

De huisartsen en de ziekenhuispsycholoog: een praktijkervaring*

DOOR DR. J. BERGSMAN, PSYCHOLOOG TE ALKMAAR

Het contact tussen de huisartsen en schrijver dezes — een intramuraal werkende ziekenhuispsycholoog — kwam tot stand via twee soorten van praktijkproblemen. In de betrokken ziekenhuizen is sinds ruim een jaar de gang van zaken bij de behandeling van aanvragen voor abortus inductus in grote lijnen zo geregeld, dat door de huisarts de betreffende patiënt wordt verwezen naar een der gynaecologen die op zijn beurt advies van de psycholoog inwint.** Vervolgens vindt overleg plaats tussen huisarts, psycholoog en gynaecoloog. Op grond hiervan wordt tenslotte een beslissing genomen. Het verslag van de psycholoog wordt gezonden aan gynaecoloog en huisarts.

De huisartsen ervoeren dat zij op deze wijze een aantal gegevens ontvingen waarover zijzelf niet beschikten, maar waarvoor zij wel grote belangstelling hadden. Vanuit de gehele groep van huisartsen, die onderling een vrij intensief en regelmatig contact hebben, kwamen daarop de volgende vragen: „Hoe komt de psycholoog aan die informatie?“. „Om welke informatie gaat het eigenlijk in dit soort gevallen?“. „Wat gebeurt achteraf met de verkregen informatie?“ De laatste vraag leidde duidelijk in de richting van de begeleiding.

Het tweede probleem lag in de sfeer van de „psychosomatische“ patiënten, een grove aanduiding van patiënten bij wie naast somatisch lijden ook van psycho-sociale aspecten sprake is. In het ziekenhuis wordt door diverse specialisten over dergelijke patiënten de mening van de psycholoog gevraagd. Hierbij zijn het verkrijgen en de aard van de informatie uiteraard van belang; het accent ligt echter vooral op de begeleiding. Met deze begeleiding wordt vaak intramuraal een begin gemaakt, maar aangezien in een algemeen ziekenhuis de medische indicatiestelling tot opname en ontslag prevaleert en in principe door de psycholoog nog geen poliklinische verrichtingen kunnen worden gedaan, wordt deze begeleiding overgedragen aan een extramurale instantie, in vele gevallen de huisarts. In omgekeerde volgorde spelen dus dezelfde elementen een rol als in het eerste geval. Ook hier echter

werden de huisartsen voor problemen gesteld waarmee zij naar eigen mening nog te weinig waren vertrouwd geraakt.

De door de huisarts gestelde concrete vraag luidde tenslotte: „Leer ons informatie te verkrijgen, maak ons duidelijk welke informatie van belang is en bespreek met ons de techniek van de begeleidingsgesprekken.“

Een en ander vormde voor beide partijen een boeiende uitdaging waarop met veel genoegen werd ingegaan. De gehele groep huisartsen heeft hieraan meegewerkt. De werkwijze bestond grotendeels uit het opzetten van een rollenspel naar aanleiding van een praktijkgeval, waarin dan zo mogelijk verschillende benaderingen ter vergelijking naast elkander werden geplaatst. De serie werd voorafgegaan door een aantal luisteroefeningen.

De eerste serie van „trainings“-bijeenkomsten werd onlangs afgesloten met een evaluatie.

Bij de training bleken vooral de „luisteroefeningen“ zeer positief te worden gewaardeerd. De confrontatie met de eigen subjectiviteit en de ontdekking van de neiging in conclusies waar te nemen werd als zeer belangrijk ervaren. Ten aanzien van de gesprekstechniek was het oordeel minder positief. Men had de indruk dat te weinig alternatieven werden geboden. Deze mening is te verklaren door het feit dat bij de gesprekstechniek het accent met name werd gelegd op het „afleren“ van de tot nu toe gevolgde werkwijze en op het daarvoor in de plaats stellen van „luistertechniek“. Men dient hierbij te bedenken dat de meeste artsen als het ware een activiteitsbehoefte hebben en vanuit die achtergrond de mening zijn toegedaan: „Als je luistert doe je niets“. Toch waren de ervaringen op dit punt ook in de dagelijkse praktijkvoering voor vele deelnemers positief.

Een bezwaar van de opzet bleek het feit dat de gehele groep huisartsen zonder meer was gaan meedoen, terwijl uiteindelijk de motieven van de deelnemers wel zeer heterogeen bleken te zijn. Zowel hierdoor als door de wisselende diensten, ontstond een te grote discontinuïteit in de groep hetgeen een geprogrammeerde training bemoeilijkte. Met ongeveer de helft van de totale groep als vaste kern zijn niettemin wel degelijk resultaten bereikt, die als positief werden ervaren.

* Inleiding, gehouden tijdens de contactdag Huisartsen-Psychologen, september 1971; zie ook (1972) huisarts en wetenschap 15, 119.

** Soms wordt advies van psychiater en maatschappelijk werker gevraagd, doch dit valt buiten de routine.

De eerste reeks zittingen is afgesloten met het voornemen te zijner tijd een nieuwe reeks bijeenkomsten te organiseren. Dan zal worden uitgegaan van een strenger omlijnd trainingsprogramma met een groep die zich zeer bewust voor deze reeks heeft opgegeven. Vrijblijvendheid blijkt namelijk toch een te storend element voor een goede opzet te zijn.

Bovenstaand voorbeeld van samenwerken werd gepresenteerd op de eerste contactdag tussen psychologen en huisartsen. Mijns inziens kan de psycholoog voor de huisarts van grote betekenis zijn, niet alleen voor de eigen praktijkvoering, maar ook voor het vervullen van de rol van „communicatieverbeteraar” zowel interdisciplinair extramuraal als tussen de intra- en extramuraal instanties. Bovenbeschreven activiteit is slechts een voorbeeld uit vele mogelijkheden. Voorwaarde is echter wel dat de psycholoog een bereikbare figuur wordt, terwijl hij bereid moet zijn zich te oriënteren in de specifieke problematiek van de huisartspraktijk.

Een intramuraal werkende psycholoog is voor de huisarts een moeilijk bereikbare figuur. De mening

heerst — en de ervaringen met bovengenoemde groep bevestigen dit voortdurend — dat het zeer zinvol zal zijn om na te gaan hoe de psycholoog in het eerste echelon reeds zou kunnen worden ingezet. Talrijke problemen waarvoor men nu nog op de instanties van het tweede en derde echelon moet terugvallen zouden dan ter plaatse kunnen worden opgelost.

De oriëntatie van de psycholoog in de problematiek van de huisartspraktijk heeft vooral betekenis omdat hij dan zal bemerken dat vele van zijn technieken — overwegend tijdrovend en arbeidsintensief — zullen moeten worden aangepast aan de daarin gebruikelijke wijze van werken. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbare tijd en het aanbod van patiënten.

In elk geval lijkt het alleszins de moeite waard het gelegde contact te intensiveren en na te gaan welke de praktische mogelijkheden zijn. In de toekomst zal nadere informatie worden verstrekt over de psycholoog, de „soorten” psychologen, hun mogelijkheden en hun beperkingen.

*Financiële implicaties: een onbekende grootheid**

DOOR ALWIN POLDERMAN

Boosaardige lieden zouden bij het zien van de volgorde van het viertal inleidingen wellicht zijn geneigd te zeggen: „Zie je wel, de plannenmakers zijn eerst druk doende geweest de meeste utopistische modellen op te bouwen voor een schier volmaakte eerste-lijnszorg, om tenslotte bij het scheiden van de markt in een vlaag van realiteitszin tot de ontdekking te komen dat met het verwezenlijken van al deze schone voornemens ook nog het nodige geld gemoeid is, en, zo zegt hun bange voorvoelen, niet zo weinig geld ook.”

Deze boosaardigheid zij verre van mij; door een ieder kan slechts worden geconstateerd dat de realisering van een goede zorgverlening aan de cliënt/patiënt geld, waarschijnlijk zelfs veel geld kost. Doch hoe dan ook, de financiering is terecht als sluitstuk in het programma opgenomen, zij het dan als een belangrijk sluitstuk.

Boven dit betoog staat volgens het programma-boekje kort en krachtig: „Financiële implicaties”.

* Voordracht, gehouden tijdens het symposium „Meer lijn in de eerste lijn” van de Medische Faculteit Rotterdam, februari 1972.

De spitsvondige geest die dit etiket op zijn geweten heeft werd door mij bij het samenstellen van deze inleiding herhaaldelijk verwenst, omdat naar mijn gevoel mij hierdoor een aantal verplichtingen werd opgelegd, waaraan te enen male niet zou kunnen worden voldaan. Door niemand kan worden vastgesteld welke kosten een volgens theoretisch model ideale vorm van eerste-lijnszorg met zich zou brengen, op grond van het simpele feit dat in Nederland een dergelijke samenwerkingsvorm nog niet is gerealiseerd.

De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg is even spectaculair als onrustbarend, zeker gezien in het licht van de ontwikkelingen in andere maatschappelijke sectoren. In tegenstelling tot de temporisering die door verschillende overheidsmaatregelen aan toch ook zeer belangrijke sectoren zoals bijvoorbeeld onderwijs, cultuur en recreatie wordt opgelegd, ondervindt de onverminderde kostenstijging in de gezondheidszorg geen enkele hinderpaal.

Integendeel, de groei gaat zelfs in een versneld tempo door, ondanks de ogenschijnlijke afremming