als gevolg van een behandeling door een eerstelijns psycholoog. Er is dus geen sprake van een kostenverlagend effect (Verhaak, 1979).
Uit deze twee onderzoeken lijken slechts in beperkte mate conclusies getrokken te mogen worden. Daarvoor is de opzet te klein en generalisatie bij voorbaat uitgesloten.

Om de vraag naar de al dan niet wenselijkheid van de inschakeling van een psycholoog in de huisartspraktijk te kunnen beantwoorden, lijkt het noodzakelijk om uitgebreid onderzoek te verrichten en wel:
1) binnen verschillende praktijkvoeringen (zowel solo-, als groepspraktijken en gezondheidscentra);
2) in verschillende geografische omstandigheden (zoals platteland, stad, verschillende regio's);
3) naar de effecten van de hulpverlening (vragenlijsten, medische consumptie e.d.
4) naar de inpassing van een eerstelijns psycholoog in het geheel van de hulpverlening. Alvorens men dit onderzoek kan gaan uitvoeren, dient er wel overeenstemming te zijn over de taken van een psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg.

Takenpakket.

Verschillende auteurs deden tot nu toe voorstellen over de inhoud van het takenpakket van een eerstelijns psycholoog.
De vaardigheden, waarover deze dient te beschikken, komen kort samengevat neer op:
1) het doen van kortdurende psychotherapie, die maximaal 10 tot 15 zittingen omvat. Deze therapie (óf ook wel psychotherapeutische interventie genoemd) dient gebaseerd te zijn op de principes van de gedrags- en gezinstherapie;
2) het ontwikkelen, opzetten en uitvoeren van preventieve activiteiten: zoals konsultatie geven, onderwijsactiviteiten, trainingsprogramma e.d.;
3) het kunnen gebruik maken van diagnostiek;
4) het bevorderen van teamsamenwerking en kennisniveau van de teamleden van training, nascholing, supervisie, begeleiding, overleg, patiëntenbespreking en verwijzing naar de G.G.Z.;
5) het doen van onderzoek.

Het is belangrijk om nader in te gaan op "kortdurende psychotherapie", omdat dit een nog tamelijk recenta ontwikkeling onder de psychotherapeutische stromingen is.
Volgens het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P., 1976) dient men hieronder te verstaan: "begeleidende gespreksvoering met patiënten/cliënten met therapeutisch oogmerk (kortdurende therapie) gedurende een beperkt aantal uren per verwijzing. In dit kader is hieronder mede begrepen crisisinterventie gedurende één of meer aangesloten uren". Het N.I.P. (1976) noemt therapieën echter langdurend indien "de psycholoog gedurende tenminste één uur per week over een periode van tenminste 3 maanden door deze gespreksvoering in beslag genomen wordt". Er bestaat slechts één wezenlijk verschil tussen de kort- en langdurige psychotherapie en dat is het tijdsaspect.
Langdurige vormen van psychotherapie kunnen enige schadelijke neveneffecten veroorzaken. Zo lijkt deze vorm van psychotherapie de afhankelijkheid van de patiënt te vergroten. Het soms "kleine" probleem wordt tot een levensgroot probleem gemaakt door de hulpverlener (Cladder, 1979). Maar daarnaast neemt de patiënt de visie, waarden en normen van de hulpverlener over, het "hulpverlenerstaaltje".

Kortdurende psychotherapeutische behandeling is in de eerstelijn van de gezondheidszorg noodzakelijk vanwege het quick-service-systeem dat de huisartsen hanteren èn de enorme omvang en de gevarieerdheid van de klachten. Vooral de studie van Malan (1967) over kortdurende therapie is belangrijk. Hij beweert, dat er zich veranderingen in symptomen van de patiënt, relaties en zelfs zijn levenswijze kunnen voordoen die van langdurige aard zijn, onder invloed van kortdurende therapie.
Door sommige auteurs (Comley, 1973; Van Mierlo & Smits, 1978; Huygen, e.a., 1976; Verhaak, 1979) is het effect van de kortdurende psychotherapie op de medische consumptie onderzocht. Onder medische consumptie wordt verstaan: het aantal consulten, visites, medicijnen, verwijzingen en opnames in de huisartspraktijk per patiënt. Zo vonden Folette & Cummings (1967) bij hun onderzoek onder 121 patiënten de volgende resultaten:

1) patiënten, die een psychotherapeutische behandeling ondergingen, maakten in de vijf daarop volgende jaren (significant) minder gebruik van de medische consumptie in de vergelijking tot het jaar voorafgaand aan die behandeling. Daarentegen bestond er een tendens bij de controlegroep tot een significante toename van de medische consumptie;
2) in het tweede jaar na de psychotherapeutische behandeling vond de belangrijkste daling in de medische consumptie plaats. In de drie daaropvolgende jaren werd de medische consumptie op dat peil gehandhaafd;
3) patiënten, die slechts 1 sessie (N= 80) of een korte psychotherapie (2 tot 8 sessies, N=41) kregen, deden daarna nauwelijks nog een beroep op deze vorm van hulpverlening. Ook was er een afname in de medische consumptie met 60%, resp. 75% gedurende vijf daaropvolgende jaren;
4) patiënten, die een langduriger vorm van psychotherapie (N= 31) hebben gekregen bleven daarna een beroep doen op de hulpverleners. Hun totale medische consumptiepatroon lag op hetzelfde niveau als dat van de controlegroep.

Folette & Cummings spraken zich tevens uit over een optimaal niveau van psychotherapeutische voorzieningen, dat door de jaren heen tamelijk constant blijft. Het behoort tot de mogelijkheden, dat deze psychotherapeutische voorziening zichzelf terug verdient via o.a. de besparingen in de medische consumptie sfeer, maar ook in de indirecte kosten sfeer (productiviteitsverlies, belastingderving, werkeloosheidsuitkering, e.d.).
De directe kosten van de psycho-sociale hulpverlening bedroegen slechts 25% van de indirecte kosten die ontstaan wanneer deze voorziening er niet zou zijn (Wiggings, 1976).
Volgens Folette en Cummings (1967) en Wiggings (1967) is de angst voor een toenemende vraag naar psychotherapeutische hulpverlening ongegrond.
Als er voor een psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg een taak is weggelegd, dan zouden de betrokken belangenorganisaties zich hiervoor sterk dienen te maken.

Belangenorganisaties.

Aan de standpuntbepaling door beleidsvoorbereidende (Ministerie van VoMil en de Ziekenfonds-Raad) en de beleidsuitvoerende (Ziekenfonds-Raad, Sociale fondsen, G.A.K. e.d.) organisaties, gaat een discussie tussen de betrokken belangengroepen vooraf. Deze discussie vindt plaats middels publicaties, conferenties, enquêtes en aan de hand van onderzoeksresultaten.
Uit deze discussie volgt een standpuntbepaling door de belangenorganisaties. Deze laatsten zullen op hun beurt proberen, middels voorstellen aan de beleidsorganen deze standpunten in structurele maatregelen om te laten zetten.

Structurele maatregelen zijn gewenst, wil men niet vervallen in allerlei ad-hoc-regelingen, die op langere termijn geen enkele zekerheid bieden en dus de continuiteit van de hulpverlening in gevaar brengen.

De organisaties nemen wat betreft de inschakeling van de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg de volgende standpunten in:

1) de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) heeft "voornamelijk het karakter van een belangenvereniging die de financiële onderhandelingen met het ziekenfonds voert en op de bres staat voor het vrije ondernemersschap" (Van der Grinten en de Jong, 1977).
   De L.H.V. heeft via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunde (K.N.M.G.) grote invloed op het Ministerie van VoMil, maar ook op de Ziekenfonds-Raad (Z.R.), via allerlei commissies, raden en werkgroepen. Het enige officiële standpunt dat de L.H.V. - t.a.v. de psychologen in de eerstelijn - ooit naar buiten bracht, was uiterst afwijzend ten aanzien van het inschakelen van een psycholoog in de huisartspraktijk. Zo is door een vertegenwoordiger van het L.H.V. gezegd:
   dat "onvoldoende bewezen is dat psycho-sociaal dysfunctioneren ziek-zijn veroorzaakt"; dat"de psycholoog een specialist is en dus niet thuis hoort in de eerstelijn"; dat "psychologische hulpverlening t.b.v. groeps- of teamvorming moet worden verworpen".
   In 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) opgericht als afsplitsing van de L.H.V. Deze scheiding is terug te voeren op een streven naar professionalisering onder huisartsen. Hierbij sluiten beroepsbeoefenaars zich aaneen met als doel om vanuit de organisatie eisen te stellen aan de beroepsopleiding en - uitoefening.
2) Het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) heeft de discussie over de veranderingen in het algemeen in de eerstelijn van de gezondheidszorg erg gestimuleerd. Als organisatie echter neemt zij een ambivalente houding t.a.v. het inschakelen van de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg in. Het N.H.G. neemt immers zowel deel aan het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn (N.O.B.E.L.) als aan de Landelijke Contact Commissie (L.C.C.). Deze organisaties zijn resp. géén en wel duidelijke voorstander van het inschakelen van een psycholoog in de eerstelijn.
3) Tot op heden heeft het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.) slechts éénmaal een nota over de taken van een psycholoog in de huisartspraktijk gepubliceerd (N.I.P., 1976). Op het takenpakket zal ik later nader ingaan. Het N.I.P. heeft zich nogal terughoudend opgesteld wat betreft het inschakelen van de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg. Het N.I.P. heeft tesamen met het N.H.G. de Landelijke Contact Commissie (L.C.C.) opgericht. Deze commissie werd in 1972 opgericht, na een congres over de samenwerking tussen huisartsen en psychologen. Deze commissie, die een beleidsvoorbereidende taak werd toebedacht, leek in de loop van de daarop volgende jaren steeds minder te functioneren. Zo zijn in de loop der jaren enige malen nieuwe doelstellingen geformuleerd (N.I.P., 1975 en 1977), en traden er regelmatig bestuursveranderingen op. Er bestaan nogal wat onafgemaakte discussies en niet uitgevoerde besluiten. Kortom om met haar vorige voorzitter te spreken: de commissie draait slecht (Ibelings, 1976).

Wat de belangenorganisaties betreft kan men in het algemeen stellen dat de L.H.V. als organisatie de meeste invloed op het beleid heeft en tegen het inschakelen van een psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg is.
Het N.H.G. neemt een dubbelzinnige en daardoor zwakke houding aan, terwijl het N.I.P.-beleid in deze tot op heden als mislukt mag worden beschouwd. Deze laatste twee organisaties hebben nauwelijks invloed op VoMil of de Z.R. Ook steunen zij niet op een duidelijke aktieve achterban.

Beleid.

Hieronder zal ik proberen een globaal beeld te schetsen van het beleid zoals dat op heden met betrekking tot de psycholoog in de eerstelijn geformuleerd is. In 1971 werd de "Nota-Kruisinga" (Ministerie VoMil, 1971) gepubliceerd; daarin wordt de psycholoog heel duidelijk in de tweede lijn van de gezondheidszorg gesitueerd. Zijn opvolger, Minister Stuyt, zou de eerste lijn willen versterken door meer aandacht te geven aan de psycho-sociale problematiek van de patiënten. Hierbij stelde Stuyt de samenwerking tussen huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleegkundige centraal. Staatssecretaris Hendriks volgde Minister Stuyt op.
In zijn "Struktuur not Gezondheidszorg" (Ministerie van VoMil, 1974) werd de psycholoog als funktionaris binnen de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.A.G.'s) geplaatst.
Nieuwe functies van de Geestelijke Gezondheidszorg (G.G.Z.) zoals "consultatie, preventie, psychohygiënische activiteiten en het verzorgen van communicatie met de intramurale zorg, de maatschappelijke dienstverlening en de samenleving als geheel" zullen steeds meer ten dienste staan van het eerste echelon.
Staatssecretaris Hendriks bepleit een versterking van de eerstelijn, waartoe echter niet de psycholoog behoort (Ministerie van VoMil, 1977). Ook de huidige staatssecretaris, Mevr. Veder-Smit is deze mening toegedaan (Ministerie van VoMil, 1978).

De samenwerking in het algemeen in de eerstelijn van de gezondheidszorg heeft de Rijksoverheid wel voor een aantal problemen geplaatst, volgens van der Grinten en de Jong (1976). "Allereerst zijn de bestaande samenwerkingsprojecten uiterst gevarieerd qua samenstelling, doelstellingen en opzet, terwijl de overheid niet iedere vorm van samenwerking wil subsidiëren. Alhoewel de verwachting bestaat dat versterking van de eerste lijn van de gezondheidszorg op langere termijn zal leiden tot besparingen in de tweede lijn bestaat hierover geen enkele zekerheid, ofschoon het wel zeker is dat een financiële injectie in de eerste lijn op korte termijn zal leiden tot kostenverhoging in de gezondheidszorg".
Daarnaast speelt het probleem van de coördinatie t.a.v. de eerste lijn tussen de Ministeries van VoMil en C.R.M.. Hieraan wordt noch in de Structuurnota Gezondheidszorg, noch in de Knelpuntennota aandacht besteed (van der Grinten, de Jong, 1976). Er is zelfs van een informatiekloof tussen de verschillende werkers: praktijkwerkers, bestuderende organen en overheid.

Afgevaardigde Coppes (P.P.R.) stelde in hanuari en november 1974 enige vragen in de Tweede Kamer over de mogelijke opneming van de psychotherapeutische hulpverlening door psychologen in het ziekenfondspakket. In mei 1976 stelde hij opnieuw vragen (zie: Tweede Kamer der Staten Generaal).

Staatssecretaris Hendriks antwoordde dat hij in afwachting was op de onderzoeksresultaten van twee studies, n.l. een onderzoek naar de samenwerking van de huisarts met de psycholoog (Schut, Bensing, 1977) en een experiment te Capelle a/d IJssel (SPEECH).

Financiering.

De financiering van de kontacten tussen huisartsen en psychologen is ronduit chaotisch te noemen. Schut en Bensing (1977) rapporteerden dat van 354 vaste samenwerkingsrelaties
- 31 % niet gefinancierd is,
- 41 % door de "thuis-basis" van de psycholoog gefinancierd wordt (A.G.G.Z.-instelling, ziekenhuizen e.d.),
- Ministerie van VoMil, ziekenfondsen en speciale subsidies ieder 2 % voor hun rekening nemen,
- 16 % uit andere bronnen afkomstig is (patiënten zelf, particuliere verzekeraars).

Ook vindt financiering via de Algemene Bijstands Wet en de gemeentelijke sociale diensten plaats.
De meeste door Schut en Bensing ondervraagde psychologen zijn van mening dat "psychologische verrichtingen door het ziekenfonds betaald moeten worden". Dit lijkt echter moeilijk realiseerbaar volgens van der Grinten (1977), omdat weliswaar de Ziekenfondswet en de A.W.B.Z. op dit moment de zekerste (financierings-)vormen zijn, maar dat het voorbarig is om één of enkele vormen van samenwerking aan te wijzen als "verstrekking" in de zin van ziektekostenverekering. Om als verstrekking in de ziektekostenverzekering terecht te komen lijkt er op zijn minst een "stukje traditie" in de betrokken voorzieningen te moeten zijn. Dit is ten aanzien van de samenwerking in de eerste lijn niet het geval. Daar komt nog bij dat de ziektekostenverzekering slechts de individueel gerichte kuratieve zorg voor een min of meer nauw omschreven risico vergoedt. Financiering van "preventie", "consultatie" e.d. wordt daardoor bemoeilijkt. Als tussenoplossing voor integrale financiering, dat wil zeggen vergoeding van alle kosten, lijkt voor de hand te liggen dat ziekenfondsorganisaties op regionaal nivo samenwerkingsverbanden financieren onder verrekening van de potentiële inkomsten. Ziekenfonds en samenwerkingsverband sluiten dan een overeenkomst op basis van de begroting, waarbij de aanvaardbare exploitatiekosten minus de diverse baten worden vergoed. De vraag blijft echter wat is aanvaardbaar ? Hiervoor is het volgens van der Grinten noodzakelijk om tot een voorzieningenbeleid te komen dat zich mede richt op samenwerking in de eerstelijn.
Door de chaotische financieringen van de contacten tussen huisartsen en psychologen is een situatie ontstaan, waarin allerlei verschillende samenwerkingsvormen tot stand zijn gebracht. Misschien zou men van een zekere "wildgroei" kunnen spreken. De tijdelijke en onzekere subsidiëring brengt grote gevaren met zich mee. De psychologische hulpverlening aan patiënten moet worden afgerond of gestopt. Hiervan dreigen de patiënten het slachtoffer te worden. Wanneer structurele maatregelen van de overheid en de Ziekenfonds Raad uitblijven, is de kans groot dat zij voor voldongen feiten zullen worden geplaatst.

In een tijd van economische achteruitgang worden allerlei bezuinigingsmaatregelen getroffen. Ook de uitgaven voor de gezondheidszorg dienen te worden verminderd. In deze situatie zullen de overheid en de ziektekostenverzekeraars niet gemakkelijk besluiten tot uitbreiding van het eerstelijns team (huisarts-wijkverpleegkundige-,aatschappelijk werkende) met een psycholoog. Tenzij door deze uitbreiding een daling van de kosten van de eerstelijn - binnen afzienbare tijd- kan worden gerealiseerd.

Maatschappelijke ontwikkelingen.

Het functioneren van psychologen in de eerstelijn van de gezondheidszorg betekent een uitbreiding van het takenpakket van de psycholoog.
Het realiseren van deze nieuwe taak kan niet los worden gezien van de totale maatschappelijke contekst. De belangrijkste ontwikkeling in de zeventiger jaren is de geweldige economische terugslag - de grootste sedert 1930 - die tot een herstructurering van de industriële capaciteit heeft geleid. Daaruit is een gevecht om het behoud van arbeidsplaatsen, garantie van de koopkracht voor modale werknemers via prijscompensatie voortgevloeid. Maar ook een nullijn voor de C.A.O.-inkomens, alhoewel de "vrije" beroepen zich nauwelijks behoeven te matigen ....
De sociale verzekeringsuitkeringsgerechtigden dienen er volgens de vakbeweging in inkomen niet verder op achteruit te gaan. In deze economische situatie is het bijna onmogelijk voor de vakbeweging om looneisen te stellen. Wel kan zij proberen enige secundaire arbeidsvoorwaarden te verwezenlijken - zoals herstructurering van ondernemingsraden, vervroegde uittreding, e.d. De ombuigingen die alleen al voor VoMil gerealiseerd dienen te worden in het kader van Bestek '81 bedragen tot 1981 in totaal ƒ 1.990 miljoen. Op dit moment is het zelfs noodzakelijk om het verstrekkingenpakket van de wettelijke ziektekostenverzekeringen binnen de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) door te lichten, teneinde te zoeken naar mogelijkheden om dit pakket in te krimpen. De kwaliteit van de totale zorg dient hierdoor echter niet te worden aangetast (Ministerie van VoMil, 1979).

Werkeloosheid.

Er bestaat nu al een jarenlange geregistreerde werkeloosheid van omstreeks 200.000 mensen in Nederland. Men verwacht, dat er door een toename van het aanbod van potentiële werkers op de arbeidsmarkt een overschot aan psychologen, artsen e.a. dreigt te ontstaan. Het aantal afgestudeerde psychologen zal van 5.780 (1978) groeien naar 10.510 in 1984 (Krijnen, 1976). Ook voor huisartsen lijkt de toekomst er momenteel niet rooskleurig uit te zien. Men verwacht dat het aantal huisartsen van 4.925 in 1976 zal groeien tot 7.050 in 1982 (VoMil, 1977). Het Sociaal Cultureel Rapport (1975) verwacht dat dit overschot voor de maatschappelijke dienstverlening zal betekenen "dat het aanbod van werkers de plaatsingsmogelijkheden ruim te boven gaat". "Het spreekt vanzelf, dat door dit verschijnsel een latente druk ontstaat om de zorgcategorieën het takenpakket te vergroten. Iedere poging de "zorg-definitie" te verengen moet immers rekening houden met het feit, dat grote aantallen mensen voor niets opgeleid blijken te zijn". Dit leidt tevens tot een toenemende professionalisering en institutionalisering o.a. door bescherming van opleiding en titels. De verwachte "over-capaciteit" aan werkers maakt duidelijk waarom de artsenorganisaties zich overwegend voorzichtig (N.H.G.) of zelfs afwijzend (L.H.V.) opstellen t.a.v. een eerste lijns psycholoog en waarom het N.I.P. probeert het werkveld te vergroten.

Samenvatting.

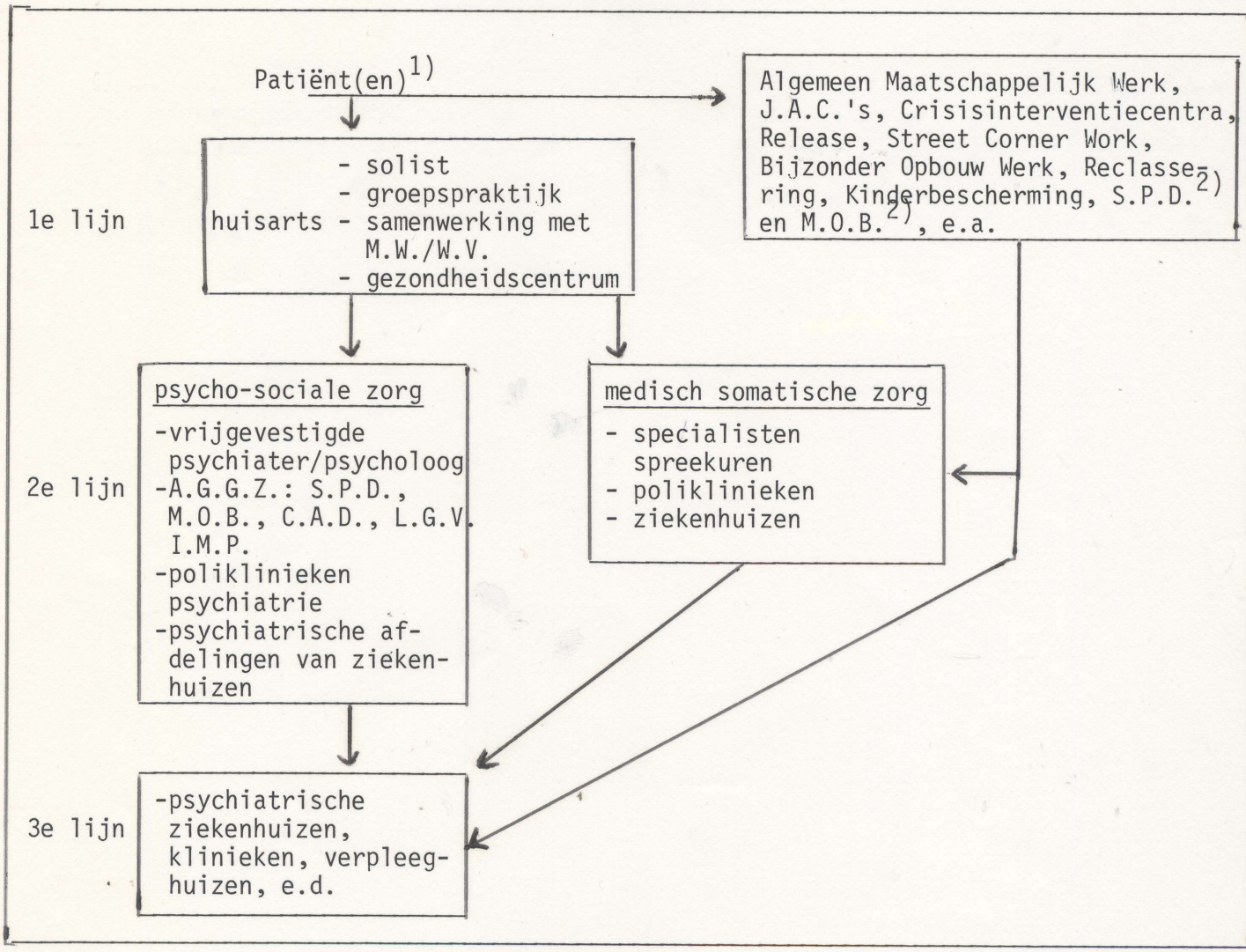
1. Er is sprake van een groot aantal patiënten die voor hun psychosociale problemen de huisarts raadplegen. Patiënten met deze klachten doen gemiddeld vaker een beroep op de huisarts. Vaak schrijft de huisarts dan psychofarmaca voor of verwijst hen door naar medisch-specialisten of soms naar de Ambulante Geestelijke Gezondheids Zorg (A.G.G.Z.).
2. De huisarts-A.G.G.Z.-samenwerking is over het algemeen slecht te noemen.
3. Sedert de Tweede Wereldoorlog is vooral de intramurale gezondheidszorg tot grote bloei gekomen. Een verandering in deze situatie lijkt ook het versterken van het eerstelijns team met een psycholoog te zijn.
4. Door het organiseren van conferenties en het houden van enquêtes kan men de discussie stimuleren om tot een meer algemeen aanvaarde opvatting ten aanzien van de eerstelijns psycholoog te komen.
   In feite is dit werken aan meningsvorm sedert 1974 bijna in het niets verzonken. Er is te weinig gewerkt aan de continuïteit van een opkomende beweging voor het inschakelen van een eerstelijns psycholoog.
   Hier is niet alleen het L.C.C., maar ook de door haar in 1973 opgezette groepen mede schuldig.
5. Uit het tot nu toe verrichte onderzoek bleek de eerstelijns psycholoog niet kostenbesparend te werken. Dit resultaat van het SPEECH-project lijkt niet te veralgemeniseren te zijn. Men heeft de essentiële vraag naar "of psychosociale hulpverlening door een eerstelijns psycholoog wenselijk, nuttig, dan wel niet wenselijk en onnuttig is" niet afdoende kunnen beantwoorden.
   In dit kader pleit het N.I.P. voor meer onderzoek in verschillende samenwerkingsverbanden en regio's. Deze dienen gefinancierd te worden via het Praeventiefonds, VoMil, e.d. Alvorens men ander onderzoek wil gaan uitvoeren, dient men het eens te zijn over het takenpakket van een eerstelijns psycholoog.
6. Het takenpakket van een eerstelijns psycholoog wijkt niet af van dat van een A.G.G.Z.-psycholoog. De konkrete invulling van de taken van een eerstelijnspsycboloog zijn mogelijkerwijze wel verschillend. Een eerstelijns psycholoog zou nooit de curatieve functie van de A.G.G.Z.-instellingen mogen overnemen. Daarom dient vooral kortdurende psychotherapie tot zijn vaardigheden te behoren.
7. De belangenorganisaties nemen standpunten in die zowel vóór als tegen het inschakelen van een eerstelijns psycholoog pleiten. De L.H.V., als onderdeel van het K.N.M.G. is een duidelijke tegenstander. Waarschijnlijk is de L.H.V. bevreesd voor een mogelijke concurrentie van de centrale positie die de huisarts nu inneemt in de eerstelijn van de gezondheidszorg. Uiteindelijk zou het vrije ondernemersschap (en dus de hoge inkomens) wel eens op de "tocht" kunnen komen te staan. De N.H.G. neemt géén uitgesproken standpunten in: zij neemt zowel deel aan het N.O.B.E.L. als aan de L.C.C., resp. tegen- en voorstander van het inschakelen van een eerstelijns psycholoog.
   Het L.C.C. en N.I.P. zijn voorstander vanwege de uitbreiding van de "zorg-categorie", doch zij hebben weinig stimulerend gewerkt.
8. Alle wetten, wetsvoorstellen, beleidsvoornemens, nota's wijzen in de richting van een psycholoog, die zijn "thuisbasis" in de tweedelijn van de gezondheidszorg heeft; n.l. binnen een A.G.G.Z.-instelling of R.I.A.G.G.; waarbij hij voor een gedeelte van zijn werktijd kan worden "gedetacheerd" ten behoeve van de eerstelijn van de gezondheidszorg.

9. De financiering van een eerstelijns psycholoog is ronduit chaotisch te noemen. De verwachting is dat dit (voorlopig) niet zal veranderen. Althans het lijkt onwaarschijnlijk dat er structureel en beleidsmatig bezien maatregelen zullen worden getroffen om een eerstelijns psycholoog wel mogelijk te maken.
10. De economische terugslag, werkeloosheid en bezuinigingen maken het onwaarschijnlijk dat er eerstelijns psychologen zullen komen.
11. Door een dreigend overschot aan huisartsen en psychologen nemen de huisartsenorganisaties een afwijzend standpunt in, terwijl de psychologenstandorganisatie juist het werkveld om die reden probeert uit te breiden naar de eerstelijn van de gezondheidszorg.

Conclusies.

Gezien het voorafgaande lijkt het niet te verwachten dat een eerstelijns psycholoog een reële kans krijgt. Wel lijken de huidige ontwikkelingen in de richting te gaan van een toenemende ondersteuning vanuit de tweede lijn voor wat betreft de psychosociale problemen van patienten via detachering en consultatie. De vraag is, hoe deze ondersteuning vanuit de tweede lijn aan de eerste lijn vorm zal krijgen voor wat betreft patiëntenzorg, preventie, diagnostiek, teamondersteuning en onderzoek.
De conclusie van dit standpunt is, dat de discussie niet langer beperkt kan blijven tot de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg, maar steeds in breder kader dient te worden geplaatst rond de vraag hoe de psychosociale hulpverlening kan worden versterkt.
Het lijkt wenselijk dat eerstelijns werkers meer gevoelig dienen te zijn/worden voor de psychosociale problematiek van patiënten. Hiertoe kunnen meer gestructureerde en niet-vrijblijvende samenwerkingsverbanden tussen medici en psychosociale hulpverleners bevorderend werken.
De vraag of de psycholoog daarvoor de aangewezen persoon is, is dan van secundair belang. Wel dienen de universitaire opleiding tot psycholoog meer aansluiting te zoeken bij de praktijk door meer direct toepasbare vaardigheden te ontwikkelen en te onderwijzen.
Er dient tevens uitgebreid onderzoek te worden gedaan naar de vraag of patiënten met psychosociale problemen beter behandeld kunnen worden door het inschakelen van een psycholoog in de eerstelijn.
Tenslotte lijken er zich op korte termijn (tussen nu en 5 jaar) nauwelijks veranderingen voor te doen ten gunste van de psycholoog in de eerstelijn van de gezondheidszorg, vanwege onduidelijke standpunten van beleidsbepalende en beleidsbeinvloedende organisaties èn vanwege de economische terugslag.
Op middellange termijn (5 tot 15 jaar)zullen er steeds meer R.I.A.G.G.'s in Nederland worden gevormd, omdat de huidige lappendeken aan A.G.G.Z.-instellingen dan niet langer meer zal kunnen functioneren. Immers via de A.W.B.Z.-financiering zullen er dan beperkingen gesteld worden aan de verschillende instellingen.
Via de subsidieverlenging zal de overheid de nu nog veelal onafhankelijke en op particulier initiatief steunende buro's langzamerhand dwingen om op te gaan in grotere eenheden. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat er vanuit de R.I.A.G.G.'s "veldfunctionarissen" (Postma, 1977) gestationeerd worden, bijvoorbeeld bij een aantal huisarten, gezondheids-/werkcentra. In dat geval lijkt de eerstelijns psycholoog definitief tot het verleden te gaan behoren.

Kader I. Organisatie



1) Naast de in dit schema vermelde mogelijkheden van psychosociale hulpverlening bestaat er ook een "non-professionele" aanpak door o.a.: familie, vrienden, buren, kennissen, leraren, pastors, e.a.
2) Deze instellingen zijn ook zonder doorverwijzing toegankelijk.

De samenwerking tussen huisarts - psycholoog voor verschillende taken kan onder verschillende omstandigheden plaatsvinden. Er dient duidelijk een keuze gemaakt te worden tussen
1) psycholoog full-time in de eerste lijn
2) psycholoog in de tweede lijn (huidige situatie)
3) psycholoog part-time in de eerste lijn. (via detachering) vanuit de A.G.G.Z.

Toelichting kader I.

In dit schema wordt uiteengezet over welke keuze-mogelijkheden de patiënten beschikken, indien er sprake is van psychosociale klachten.
Het verschil tussen de eerste, tweede en derde lijn (of: echelon) van de gezondheidszorg komt hierbij duidelijk naar voren.
Onder de eerstelijn wordt over het algemeen het geheel van niet-gespecialiseerde voorzieningen verstaan, die men dicht bij de bevolking aantreft (doorgaans op wijknivo). Dit eerste echelon fungeert als een toegangspoort voor een deel van het psychisch gezondheidswerk.
De tweede lijn omvat de gespecialiseerde voorzieningen, die hoofdzakelijk gelocaliseerd zijn op gewestelijk nivo.
De derde lijn tenslotte omvat de hooggespecialiseerde voorzieningen en zijn het minst talrijk en bedienen het publiek, dat het grootste wat omvang betreft is.
Deze indeling is aan beperkingen onderhevig. Zo bestaan er instellingen die zich over meer echelons uitstrekken.
De psychosociale hulpverlening vindt - naast de andere genoemde mogelijkheden - nu nog vaak plaats via vijf landelijk georganiseerde instellingen zoals: de Sociaal Psychiatrische Diensten (S.P.D.), Medisch Opvoedkundige Buro's (M.O.B.). de Buro's voor Levens en gezinsvragen (L.G.V.), de Buro's voor Alcohol en Drugs (C.A.D.) en de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (I.M.P.). Deze afzonderlijke instellingen zijn landelijk georganiseerd in de Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheids Zorg (A.G.G.Z.).
In de nabije toekomst echter zullen deze instellingen opgaan in Regionale Instituen voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.G.G.'s).
Uiteindelijk dient de hulpverlening via Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.G.G.'s) plaats te vinden, waarin dan naast de huidige A.G.G.Z.-buro's tevens vrijgevestigde psychiaters, poliklinieken voor psychiatrie, psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen zullen worden opgenomen.
Vanuit deze R.I.A.G.G.'s of R.I.G.G.'s dient dan de eerstelijn van de gezondheidszorg te worden ondersteund door consultatie, preventie, training en nascholing, en eventueel onderzoeksresultaten

Kader 2.

Trimbos geeft drie manieren aan waarop psychosociale problemen zich aan de huisarts voor kunnen doen.

1) psychosociale klachten, die als zodanig geuit worden: b.v. slapeloosheid, huilbuiene, moeheid, angsten e.d.

2) psychosociale klachten, die niet als zodanig gebracht worden. De klacht wordt "gesomatiseerd" en wekt de indruk, dat er lichamelijk wat aan de hand is. Voorbeelden van verhulde klachten zijn: hoofdpijn, lage rugpijn, diahrree, maagklachten, jartkloppingen.

3) psychosociale klachten samenhangend met duidelijke en geïdentificeerde ziektes, of defecten. Iedere min of meer ernstige ziekte gaat gepaard met problemen in het psychische en/of sociale vlak. Deze problemen worden vaak als ongewenste bijkomstigheden (epifenomenen) gezien en krijgen - zeker in vergelijking tot de somatisch gerichte therapieën - geringe aandacht. Men kan hierbij denken aan: readaptatie (= weer aanpassing) na invalidering of mutilatie (= verminking), huwelijkson-vruchtbaarheid, zwakzinnig kind-in-het-gezin, stervensbegeleiding e.d.

Kader 3.

Eerstelijns psycholoog	A.G.G.Z.-psycholoog
- in eerstelijn van de gezondheidszorg werkzaam	- in A.G.G.Z. werkzaam, eventueel via detachering gedeeltelijk werkzaam in eerstelijn
- kortdurende therapie (10-15 sessies max.) minder gespecialiseerd	- gespecialiseerde psychotherapie (vgl. één of meer therapeutische "scholen")
- psychodiagnostiek t.b.v. behandeling	- gespecialiseerde diagnostiek
- primaire en secundaire preventie: vóórkomen van het ontstaan dan wel het voortijdig opsporen en behandelen van psychische stoornissen	- preventie projecten helpen voorbereiden en uitvoeren in de eerstelijn
- adviseren van andere eerstelijns werkers over andere hulpverleningsinstituten	
- consultatie, als onderdeel van preventie, in de zin van adviseren en informeren	- consultatie, als onderdeel van preventie, in de zin van adviseren en informeren
- training en nascholing van het team	
- onderzoek doen naar de effecten van hulpverlening	- onderzoek doen naar het effect van de hulpverlening

Het lijkt niet noodzakelijk dat de eerstelijns psycholoog al deze taken "volledig" beheerst. Al naar gelang de plaatselijke situatie kunnen eventueel andere hulpverleners voor bepaalde taken ingeschakeld worden. In de praktijk zal moeten blijken aan welke taken de psycholoog zich het meeste wijdt.

Literatuurlijst.

Beek, P.; Hak, J.;
"Meer lijn in de eerste lijn?, verslag van een literatuur studie"
Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut voor preventieve en sociale psychiatrie, Fakulteit der Geneeskunde, 1973, april, publikatie no. 12.

Bensing, J.;
"De psycholoog in de eerste lijn: modderbad of aderlating?"
Medisch Contact, 32, 1977, 531-536.
(* B: "De psycholoog in de eerste lijn", voorwoord in Medisch Contact, 32, 1977, 527).

Bouma, J.; Mulder, H.C.; Tijmstra, Tj.;
"Het gebruik van kalmerende middelen en slaapmiddelen in de gemeente Groningen"
Huisarts en Wetenschap, 18, 1975, 212-216.

Comley, A.;
"Family therapy and the family physician"
Canadian Family Physician, 1973, feb. '78, 79.

Dieriks, J.P.M.; Ris, B.G.M.;
"Kennis, professionalisering en samenwerking"
Medisch Contact, 29, 1974, 815-820.

Dokter, H.J.; Grinten, T. van der; Jong, G.A. de;
"Gezondheid en gezondheidscentra, ervaringen met samenwerkingsverbanden in de eerste lijns gezondheidszorg"
De Erven Bohn B.V., Amsterdam, 1974.

Grinten, T. van der; Jong, G.A. de;
"Achtergronden en toekomstverwachtingen van samenwerking in de eerste lijn"
in: Hulpverlenen en veranderen, Van Loghum & Slaterus, Deventer, 1976, augustus, aflevering 3.

Grinten, T. van der;
"Financiering van de samenwerking in de eerste lijn"
Medisch Contact, 32, 1977, 1032-1037.

Ibelings, J.;
"Contacten huisartsen-psychologen"
Huisarts en Wetenschap, 17, 1974, 267-269.

Ibelings, J.;
"Concept verslag van de activiteiten van de L.C.C. tot januari 1976"
N.I.P., Amsterdam, ongedateerd (± 1976).

Kuypers, C.A.;
"Psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk"
Huisarts en Wetenschap, 9, 1966, 42-58.

Malan, D.H.;
"A study of brief psychotherapy"
Social Science paperbacks (no. 23), Tavistock publications, London, 1967.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
"Nota betreffende de Geestelijke Gezondheidszorg"
(ook wel nota "Kruisinga" genoemd), Handelingen van de Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1970-1971, no. 11059, nr. 1 en 2, 30 november 1970.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
"Versterking van het eerste echelon, uit de memorie van toelichting op de begroting van 1973 van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne"
Medisch Contact, 27, 1972, 1179-1180.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
"Structuurnota gezondheidszorg"
Zitting van de Tweede Kamer der Staten Generaal, 1973-1974, kamerstuk 13.012.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
"Interview met mevrouw Veder-Smit"
Medisch Contact, 33, 1978, 619.

Nederlands Instituut van Psychologen;
"De psycholoog in de eerste lijn"
De Psycholoog, 11, 1976, 373-375.

Nederlands Instituut van Psychologen;
"De psycholoog in de eerste lijn"
Verslag van een voorjaarsconferentie, 3 juni 1977, N.I.P., Amsterdam, 1978,

Nederlands Instituut van Psychologen;
Notulen van de L.C.C.-vergaderingen d.d. 4-11-'75; 31-8-'76; 1-6-'77; 28-9-'77; 23-5-'79.

Querido, A.;
"Inleiding tot de integrale geneeskunde"
Leiden, 1955; herdruk: De Tijdstroom, 1973.

Schut, H.; Bensing, J.;
"Samenwerking Huisarts-Psycholoog, psychologen over hun samenwerking met huisartsen. Inventarisatie en doorlichting van bestaande en reeds afgebroken werkcontacten tussen huisartsen en psychologen"
Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1977, mei.

Sociaal Cultureel Planbureau;
"Sociaal Cultureel Rapport 1976"
Staatsuitgeverij Den Haag, 1976.

Trimbos, K.;
"Psychosociale klachten in de eerste lijns gezondheidszorg" èn
"Het proces der 'vermedicalisering'", in "Gezondheid en gezondheidscentra", onder redactie van Dokter, H.J.; Grinten, T. van der; Jong, G.A. de;
De Erven Bohn B.V., Amsterdam, 1974, 8-21; resp. 168-179.

Trimbos, K.;
"Integrale geneeskunde (nâ 20 jaar)"
Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 31, 1976, 2, 64-72.

Tweede Kamer der Staten Generaal;
Zitting 1973-1974: Rijksbegroting voor het dienstjaar 1974; 12.600, hoofdstuk XVII, Vo.Mil., no. 16, d.d. 31 januari 1974.

Tweede Kamer der Staten Generaal;
Zitting 1974-1975: Rijksbegroting voor het dienstjaar 1975; 13.100, hoofdstuk XVII, Vo.Mil., no. 17, d.d. 7 november 1974; en no. 19, d.d. 12 november 1974.

Tweede Kamer der Staten Generaal;
Aanhangsel der handelingen, zitting 1975-1976;
vragen gesteld door leden van de Kamer met de daarop door de regering gegeven antwoorden, no. 1168, 2395.

Verhak, P.;
"Evaluatie SPEECH, eindrapportage"
Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1979, mei.

Wiggings, J.G.;
"Utilization and costs of mental health services"
in: Dörken, H.; "The professional psychologist today", Jossey-Bass Publishers, Londond, 1976, 175-206.

Weyel, J.A.;
"De mensen hebben geen leven, een psychosociale studie"
Erven Bohn B.V., Haarlem, 1970.