

# Samenwerking tussen huisarts en psycholoog

## 1. Verslag van een samenwerkingsproject in de regio Gouda

DR. C. A. DE GEUS, DRS. E. C. NIX, H. SCHIMMEL, G. SIEMONS EN W. SPOELSTRA\*

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog: wat mogen deze hulpverleners en hun patiënten ervan verwachten? Zowel in het veld als op beleidsniveau is men bezig de mogelijkheden af te tasten (bijvoorbeeld door het SPEECH-project). Daarbij zal men het aanbod vanuit samenwerkingsverbanden nauwkeurig moeten afstemmen op de vraag, zodat men niet nodeloos nieuwe behoeften creëert.

Een bijdrage aan de discussie.

### Inleiding

Nadat in 1971 een eerste contact op institutioneel niveau tussen huisartsen en psychologen had plaatsgevonden, kwam in 1972 een Landelijke Contact Commissie tot stand, waaraan werd deelgenomen door het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut voor Psychologen. Huisartsen en psychologen die voor samenwerking voelden, konden zich bij deze commissie opgeven. Begin 1973 belegde de L.C.C. een vergadering met allen die zich bereid hadden verklaard het initiatief te nemen in de eigen regio. Dit leidde tot het ontstaan van een werkgroep in de regio Gouda, bestaande uit de auteurs van deze bijdrage en de huisartsen Van den Dool en Dijkstra, die later wegens het aanvaarden van een functie elders hun medewerking moesten beëindigen.

Kennismaking met elkaars werk en komen tot een betere en meer uitgebreide samenwerking was de voorlopige doelstelling. In 1976 werd door de werkgroep een interimrapport (*Interim-rapport*) uitgebracht en ongeveer een jaar geleden is het eindrapport gereedgekomen.\*\* Dit eindrapport is enerzijds bedoeld als een verantwoording aan het Regionaal Ziekenfonds Gouda, dat het project financieel mogelijk heeft ge-

maakt, anderzijds als een bericht aan allen die zich over mogelijkheden van samenwerking beraden of daarmee al begonnen zijn. Het volgende artikel en een tweede bijdrage, die in het februari-nummer van dit tijdschrift gepubliceerd zal worden, zijn ontleend aan dit eindrapport.

De auteurs hebben bewust gekozen voor een descriptieve wijze van rapporteren, omdat men bij het betreden van een nieuw, nagenoeg onontgonnen terrein informatief te werk moet gaan, voordat men het terrein gaat bewerken. Zij hebben zich daarbij behalve de vraag „Wat hebben we aan zo'n samenwerking?” ook de vraag „Hoe beleven we zo'n samenwerking?” gesteld, omdat de samenhang tussen deze punten bepalend is voor het klimaat van de samenwerking en het eigen functioneren daarin. Met andere woorden: zowel de psychologie als de huisartsen hebben hun eigen persoon in het onderzoek betrokken.

### Doelstelling en problemen

Het motief voor de huisartsen om een samenwerkingsverband met een psycholoog aan te gaan, was het besef dat zij te kort schoten. Voor een deel ging het hierbij om een gevoel van insufficiëntie ten aanzien van mensen met duidelijk herkenbare ziektebeelden of syndromen, zoals enuresis, vaginisme en fobieën. Voor een ander deel ging het om tekortkomingen in het helpen van mensen met psychische en relationele problemen die moeilijker definieerbaar waren of gecamoufleerd werden aange-

boden. Voor weer een ander deel was het onzekerheid omtrent ons eigen functioneren in relatie tot de patiënten met deze specifieke problematiek, met in het verlengde daarvan onze zwakheden, waarmee alle patiënten min of meer te maken krijgen.

Een poging om aan een en ander te werken leek in het belang van patiënt én arts. Beiden zijn gediend met een verbetering van de kwaliteit van de medische zorg. We hebben daarom niet getracht in de doelstelling van de werkgroep dat belang te splitsen in afzonderlijke belangen. Patiënt en dokter staan samen centraal.

De doelstellingen van de werkgroep zijn af te leiden uit het motief om samen te gaan werken:

- adequate behandeling van patiënten met psychische en relationele problemen;
- verbetering van het eigen functioneren, in het bijzonder in de relatie tot deze patiënten, maar ook ten opzichte van patiënten in het algemeen.

Dat een zestal huisartsen en een psychologe bij elkaar gingen zitten, was een goed begin, maar nog niet het halve werk. Integendeel, twee belangrijke problemen hebben ons van de aanvang af beziggehouden: de financiering van de psychologische hulp en de rapportage.

De financiering was een groot probleem. Langs allerlei wegen is hiervoor naar oplossingen gezocht, die echter dan weer nieuwe moeilijkheden opleverden. Tenslotte verklaarde het Regionaal Ziekenfonds Gouda zich bereid het project voor een bepaalde tijd te bekostigen vanuit het aanvullingsfonds. Op slag werd hierdoor het kostenprobleem, voorzover het zienfondspatiënten betrof, opgelost. Een unieke mogelijkheid werd ons hiermee geboden. Ten aanzien van de particuliere patiënten is „per geval” naar een oplossing gezocht.

Betreffende de rapportage besloten we ons te beperken tot een beschrijving van het project en het doen van mededelingen over al onze ervaringen, daarbij de gemaakte fouten niet onvermeld latend.

### Werkwijze

*Spreekuurobservatie.* Bij de aanvang van het project, februari/maart 1974, heeft de psychologe een spreekuur bijgewoond bij elk van de deelnemende huisartsen. Deze observatie was in de eerste plaats bedoeld om de psychologe een globaal inzicht te geven in de werk-

\*Mevrouw E. C. Nix - psychologe te Gouderak; C. A. de Geus en G. Siemons - huisartsen (associés) te Waddinxveen; H. Schimmel en W. Spoelstra - huisartsen (groepspraktijk) te Stolwijk.

\*\*Het rapport is, zolang de voorraad strekt, te verkrijgen bij het N.H.G.-bureau.

omstandigheden van de deelnemers. Ze heeft daarbij speciaal gelet op hun taak en hun functioneren. De resultaten van deze observaties werden steeds na het spreekuur direct met de betrokken huisarts besproken. In deze besprekingen kregen de volgende punten de aandacht:

- hoe is de arts-patiëntrelatie?
- hoeveel ruimte kregen de patiënten om hun gevoelens te uiten?
- gesprekstechnische problemen;
- in welke mate waren de arts-patiëntcontacten meer zaak-, dan wel meer persoongericht?
- werkte het gedrag van de huisarts in de spreekkamer belemmerend dan wel bevorderend op de kwaliteit van het consult?
- in hoeverre is de huisarts in staat de mogelijk psychische achtergronden van lichamelijke klachten te onderkennen en te hanteren?

De psychologe constateerde bij zichzelf een gevoel van machteloosheid door de hoeveelheid van het aantal problemen dat werd aangeboden, in verhouding tot de beschikbare tijd. Door deze situatie kwamen volgens haar ook niet altijd alle aspecten van deze problemen aan bod. Zij kreeg als globale indruk van het werk van de huisarts: het nemen van ad hoc beslissingen in een grote diversiteit van problemen.

De huisartsen vertoonden uiteenlopend gedrag; ook waren er verschillen in de mate waarin zij betrokken waren bij de problemen. Deze verschillen waren vaak probleemgebonden in die zin, dat sommigen zich wel aangesproken en uitgedaagd voelden door een bepaald probleem, anderen niet.

*Vergaderingen.* Er zijn vergaderingen gewijd aan theoretische uiteenzettingen over verschillende vormen van psychotherapie en aan praktische oefeningen (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen) of casusbesprekingen. Ook overdracht van patiënten, consultaties en terugrapportage pasten in het streven om van elkaar te leren. Daarnaast hebben we bijeenkomsten gebruikt om theoretische problemen te overwegen, zoals het stellen van indicaties tot psychotherapie in het algemeen en tot bepaalde vormen van psychotherapie in het bijzonder. Gesproken is verder over de grenzen van psychotherapeutische interventie door de huisarts c.q. de therapeut.

*Verwijzingen.* Om te voorkomen dat patiënten blij werden gemaakt met een dode mus, werd afgesproken dat huisarts en psychologe met elkaar zouden overleggen of de te verwijzen patiënt „iemand voor de psycholoog” was. Als

bleek dat een patiënt binnen de therapeutische mogelijkheden van onze psychologe kon worden geholpen, werd hij met een brief verwezen; de patiënt moest zelf de afspraak maken.

*Consultaties.* Van het begin af hebben de huisartsen ook zelf patiënten met psychische problemen willen behandelen. Daartoe hebben sommige deelnemers de mogelijkheid van telefonische consultatie benut. Daarbij zijn zij vooral probleem- en patiëntgericht te werk gegaan. De dokter en de psycholoog zijn meestal buiten de discussie gehouden. Gezegd kan worden dat sommige huisartsen in staat bleken behandelingen tot een goed einde te brengen; wij denken daarbij aan technieken als het maken van een functionele analyse, het hanteren van door patiënten gemaakte logboekjes van klachten, het hanteren van waarderingslijsten van elkaar bij mensen met relatieproblemen, ontspanningsoefeningen en toepassing van de methode van Masters en Johnson bij partners met seksuele problemen.

### **Relaties met andere hulpverlenende instanties**

Er zijn uiteenlopende contacten geweest met andere hulpverlenende instanties in de regio. Daarvan dienen in de eerste plaats genoemd te worden:

*Algemeen maatschappelijk werk.* Voor alle deelnemers aan het project was maatschappelijk werk „binnen handbereik”. Wij hebben echter geconstateerd, dat bij deze vorm van hulpverlening noch aan de verwijzers, noch aan de verwezen patiënten voldoende duidelijk was op welke manier hulp kon worden geboden. Wat „maatschappelijk werk” kan doen is vaak afhankelijk van persoonsgebonden vaardigheden en ervaring op psychotherapeutisch gebied van de individuele maatschappelijk werker. Het leek ons dat de psycholoog bij specifieke problemen een meer systematische en gestructureerde aanpak had.

*Patiëntengroepen.* In Stolwijk zijn vanuit het hometeam cursussen voor groepen patiënten georganiseerd, waaronder:

- een cursus, waarin in algemene zin levensmoeilijkheden werden besproken en waarbij de onderwerpen door de deelnemers zelf werden bepaald; deze cursus is gerealiseerd in samenwerking met de S.G.V.;
- een tweetal cursussen onder auspiciën van het M.O.B. voor ouders met problemen bij de opvoeding van hun kinderen;

- cursussen voor mensen met hoofdpijnklachten en mensen met slaapproblemen.

*Fysiotherapeuten.* In Waddinxveen zijn er contacten met enkele fysiotherapeuten die beschikken over diagnostische en therapeutische mogelijkheden voor kinderen met gedragsstoornissen die zijn terug te voeren op minimale organische hersenafwijkingen.

*Psychiaters.* In november 1978 waren er in Gouda een klinisch psychiater, een klinisch neuroloog-psychiater en twee klinische neurologen werkzaam. Tevens is er nu intramuraal een psycholoog die met een van de psychiaters samenwerkt. Naar deze psycholoog kan niet worden verwezen vanuit de eerste lijn. Van het klinisch-poliklinisch psychiatrisch zorgsysteem kan niet verwacht worden, dat het inspeelt op de totale behoefte aan psychologische hulp. Het is er niet op berekend. Een van de psychiaters heeft in een gesprek met de werkgroep gewaarschuwd voor het miskennen van somatische oorzaken van psychische problemen. Als voorbeeld noemde hij gedragsveranderingen waarachter een hersentumor schuil gaat.

Voorts waren er contacten met:

- Adviesbureau voor kinderen van 0-7 jaar met ontwikkelings- en gedragsmoeilijkheden;
- Sociaal-Pedagogisch Centrum;
- Vereniging „Pro Juventute”;
- Medisch Opvoedkundig Bureau te Gouda (schoolproblemen, gezinstherapie, enuresisproblemen);
- Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland;
- Bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden;
- Weight Watchers;
- Consultatiebureau voor Alcoholisme en Alcohol Anonimus;
- Psychiatrische ziekenhuizen.

### **Rubricering van de verwijzingen**

De huisarts, die in zijn dagelijks werk incasseert wat de eerste lijn hem biedt, ontmoet problematiek waarbij een psycholoog naar zijn mening beter hulp kan bieden. Hij stelt dan een verwijzing voor. Wij hebben deze problematiek als volgt ingedeeld:

- rouwprocessen;
- non-assertief gedrag;
- dwanghandelingen c.q. -gedachten;
- psychosomatosen (ulcus duodeni, migraine);
- functionele klachten;
- hypochondrische klachten;

- hyperventilatie;
- betrekkingsideeën c.q. - gevoelens;
- minderwaardigheidsgevoelens;
- seksproblemen;
- enuresis;
- fobische verschijnselen;
- gespannenheid (te gespannen leefwijze);
- angsten;
- depressieve beelden (geagiteerd-, neurotisch-, vitaal-, puberteits-);
- relatieproblemen;
- moeilijk omgaan met eigen gedrag;
- „hysteropsychopathie”.

We zijn tot deze indeling gekomen door zoveel mogelijk gelijke of vergelijkbare problemen onder te brengen in één categorie. De indeling pretendeert niet een totaaloverzicht te geven van alle mogelijke indicaties voor verwijzing, maar alleen van die indicaties die wij „ontdekt” hebben. Zoals het gehele project is ook de indeling beschrijvend. Zij vertoont dan ook niet een logische samenhang in die zin dat een ordenend principe is toegepast. Een nieuwe categorie van indicaties ontstond telkens wanneer een bepaalde indicatie niet in één van de bestaande categorieën was onder te brengen.

Het ontbreken van een ordenend principe blijkt ook uit de onderlinge verschillen tussen de omschrijvingen; deze hebben weliswaar steeds betrekking op een wijze van functioneren van patiënten, maar duiden nu eens een deelgebied aan (seks, relatie), dan weer de „zelfbeleving” van de patiënt (hypochoondrie) en soms ook gestoord gedrag (enuresis). De term assertief gedrag heeft betrekking op de wijze waarop iemand met zichzelf omgaat in contacten en relaties met anderen. Non-assertiviteit (altijd situatief bepaald) belemmert mensen om zich in sociale situaties zo te gedragen als zij zelf willen. Vaak is angst hierbij de remmende factor. Assertief gedrag houdt in, dat men in principe in staat is om:

- ruimte voor zichzelf te vragen, daarbij uitgaande van de eigen waarde en de betekenis die men aan zichzelf toekent;
- grenzen te stellen aan de invloed van anderen.

## Verwijzingen

Het Regionaal Ziekenfonds Gouda had zich in overleg met de werkgroep bereid verklaard honderd verwijzingen voor zijn rekening te nemen (tabellen 1 tot en met 6). Met de verwijzing van de honderdste ziekenfondspatiënt eindigde dus de mogelijkheid tot verwijzen binnen het kader van het project. Uit tabel

Tabel 1. De verdeling van de verwijzingen over mannen, vrouwen, echtparen en kinderen/„gezinsdelen” (percentages).

Mannen	23
Vrouwen	28
Echtparen	38
Kinderen/„gezinsdelen”	11

Tabel 2. De leeftijd van de verwezen patiënten (percentages).

0-14	4
15-19	7
20-29	28
30-39	33
40 en ouder	28

Tabel 3. De huiselijke situatie van de verwezen patiënten (percentages).

Gehuwd/samenwonend	76
Ongehuwd	24

Tabel 4. Het aantal consulten (percentages).

<10	57
10-20	31
>20	12

Tabel 5. Wijze van beëindiging van de behandeling (percentages).

Afgebroken door patiënt	16
Afgebroken door therapeut en/of verwezen	8
Afgebroken in consensus	72
Nog lopend	4

Tabel 6. Herkomst van de verwijzingen (percentages).

Haastrecht (solist; 1.10.1976)	12
Waddinxveen (tweemanspraktijk)	67
Stolwijk (driemanspraktijk tot 1.1.1976, daarna tweemanspraktijk)	21

Nota bene. Het totaal aantal verwijzingen bedroeg 180, waarvan 100 bij het ziekenfonds ingeschrevenen.

2 kan men aflezen dat het aantal cliënten jonger dan 40 jaar veel groter was dan het aantal van 40 jaar en ouder (72 procent tegenover 28 procent). Uit tabel 4 blijkt, dat bij 12 procent van de behandelingen het aantal van twintig consulten werd overschreden; de grens van „kortdurende interventie” is in die gevallen duidelijk gepasseerd. Van de in consensus beëindigde behandelingen was een derde van korte duur, een derde van middellange duur.

Tussen de aantallen verwijzingen per huisarts bestonden aanzienlijke verschillen (tabel 6), ook als we rekening houden met de veranderingen in 1976: het vertrek van de solist en van een der leden van de maatschap van drie.

## Behandelingsmethoden

De klinisch psychologe, hoofdzakelijk gedragstherapeutisch opgeleid, bedient zich in haar therapieën in de eerste plaats, doch niet uitsluitend van leertheoretische principes. Behalve individuele gedragstherapie, seksuele therapie en relatietherapie worden door haar ook principes gebruikt uit de directieve therapie, de systeem- en communicatieleer (Palo-alto groep, Haley, Erickson).

*Gedragstherapeutische methoden en technieken.* Hieronder vallen:

1. Methoden en technieken, gericht op zelfcontrole:

- ontspanningsoefeningen volgens Wolpe, Jacobson, Bernstein en Borkovec, gecombineerd met autogene training van Schulz; praktisch altijd wordt een ontspanningscassette gebruikt;
- cognitieve herstructurering volgens de principes van de rationele gedragstherapie (Ellis, Maultsby, Diekstra);
- zelfobservaties via dagboeken en puntschalen;
- operante conditioneringstechnieken.

2. Assertieve training (individueel).

3. Systematische desensitisatie in vitro en in vivo, exposure, successieve approximatie in vivo, discriminatie en emotionele training.

*Relatietherapie c.q. seksuele therapie.* Hierbij wordt gekozen uit combinaties van Masters en Johnson, Kaplan, Barbach, directieve therapie (Lange en Van 't Hart), systeem- en communicatieleer. Ook in de relatietherapie worden uiteraard veelvuldig leertheoretische principes gehanteerd. Luister- en communicatieoefeningen, alsmede het werken met gedragscontracten zijn veel voorkomende behandelingsingrediënten, evenals specifiek directief gerichte technieken en paradoxale benadering.

*Biofeedback.* Als aanvulling op de gekijkte ontspannings-, ademhalings- en concentratieoefeningen is biofeedback-apparatuur gebruikt. Via biofeedback krijgt de patiënt informatie over zijn eigen reacties, bijvoorbeeld spierspanning.

*Schreeuwtherapie.* Als therapeutische interventie is diverse patiënten „schreeuwtherapie” aangeraden bij een door de Amerikaanse psychiater Casriel opgeleide trainer met als doel herbeleving en verwerking van gebeurtenissen

uit het verleden en opheffing van gevoelsverdringing.

### Verwijzing; een casus

In het oorspronkelijke rapport zijn vijf casus besproken; daarvan is er een in dit artikel opgenomen. Het was niet de bedoeling om een volledig beeld te geven van de mogelijkheden binnen ons project, ook niet om een aantal paradepaardjes ten tonele te voeren. De bedoeling was om aan de hand van praktijkvoorbeelden een indruk te geven van de gebruikte therapeutische methoden en het effect daarvan bij een aantal patiënten.

Achtereenvolgens worden besproken het probleem van de patiënt, zoals hij dat aan de huisarts verteld heeft, de bemoeienis die de huisarts vooraf heeft gehad en de verwachting die hij had van een verwijzing naar de psychologe. Vervolgens beschrijft de psychologe de situatie bij aanmelding, het verloop van de behandeling en een telefonische follow-up.

Mevrouw B. is 44 jaar, gehuwd en gewild kinderloos. Zij is zeven jaar geleden naar een neuroloog-psychiater verwezen vanwege haar angsten voor het geluid van een voetbal. Als ze merkt dat er jongens aan het voetballen zijn, kruipt ze weg in de centraal in het huis gelegen douchecel en stopt de vingers in haar oren. Hier blijft ze soms uren zitten. Ook heeft ze angst voor geweld, panische angst voor bepaalde geluiden en is zij angstig voor de komende dag. Als neveninformatie valt te vermelden:

- haar moeder heeft een C.V.A. gehad, waardoor ze niet meer kan spreken maar wel denken; patiënte kan dit moeilijk verwerken;
- haar zuster is in een psychotische toestand opgenomen geweest en heeft na haar ontslag altijd een psychische deformatie behouden. Deze zuster heeft de normale relatie met de familie verbroken, maar bedreigt wel de man van patiënte met de dood; zo stuurde zij eens met zijn verjaardag een plaatje van een doodkist met zijn foto erin.

De therapie van de geconsulteerde specialist bestond uit gesprekken (eenmaal per vier tot zes weken) en een forse dosis medicamenten. Desondanks verbeterde patiënte niet, integendeel, zij deed eenmaal een suïcidepoging met alcohol, gecombineerd met een overdosis valiumtabletten. We hebben dit, mede na haar opmerking dat ze blij was weer wakker te zijn, geïnterpreteerd als een „cry for help”.

In de daarop volgende gesprekken werd

ons duidelijk, dat patiënte zich ondanks de specialistische therapie steeds meer geïsoleerd voelde en zich ook meer ging afzonderen. Ze vertelde dat ze af en toe benauwdheidsaanvallen had die wij konden duiden als hyperventilatie. Bij deze aanvallen vroeg zij haar man naar huis te komen. Zij kon het eten niet meer koken en liet haar normale huishoudelijke bezigheden achterwege.

Op grond van deze gegevens achtten wij de tijd rijp om het over een andere boeg te gooien en haar, na overleg met de betreffende specialist, te verwijzen naar de psychologe met als reden van verwijzing de beschreven ziektegeschiedenis en „voortdurend medicijngebruik in grote hoeveelheden zonder merkbare verbetering”. Verwachting van de therapie: „Vermindering van de angsten tot een voor het echtpaar aanvaardbaar niveau”.

*Actuele situatie bij aanmelding.* Mevrouw B. komt over als een zeer gespannen, fobische vrouw. Het medicijngebruik is al zeer lange tijd extreem hoog. Ze is langdurig onder psychiatrische behandeling. Cliënte rapporteert vrij ernstige hyperventilatieverschijnselen en extreem fobische reacties op het horen van door voetballen veroorzaakt geluid (ze kruipt dan weg in de douchecel en reageert met hyperventilatie-aanvallen).

De fobie heeft reeds een geschiedenis van acht jaar. Er is een uitgebreid scala van anticipatoire angst en vermijdingsreacties. De agressieregulatie is volledig gestoord. Ze is erg bang voor ruzie en geweld. Cliënte doet vanwege het uitgebreide klachtenpatroon regelmatig een beroep op haar man om van zijn werk thuis te komen. Ze geeft een depressief beeld te zien en huilt soms uren achtereen. Er zijn gedachten aan suïcide en verglijdingen in passiviteit. Ze heeft angst om te leven en isoleert zich zoveel mogelijk. De overigens redelijk te noemen huwelijksrelatie verloopt vanwege het klachtenpatroon gespannen en krampachtig. De seksuele relatie is niet naar tevredenheid. Als externe spanningsbronnen fungeren de ziekte-toestand van haar moeder en het gedrag van het zusje dat bedreigingen uit naar de man van cliënte.

*Verloop van het hulpverleningscontact.*

De gedragstherapie was gericht op: – behandeling van de voetbalfobie via zelfcontroletechnieken (ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, cognitieve methoden van zelfcontrole, operante methoden van zelfcontrole) en systematische desensitisatie in vitro en

in vivo, exposure en successieve aproximatie;

– vermindering van de functionele klachten (de hyperventilatieverschijnselen) en de depressiviteit;

– assertieve training ter vermindering van de sociale angst en versteviging van de identiteit.

Toen de fobische reacties afnamen, moesten de echtelieden leren om in de nieuwe situatie anders met elkaar om te gaan, aangezien cliënte nu niet meer „patiënte” was. In een aantal partnerrelatie-therapiegesprekken kwamen onder andere de communicatie, de seksualiteit en het uiten van emoties aan de orde.

In de periode van een jaar vonden tweeëntwintig gesprekscontacten plaats, waarvan vijf partnerrelatie-gesprekken. Vanaf de achtste maand is cliënte medicatievrij en zijn de klachten zo goed als verdwenen. Ze heeft inmiddels voetbalwedstrijden bijgewoond zonder fobische reacties te vertonen. Ze doet normaal haar werk, ook al wordt er op straat door jongens gevoetbald. Er zijn geen vermijdings- of anticipatiereacties meer. Ze functioneert normaal en plezierig. De agressieregulatie is genormaliseerd. Beiden zijn tevreden over de relatie, de seksualiteit en de sociale contacten.

Uit telefonische follow-up-contacten een half jaar na afsluiting van de therapie blijkt het nog steeds goed te gaan, ze leeft vrij en vrolijk zonder angst en zonder medicijnen.

### Consultatie; een casus

De psychologe adviseert desgevraagd de huisartsen bij gevallen die zij zelf kunnen behandelen. Meestal betekent dit, dat de huisarts pas met een behandeling begint nadat hij het beleid in overleg met de psychologe heeft uitgestippeld.

Onze opvatting over consultatie wijkt af van die van het nagenoeg parallel lopende samenwerkingsverband in Capelle aan de IJssel. Hierover schrijft *Rijnders*: „Consulteren houdt in dat een huisarts, die tijdens het behandelen van psychosociale klachten vastloopt, een psycholoog raadpleegt”. Dit uitgangspunt, waarvan we achteraf kennis hebben genomen, is minder aantrekkelijk dan het onze. In het Capelse project hebben de huisartsen gekozen voor consultatie op negatieve gronden – we kunnen het zonder hulp niet meer aan –, in ons project wordt de keuze gedaan op positieve gronden: we kunnen het met hulp wel aan.

De heer A. is elektrotechnicus en heeft een baan in een zeer geavanceerd elektronisch bedrijf. Hij is gehuwd en heeft twee kinderen, van 7 en 3 jaar. Hij heeft de laatste maanden last van duizelingen en een gevoel van beklemming op de borst. Hij is snel moe. Hij maakt zich zorgen, is bang dat hem iets ergs zal overkomen. Hij kan zijn werk niet goed volhouden. Op grond van deze klachten is hij door de internist bekeken, die de diagnose „malaise, neurastheen syndroom” heeft gesteld. Op grond van mijn indruk met een spanningssyndroom te doen te hebben, ben ik met ontspanningsoefeningen begonnen. Deze oefeningen maken wel dat de patiënt zich wat rustiger voelt, maar zijn duizeligheid wordt er niet minder door. Vraag aan de psychologe: „Welke richting moet ik uit met deze patiënt?” Antwoord: „Probeer hem met zichzelf te confronteren”. Op grond hiervan heb ik van de gesprekken die ik met de patiënt had, bandopnamen gemaakt en deze later met hem besproken. Het blijkt dat hij moeilijk te bewegen is om zijn eigen wijze van functioneren kritisch te beschouwen. Ik kom eigenlijk nauwelijks verder.

Vraag: „Wat moet ik nu doen?” Antwoord: „Probeer hem eens te bewegen de rol van de dokter op zich te nemen terwijl jij de rol van de patiënt speelt.” Inderdaad werkt deze methode sterk confronterend. De man gaat voor zichzelf oplossingen zoeken. De spanningsverschijnselen nemen nog meer af. Hij gaat zich beter voelen. Hij besluit weer voor halve dagen aan het werk te gaan. Naar mijn gevoel heb ik zeker niet alles opgelost. Ik krijg via zijn vrouw nog signalen, dat in de gezinssituatie nog verre van ideale verhoudingen bestaan. Maar men wil daar nu verder niets aan doen.

### Evaluatie

Ons project heeft niet de pretentie iets anders te zijn dan een terreinverkennerend onderzoek. Evaluatie van de therapeutische interventies is, zoals altijd, een moeilijke zaak. Toch willen wij, hoewel summier ook en zonder er conclusies aan te verbinden, iets zeggen over de „resultaten” van de toegepaste behandelingen.

Als poging tot evaluatie werd in de laatste fase van het therapeutisch contact aan elke cliënt een vragenlijst voorgelegd. Bovendien was er na verloop van tijd (meestal een half jaar na beëindiging van de therapie) nog een evaluatiegesprek met de psycholoog. Een van

de nadelen van deze opzet is, dat de cliënt door de binding die hij met de therapeut heeft gekregen, niet steeds een objectieve beoordeling kan geven. Het zou uit een oogpunt van evaluatie beter zijn geweest als het gesprek met een onafhankelijke derde had kunnen plaatsvinden.

De evaluatie betreft 180 cliënten: 130 cliënten vinden hun functioneren na de therapie verbeterd (72 procent); achten (10 procent) vinden dat er niets of weinig is veranderd; één cliënt vindt zijn functioneren minder dan voor de therapie, terwijl zeven cliënten (4 procent) in maart 1978 nog in behandeling waren; vierentwintig cliënten (13,5 procent) hebben het contact na een keer verbroken.

Ook de huisartsen en de psycholoog hebben hun oordeel over iedere patiënt gegeven volgens de gradaties: sterk verbeterd, verbeterd, gelijk gebleven, verslechterd, onbekend. Uit vergelijking van de beoordelingen van de huisartsen en de psycholoog over het effect van de behandelingen blijkt dat de meningen elkaar nauwelijks ontlopen.

Over het algemeen is de mening van de patiënt zelf positiever dan die van de arts en psycholoog.

Sommige problemen hebben wij tijdig onderkend, andere pas na verloop van tijd. Zowel voor ons zelf, als voor anderen die vol goede moed, maar onervaren een project willen opzetten, hebben we een aantal notities gemaakt, die inmiddels door de werkgroep Projecten van het N.H.G. zijn overgenomen en in een handleiding zijn gepubliceerd.

### Profijt en aanbevelingen

In het tweede artikel zullen de huisartsen van de werkgroep puntsgewijs bespreken welk profijt voor hun dagelijks werk zij van de samenwerking gehad hebben. De auteurs zullen dan tevens uiteenzetten tot welke conclusies in ruimer verband zij door hun ervaringen met het samenwerkingsproject gekomen zijn.

### Tenslotte

In het oorspronkelijke rapport is door elke deelnemer beschreven hoe hij het project heeft beleefd. Hierbij zijn ook de negatieve ervaringen uitvoerig uit de doeken gedaan, al had per slot van rekening geen van de deelnemers het project willen missen. Een verkorte weergave van het betreffende hoofdstuk zou echter een vertekend beeld opleveren.

*Samenvatting. Een verslag van een vier jaar durende samenwerking tussen een klinisch psychologe en aanvankelijk zes, later vier huisartsen. Aan de orde komen de oorspronkelijke doelstelling, de wijzigingen daarin, de financiering van het project, de wijze waarop de samenwerking verlopen is, de relaties met de overige hulpverleners in de regio en de rubricering van de verwezen problematiek. Vervolgens wordt een opsomming gegeven van de door de psychologe toegepaste behandelingen. Ter illustratie is enige casuïstiek vermeld, ten aanzien van zowel de verwijzingen als de consultaties. Er wordt een poging tot evaluatie van de behandelingen gedaan. Tenslotte wordt gewezen op een aantal door de groepsleden vastgelegde notities.*

*Summary. Cooperation between family doctor and psychologist. 1. Report on a cooperation project in the Gouda area. This report on four years of cooperation between a clinical psychologist and initially six, later four general practitioners discusses the original set-up, modifications thereof, the financing of the project, the course of the cooperation, the relations with other aid-giving persons in the area, and the categorization of the problems referred. Therapies given by the psychologist are enumerated, and both referrals and consultations are illustrated with some casuistics. An attempt is made to evaluate the therapies. A number of notes made by the group members are mentioned.*

Interim-rapport van de werkgroep samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts (1978) *huisarts en wetenschap* 19, 217.

Rijnders, P. B. M. De psycholoog in de eerste lijn. (1978) *Medisch Contact* 37, 1131.

### Nota Bene

Obstructie icterus kan en moet binnen 48 uur geanalyseerd worden, aangezien vroegtijdige behandeling van dit ziektebeeld het aantal post-operatieve complicaties reduceert. (Uit: P. A. M. Vierhout. Pancreatic carcinoma. *Dissectatie Leiden*, 1979)