

dering in gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen, 1975.
Minuchin, S. Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht, 1973.
Nevejan, M. Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1973.
Pas, A. van der. Gezinsfenomenen. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1973.

Patterson, G. R. Opvoedingsproblemen in het gezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Satir, V. Gezinstherapie. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1970.

Veen, C. J. F. van en J. C. van der Meulen. Gezinsbehandeling. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1970.

Ven, P. van de. Gezinstherapie als agogische actie. Nlissen, Bloemendaal, 1973.

Watzlawick, P., J. Beavin en D. D. Jackson. De pragmatische aspecten van menselijke communicatie. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1970.

Deze literatuurlijst is beperkt tot in het Nederlands verkrijgbare werken

Interim-rapport van een werkgroep samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts*

INLEIDING

Het volgende verslag over de samenwerking tussen een psychologe en zes huisartsen is een rapportage halverwege een samenwerkingsexperiment. In dit experiment bevindt de psychologe zich dicht bij het eerste echelon, „maar niet erin”. Er is geen directe toegang van de patiënt tot de psychologe. Wij beogen met dit verslag enerzijds een berichtgeving aan anderen, die mogelijk ook aan samenwerking denken of daarmee al bezig zijn, anderzijds hopen wij op kritische opmerkingen waardoor wij ons experiment zouden kunnen bijsturen. In deze rapportage is bewust afgezien van een beschrijving van onze subjectieve beleving van deze samenwerking. Wij hopen deze in onze eindrapportage wel te geven.

ONTSTAAN VAN DE WERKGROEP

Na een eerste contact tussen huisartsen en psychologen eind 1971 kwam in 1972 een Landelijke Contact Commissie (LCC) tot stand, waaraan deelnamen het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NHG-NIP). Bij de LCC konden huisartsen en psychologen, die voor samenwerking voelden, zich opgeven. Begin 1973 belegde de LCC een landelijke vergadering met degenen, die zich bereid

hadden verklaard het overleg in hun regio op gang te brengen. Zo'n regio is Dordrecht en omstreken.

„Dordrecht” ging aan de slag in Gouda. Kennismaking met elkaars werk en komen tot een betere en meer uitgebreide samenwerking was de voorlopige doelstelling. In de uitgangssituatie zochten de huisartsen voor hun patiënten met psychosociale problematiek wel hulp bij maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen of multidisciplinair werkende instellingen zoals medisch opvoedkundige bureaus en sociaal psychiatrische diensten, maar zelden bij een psycholoog.

De gesprekken op de bijeenkomsten waren oriënterend. Ter sprake kwamen bestaande contacten, psychologische problemen die de huisarts tegenkwam en door de psycholoog hierbij toe te passen behandelingsmethoden. Sommige huisartsen boden gelegenheid tot praktijkobservatie, sommige psychologen vertelden over de aard en de aanpak van de problemen van hun cliënten. Over vraagstukken zoals de plaats van de psycholoog in de echelons, de ontwikkeling van modellen en structuren voor samenwerking, de training van huisartsen en dergelijke, was er gedachtenwisseling, een overlegsituatie was het niet.

De regionale groep Dordrecht en omstreken bestaat nog op papier, maar werkt niet meer. Dat is vermoedelijk een gevolg van haar samenstelling en werkwijze. In de regio Dordrecht met zijn vele kernen zit geen enkel „natuurlijk” verband. In deze groep zijn de vier, later zes psychologen tegen 35 huisartsen sterk in de minderheid. Verder verschillen de werksituaties van de psychologen onderling belangrijk.

Samenvatting. Er wordt een tussentijds verslag gegeven over een experimenteel samenwerkingsexperiment tussen zes huisartsen en een vrij gevestigd klinisch psychologe (getraind in relatie- en gedragstherapie). De psychologe bevindt zich dichtbij, maar niet in het eerste echelon. De patiënten worden door de huisartsen naar haar verwezen. Er wordt onder andere aangegeven welke categorieën patiënten tot nu toe voor behandeling in aanmerking kwamen en hoe de verwijzingsprocedure geregeld is. Ook is in het kader van het project de mogelijkheid van consultatie aanwezig. De relatie met zenuwartsen en geïstitutionaliseerde hulpverleners wordt besproken.

Uniek is de financiering van het project, waarvoor door het Algemeen Ziekenfonds „Gouda en Omstreken” uit het Aanvullingsfonds f 95.000,— beschikbaar werd gesteld. Dit bedrag wordt voldoende geacht om voor honderd ziekenfondsverzekerden de psychologische hulpverlening (tegen de normaal daarvoor geldende tarieven) te financieren en de kosten van het project te dekken.

Wat de werkwijze betreft: weinig gericht bezig zijn, weinig agenda, weinig consequente notulering en weinig leiding hebben het non-actief verhaast. Een evenredig groot aantal incidentele bezoekers, vooral uit de kring van de artsen, en een zeer kleine vaste kern op de bijeenkomsten droegen ertoe bij dat het enthousiasme in deze regio snel doofde. In deze periode is op 12 februari 1974 onze werkgroep tot stand gekomen.

Wij hebben gekozen voor een proefopstelling, waarin de psychologe de door de huisartsen verwezen patiënten behandelt, verder de huisartsen desgevraagd adviezen geeft voor hun eigen therapeutisch handelen en hen informeert omtrent psychotherapeutische methoden en technieken. Daarbij had-

* De werkgroep is als volgt samengesteld: Mevrouw Dra E. G. van Wijgerden-Nix, klinisch psychologe, Gouderak; J. J. Dijkstra, huisarts (solopraktijk), Haastrecht; Dr C. A. de Geus en G. Simons, huisartsen (associatiepraktijk), Waddinxveen; Dr. C. W. A. van den Dool, H. Schimmel en W. Spoelstra, huisartsen (groepspraktijk), Stolwijk.

den wij op het oog die hulpzoekende mensen, aan wie in de bestaande situatie geen adequate hulp kon worden geboden, in het bijzonder degenen met psychosociale problematiek, die nogal eens leidt tot veel medische consumptie (inclusief tranquillizers) en veel arbeidsverzuim.

Wij stellen ons ten doel inzicht te krijgen in de hulp, die vanuit de door ons gekozen opstelling kan worden geboden. Na verwijzing en behandeling van een honderdtal ziekenfondspatiënten en een onbepaald aantal particuliere patiënten en follow up na een half jaar zal, naar onze mening, de tijd rijp zijn voor een bezinning op de verder te volgen koers.

In onze opzet wordt de huisarts als eerste geconsulteerd over een probleem met psychologische aspecten. Als een patiënt op het spreekuur komt, brengt hij een dergelijk probleem soms direct ter sprake, soms verraadt hij het indirect. Er wordt daarna een gesprek gevoerd om samen meer inzicht te krijgen in de aard van het probleem, eventueel over het ontstaan ervan, de mogelijke oorzaken, alsmede over de invloed ervan op relationeel en sociaal gebied. Ook wordt in dit gesprek afgetast in hoeverre de patiënt is gemotiveerd voor een therapie; soms moet dit met zoveel woorden worden gevraagd, waarna de patiënt wordt voorgesteld de hulp van de psychologe in te roepen.

Vanzelfsprekend geldt dit alleen voor die patiënten, die de huisarts niet zelf in behandeling neemt en waarvoor hij toch psychotherapie gewenst acht. Vaak is het dan noodzakelijk de patiënt iets te vertellen en uit te leggen over de taak, de werkwijze en de persoon van de psychologe. Hierna legt de huisarts telefonisch contact met de psychologe, waarin het probleem wordt voorgelegd en besproken, zodat er een eventueel voorlopige beslissing kan worden genomen over het in therapie nemen van de patiënt. Zonodig wordt er van gedachten gewisseld over alternatieve mogelijkheden. Naar aanleiding van dit overleg doet de huisarts de patiënt een voorstel over de te volgen beleidslijn, waarna deze een afspraak maakt met de psychologe.

Wanneer de huisarts er niet geheel van overtuigd is dat de patiënt bij de psychologe op de juiste plaats is, wordt de pa-

tiënt pas voorbereid op een gesprek met de psychologe, nadat het oordeel van de psychologe vooraf hierover is gevraagd.

PSYCHOLOGE OBSERVEERT HUISARTS

De huisarts is meestal de eerste die wordt geconfronteerd met de problematiek van de patiënt. Mensen gaan met hun lichamelijk lijden, al of niet vergezeld van pijn, in eerste instantie naar hun dokter. Aan deze de taak om te differentiëren:

- a welke klachten een psychische component bevatten;
- b hoeveel last de patiënt ervaart (in hoeverre voelt de patiënt zich belemmerd in zijn functioneren ook met betrekking tot zijn omgeving);
- c of een psychotherapeutische behandeling is geïndiceerd en wie die het beste kan geven (hijzelf, de psychologe, andere deskundigen).

Vaak zullen patiënten hun psychische problematiek verpakken. Hoe gevoelig is de huisarts voor deze uitgezonden signalen?

Bij de aanvang van het project in de maanden februari en maart 1974 heeft de psychologe bij iedere huisarts een spreekuur bijgewoond. Deze observatie had tot doel:

- 1 spreekuurbaarheid te krijgen met het spreekuraanbod van de huisartsen (in welke mate krijgt de arts psychische en/of psychosomatische problematiek te horen; hoe direct zijn patiënten in het ventileren van hun klachten enzovoort);
- 2 te ontdekken hoe deze huisartsen ingaan op en omgaan met psychische klachten van hun patiënten: arts-patiënt relatie, mate van sensibiliteit, empathie, gesprekstechniek, hun eventuele gehaastheid;
- 3 de arts „feedback” te geven over het onder 2 genoemde.

In hoeverre de aanwezigheid van een psychologe tijdens het spreekuur van invloed is geweest op het patiëntengedrag is moeilijk te zeggen. De artsen menen dat deze invloed niet groot was.

Het is uiteraard interessant te weten op welke gronden de huisarts verwijst voor een psychologische behandeling (terrein van de indicatiestelling). Eveneens is het van belang mogelijke veran-

deringen of verschuivingen in het verwijsgedrag te signaleren als gevolg van samenwerking met een gedragspsychologe. Op beide punten hopen wij in onze eindrapportage terug te komen.

CONTACT PSYCHOLOGE-HUISARTSEN

Voor het contact tussen de psychologe en de huisartsen worden van het begin af aan twee-wekelijkse avondbijeenkomsten gehouden, beurtelings bij een van de deelnemers thuis. Van deze avonden wordt steeds verslag gemaakt. Het doel van deze avonden:

- 1 opzet van het samenwerkingsproject bespreken en praktisch uitvoerbaar maken;
- 2 het „aanbieden” van patiënten aan de psychologe;
- 3 het bespreken van onder behandeling zijnde patiënten en evaluatie van beëindigde therapieën;
- 4 consultatie;
- 5 verkennen van elkaars mogelijkheden;
- 6 financiering van het project.

De eerste bijeenkomsten werden voor een groot deel besteed aan het opstellen van een doelstelling en aan de wijze waarop zou worden samengewerkt. Wat verwachtten wij eigenlijk van deze samenwerking? Na een gesprek met een vertegenwoordiger van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G., hebben wij gekozen voor een beschrijving van onze eigen waarnemingen in de geschetste situatie.

HET „AANBIEDEN” VAN PATIËNTEN AAN DE PSYCHOLOGE

In het begin werden nieuwe patiënten uitsluitend aan de psychologe voorgesteld op de bijeenkomsten. Het nut van deze werkwijze was dat de deelnemers inzicht kregen in elkaars manier van werken en in de specifieke deskundigheid van de psychologe. Niet alle ingebrachte patiënten werden door de psychologe in therapie genomen. Vaak bleek bij de discussie dat sommige patiënten beter zouden kunnen worden verwezen naar andere helpende instanties, soms ook dat de huisarts zelf deze patiënten zou kunnen behandelen, eventueel met

consultatie van de psychologe. Deze be-

Deze besprekingen vergden wel erg veel tijd ten koste van andere zaken. Soms bleek in een situatie veertien dagen uitstel niet aanvaardbaar en was er behoefte aan eerder contact met de psychologe.

De psychologe stelde een telefonisch spreekuur in tussen de middag, bedoeld voor inbreng van patiënten en voor consultatie. Bij het tot stand komen van een verwijzing verplichtte de huisarts zich tot het schrijven van een uitgebreide brief waarin:

- 1 achtergrondinformatie omtrent de patiënt;
- 2 zijn bemoeienis tot nu toe met deze patiënt (gesprekken, medicamenten, en andere hulpverlening);
- 3 redenen van de verwijzing;
- 4 zijn verwachting met betrekking tot deze verwijzing.

De psychologe rapporteerde tussentijds over in behandeling zijnde patiënten, waarbij vorderingen en prognose aan de orde kwamen. De houding van de patiënt ten opzichte van de therapie bleek vaak een belangrijke rol te spelen. Beëindigde therapieën werden steeds besproken, waarbij de prognose op de lange duur aan de orde kwam.

VERKENNEN VAN ELKAARS MOGELIJKHEDEN

Van de kant van de huisartsen bleek grote belangstelling te bestaan voor de aanpak van de psychologe bij een bepaalde patiënt. Ook onderling tussen de huisartsen ontstonden nogal eens discussies over hun aanpak van bepaalde problemen. Dit waren steeds zeer geanimeerde besprekingen, die zeker een positieve bijdrage leverden tot ieders manier van werken. Op een avond werden alle huisartsen op een vloer (met zachte vloerbedekking) in ontspannen toestand gebracht door de psychologe met het doel aan den lijve te voelen wat het is „te worden behandeld” met behulp van ontspanningsoefeningen en om zo te leren deze therapie bij patiënten toe te passen. De artsen op hun beurt vertelden van hun aanpak van bijvoorbeeld enuresis en hyperventilatiesyndroom.

FINANCIËLE PROBLEMEN

Toen de samenwerking huisartsen-

psychologe begon bleek de financiële regeling een enorm probleem. Dit punt werd nogal uitgebreid besproken op de eerste bijeenkomsten en de uiteindelijke oplossing bleek zo uniek, dat het nuttig kan zijn daarover het volgende mede te delen.

Particuliere verzekeringen weigerden hulp van de psychologe te vergoeden. Zij deden dit soms wel indien de verwijzing plaatsvond via de psychiaters, die daartoe overigens wel bereid bleken. Voor ziekenfondsverzekerden waren de problemen aanvankelijk nog veel groter, zodat weleens met reductie van de tarieven werd gewerkt of de Algemene Bijstands Wet moest worden ingeschakeld. Soms kon de behandeling door bemiddeling van het Instituut voor Medische Psychotherapie plaatsvinden, nadat de patiënten daar dan eerst voor een gesprek waren geweest. De gedachte om de huisartsen de psychologe te doen honoreren voor diensten aan hun ziekenfondsverzekerden werd snel verworpen, omdat dit de psychologe in een afhankelijke positie zou plaatsen.

Aanvankelijk werd ook de tijd, die de psychologe aan veertiendaagse besprekingen met de artsen besteedde, niet vergoed. Overigens ontvingen de artsen daarvoor ook geen afzonderlijke honorering.

Alle financiële zorgen werden opeens voor geruime tijd weggenomen toen het Bestuur van het Algemeen Ziekenfonds Gouda en Omstreken bereid bleek een experiment betreffende de samenwerking tussen huisarts en psychologe te financieren uit het aanvullingsfonds. Een plan werd opgesteld, waarbij over honderd verwijzingen van ziekenfondspatiënten zou worden gerapporteerd.

Voor de opzet van het onderzoek schreef professor C.J. van Es, hoogleraar huisartsgeneeskunde te Utrecht, een aanbeveling. Het ziekenfondsbestuur stelde een bedrag van f 95000,— uit het aanvullingsfonds voor deze experimentele samenwerking beschikbaar. Hiervan werd f 60000,— voor de psychologische hulp aan honderd patiënten begroot, terwijl voor consultatie f 15000,— zou worden gereserveerd. Van dit bedrag zou de psychologe voor de tweewekelijkse besprekingen met de huisartsen een honorarium ontvangen en even-

eens voor de consultatie. Voor de evaluatie werd f 10000,— gereserveerd en voor de rapportage en drukkosten eveneens f 10000,—.

Een der artsen opende op naam van het samenwerkingsverband een bankrekening. Hiervan werden de gespecificeerde nota's betreffende de behandeling van ziekenfondsverzekerden aan de psychologe betaald. Zij gaf de ziekenfondsnummers op aan de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds.

De financiële problemen zijn dus voor een beperkte tijd opgelost. Wij zijn het ziekenfonds daarvoor erg dankbaar, maar hoe moet het na dit experiment?

VERWIJZINGEN TOT 1 SEPTEMBER 1975

In totaal zijn 91 verwijzingen tot stand gekomen, betreffende 50 wel en 41 niet bij het ziekenfonds verzekerden. Er werden zes cliënten doorgestuurd of terugverwezen, acht therapieën werden hetzij door de therapeut hetzij door de cliënt afgebroken, 50 therapieën zijn afgesloten.

Over de resultaten op lange termijn valt op dit moment nog weinig te zeggen aangezien de evaluatie nog niet is afgesloten. Het aantal voor deze patiëntengroep benodigde consulten varieert van 2 tot 31; voor de meesten waren tien tot vijftien consulten toereikend.

Alle behandelingen zijn gericht op intensieve therapie (consulten van 60 minuten of langer met een frequentie van eenmaal per week of 14 dagen). Er wordt gewerkt met individuen, echtparen en gedeelten van gezinnen. Soms wordt met een heel gezin gewerkt, afhankelijk van de beschikbaarheid van een co-therapeut. Eenmaal is een groep cliënten geformeerd ten behoeve van een assertieve training.

In de gedragstherapieën zijn voornamelijk leertheoretische en cognitieve methoden toegepast. Daarnaast is veelvuldig gebruik gemaakt van verschillende relaxatiemethoden en van seksuele therapieën onder andere volgens Masters en Johnson.

AARD VAN DE PROBLEMATIEK

Wat betreft de aard van de problematiek, die via de huisarts bij de psychologe

terecht is gekomen zijn daarin te onderscheiden: fobische verschijnselen, zoals ruimtevrees, engtevrees, straatvrees, smetvrees; sociale angst en non-assertiviteit; identiteitsproblematiek; depressieve klachten; relatie/huwelijksmoeilijkheden; seksuele problematiek zoals anorgasmie, impotentie ejaculatio praecox, dyspareunie en vaginisme; hypochondrie; patiënten met verschijnselen van overspanning, oververmoeidheid, slapeloosheid, dwanggedachten en dwanghandelingen; enuresis bij kinderen en volwassenen; gedragsstoornissen bij kinderen; functionele klachten zoals hyperventilatie, hartneurose, spanningshoofdpijn en maagklachten.

CONSULTATIE

De psychologe adviseert desgevraagd de huisartsen in die gevallen, welke zij met enige ruggespraak zelf verder kunnen behandelen.

Het volgende voorbeeld geeft weer, uiteraard niet volledig welke mogelijkheden de consultatie biedt; het bewijst alleen, dat er andere wegen begaanbaar zijn, dan die waarmee de huisarts bekend is.

De heer en mevrouw A vinden na negen jaar huwelijk, dat er een diepe kloof tussen hen beiden is. Zij zijn uit elkaar gegroeid, misschien zelfs nooit naar elkaar toe gegroeid. Na een mislukte eerste liefde leerde hij haar kennen tijdens een vakantie. Een half jaar later was een plotselinge kans op huisvesting reden om te trouwen, hoewel de tijd daarvoor nog niet rijp was. A is zakenman, in snel tempo opgeklimmen van heel klein tot zeer groot, ongetwijfeld dank zij een felle dynamische instelling. Hij is bezeten van zijn zaak. Bij zijn vrouw – die was nog „sereen, ongerept” – zoekt hij nog steeds een rustpunt, in zijn gezin een haventje. Beide maakt hij echter ondergeschikt aan zijn zaak. Mevrouw is van eenvoudige komaf, wat geremd, praat bedachtzaam, halve zinnen, aftastend hoe zij overkomt.

Voor samen praten stelde de echtgenoot geen tijd beschikbaar. Met moderne huishoudelijke apparatuur en grote geschenken stelde hij, wat hem betreft haar tevreden, wat haar aangaat teleur. Hij raakte overspannen, belandde

op de intensive care wegens een vermeend infarct, stond drie maanden later op een zijspoor. Zij werd steeds slordiger, verwaarloosde huishouding, gezin, huisdieren en haar eigen uiterlijk. Er is geen geestelijk en lichamelijk contact meer.

Na inventarisatie van de problemen is in overleg met de psychologe besloten de volgende elementen in de behandeling in te bouwen:

1 na een apart gesprek met ieder van beiden steeds gezamenlijke gesprekken;

2 proberen uitgesproken te krijgen wat zij willen: Naar **elkaar toe?** Van elkaar af?;

3 werken aan hun **zelfbeeld en visie** op de ander, uitgaande van door henzelf op te schrijven kenmerken van zichzelf en van de ander, positieve zowel als negatieve; daarbij de vraag wat ze veranderd zouden willen hebben;

4 deze lijsten gebruiken als aanknooppunten voor het gesprek, tevens om te komen tot een uitwisselingsprogramma. De bedoeling is, dat ieder van beiden zijn/haar gedrag op concrete punten zichtbaar verandert, als prestatie en als tegenprestatie;

5 een dagboek bijhouden, afzonderlijk en zonder inzage bij elkaar, waarin ervaring en beleving met name ten aanzien van de opdracht sub 4 worden beschreven, en dit ter beschikking stellen van de therapeut.

Daarnaast meende de psychologe, dat vragen als „wat wilt u eigenlijk met uw leven? Hebt u ooit moeite gedaan wat van uw huwelijk te maken?” en „Ga je zitten wachten op de grote liefde?” in de gesprekken moeten worden verwerkt. De therapeut moet zich verder realiseren, dat hij geen emoties kan maken of gevoel kan kweken om op die manier een verkilde relatie nieuw leven in te blazen.

Het echtpaar is geleidelijk tot de ontdekking gekomen dat het huwelijk nooit recreatieoord kan zijn zonder tegelijk werkplaats. Mede dank zij hun huwelijksopvatting kon na een half jaar parafaseren op het aangereikte therapeutische thema een herstel in de relatie worden vastgesteld, dat het karakter had van een nieuw en hoopvol begin.

RELATIE MET DE PSYCHIATERS

Voordat het samenwerkingsproject psychologe-huisarts begon, schoten de mogelijkheden voor het verlenen van hulp aan mensen in psychosociale nood duidelijk tekort. In alle praktijken overtrof het aanbod van problemen dat wat de huisartsen aankonden, zowel kwantitatief als kwalitatief. In deze situatie vonden dikwijls in arren moede verwijzingen van mensen met niet typisch-psychiatrische problematiek plaats naar de psychiaters. Regionaal zijn de gevolgen hiervan voor patiënten, huisartsen en psychiaters funest. De twee vrij gevestigde neuroloog-psychiaters, die in een regio van circa tweehonderdduizend zielen het leeuwedeel van de verwijzingen ontvangen en alle verwezen patiënten in behandeling nemen, kunnen dit aanbod onmogelijk op een voor alle partijen bevredigende wijze verwerken. Veel doorsturen kunnen de psychiaters niet – vele kanalen zitten verstopt –, meer terugverwijzen is volgens de huisartsen in de werkgroep zeker mogelijk. De gehele situatie, waarin teleurstellingen voor het oprapen liggen, stemt wrevelig. Voor de relatie is zoiets bedreigend.

RELATIE MET ANDERE GEÏNSTITUTIONALISEERDE HULPVERLENERS

Algemeen maatschappelijk werk is via de huisartsen of direct door de cliënt in de drie plaatsen, waar de huisartsen werken, te bereiken. In Stolwijk en Haastrecht zijn er periodiek teambesprekingen met de maatschappelijk werker; in Waddinxveen zijn er besprekingen ad hoc.

Gespecialiseerd maatschappelijk werk (soms met incidentele, soms met langdurige hulp van de psycholoog of psychiater van de instelling):

– Adviesbureau voor kinderen van 0-7 jaar met ontwikkelings- en gedragsmoeilijkheden. Dit bureau is een samenwerkingsverband van een aantal instanties in Gouda en omstreken. Het stelt zich ten doel advies te geven ten aanzien van de te verlenen hulp aan hulpverleners-sleutelfiguren (met name artsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk

werkers, kleuterleidsters). Incidenteel hebben de deelnemers aan ons project wel contact gehad met dit bureau.

– Consultatiebureau voor alcoholisme. Hoewel sommige personen uit de huisartspraktijken wel naar dit bureau (een dependance van het bureau te Rotterdam) zijn verwezen, kan men niet spreken van een intensieve samenwerking.

– Sociaal pedagogisch centrum. Een aantal gezinnen uit de praktijken heeft contacten met dit centrum. Een intensieve samenwerking is er niet.

– Vereniging „Pro Juventute”. Als bij Sociaal pedagogisch centrum.

– Medisch Opvoedkundig Bureau te Gouda. Naar dit bureau vinden verwijzingen plaats, inzonderheid wanneer de schoolproblemen op de voorgrond staan. Ook moeten worden genoemd de gezinstherapie en de kinderen met enuresis problemen: aan het MOB is een gedragspsycholoog verbonden met speciale belangstelling voor deze problemen. Hierdoor zijn nogal wat kinderen met enuresis primair naar het MOB verwezen.

– Bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Incidenteel werd naar deze bureaus verwezen.

Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland. Regionaal bureau Gouda en omstreken. Contact vindt incidenteel plaats met de districtsverpleegkundige betreffende plaatsing van iemand in een psychiatrisch ziekenhuis, gezinsvervangend tehuis, tehuis voor geestelijk gestoorde bejaarden en dergelijke, of over aspecten, die met de nazorg te maken hebben.

Psychiatrische ziekenhuizen. Ten aanzien van de aldaar opgenomen patiënten onderhouden wij geen ander contact dan gewoonlijk bij verwijzingen en opnamen gebeurt. De opnamen kwamen of in direct contact met het ziekenhuis tot stand of via de in Gouda gevestigde psychiaters.

Psychiatrische Poliklinieken Academische Ziekenhuizen. Slechts incidenteel is naar deze poliklinieken verwezen.

Sedert het begin van het samenwerkingsproject zijn in het totale verwijspatroon verschuivingen opgetreden. Enerzijds wordt nu vaak terstond naar onze psychologe verwezen, anderzijds verwijst zij wel eens cliënten voor gezinstherapie naar het MOB.

Summary. Interim report on a cooperation experiment between a psychologist and general practitioners. This interim report discusses an experiment in cooperation between six general practitioners and an independent clinical psychologist (trained in relation and behaviour therapy). The psychologist is close to but not in the first echelon. The general practitioners refer patients to her. One of the items discussed concerns the categories of patients so far considered suitable for treatment, and the procedure of referral. The possibility of consultation in the context of this project and the relations with psychiatrists and institutionalized aid are discussed. A unique feature is the financing of the project by the General Sick Fund „Gouda en Omstreken”, which made available Fl. 95,000 from the supplementary fund. This amount was considered sufficient to finance psychological aid for one-hundred panel patients (at the normal current fees) and to cover the expenses involved in this project.

De indeling van bejaarden in categorieën

DOOR S. BRAADBAART, ARTS VOOR OUDERDOMSZIEKTEN

Een indeling van mensen in groepen is altijd een hachelijke zaak. Immers, uit de scala van vaak in elkaar overvloeiende kenmerken wordt het individu op grond van speciale kenmerken in een bepaalde groep ingedeeld, terwijl andere eigenschappen hem het recht zouden verlenen in een andere groep te worden geplaatst. In grensgevallen is het vaak moeilijk een bepaalde categorie aan te wijzen.

Toch zal hier worden getracht een differentiatie te maken in de - al wat willekeurig genomen - groep der bejaarden. De reden dat getracht wordt in deze groep een differentiatie te maken is, dat de huisarts vaak wordt geconfronteerd met ouderen, wier lichamelijke toestand niet meer toelaat dat zij zelfstandig kunnen blijven wonen. Aan de huisarts wordt dan advies gevraagd door deze

bejaarden of hun familieleden en deze moet dan een keus maken uit de verschillende mogelijkheden die de laatste jaren zijn ontstaan. Ook zal de arts als behandelend en/of keurend arts in een bejaardenhuis vaak keuringen moeten verrichten en bepalen of bejaarden wel of niet in het bejaardenhuis kunnen worden toegeplaatst.

Om deze redenen zal het voor de huisarts prettig zijn zich geruggesteund te weten door een schema van de voorhanden mogelijkheden. Het is uit de aard der zaak slechts een schema; hij kan naar eigen goeddunken hiervan afwijken, rekening houdend met de individuele behoeften van een bejaarde.

Als definitie voor bejaard wordt aangenomen dat men 65 jaar is geworden, de leeftijd waarop de sociale ouderdomsgrens is bereikt. Biologisch is dit voor

Samenvatting. Een overzicht wordt gegeven van een indeling in categorieën bejaarden, waardoor het voor de huisarts gemakkelijker is advies te geven hoe de bejaarde het beste kan wonen, of worden verzorgd c.q. verpleegd. Deze indeling is reeds jaren in gebruik bij de gemeentelijke verpleeginrichtingen te Rotterdam en voldoet uitstekend om in het gesprek met de verschillende paramedische disciplines de mogelijkheden voor bejaarden duidelijk te maken.

sommigen nog niet het geval, terwijl anderen de biologische ouderdom al eerder hebben bereikt.

*Schreuder** verdeelt de bejaarden naar

* Schreuder, J. Th. R. Hulpbehoefte en reactivering. In: R. J. van Zonneveld. Medische gerontologie. Van Gorcum en Comp., Assen, 1970.