

Een psycholoog in een eerste echelonsteam? Een bittere noodzaak!*

DOOR DR. W. P. VAN DEN HOUT, HUISARTS**

„Dit is dan — de kritische situatie van de Mensheid — we kunnen de afzonderlijke symptomen van de diepe malaise van de maatschappij bespeuren, toch zijn wij niet in staat de betekenis en de onderlinge verbanden van de talloze componenten daarvan te begrijpen of de fundamentele oorzaken vast te stellen. En daarom zijn wij niet in staat passende antwoorden te bedenken!” (Rapport van de Club van Rome, hoofdstuk Presentatie).

INLEIDING

De laatste jaren gaan steeds meer stemmen op dat er een nauwere samenwerking dient te ontstaan tussen psychologen en artsen. Met name in de wereld der extramurale gezondheidszorg worden deze stemmen duidelijker. Ook in de onderhandelingen met de ziekenfondsen krijgt de plaats van de psycholoog een steeds opvallender rol. Een uitspraak over deze zaak door alle betrokken instanties is dringend gewenst.

Het is wel verontrustend, dat zowel in de „Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid” uit 1971 van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, alsook in het „Eerste Advies inzake Regionalisatie in de Gezondheidszorg” van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1973, geen duidelijke uitspraak wordt gedaan over de plaats van de psycholoog in het eerste echelon. In de „Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid” wordt in het begin de samenwerking tussen huisarts en psycholoog wel genoemd en er wordt ook gewezen op het belang van de zogenaamde „Balint-

groepen”. In de extramurale planning en financiering, alsook in de plannen op korte en lange termijn wordt de psycholoog als eerstelijns functionaris echter niet genoemd. Ook in het rapport betreffende de regionalisatie ontbreekt de psycholoog volledig in die „voorzieningen, die als algemene, direct, dat wil zeggen, toegankelijke en bereikbare voorzieningen kunnen worden aangemerkt” (bladzijde 19 van dit rapport). Tot slot, ook in het al enigszins oudere rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: „Advies betreffende de wijkgezondheidszorg” uit 1969, ontbreekt de psycholoog bij de werkers binnen het kader van een centrum (hoofdstuk 6).

Kortom, reden genoeg om als huisarts, die een nauwe samenwerking met een psycholoog in de eerstelijnsgezondheidszorg voorstaat, ongerust te zijn. Uit deze ongerustheid is dit artikel voortgekomen.

EIGEN WERKSITUATIE

Vanuit de eigen werksituatie als huisarts binnen een multidisciplinair team van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord — bestaande uit vijf huisartsen, vier wijkverpleegkundigen, een gezinsverzorgster, vijf doktersassistenten en een vroedvrouw — zou ik willen rapporteren over ervaringen met patiënten met psychosomatische problematiek of met psychosociale problematiek, waardoor bij mij de mening heeft postgevat dat een psycholoog in een dergelijke werksituatie onontbeerlijk is. Mogelijk stemt dit overeen met veler ervaring.

Hierbij moet worden vermeld dat het team van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord zich in zijn oor-

Samenvatting. Vanuit het gezichtspunt van een huisarts, werkzaam in een gezondheidscentrum en met belangstelling voor psychosomatische diagnostiek — en zo mogelijk behandeling — wordt ingegaan op de noodzaak van het opnemen van een psycholoog in de eerste lijn. Voorts wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de psycholoog in grote lijnen zou dienen te worden ingepast met als speciaal probleem de eerste en tweede lijns aspecten van een dergelijke functie.

spronkelijke doelstellingen heeft gericht op een verbetering van de integrale denk- en werkwijze van de deelnemende teamleden (*Van den Hout*, 1971). Dit brengt met zich dat de psychosociale componenten, naast de somatische, in belangrijke mate door ons worden benadrukt. Zo is er in de afgelopen jaren met name door de huisartsen herhaaldelijk met patiënten gesproken in de vorm van kort of lang durende gesprekstherapieën. Ik ben niet van mening dat de huisarts de meest geschikte persoon is voor alle vormen van psychotherapie, maar ik vind wel, dat in een team als het onze een groot deel van de aangeboden psychosociale problematiek behoort te worden behandeld. Het is stellig niet noodzakelijk alle psychische problematiek — zelfs ernstige — naar het tweede echelon te verwijzen, hetgeen eveneens ten aanzien van sociale en somatische problematiek geldt.

In het hierna volgende zal nader op enkele aspecten van ons team worden ingegaan.

HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM EN DE INTEGRALE GENEESKUNDE

Indertijd zijn wij bij de stichting van het gezondheidscentrum Hoens-

* Uit het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.

** Staflied afdeling huisartsgeneeskunde Medische Faculteit Maastricht.

broek-Noord ervan uitgegaan dat het belangrijk is de huisartsgeneeskunde op meer integrale (multicondionele, psychosomatosociale) wijze te beoefenen. Uitgaande van deze gedachten-gang menen wij, dat het voor een huisarts belangrijk is in een team te functioneren met andere werkers uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze eerstelijnsgezondheidszorg-hulpverleners zijn op het ogenblik in feite de huisarts, de gezinsverzorgster, de maatschappelijk werker, de wijkverpleegkundige, de vroedvrouw, de fysiotherapeut en enige anderen, afhankelijk van de lokale situatie.

Wij zijn er in de afgelopen jaren in ons team in geslaagd een samenwerking te creëren tussen wijkverpleging, maatschappelijk werk, vroedvrouw, gezinsverzorgster en huisartsen (*Evaluatierapport*), waardoor het mogelijk is geworden op veel grotere schaal dan voorheen op sociaal terrein geïntegreerde hulp te verlenen.

a Redenerend vanuit het standpunt van de huisarts, kunnen wij vaststellen dat wij het sociale aspect van de psychosomatosociale ziekteomschrijving — het maatschappelijk werk — nu redelijk naast het reeds bestaande somatische aspect — artsen en wijkverpleegkundigen — in ons team hebben ingebouwd. Maar geen van de vertegenwoordigers van de drie disciplines — huisartsgeneeskunde, maatschappelijk werk en wijkverpleging - beschikt over voldoende extra scholing om op meer uitgebreide schaal de psychologische component in deze integrale denk-wijze verder te introduceren.

Uiteraard hebben de vertegenwoordigers van deze drie disciplines in hun opleiding in meerdere of mindere mate een training in de psychologische aspecten van het ziek zijn gekregen. Doch bij artsen ligt de training voornamelijk op het lichamelijke terrein van de ziekte, bij het maatschappelijk werk voornamelijk op het sociale terrein van het ziek zijn, terwijl de wijkverpleegkundige een groot gedeelte van beide componenten in haar opleiding krijgt.

Een gelijkwaardige opleiding in de psychologische kant van het ziek zijn is bij geen van de drie studies tot nu toe verwezenlijkt. Zeker is dan ook, dat huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige bij hun functioneren ontegenzeggelijk een groot hiaat gevoelen in dit facet van de diagnostiek en de behandeling.

De consequentie van een werkelijk integrale denk- en handelwijze zou dan ook moeten betekenen dat naast de drie genoemde disciplines ruimte zou moeten worden ingebouwd voor de psychologische component in een eerstelijns-hulpverleningsteam; in dit geval dus voor de psychologisch geschoolde hulpverlener.

b Een belangrijk argument voor het toevoegen van een psycholoog aan een eerste-echelons-hulpverleningsteam is bovendien het feit, dat er in de afgelopen jaren zeer veel onderzoeken zijn gedaan, die betrekking hebben op de multicondionele ontstaanswijze van vele ziektebeelden. Sinds de tweede wereldoorlog zijn op vele plaatsen in de wereld goede publikaties over deze materie verschenen. Er zijn zelfs onderzoeken die mijns inziens een zeer verstrekkend gevolg zouden moeten hebben op het inzicht in ziekten en behandelingen die daaruit voortvloeien. Het blijft nog altijd een vraag hoe het komt dat deze onderzoeken zo weinig toegang hebben gekregen tot onze hedendaagse geneeskunde en zo weinig in het denken over gezondheid en welzijn zijn ingebouwd. Het is voor mij persoonlijk beangstigend, hoe alle „reclames” over hartrenwagens aanzienlijk meer effect hebben op het handelen van de geneeskundige wereld als zodanig, dan een voortreffelijke publikatie van *Groen en anderen* over het myocardinfarct, de bijkomende psychosociale factoren en de consequenties daarvan voor de behandeling.

Aarzelend komt de medische wereld op gang om tenminste de sociale componenten te erkennen en een plaats in de behandeling te geven; veel trager komt men op gang

met het gebeuren rond de psychologische factoren. Mijns inziens wordt bij het begrip ziekte en welzijn het gehele psychologische veld schromelijk verwaarloosd. Waarom zal een uitwendige stress-situatie voor de ene patiënt decompenseren in ziek zijn of in onwel zijn betekenen — hetgeen in de Nederlandse maatschappij meestal met ziek zijn wordt vertaald — en bij de andere patiënt na enige aanpassing leiden tot een nieuw geïntegreerd bestaan in onze maatschappij? Men kan deze vraag alleen maar benaderen en oplossen door naast het somatische en het sociale, ook de psychologische aspecten van de patiënt in deze integrale diagnostiek te betrekken.

c Uit het onderzoek „Morbiditeit in het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord” — een vervolg op een contactregistratie welke wij in samenwerking met collega Vermeulen van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid gedurende drie jaren met onze groepspraktijk hebben verricht — komt duidelijk naar voren dat er zeer veel psychosomatosociale problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg is. Dit levert een sterk argument een psycholoog aan een eerste-echelonsteam toe te voegen. Voor onze groep geldt dat deze problematiek over alle leeftijden genomen ongeveer dertig procent van het totale patiëntenaanbod bedraagt. Er moet worden opgemerkt dat dit percentage in de leeftijdsfase van 20 tot 60 jaar aanzienlijk hoger ligt. Psychosomatosociale problematiek speelt op jongere en oudere leeftijd in onze praktijk een minder grote rol. Opvallend is ook dat een zeer groot aantal patiënten hun klachten aanvankelijk somatisch brengt, terwijl wij als huisarts vrij snel zijn geneigd deze toch als somatosociaal, psychosociaal of psychosomatosociaal te duiden.

Mensen hebben sterk de neiging hun onwel bevinden nog in een lichamelijke klacht te vertalen; een oud en bekend gegeven in de Nederlandse situatie. Doch dit betekent wel

dat de huisarts, die in Nederland de facto de centrale „intaker” is, ook steun moet hebben van de psycholoog bij het „vertalen” van deze lichamelijke klachten.

TEAMBEGELEIDING

De teambesprekingen nemen in ons gezondheidscentrum een zeer wezenlijke plaats in. Zonder deze besprekingen zou onze groep niet kunnen functioneren. Vele relationele problemen worden daarbij te berde gebracht. De hieruit voortkomende behoefte aan begeleiding is al eerder signaleerd in onze eerste evaluatie (*Van den Hout, 1971*). In twee voordrachten, gehouden door *Van den Hout* en *Van Ravenzwaay* tijdens een conferentie over groepspraktijken, georganiseerd door het Nederlands Huisartsen Instituut in 1970, werd reeds ingegaan op de relationele consequenties in een samenwerkingsverband (N.H.I.-relaties). Voorts verwijzen wij naar *Van Ravenzwaay, Hollander* en *Whitlau* betreffende hun studie over groepsprocessen in samenwerkingsverbanden. Ook in ons *Evaluatierapport* (1973) besteden wij een hoofdstuk aan de teambesprekingen met haar begeleidingsaspecten, terwijl deze eveneens naar voren komen in de begeleiding van onze doktersassistenten (*Van den Hout, 1973*).

Kortom, vanuit ons gezondheidscentrum komt heel duidelijk de behoefte aan begeleiding naar voren. Dit betreft niet in de eerste plaats de begeleiding van het individu; het gaat ons voornamelijk om de begeleiding van de groep en om analyse van die gevallen, waarin relaties binnen de groep storend werken op het team als geheel. Deze taak zal stellig beter kunnen worden toevertrouwd aan een psychologisch geschoolde begeleider dan aan een vertegenwoordiger van een der op dat moment deelnemende disciplines. Als voorwaarde geldt mijns inziens, dat deze begeleider beslist een goed inzicht moet hebben in datgene wat wij eerstelijnsgezondheidszorg noemen!

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Uit het wetenschappelijk onderzoek dat de laatste jaren in onze groep is verricht of nu wordt voorbereid, is naar voren gekomen dat zich ten aanzien van de bewerking van de psychologische gegevens dezelfde problematiek aankondigt, als die welke onlangs is signaleerd (*Rapport Huisarts en wetenschappelijk onderzoek*) met betrekking tot de sociologische kant van wetenschappelijk onderzoek door huisartsen. Wil men tot verantwoorde uitspraken komen over deze aspecten bij onderzoeken door huisartsen, dan kan men de daadwerkelijke hulp vanuit de gedragswetenschappen onmogelijk missen. Vooral bij de psychologische aspecten komt dit in het werk van de huisarts met de talloze individuele contacten van allerlei aard zeer sterk naar voren.

TAAKOMSCHRIJVING EN PLAATSBEPALING

Uit het voorafgaande volgt dat er voor een psycholoog in een eerstelijnssteam een grote verscheidenheid van mogelijkheden en functies naar voren komt. Niet al deze functies zijn noodzakelijk gebonden aan de psychologische discipline als zodanig. Ook zijn niet alle functies van dien aard, dat hiervoor directe opnemings in het team een noodzaak is. Voor een aantal functies is dit echter expliciet een voorwaarde! En dit is misschien de bron voor misverstand in de discussie rond dit probleem. In het algemeen wordt de psycholoog gezien als een tweedelijnswerker, terwijl in onze werksituatie er naast de aloude erkende tweedelijnsfunctie een zeer duidelijke eerstelijnsfunctie voor de psycholoog blijkt te bestaan.

Een deel van dit onderscheid is terug te vinden in de beschouwingen van *Cornelissen* en *Kossmann*. Wanneer wij de oude functie-omschrijving van *Cornelissen* uit 1960 nog eens naar voren halen, dan valt op, dat bij hem ook eerste- en tweedelijnsfuncties door elkander lopen. *Kossmann* gaat in zijn uiteenzettingen

eveneens uitgebreid in op de functie van de psycholoog als eerstelijnswerker. Hij ontwikkelt zelfs de gedachte van een psychologische „general practitioner”. Dit lijkt met de huidige structuur van de gezondheidszorg nog verre toekomstmuziek, alhoewel zijn alternatief A in dit artikel een zeer aantrekkelijk perspectief schetst. Bij hem staat al veel duidelijker, naast de tweedelijnsfunctie, de psycholoog in de eerste lijn.

Vanuit de ervaring, opgedaan in ons gezondheidscentrum, blijkt dat men noch alleen voor de eerstelijnsfunctie, noch alleen voor de tweedelijnsfunctie kan kiezen. Men moet mijns inziens de werkwijze van een psycholoog in een multidisciplinair samenwerkingsverband onderscheiden in twee duidelijke taken:

1 De taak van de psycholoog als directe hulpverlener en teamlid.

2 De taak van de psycholoog, als begeleider en niet-teamlid.

Daarnaast kan aan de psycholoog een derde functie worden toegekend: het begeleiden en zelfstandig verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

De rol van de hulpverlener en die van de begeleider dienen niet door één en dezelfde persoon te worden vervuld. Onze ervaringen dienaangaande staan beschreven in ons *Evaluatierapport* uit 1973. Het grootste gevaar dat bij een dergelijke dubbelfunctie dreigt is de rolvermenging tussen enerzijds hulpverleners en functioneren in het team en anderzijds objectief en onpartijdig begeleiden van het groepsproces van het team.

Ad 1 De taak van hulpverlener-teamlid kan qua inhoud verschillen. Men kan denken aan echte individueel gerichte hulpverlening (psychotherapieën), aan het werken met groepen of gezinstherapieën, al of niet met een van de andere werkers als co-trainer en later eventueel met de cliënt als co-trainer, consultatie voor de andere werkers in het team, enzovoort. Voor welke vorm van

psychologische scholing men kiest en voor welke vorm in het team, zal uiteraard in dit stadium van min of meer experimentele ontwikkeling vooral afhangen van de lokale omstandigheden, de werkwijze van alle betrokkenen en van de prioriteiten welke men op dat moment stelt. Het lijkt in dit stadium onmogelijk een keuze te doen ten aanzien van de vorm. Zoals in een vorige paragraaf werd uiteengezet, dient deze taak in het team echter zonder meer aan een psycholoog te worden toevertrouwd.

Ad 2 Aan de taak van teambegeleider behoeft, in tegenstelling tot de vorige, niet strikt de psychologische discipline te worden verbonden. Men kan hier dan ook denken aan een agoog of een sociaal-psychoater. Andere functies, zoals training, nascholing, supervisie, wetenschappelijk onderzoek, voorlichting en onderwijs (*Zwanikken* en *Zeeuwen*) zijn functies die zowel door een psycholoog-teamlid als door een psycholoog-begeleider kunnen worden verricht.

Het functioneren van een psycholoog als hulpverlener binnen een eerste-echelonsteam is mijns inziens ideaal. Het zou zelfs mogelijk zijn na verloop van tijd een zodanige werkwijze te ontwikkelen, een zodanige bekendheid naar de patiënt toe te bewerkstelligen, dat op den duur in een dergelijk samenwerkingsverband een vrije toegankelijkheid tot de psycholoog wordt gerealiseerd. Ik maak deze opmerking, omdat in ons gezondheidscentrum is gebleken dat, alhoewel de vrije toegankelijkheid tot het maatschappelijk werk in theorie aanwezig is, in de praktijk daarvan door de cliënt tot nu toe weinig gebruik wordt gemaakt.

Ik zie dus het „free-access” tot de psycholoog, naast dat tot het maat-

schappelijk werk, in een eerste-echelonsteam als een ideale situatie, maar vrees dat deze toch ook pas langs de weg der geleidelijkheid zal kunnen ontstaan, zoals zich dit ook in onze situatie voor het maatschappelijk werk slechts zeer geleidelijk ontwikkelt.

De reserves van *Zwanikken* en *Zeeuwen* ten aanzien van de monopoliepositie die de psycholoog in een eerstelijnsgezondheidsteam zou kunnen gaan innemen, deel ik niet geheel en al. Het zal van de begeleiding, de samenstelling, de onderlinge consultatie en het onderlinge overleg van het team afhangen of een discipline al dan niet een monopoliepositie zal krijgen. Stellig hebben over het algemeen artsen tot nu toe een monopoliepositie gehad; enig tegenwicht schaaft zeker niet!

SLOT

Vanuit de eigen werksituatie binnen het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord is voor mij duidelijk geworden, dat de psycholoog op korte termijn als eerstelijns hulpverlener structureel zal moeten worden ingebouwd. In het voorgaande is beschreven hoe een dergelijke deelneming aan de gezondheidszorg eruit zou kunnen zien; vanuit de eigen werksituatie zijn enkele beschouwingen gewijd aan de taakomschrijving en plaatsbepaling van de psycholoog. Wat ons betreft is het wachten op mogelijkheden om binnen het kader van de huidige gezondheidszorg en ziekenfondswetgeving tot een goede samenwerking te komen.

Men moet echter niet denken dat de psycholoog in de eerstelijnsgezondheidszorg „zijn bedje gespreid” zal vinden. Hij zal, evenals degenen die hem vanuit andere disciplines in

het multidisciplinaire team zijn voorgedaan, zijn weg en exacte plaats moeten zoeken. Zijn intreden in het team is slechts het begin van de samenwerking en de mogelijkheden tot ontplooiing. Hij is echter van harte welkom en zijn weg zal gemakkelijker kunnen zijn, omdat hij veel van zijn voorgangers uit andere disciplines zal kunnen leren.

Summary. A psychologist in the first-line team? Bitter necessity!

The necessity of including a psychologist in the first-line team is discussed from the point of view of a general practitioner who works in a health centre and takes an interest in psychosomatosocial diagnosis (and treatment, if possible). The manner in which the psychologist might be fitted in is discussed in general terms, with special reference to the problem of the first-line and second-line aspects of such a function.

- Cornelissen, L. (1961) huisarts en wetenschap 4, 136.
- Evaluatie-rapport. Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord, 1973.
- Groen, J. J. en anderen. Het acute myocardinfarct, een psychosomatische studie. Erven Bohn, Haarlem, 1965.
- Hollander, H., J. F. van Ravenzwaay en W. A. C. Whitlau. (1973) huisarts en wetenschap 16, 1-6; 365-372.
- Hout, W. P. van den. Voordracht conferentie groepspraktijken N.H.I. N.H.I.-relaties.
- Hout, W. P. van den (1971) huisarts en wetenschap 14, 129-136.
- Ibidem (1973) huisarts en wetenschap 16, 187-193.
- Kossmann, H. A. (1972) Medisch Contact 27, 31.
- Morbiditeit in het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Uitgave ministerie van Volksgezondheid, 1973.
- Rapport Huisarts en (sociaal) wetenschappelijk onderzoek, Nederlands Huisartsen Instituut, 1973.
- Ravenzwaay, J. F. van Voordracht conferentie groepspraktijken N.H.I. N.H.I.-relaties.
- Zwanikken, W. en A. M. Zeeuwen (1973) Metamedica 52, 366.