

Samenwerking huisartsen- psycholoog*

L. J. M. DE WIT**, A. B. VISSCHEDIJK*** EN A. J. M. H. LAGRO***

Over een samenwerkingsvorm tussen een aantal huisartsen en een psycholoog wordt verslag uitgebracht. Na een beknopte literatuurbespreking, wordt een algemene schets van de betreffende samenwerking gegeven. Vervolgens wordt door de huisartsen nader uitgewerkt waarover de samenwerking inhoudelijk gaat en hoe zij in hun eigen praktijk het een en ander kunnen toepassen. De sociaal psychologische aspecten van de samenwerking komen aan de orde, waarna evaluaties door de huisartsen en door de psycholoog volgen benevens een korte slotbeschouwing.

In dit tijdschrift werd eerder aandacht besteed aan dit onderwerp, onder andere door *Van den Hout* en in het tussentijds verslag van een werkgroep van huisartsen en een psychologe. *Van den Hout*, uitgaande van de eigen werksituatie als huisarts binnen een multidisciplinair team van een gezondheidscentrum, beantwoordde de vraag of in een eerstelijns team een psycholoog nodig zou zijn, positief. Voornoemde werkgroep deed verslag van haar wijze van samenwerken, maar gaf nog geen resultaten of conclusies. Het viel op dat de psychologe in verhouding zeer veel tijd besteedde aan behandeling van patiënten die door de betreffende huisartsen naar haar werden verwezen. Echter, in de nota „De psycholoog ten dienste van de eerste lijn” uitgaande van de Raad voor Maatschappelijke en Beroepsaangelegenheden van het Nederlands Instituut van Psychologen, wordt psychotherapie uitdrukkelijk niet opgenomen in het takenpakket van de psycholoog ten dienste van de eerste lijn.

Nog onlangs heeft *Bensing* uitvoerig besproken dat momenteel een groot-scheepse inschakeling van psychologen als hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg niet zinvol en niet haalbaar is. Zij is verder van mening dat de psycholoog wel een bijdrage kan leveren aan de eerste lijn, echter niet als direct toegankelijke hulpverlener. Helaas is haar argumentatie voor dit laatste te weinig nuchter-redelijk.

* Dit verslag verscheen in een iets andere vorm in (1976) *De psycholoog* 11, 399-414.

** Klinisch psycholoog aan het St. Laurentiusziekenhuis te Roermond.

***Huisarts, respectievelijk te Heel en te Swalmen.

Wijzelf hebben eerder verslag uitgebracht over onze samenwerkingsvorm in een tijdschrift voor psychologen. Het huidige artikel wijkt hiervan op sommige plaatsen iets af, onder meer verband houdend met ontwikkelingen in de situatie en in onze denkbeelden.

Over de opzet en de uitwerking van het samenwerkingsproject

Algemeen. Enige huisartsen (M. van der Eerden en A. B. Visschedijk, huisartsen te Heel; P. M. J. T. Jordans en A. J. M. H. Lagro, huisartsen te Swalmen) en een psycholoog (L. J. M. de Wit) komen regelmatig bijeen. Op deze bijeenkomsten brengen de huisartsen moeilijkheden die zij in hun werk ontmoeten ter sprake. Het doel van deze bijeenkomsten is om vanuit het overleg van huisartsen en psycholoog tot een betere hulpverlening aan de patiënten te komen.

Voorgeschiedenis. Eind 1973 en begin 1974 zijn er in Noord en Midden Limburg verschillende regionale bijeenkomsten geweest van huisartsen en psychologen, georganiseerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut van Psychologen. Het doel van deze bijeenkomsten was onder meer na te gaan op welke wijze huisartsen en psychologen zouden kunnen samenwerken. In aansluiting hierop is door drie deelnemers aan deze bijeenkomst (twee huisartsen en een psycholoog) afgesproken voor een bepaalde periode een samenwerkingsvorm te proberen. Na twee bespre-

kingen om tot een meer concrete uitwerking van dit plan te komen, vond op 17 mei 1974 de eerste consultatiebijeenkomst plaats.

Opzet. De opzet was om uit te zoeken of de huisarts in zijn werk gebaat is met de hulp van een psycholoog. Er werd ook aan gedacht in hoeverre het mogelijk zou zijn de psychologische inbreng hard te maken met cijfers betreffende veranderingen in het verwijsgedrag en de medicatie. Als mogelijkheden voor de psychologische hulpverlening werden onderscheiden:

a zowel psychologisch onderzoek als therapie; begeleiding en het regelen van sommige verwijzingen;

b psychologisch onderzoek door de psycholoog en van daaruit de huisarts adviseren;

c gedachtenwisseling, attenderen op andere mogelijkheden en dergelijke op basis van wat de huisarts zelf over de patiënt inbrengt.

Gekozen werd voor de laatste mogelijkheid en wel om de volgende redenen: de psycholoog stelde in principe slechts honderd uren beschikbaar; op deze wijze zijn meer patiënten te helpen; deze werkwijze geeft de huisarts middelen om zelf meer (en andere) hulp aan zijn patiënten te kunnen geven; deze vorm van psychologische inbreng is waarschijnlijk op kortere termijn algemeen te realiseren dan de hulpverlening door een zogenaamde „huispsycholoog”. Afgesproken werd om in principe om de twee weken de (twee uur durende) besprekingen te houden.

Financiering. In het bijzonder met het oog op de tijd welke de psycholoog in dit experiment investeert, is voor financiële tegemoetkoming een beroep gedaan op de ziekenfondsen in de regio. De betreffende ziekenfondsen hebben dit zeer lang in beraad gehouden en tenslotte toch nog afgewezen. Een nieuwe aanvraag wordt ingediend.

Wetenschappelijke begeleiding. Een strikt methodische opzet als experiment bleek in de gegeven omstandigheden niet mogelijk. Met name bleek het niet mogelijk om naast een „experimentele groep” een verantwoorde „controlegroep” te formeren. Om deze reden, maar meer nog, omdat het gebied van de verschillende samenwerkingsvormen nog maar weinig bekend is, heeft het Nederlands Huisartsen Instituut (C. Bruins, arts en drs. J. M. Bensing, psychologe) geadviseerd een beschrijvend verslag te maken.

Deelnemers. Gestart is met twee huisartsen en een psycholoog. De psycholoog is

wat betreft zijn dagelijkse werkzaamheden als klinisch psycholoog verbonden aan een algemeen ziekenhuis. Toen de huisartsen zich, ieder voor zich, hadden geassocieerd met een collega, kwamen er aldus twee huisartsen bij. De laatsten waren eigenlijk niet vanuit zichzelf gemotiveerd, maar gingen min of meer vanzelfsprekend meedoen in het samenwerkingsverband doordat hun associés daarvan reeds deel uitmaakten.

De feitelijke gang van zaken. Door vakantie en dergelijke werd de frequentie van de besprekingen van eenmaal per twee weken niet gehaald. Gemiddeld genomen was er eenmaal per drie weken een consultatie-bijeenkomst. De huisartsen brachten in het bijzonder de patiënten ter sprake, die voor hen een probleem vormden, waarmee zij vastzaten. Zij wilden nagaan of er vanuit de psychologische visies nieuwe openingen zouden zijn.

Daarnaast zijn door de psycholoog de psychologische facetten van enkele ziektebeelden ter sprake gebracht, met het verzoek daarop voor de volgende bespreking enkele patiënten met het betreffende ziektebeeld ter bespreking te willen inbrengen. Ook werden er enkele malen ook andersoortige moeilijkheden in het werk van de huisarts besproken.

Als consultatie-methode werd de „mental health consultation” volgens Caplan gevolgd. In de volgende paragraaf wordt een beknopte samenvatting gegeven van de belangrijkste informatie betreffende deze methode. Deze consultatie-methode werd echter niet door dik en dun gevolgd: zo werd soms besproken waarom een huisarts zelf iets als een moeilijkheid zag, waardoor de eigen persoonlijkheid van de consult vragende huisarts in de focus kwam. De psycholoog heeft er echter voor gewaakt dat de bijeenkomsten voor iedere deelnemer veilig (niet bedreigend) bleven. Normaal werden per bijeenkomst drie tot vier patiënten besproken. Doordat soms bijeenkomsten aan bespreking van bijzondere onderwerpen werden besteed, lag het gemiddelde uiteraard lager.

Consultatie volgens Caplan, zoals toegepast in het samenwerkingsverband. Hier volgt, puntsgewijze geformuleerd, enige informatie betreffende de gevolgde consultatie-methode.

– Moeilijkheden waarmee de deelnemende huisartsen in hun eigen werk zitten, leggen zij voor aan de collega's en de psycholoog.

– Overwegend betreft dit moeilijkheden in de hulpverlening aan patiënten, daarnaast worden echter ook andere moeilijkheden ingebracht, bijvoorbeeld betreffende de

associatie. N.B.: de psycholoog en de collega's hebben geen contact met de patiënt zelf.

– Afspraak is dat alleen concrete moeilijkheden worden ingebracht. Het verschil tussen een niet-concrete en een concrete moeilijkheid laat zich illustreren aan de hand van de volgende twee voorbeelden: Voorbeeld 1: „Ik zit er altijd mee wat je het best kunt adviseren aan jongens die in de laatste klas van de basisschool zitten en die nog niet weten wat zij na de basisschool willen gaan doen” (niet concrete moeilijkheid). Voorbeeld 2: „Ik zit met een jongen van twaalf jaar, oudste zoon van een schoenmaker. Hij zit in de zesde klas van de basisschool, weet nog niet wat hij erna wil gaan doen” (concrete moeilijkheid).

– De collega's en de psycholoog helpen om de moeilijkheid te verduidelijken en dragen mogelijkheden aan om tot een oplossing te komen.

– De psycholoog brengt ook zijn psychologische kennis in.

– De hulp blijft beperkt tot het probleem zelf en wordt niet gericht op de persoon van de hulpvragende huisarts. N.B.: dit is een essentieel punt van deze methode!

– De collega's en de psycholoog nemen met hun suggesties geen verantwoordelijkheid over.

– De hulpvragende huisarts blijft volkomen vrij al dan niet gebruik te maken van de gedane suggesties.

– Het doel van deze methode is tweërlei: er toe bijdragen dat de betreffende moeilijkheid goed wordt opgelost;

er toe bijdragen dat de huisarts in de toekomst soortgelijke moeilijkheden beter kan oplossen.

Meer informatie over deze consultatiemethode is onder andere te vinden bij *R. B. Caplan; G. Caplan; Van Ravenzwaay.*

Over de inhoud en de toepassing

(een analyse door de huisartsen).

De consultatie betreft een bestand van ongeveer negenduizend patiënten verdeeld over twee geassocieerde huisartspraktijken. Het betreffende gebied is te typeren als: gesuburbaniseerd. Consult kan worden gevraagd voor problematiek waarbij psychische (psychogene, psychosomatische, psychosociale) factoren een rol spelen. Er ontstaat ruimte voor het consult van de psycholoog wanneer de huisarts met zijn eigen oplossing op dit gebied niet uitkomt. Of er dan ook feitelijk behoefte is aan advies van de psycholoog hangt af van de instelling en de werkwijze van de huisarts en uiteraard ook van wat de patiënt wil.

Momenteel is er consult gegeven over 76 patiënten, die voor zeer uiteenlopende problemen ter bespreking zijn ingebracht. Met de volgende trefwoorden willen wij een indruk geven over wat voor soort problemen zoal is gesproken:

– relaties (man-vrouw, chef-ondergeschikte, ouder-kind, psycholoog-huisarts);

– rouwproces, alleen staan, kinderloosheid, inwoning, kostschool;

– gejaagdheid, surménage;

– psychosomatische stoornissen zoals slapeloosheid, spanningshoofdpijn, adipositas, essentiële hypertensie, maagzweer;

– seksuologische problematiek (frigiditas, anorgasmie, vaginisme, impotentie);

– problemen rond het somatiseren, medische overconsumptie, hypochondrie;

– stotteren, dwangmatig opboeren;

– alcoholisme, toxicomanie, magerzucht (anorexia nervosa);

– problemen bij kinderen zoals enuresis, encopresis, eetproblemen, neuropathie, zwakbegaafdheid, minimal brain damage, buikpijn;

– depressie;

– paranoïde reacties, schizofrenie en andere psychosevormen.

Bij de patiëntenbesprekingen wordt door de psycholoog bijna altijd een advies geformuleerd. Aanvankelijk komt dit advies hoofdzakelijk uit zijn eigen koker, later leveren de deelnemende huisartsen een toenemend aandeel hierin. Waar in de verdere verslaggeving gesproken wordt van „adviezen van de psycholoog” wordt in het midden gelaten of de betreffende adviezen oorspronkelijk van hemzelf of van de andere deelnemers komen. Naar hun aard zijn die adviezen in te delen als strategieadviezen; gerichte behandelingsadviezen; combinaties van strategieën behandelingsadvies; adviezen tot verwijzing.

Strategie-adviezen. Hieronder worden adviezen verstaan welke de huisarts een andere kijk op de patiënt en zijn probleem of problemen geven en daarmee tevens de mogelijkheid voor een andere attitude en benadering. Deze adviezen geven geen kant en klare oplossingen maar wél een perspectief om weer met de patiënt verder te kunnen gaan.

Voorbeeld: vrouw, 56 jaar, gehuwd, 3 kinderen van 25, 23, en 21 jaar, komt steeds terug met vage, wisselende buikklachten. Zij is bang kanker te hebben. Internist en gynaecoloog vinden geen afwijkingen. Er is een vastgelopen situatie ontstaan waarbij de huisarts het gevoel heeft niets meer voor haar te kunnen doen dan het voorschrijven van tranquillizers en spas-

molitica, terwijl hij dat zelf onvoldoende vindt.

Het advies van de psycholoog is om steeds te blijven werken op de grens psychisch-lichamelijk, dus haar klachten serieus blijven nemen en haar steeds nauwgezet onderzoeken. Hierdoor blijft ook steeds de mogelijkheid open om in te kunnen gaan op psychische verschijnselen, zoals de bezorgdheid van patiënte, de betekenis van het overlijden van haar eigen ouders. Geadviseerd is ook om te bevorderen dat patiënte haar klachten meer gaat accepteren (evenals de huisarts!), bijvoorbeeld met een opmerking als „de oude dag komt nu eenmaal met zijn gebreken”.

Het advies blijkt werkzaam te zijn: de weerstand van de huisarts tegen het steeds terugkomen van patiënte vermindert (zij komt nu trouwens minder vaak terug) en patiënte voelt zich beter geholpen, naar zichzelf aangaf.

Voorbeeld: vrouw, 54 jaar, ongehuwd, zwakbegaafd, die na het wegvallen van haar sociale functies decompenseert en haar klachten somatiseert, zodat zij bij vele specialisten loopt, tot zelfs observatie-opname in een universiteitskliniek. Het advies van de psycholoog is te proberen het somatiseren af te remmen door in overleg met de diverse specialisten de begeleiding te beperken tot het absoluut noodzakelijke en om resocialisatie op gang te brengen via onder andere het welfare-werk en het verenigingsleven, eventueel met inschakeling van een maatschappelijk werkende. Het resultaat na twee jaar is uitstekend.

Gerichte behandelingsadviezen. Soms geeft de psycholoog een gericht advies hoe een bepaald probleem kan worden opgelost. Vaak betreft dit deelproblemen. Voorbeeld: Welk advies geeft men wanneer een moeder wanhopig om slaaptabletjes komt omdat haar kind inslaapmoeilijkheden heeft en de huisarts liever geen slaaptabletjes wil geven? De psycholoog geeft een gedetailleerd programma voor moeder en kind om er vanaf te komen.

De meeste adviezen zijn *combinaties van strategie-advies en behandelingsadvies*. Voorbeeld: vrouw, 47 jaar, gehuwd, drie kinderen respectievelijk van 15, 12 en 10 jaar. Sinds twaalf jaar perioden van alcoholisme en toxicomanie (Valdispert en dergelijke). Enkele malen psychotisch opgenomen. Daarbij ernstige huwelijksproblematiek. Is nu weer in een periode van veel drinken, vooral stiekem als man en kinderen niet thuis zijn. Heeft op vele plaatsen in huis flessen drank verstopt. Opname, refusalkuren, verscheidene neu-

roleptica, sedativa en tranquillizers hebben in het verleden maar weinig uitgericht. Hoe kan de huisarts hier verder hulp geven? Het advies van de psycholoog bestaat uit het volgende:

stoppen met het onder druk zetten van patiënte de drank te laten staan; het drankgebruik als zodanig accepteren; exploreren op welke stimuli zij gaat drinken en bekijken of daaraan iets kan worden gedaan; trachten patiënte te socialiseren (mee te laten doen met sociale activiteiten, clubs, welfare en dergelijke).

Het resultaat is dat de situatie beter werkbaar is geworden.

Voorbeeld: vrouw, 67 jaar, alleenstaande weduwe, somatiseert alles, is bij vele specialisten geweest, wijst werkelijke hulp af. Vooral ook door haar huilerigheid ervaart de huisarts deze vrouw als zeer irritant. De vraag van de huisarts is hoe hij deze vrouw kan helpen. Na bespreking wordt de vraag als volgt anders gesteld:

Hoe moet mijn houding zijn ten opzichte van deze vrouw?

Het advies luidt: De tegenstrijdigheid tussen haar verbale uitingen en haar niet verbale uitingen proberen uit de weg te ruimen door telkens (voorzichtig, niet onwillend, maar wel duidelijk) naar patiënte toe te verbaliseren hoe haar niet verbale uitingen bij de huisarts overkomen. De idee daarbij is dat patiënte op deze wijze wordt geholpen tot een duidelijke houding te komen. Voorts haar op een vaste tijd te bezoeken en de duur van het contact te fixeren. Een en ander uiteraard in overleg met patiënte.

Het resultaat is aanvankelijk goed: de huisarts heeft minder moeite in het contact met patiënte, is rustiger in zijn houding ten opzichte van haar en het contact is beter. Dan echter laat de huisarts zich toch een keer opjutten door patiënte. Dit draait uit op een conflict met patiënte, waarin zij, wat het somatische aspect betreft, bovendien nog gelijk heeft ook. Hiermee gaat zij de huisarts „chanteren” en zodoende gaat de winst die in een half jaar is geboekt, weer verloren.

Momenteel gaat het contact langzaam weer wat beter, hoewel het nog wat langzaam elkaar heen praten is.

Adviezen tot verwijzing. Een enkele maal wordt een advies tot verwijzing gegeven. Voorbeeld: man, 32 jaar, metaalbewerker, klaagt over gejaagdheid. Vooral als hij precies werk moet doen jaagt hij zichzelf zozeer op dat hij zijn werk wegens hartkloppingen en duizeligheid moet onderbreken. Geadviseerd wordt te verwijzen naar een fysiotherapeut voor spannings- en ontspanningsoefeningen. Het resultaat

na drie maanden is dat patiënt zich beter in de hand heeft.

In veruit de meeste gevallen werd het advies opgevolgd. Redenen waarom een advies soms niet werd opgevolgd, waren: de patiënt kwam pas veel later weer op het spreekuur en inmiddels was het probleem veranderd;

het toepassen van het advies kostte te veel tijd en inzet, waardoor de huisarts er tegen op zag;

de huisarts had het probleem niet goed gesteld;

de huisarts geloofde eigenlijk niet in het advies;

de huisarts was door omstandigheden niet in staat het advies uit te voeren;

de psycholoog had het probleem te eenzijdig benaderd.

In ruim tweederde van de gevallen had het advies min of meer resultaat. Van een aantal gevallen is het resultaat nog niet te beoordelen (consultatie vond recent plaats).

Het samenwerkingsverband als sociale groep

Tussen deelnemers in een samenwerkingsverband kunnen misverstanden en spanningen ontstaan die het functioneren van het samenwerkingsverband bemoeilijken en die zelfs het einde ervan kunnen veroorzaken. Wij hebben het daarom van belang gevonden een beschrijving te geven van het samenwerkingsverband in het begrippenkader van de sociale psychologie.

Sociale groep. Van een sociale groep wordt gesproken wanneer er tussen de deelnemers „een zodanige interactie bestaat dat het gedrag van iedere deelnemer invloed heeft op dat van elke andere deelnemer” (definitie van Oldendorff). Het samenwerkingsverband voldoet aan deze definitie en kan derhalve een sociale groep worden genoemd. De groep bestaat uit vijf leden, van wie vier huisartsen en een psycholoog.

Subgroepen. Er zijn op verschillende wijzen subgroepen te onderscheiden:

De vier huisartsen samen; aan het begin of het einde van de bijeenkomsten kan de subgroep-communicatie soms een storende invloed hebben op het primaire groepsdoel.

De twee associaties van elk twee huisartsen; de typisch bij deze mini-subgroepen behorende communicatie speelt tijdens de bijeenkomsten een geringe rol, althans verbaal, maar is toch niet geheel zonder betekenis (met name is deze van betekenis wanneer er een patiënt belt).

De psycholoog en de twee oudere huisartsen; zij zijn de initiatiefnemers van de samenwerking en bijgevolg vindt met name de communicatie over bijvoorbeeld ver slaggeving en financiering voornamelijk tussen hen plaats.

Groepsdoel. Het gezamenlijke doel van het samenwerkingsverband is: verbetering van de hulpverlening aan patiënten, in het bijzonder betreffende psychosociale aspecten. In de loop van de tijd hebben de bijeenkomsten zeker ook een gezelligheidsaspect gekregen, hetgeen men als een subdoel zou kunnen zien.

Daarnaast heeft ieder van de leden bepaalde persoonlijke motivaties met betrekking tot zijn groepslidmaatschap. Sommige motivaties zijn de groepsleden pas later duidelijk geworden. Dit houdt in dat er ook nu nog onbewuste motivaties kunnen meespelen.

Huisarts A. Bij hem heeft een zich wat gecompliceerd verloop voorgedaan wat betreft de persoonlijke motieven. Hij heeft zijn huisartsopleiding recent afgesloten. Bij die opleiding gold in toenemende mate als principe dat psychosociale aspecten in de huisartsgeneeskunde belangrijk zijn, maar concreet had dat overigens weinig invloed op de inhoud van de opleiding gehad. Toen een vorm van samenwerking met een psycholoog zich in de praktijk als mogelijkheid voordeed, achtte hij dit daarom aantrekkelijk. De doorslag tot deelname heeft echter ongetwijfeld gegeven dat de associé hieraan reeds deelnam.

De problemen die door de anderen werden ingebracht en de wijze van bespreken, spraken hem echter niet zo aan. Bovendien kreeg hij het gevoel dat hij een probleem niet op zijn eigen manier mocht inbrengen, maar dat de groep als het ware van hem verwachtte dat hij dat op één bepaalde manier zou doen, een manier die hem niet lag. Mede ten gevolge van problemen in de associatie trok hij zich na enige tijd terug uit het samenwerkingsverband.

Huisarts B. Met betrekking tot de persoonlijke motivatie zit hij tot op zekere hoogte in eenzelfde positie als huisarts A (wél principiële stimulans in de opleiding, maar slechts weinig concretisering van de psychologische en sociale dimensies; associé nam reeds deel). Toch zijn er ook verschillen: huisarts B heeft al langer ervaring in praktisch geneeskundig werk en huisarts B „heeft psychologie altijd leuk gevonden”.

Aangezien steeds stelregel was dat men ter bespreking inbrengt „waarmee men

vastzit”, heeft hij aanvankelijk deelgenomen aan de bijeenkomsten zonder zelf problemen ter bespreking in te brengen. Zijn motivatie in deze tijd was om via deze besprekingen meer kennis en begrip van de voorkomende problematiek bij patiënten op te doen. Toen hij daarna begon zelf patiënten ter bespreking in te brengen, had dat aanvankelijk een wat demonstratief karakter. Hij zegt daarvan nu zelf dat hij wou laten blijken dat hij ook op de „psychologische toer” was gekomen. (N.B.: De anderen vonden in die tijd dat zij voor hem als klankbord en spiegel moesten functioneren voordat hij bij zichzelf had gereflecteerd.) Daarna werd zijn belangrijkste motivatie een zoeken naar hulp en advies hoe hij zichzelf ten opzichte van probleempatiënten zou moeten opstellen, of zou kunnen opstellen, en hoe dan verder te handelen.

Huisarts C. Reeds voordat hij aan dit samenwerkingsverband ging meedoen had hij een uitgesproken belangstelling voor de psychosociale dimensies aan het werk van de huisarts. Een belangstelling die onder andere een concretisering heeft gevonden in de start van deze samenwerkingsvorm. Hij geeft aan dat voor hem zeker een motivatie is geweest om door deelname aan een dergelijke samenwerkingsvorm in zekere zin „voorop te lopen”. Daarnaast geeft hij als persoonlijke motivatie aan: het zoeken naar een basiszekerheid in het hanteren van psychosociale problematiek. In deze persoonlijke motivatie is hij bij de gevolgde methode van consultatie ten dele gefrustreerd. De gevolgde methode houdt namelijk in dat de persoon van de consultvrager buiten beschouwing blijft en huisarts C zoekt juist een extra vorming, steun, bevestiging, en dergelijke van zijn eigen persoonlijkheid in het bijzonder met betrekking tot zijn relatie met de patiënten. Enkele malen heeft hij kenbaar gemaakt dat hij dit in het samenwerkingsverband miste.

Huisarts D. Ook huisarts D behoorde tot de initiatiefnemers van het samenwerkingsverband en had reeds eerder aan zijn belangstelling voor de psychosociale dimensies vorm gegeven, bijvoorbeeld in het deelnemen aan een Balint-groep. Hij was in het bijzonder geïnteresseerd eens te ervaren wat een psycholoog kan, hoe hij te werk gaat en wat voor gebied hij bestrijkt. De tweede motivatie die hij aangeeft staat in verband met de eerste (en is voor hem waarschijnlijk belangrijker dan de eerste?): hij wilde namelijk leren en ervaren wat hij op het gebied van de psychosociale hulpverlening zelf zou kunnen doen in de praktijk.

Psycholoog. De psycholoog was reeds eerder geïnteresseerd in het randgebied van de psychologie en de geneeskunde. In overeenstemming met deze interesse had hij ook zijn dagelijkse werkzaamheden gekozen als klinisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis. Hij verwachtte dat huisartsen, mogelijk meer nog dan klinische specialisten, belangstelling zouden hebben voor psychische (en sociale) aspecten aan ziekte en ziek-zijn, omdat huisartsen directeur te maken hebben met de familieleden van de patiënt, het huis en de straat waar hij woont, en dergelijke. Een andere reden waarom de psycholoog was geïnteresseerd in deze samenwerkingsvorm was dat hij door middel van begeleiding van „tussenpersonen” zijn eigen kennis en ervaring op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg extensiever zou kunnen exploiteren.

De psycholoog was stellig ook gemotiveerd vanuit het idee om met de laatste ontwikkelingen bij te zijn: de samenwerking huisarts-psycholoog is momenteel „in” als topic en onder psychologen is het min of meer statusverhogend wanneer men kan zeggen dat men in een dergelijk samenwerkingsverband werkzaam is. De psycholoog was sterk gemotiveerd voor het samenwerkingsverband als experiment. Met het oog hierop had hij bijzondere belangstelling voor de methode van werken, de evaluatie en de verslaggeving.

Sociale macht. Ter verduidelijking: In de sociale psychologie wordt onder sociale macht verstaan: de mogelijkheid van de ene persoon om in zekere opzichten het gedrag van een ander te beïnvloeden. Als bijzondere vormen kunnen worden genoemd:

beloningsmacht: een persoon heeft de mogelijkheid om het gedrag van een ander te belonen (of te bestraffen);

expert-macht: een persoon heeft de mogelijkheid het gedrag van een ander te beïnvloeden op grond van het feit dat hem een bepaalde specialistische kennis wordt toegeschreven;

legitieme macht: een persoon heeft de mogelijkheid het gedrag van een ander te beïnvloeden op grond van het feit dat zowel de ander als ook hijzelf deze macht als rechtmatig ervaren.

Hoe zijn de genoemde begrippen toe te passen in het samenwerkingsverband? Gezien zijn kennis van de psychologie heeft de psycholoog uiteraard een zekere expert-macht. De huisartsen hebben echter eveneens een zekere expert-macht, gezien hun kennis van de geneeskunde en hun kennis van de eigen huisartspraktijk. De twee jongste huisartsen hebben gezien hun geringere ervaring in deze mogelijk

minder expert-macht. Aangezien in de groep de huisartsen van mening zijn dat zij relatief meer belang hebben bij de samenwerking dan de psycholoog en aangezien laatstgenoemde (tot dusver) geen financiële honorering krijgt voor zijn bijdrage, heeft de psycholoog in de groep een soort beloningsmacht. Op verschillende wijzen neutraliseren de huisartsen tot op zekere hoogte de beloningsmacht. Het begrip „legitieme macht” is hier niet van toepassing.

Leiding. Er is in de groep geen bepaalde leider.

Sociale status. Ter verduidelijking: Onder „status” wordt verstaan: de positie die men in een groep inneemt, geëvalueerd in termen van prestige, belangrijkheid of waarde voor de groep. Afhankelijk van hun positie in de groep kunnen leden een hogere of een lagere status hebben. Hoe is het gesteld met de „statusverdeling” in het samenwerkingsverband?

De beide oudere huisartsen en de psycholoog hebben een ongeveer gelijke status. De beide jongere huisartsen hebben mogelijk een wat lagere status. Behalve hun jongere leeftijd en geringere ervaring (zie sociale macht) speelt daarbij mogelijk ook een rol dat zij zich geassocieerd hebben met de beide oudere huisartsen, die voorheen „de hele praktijk zelf deden”.

Sociale investering. De mate van energie en de tijd die ieder lid in de groep investeert is beperkt en ongeveer gelijk. De tijd welke men investeert blijft in hoofdzaak beperkt tot de duur van de bijeenkomsten zelf, dat wil zeggen ruim twee uren per drie weken. De noodzakelijke voorbereidingstijd om een moeilijkheid enigszins gestructureerd ter bespreking te brengen is over het algemeen te verwaarlozen. Bovendien legt hetgeen de bespreking voor het hulpvragende lid oplevert hem geen verplichtingen op.

Communicatie. Weliswaar vindt de meeste communicatie binnen de groep plaats tussen de huisarts die een moeilijkheid ter bespreking inbrengt en de psycholoog, echter naarmate de groep langer bestaat is er een toenemende inbreng van andere leden. Aan de communicatie in de groep wordt het meest deelgenomen door de psycholoog en de beide „oudere” huisartsen (C en D). Huisarts B is gaandeweg meer aan de communicatie gaan deelnemen, zodat er thans praktisch geen verschil meer is met de huisartsen C en D. Bij huisarts A is er weinig toename geweest wat betreft zijn deelname aan de communicatie.

Normen en sancties. Toen één van de leden enkele malen te laat kwam werd hij door de andere groepsleden becritiseerd. Afgezien hiervan zijn normen en sancties weinig expliciet geworden.

Beschouwing. Bekend is dat met betrekking tot slagen of mislukken van een (interdisciplinair) samenwerkingsverband factoren van sociaalpsychologische aard van grote betekenis kunnen zijn. In het onderhavige samenwerkingsverband heeft zich een moeilijkheid voorgedaan verband houdend met een onbewuste persoonlijke motivatie welke één van de deelnemers had met betrekking tot zijn lidmaatschap van de groep. Over het geheel genomen is het samenwerkingsverband als sociale groep geslaagd.

De volgende punten achten wij van bijzondere betekenis voor dit slagen:

- de betrekkelijke gelijkheid van „status” van de deelnemers, daarbij status niet alleen gezien in het kader van de groep, maar ook in het kader van de maatschappij;
- een zekere eensgezindheid van de deelnemers met betrekking tot het groepsdoel en de manier om dit te realiseren;
- de geringe sociale investering (in tijd en energie) welke van de deelnemers wordt gevraagd en het feit dat van alle deelnemers in deze ongeveer hetzelfde wordt gevergd;
- het feit dat de deelnemers autonoom blijven ten aanzien van hun eigen beroepsuitoefening;
- de beperkte omvang van de groep.

Evaluatie door de huisartsen

Bij de aanvang van deze consultaties gingen wij er van uit, dat onze mogelijkheden tot het helpen van mensen met psychosociale problemen beperkt zijn. Hetgeen de huisarts zelf kan doen, is vaak te weinig door gebrek aan deskundigheid en tijd. De verwijsmogelijkheden zijn evenzeer onvoldoende: de klinische psychiatrie werkt eenzijdig en haar beoefenaren zijn overbelast; de stichtingen voor geestelijke gezondheidszorg verstopt men al snel met deze categorie cliënten.

Als huisartsen een mogelijkheid zouden hebben tot het consulteren van een (klinisch) psycholoog, was dat misschien een welkome kans hulp te bieden zonder te vervallen in het zinloos voorschrijven van psychofarmaca, het voeren van lange gesprekken zonder duidelijke doelstelling en ook zonder het teveel doorsturen naar specialisten.

Na twee jaar met een psycholoog te hebben samengewerkt volgens de consulta-

tiemethode van Caplan, hebben wij ons beraden wat ons daarbij is opgevallen en wat wij er voor ons werk aan hebben gehad. Het was nuttig dat wij een probleem moesten formuleren, in woorden presenteren. Vaak maakte dit de zaak voor onszelf al een beetje helderder. Ook de adviezen die werden gegeven, brachten ons weer een stapje verder. Een volledige oplossing van de problemen gaven zij vrijwel nooit, maar dat was ook nooit bedoeld. De opzet van de adviezen was slechts in de vigerende omstandigheden de best mogelijke stap te doen. Van de dan nieuw ontstane situatie zou afhangen welke eventueel de volgende stap zou moeten zijn. De besprekingen kregen meer reliëf, meer nuancering, toen ook de collega's een actiever aandeel op zich gingen nemen in het consult geven. Dat de collega's van de consult-vrager een meer actieve rol gingen vervullen bij het consult geven, was het resultaat van een groepsproces, waarbij de autoriteit van de psycholoog verdween en hij tot gewoon groepslid werd, maar met een andere deskundigheid.

Hoewel wij maar één psycholoog hebben meegemaakt en slechts volgens één wijze van werken, hebben wij toch een indruk gekregen wat een psycholoog kan behandelen en ook een beetje hoe hij dat doet. Wij weten hierdoor beter wat wij naar hem kunnen doorsturen; wij kunnen de cliënt beter duidelijk maken wat hij kan verwachten en wat niet, en wij verwijzen nu waarschijnlijk ook met een beter gerichte vraagstelling. Er is echter ook invloed op ons verwijsgedrag ten aanzien van andere patiënten dan die wij in de consultatie hebben besproken en wel tengevolge van een leereffect van de consultaties.

Door de opzet die wij bij ons experiment hebben gevolgd (beschrijvend), is het niet mogelijk hiervan getallen te geven, te meer omdat wij bij de beoordeling van het verloop van een ziektegeval, eigenlijk nooit precies kunnen zeggen hoe het anders zou zijn gegaan wanneer wij de psycholoog niet zouden hebben geraadpleegd.

Wij zijn er nu mee geconfronteerd dat wij als huisarts ook op het gebied van de psychosociale zorg beperkt zijn in onze mogelijkheden. Dit komt onder meer door de richting van onze beroepsopleiding, maar ook zijn wij ons ervan bewust geworden, dat het beroep van huisarts beperkingen met zich brengt wat betreft de mogelijkheden van werken met probleempatiënten: de rollen van de patiënt en huisarts ten opzichte van elkaar zijn in het algemeen zodanig dat de patiënt met een somatische klacht komt en dat de huisarts hiervoor hulp verleent. Het kost veel tijd om in

de communicatie met de patiënt uit dit typische rollenpatroon te komen, maar ook daarna bestaat de kans dat de patiënt of de huisarts zelf (soms op een oncontroleerbare wijze) weer even terugvallen in hun „oude rollen”. De communicatie psycholoog-patiënt (of cliënt) vindt plaats volgens een ander rollenpatroon en biedt daardoor ook andere mogelijkheden voor hulpverlening.

Ondanks het verschil in rol kunnen huisarts en psycholoog ongetwijfeld dingen van elkaar leren wat betreft hun wijze van hulpverlening. Het valt op dat de psycholoog op een andere wijze dan wij tegen de werkelijkheid aankijkt en dienovereenkomstig ook op een andere wijze dan wij de problematiek van bijvoorbeeld colitis ulcerosa, ulcus ventriculi, enzovoort interpreteert, hetgeen dan ook leidt tot een andere therapeutische benaderingswijze. Sommige van deze benaderingswijzen zijn wel geschikt voor de werkwijze van de huisarts, andere minder of in het geheel niet. Door middel van het samenwerkingsverband is voor ons een duidelijke scheidslijn ontstaan tussen hetgeen tot het werkgebied van de psycholoog en hetgeen tot het werkgebied van de huisarts behoort. Ook zijn ons de therapeutische mogelijkheden van de psycholoog duidelijker geworden. Er zullen dingen zijn die wijzelf aan kunnen; andere problemen kunnen worden opgelost met behulp van consultatie en er is ook een aantal problemen waarvoor de psycholoog, met zijn eigen werkwijze, de meest geëigende persoon is. Toch is onze houding ten opzichte van probleempatiënten wat zekerder geworden: wij hebben geleerd dat je als huisarts niet alles alleen hoeft te doen en alles moet kunnen; wij kennen onze eigen mogelijkheden tot hulpverlening nu beter en . . . wij denken bij doorsturen nu ook eerder aan een psycholoog (als de mogelijkheid er is). Bovendien hebben wij van de adviezen ook een zekere know-how opgedaan, welke wij kunnen gebruiken voor andere patiënten dan die waarvoor de adviezen werden gegeven. Dit geldt vooral voor problemen met kinderen. In het algemeen hebben wij op dit gebied wel het meeste profijt van de consultaties getrokken (bijvoorbeeld bij buikpijn, slecht eten, bedplassen, inslaapmoeilijkheden en dergelijke). Na twee jaren verminderde onze animo met de consultatie in deze vorm door te gaan. Hiervoor zijn enkele oorzaken te noemen:

– Er vond in deze tijd bij ons een leerproces plaats: wij hebben dingen geleerd, hebben gezien dat wat wij kunnen leren beperkt is; wij kennen nu een beetje de wijze van benaderen van een (deze) psycholoog. Er trad een zekere verzadiging

op en andere zaken kregen voorrang, ook al doordat wij altijd 's avonds bij elkaar kwamen.

– Een bezwaar was dat er geen mogelijkheid was voor een rechtstreeks contact van de patiënt met de psycholoog. Zou deze mogelijkheid er wel zijn geweest, dan zou de groep ongetwijfeld een andere ontwikkeling hebben doorgemaakt. Overigens is deze handicap niet typisch iets van het samenwerkingsverband, want daarbuiten is ze nog sterker: zowel patiënt als huisarts ervaren dagelijks de behoefte aan de hulp van een psycholoog in de eerste lijn.

– Er was bij de huisartsen een te geringe theoretische onderbouw aanwezig deze wijze van werken zodanig te continueren dat er meer ontwikkeling uit zou komen. Wil men een dergelijk samenwerkingsverband met de psycholoog uitbouwen, dan dient men ook aan theoriestudie te doen. Omgekeerd geldt dit onzes inziens ook voor de psycholoog, wanneer deze niet vertrouwd zou zijn met de medische taal en werkwijze. De psycholoog in dit samenwerkingsverband was overigens wel voldoende daarin thuis.

– De vorm van consultatie die wij in het samenwerkingsverband hebben beoefend, leende zich niet voor het inbrengen van de eigen persoonlijke problemen. Echter, vooral bij probleempatiënten is het van grote betekenis dat de huisarts met zijn eigen persoonlijkheid werkt: eigenschappen als empathie, echtheid, directheid, en dergelijke zijn vaak van beslissende betekenis in de eerste fase van het contact met de patiënt. Soms kan er pas na deze fase sprake zijn van een goede mogelijkheid tot behandeling en verwijzing. Het beginnen van een training, gericht op een verwijding van de persoonlijke mogelijkheden, verminderde bij sommigen van ons de animo met de huidige vorm van consultatie door te gaan.

Hierna volgen kritische opmerkingen die ieder van ons persoonlijk heeft met betrekking tot de wijze van werken:

Huisarts A: Voor mij was het een instappen in een bestaande samenwerking (idem voor B). De wijze van benaderen was mij vreemd en bleef mij eigenlijk min of meer vreemd. Ik had het gevoel dat de groep van mij verwachtte dat ik het probleem op één bepaalde manier zou brengen. Aan deze verwachting kon ik niet of slechts moeizaam voldoen.

Huisarts B: Ik maakte gebruik van alle adviezen die werden gegeven. Ik vond dat ik vooral structuur nodig had. Ik bracht over het algemeen te acute problematiek in, waarbij ik dan eigenlijk te weinig informatie kon geven. Aan mijn vraag werd echter goed voldaan.

Huisarts C: Mij zegt de consultatiemethode weinig, want ik zie de patiënt vaak niet aansluitend aan de consultatie, doordat ik meer de al jaren slepende problemen inbreng. Aangezien het advies wordt gegeven met betrekking tot de situatie, zoals die ligt op het moment van de consultatie, is dit vaak niet meer zo ter zake op een later tijdstip. Mijn grootste bezwaar tegen de methode van Caplan is dat mijn eigen problemen niet meer naar voren mogen komen.

Huisarts D: De consultatiemethode van Caplan biedt een zeer grote veiligheid waardoor onder meer het groepsproces gemakkelijk op gang komt, maar waardoor ikzelf als persoon weinig aan bod kom. Ik vraag mij af of dit laatste de bedoeling van Caplan is geweest.

Evaluatie door de psycholoog

De volgende notities betreffen zowel vaststellingen van wat ervaren is alsook aanbevelingen op grond van wat ervaren is. De „Mental Health Consultation volgens Caplan” bleek een goed hanteerbare vorm van groepsconsultatie.

Deze consultatie-vorm is niet bedreigend voor de hulpvragende huisarts zelf. Waarschijnlijk begunstigt dit dat de huisartsen onbezwaard de problemen, die zij in hun werk tegenkomen, kunnen inbrengen.

In de loop van de tijd ontstond er een echte groep, waarin de huisartsen ook naar elkaar toe consult gaven.

Met name bij de huisartsen, die het langst aan de consultatie deelnamen, ontstond meer en meer de behoefte toch ook de eigen persoonlijkheid te kunnen inbrengen, zeker voor zover deze een reden zou kunnen zijn waarom men een voorkomende moeilijkheid als een probleem ervaart.

Om de werkwijze tijdens de experimentele fase van honderd uren groepsconsultatie hetzelfde te houden én om niet te veel risico's te nemen dat het experiment zou mislukken, ben ik op genoemde behoefte niet ingegaan. De ervaringen van de experimentele fase wettigen echter zeker wel de volgende conclusie:

Wanneer de veiligheid in de groep voldoende gewaarborgd blijft, is het zinvol dat de huisarts ook zijn eigen persoonlijkheid, zoals deze betrokken is bij zijn problemen in zijn werk, in de consultatie kan inbrengen. Het lijkt mij overigens niet aan te bevelen hiermee direct in het begin van de groepsconsultatie te starten.

Het verdient aanbeveling, bij wijze van voorbesprekingen of nadat men enige consultatie-bijeenkomsten heeft gehouden, alle deelnemers te vragen wat hun

motivaties (van allerlei aard!) voor deelname zijn en daarop deze motivaties in de groep ter sprake te brengen. Dit kan persoonlijke teleurstellingen én onnodige (en schadelijke) groepsspanningen voorkomen.

Voor het welslagen van een groepsconsultatie acht ik het optimaal wanneer de huisartsen de psycholoog zien als „een gelijkwaardig groepslid”, maar met een andere deskundigheid, met andere woorden een status voor de psycholoog duidelijk boven de huisartsen of duidelijk beneden de huisartsen, zie ik in deze beide als ongunstige factoren. Dit zou kunnen betekenen dat bijvoorbeeld een dienstverband van een psycholoog met een groep huisartsen in dit licht minder gelukkig is.

Wanneer de psycholoog omschreven adviezen geeft vergroot dat niet het vermogen van de huisarts zelfstandig psychosociale problematiek op te lossen. Dit betekent dat de psycholoog een oplossing die hij ziet niet direct moet spuien, maar dat hij kan proberen de huisarts deze oplossing zelf te laten ontdekken. Voor de psycholoog kan het best soms moeilijk zijn zich in te houden.

Ten aanzien van een probleem dat wordt ingebracht gaat de psycholoog behalve bij zijn theoretische kennis vooral ook bij zijn eigen ervaring te rade. Weliswaar kan een psycholoog met weinig ervaring ook consultant zijn maar logischerwijze zal het rendement dan minder hoog zijn.

Met name ervaring, opgedaan in de wereld van de gezondheidszorg, is een groot voordeel voor de psycholoog: niet alleen omdat deze ervaring dezelfde of soortgelijke problemen betreft als waarmee de huisartsen zitten, maar ook omdat kennis van medisch taalgebruik, het op de hoogte zijn van wat diverse ziekten, onderzoeken en behandelingswijzen inhouden, en dergelijke, de communicatie met de huisartsen vergemakkelijkt.

Consultatie is een dankbare werkwijze voor de psycholoog:

– Men kan de eigen „output” vergroten; directe hulpverlening aan patiënten/cliënten is over het algemeen een zeer tijdrovende bezigheid waardoor men maar een relatief gering aantal van hen kan helpen. Met een indirecte hulpverlening via huisartsen (en uiteraard ook andere eerste lijnswerkers) bereikt men een groter aantal patiënten/cliënten.

– De huisarts zegt op een gegeven moment dat hij weer ziet hoe hij verder moet; dat betekent zoveel als: „je hebt mij goed geholpen”.

– Vaak hoort men achteraf dat de adviezen hebben gewerkt, of niet, met daarbij de redenen waarom niet.

Er is een duidelijk preventie-aspect in de

consultatie. Met betrekkelijk weinig inspanning maakt men huisartsen alert op geestelijke gezondheidsproblematiek en bevordert met hun know-how ermee om te gaan. Daardoor wordt voorkomen dat patiënten afglijden naar een toestand van waaruit het zeer veel tijd (en geld!) zou kunnen kosten er weer uit te komen, patiënten worden tijdiger en beter verwezen, de nadelige gevolgen voor gezinsleden van de patiënt worden voorkomen.

Uit preventie-oogpunt zijn met name van belang adviezen betreffende de aanpak van problemen bij kinderen.

Voor een ziekenhuispsycholoog is van belang dat hij, op grond van zijn ervaringen met huisartsen tijdens de consultatie, een betere visie heeft van wat hij in aansluiting op zijn eigen werkzaamheden ten behoeve van patiënten reëel kan verwachten van huisartsen in het algemeen en van bepaalde huisartsen in het bijzonder.

Voor eventueel volgende experimenten in de dienstverlening van de psycholoog in de eerstelijnsgezondheidszorg, denk ik aan diverse wijzigingen in de opzet:

– Aan de consult-vrager de mogelijkheid bieden om, behalve het probleem van de patiënt, ook zijn eigen moeilijkheden in te brengen, althans voorzover die meespelen in de houding ten opzichte van de patiënt.

– Mogelijkheden creëren voor de huisartsen en eventueel ook voor andere werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg, om individueel de psycholoog te kunnen consulteren voor problemen die een patiënt (of cliënt) heeft. Daarbij denk ik ook aan consultatie van andere aard, namelijk direct oplossingsgericht, dat wil zeggen: zonder didactische opzet.

– De bijeenkomsten niet 's avonds te doen plaatsvinden, maar overdag binnen de normale werktijden.

– Mogelijkheid te bieden voor deelname van de psycholoog aan bijeenkomsten van een home-team, groepspraktijk of gezondheidscentrum.

– (Medewerking te verlenen aan) het opzetten van nascholingscursussen voor werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Slotbeschouwing

Natuurlijk zijn er in de twee jaren van de samenwerking niet alleen positieve ervaringen geweest. De deelnemers zijn het er echter zonder meer mee eens dat de samenwerking tussen huisartsen en psycholoog zeer vruchtbaar is geweest voor de kwaliteit van de hulpverlening door de huisartsen.

Wij zijn van mening dat naast de huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegster, ook de psycholoog in een of andere

vorm lid moet zijn van het eerstelijns hulpverleningsteam. Daarvoor bestaat echter momenteel geen financieringsregeling. Juist in deze tijd, nu men allerwegen aandringt op bezuiniging in de gezondheidszorg, stellen wij voor om een nieuwe functionaris te gaan honoreren. Dat lijkt een weinig haalbare kaart!

Maar is dit wel zo gek als het klinkt? Natuurlijk, de eerstelijns hulpverlening wordt er duurder door, maar wat te denken van de besparingen (ook, en misschien wel vooral, op lange termijn) die het gevolg zijn van beter verwijzen, minder verwijzen, voorkomen van ziekenhuisopnamen en vermindering van ziekteverzuim en invaliditeit? In die zin zou een financieringsregeling voor de psycholoog in de eerste lijn misschien wel eens kunnen worden vergeleken met het bekende visje dat wordt uitgeworpen om een kabeljauw te vangen. En dan hebben wij het nog niet eens gehad over een betere gezondheid en meer levensgeluk van de patiënt!

Samenvatting. Verslag wordt uitgebracht over een twee jaar durende samenwerking tussen een aantal huisartsen en een klinisch psycholoog. De samenwerking bestond in een periodiek plaatsvindende groepsconsultatie volgens Caplan. Er werden in totaal honderd uren aan groepsconsultatie besteed. Deze groepsconsultatie betrof moeilijkheden van psychosociale aard, die de huisartsen in hun werk tegenkwamen.

Beschreven wordt welke problemen ter bespreking werden ingebracht. Aan de hand van voorbeelden wordt geïllustreerd tot welke adviezen de groep kwam en wat de resultaten waren van de toepassing. In het begrippenkader van de sociale psychologie wordt een beschrijving gegeven van het samenwerkingsverband, gezien als een sociale groep. Achtergrond hiervan was de gedachte dat sociaal psychologische factoren van betekenis zouden kunnen zijn met betrekking tot het falen of slagen van een samenwerkingsverband. Tot slot volgt een evaluatie door de huisartsen en een evaluatie door de psycholoog. Daarbij komt naar voren dat men op grond van de opgedane ervaringen, de samenwerking als zodanig als zeer positief waardeert. Betreffende de wijze waarop feitelijk is samengewerkt, worden verschillende kritische notities gemaakt. Tevens wordt gepleit voor de psycholoog in de eerste lijn.

Summary. Cooperation general practitioners-psychologist. This paper reports on two years of cooperation between a number of general practitioners and a clinical psychologist. The coopera-

tion was effected in periodic group consultations according to Caplan. A total of one-hundred hours were devoted to group consultations. These consultations concerned psychosocial problems which the general practitioners encountered in the course of their work.

The problems brought up for discussion are outlined. Examples are presented to illustrate the advice formulated by the group, and the results obtained by following this advice.

In the frame of reference of social psychology, a description is given of the structure of cooperation, viewed as a social group. The underlying notion was that social psychological factors might be of significance for the success or failure of the structure of cooperation.

The final section presents an evaluation by the general practitioners and one by the psychologist. In both, the cooperation as such is very positively evaluated on the basis of the experience gained. However, there are several critical notes on the actual procedure of cooperation. In addition, arguments are presented in favour of a place for the psychologist in primary health care.

Bensing, Jozien. (1977) *Medisch Contact* 32, 531.

Caplan, G. *The theory and practice of Mental Health Consultation*, New York, 1970.

Caplan, R. B. *Helping the helpers to help*. New York, 1972.

Hout, W. P. van den. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 115.

Interim-rapport van een samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 217.

Ravenswaay, F. van. *Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Meppel, 1972.

Beleving van het groepsklimaat in weekenddienstgroepen*

J. VAN EIJK, SOCIOLOOG, J. GUBBELS, STATISTICUS EN
K. VAN DER MEER, HUISARTS

Met behulp van gegevens uit een onderzoek over de weekenddienst in Nederland wordt aangetoond dat een samenhang bestaat tussen het klimaat in een weekenddienstgroep en organisatiekenmerken, zoals groeps grootte en vergaderfrequentie. Daarnaast wordt het aantal weekenddienstgroepen in Nederland geschat naar groeps grootte en naar vergaderfrequentie. Hierin blijkt een aanzienlijke variatie te bestaan.

In de discussie wijzen de auteurs op de consequenties van deze bevindingen voor een meer professionele opzet van de organisatie van de weekenddienst. Daarbij komt tevens aan de orde dat deze consequenties verder reiken dan de organisatie van de weekenddienst zelf.

Onderzoek door de Werkgroep Weekenddiensten van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. heeft gegevens opgeleverd, die een beeld geven van de huidige weekenddienstsituatie. Deze onderzoekgegevens werden verkregen door middel van een schriftelijke enquête, waaraan 622 huisartsen van een aselechte steekproef uit de Nederlandse huisartsen (62 procent respons) hun medewerking verleenden.

Met behulp van deze gegevens zullen wij trachten aan te tonen, dat kenmerken van de weekenddienstorganisatie, zoals groeps grootte en vergaderfrequentie, samenhangen met de wijze waarop huisartsen het klimaat in waarnemingsgroepen beleven.

Het groepsklimaat wordt op drie wijzen geoperationaliseerd:

– een aantal vragen werd gesteld naar de beleving van verschillen in „opvoedend gedrag” tussen leden van de weekenddienstgroep;

– enkele vragen werden gesteld over de beleving van informele relaties; en

– één vraag was opgenomen over de bespreekbaarheid van in de weekenddienstgroep gerezen problemen.

Voorts hebben wij met behulp van een wegingsprocedure het totale aantal week-

enddienstorganisaties in Nederland geschat, alsmede de omvang van deze groepen en de frequentie van vergaderen.

Beleving van het groepsklimaat in de weekenddienstgroep

De dienstdoende huisarts krijgt in het weekend te maken met patiënten uit verschillende praktijken. Uit deze contacten kan hij een indruk krijgen over de manier waarop de eigen huisarts van deze patiënten praktijk doet en met zijn patiënten omgaat. De weekendarts kan bijvoorbeeld verschillen ervaren in de wijze waarop patiënten door de eigen huisarts zijn „opgevoed” om tijdens het weekend de hulp van de waarnemer in te roepen. Wanneer men binnen een weekenddienstgroep op dit punt tot een bepaalde norm is gekomen, die door alle huisartsen wordt nageleefd, dan ligt het voor de hand, dat in deze groep weinig verschil in opvoedend gedrag wordt ervaren.

In het weekenddienstonderzoek wordt aan de huisartsen verzocht een vragenbatterij in te vullen van acht uitspraken over verschillen die men tussen huisartsen met betrekking tot opvoedend gedrag ten opzichte van hun patiënten ervaart. Uit deze batterij is een totaalscore bepaald door antwoordcodes van de items bij elkaar op te tellen. Deze correlaties zijn berekend nadat voor elke vraag de antwoordcodes zijn gedichotomiseerd (0 = weinig verschil, 1 = veel verschil).

* Eind 1974 deed een werkgroep van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. een onderzoek naar de opzet van weekenddiensten in Nederland. Aan deze werkgroep namen deel J. van Eijk, J. Gubbels, K. van der Meer, A. de Koningh en J. van Noort.