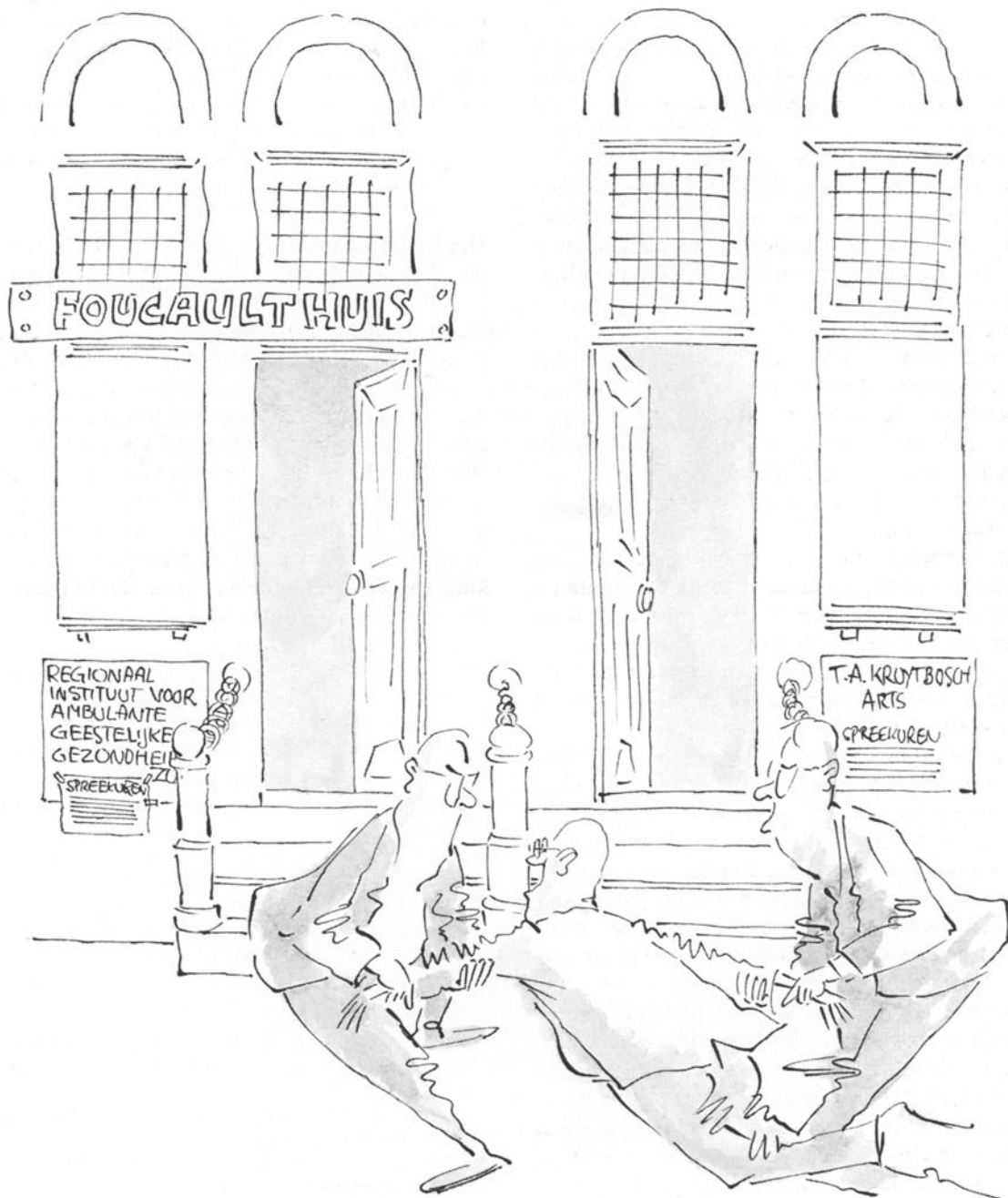


Toegankelijkheid van de AGGZ

Continue, persoonlijke en integrale zorg gelden van oudsher als pijlers van de huisartsgeneeskunde in Nederland. De voordelen van deze uitgangspunten kunnen aan de hand van praktijkvoorbeelden in veelvoud geïllustreerd worden. Toch is er ook een keerzijde. Zijn deze pretenties eigenlijk wel realiseerbaar? In hoeverre botsen zij met de groeiende nadruk op de zelfstandigheid van de patiënt? Waar gaat deze zorg over in betutteling? Een fraaie invalshoek voor een oriëntering op de klassieke uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde vormt de betrokkenheid van

de huisarts bij patiënten met psychische problemen. Behoren deze problemen (in eerste instantie) tot het domein van de huisarts? Van iedere huisarts en in alle gevallen? Wie bepaalt in dit opzicht de competentie van de huisarts: de patiënt of de filosofie en organisatie van onze gezondheidszorg? Is het een goede zaak als patiënten zich zonder tussenkomst van hun (!) huisarts tot een RIAGG wenden?

Concreet doet zich de vraag voor: dient de huisarts de formele toegangspoort tot de geestelijke gezondheidszorg te blijven?



TOM POSTMA

AGGZ vrij toegankelijk

Tot voor kort waren instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) vrij toegankelijk, zonder tussenkomst van de huisarts. Met de vorming van de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) is aan deze vrije toegankelijkheid een eind gekomen. De huisarts is daarmee tot de belangrijkste verwijzende instantie voor deze instellingen gebombardeerd. De vraag is nu, met welke belangentegenstellingen en waardenproblemen de huisarts daardoor is opgezadeld.

Inleiding

Vershillende vragen spelen een rol bij de discussie over de vrije toegankelijkheid van de AGGZ. In de eerste plaats twee principiële vragen:

- wat is het beste voor de patiënt?
- wie is de deskundige in zaken van geestelijke gezondheidszorg (de huisarts, de RIAGG-medewerker of de patiënt)?

Daarnaast spelen praktische vragen een rol:

- heeft de patiënt een verwijfsbrief van de huisarts nodig om zich te kunnen aanmelden bij een RIAGG?
- wie verzorgt de *intake*-fase, de huisarts of een RIAGG-functionaris?
- als de RIAGG's de *intake* verzorgen, moeten zij dan voor die *intake* vrij toegankelijk zijn, of moet de huisarts daarbij fungeren als tussenpersoon?
- heeft de RIAGG pas de plicht overleg te plegen met de huisarts, als besloten wordt om over te gaan tot behandeling (zoals Van Londen & Bangma zich dat voorstellen¹)?

Het beantwoorden van deze vragen dwingt tot het expliciteren van vooronderstellingen en waardeoordelen met betrekking tot het werk van de huisarts en diens plaats ten opzichte van de patiënt. Opvattingen over de plaats van de huisarts in het geheel van de gezondheids- en welzijnszorg zijn bijvoorbeeld:

- De huisarts staat op het kruispunt van hulpverleningssystemen (professionele en niet-professionele hulpverleningssystemen; tussen nulde en eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn).

- De huisarts is informatieverstrekker, gids aan de balie van de gezondheidszorgsystemen; hij bedient de draaideur aan de ingang van het gezondheidszorgsysteem en laat zo min mogelijk mensen door om medicalisering en „verafhankeijking“ van professionele hulpverleners te voorkomen.

- De huisartsgeneeskunde functioneert als ventiel voor het maatschappelijk falen; hij wordt geconfronteerd met conflicterende belangen (een overheid die zit met de pan uitrijzende kosten voor gezondheidszorg en de wensen van de individuele consument/patiënt): de huisarts als schatkistbewaarder.

- De huisarts is gesprekspartner bij psychosociale klachten en problemen, daarmee gehoor gevend aan de eis van continue, integrale en persoonlijke zorg. Hoe ver kan dat gaan en wie wil dat? Is dat niet in strijd met de ideologie van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt?

Dit zijn zo enkele gezichtspunten van waaruit men naar die vrije toegankelijkheid kan kijken. Het grote aantal maakt meteen al duidelijk hoe moeilijk het is die discussie zuiver te voeren. Hoeveel impliciet gehouden uitgangspunten kunnen niet meespelen?

Een aantal van deze gezichtspunten zal in dit artikel verder uitgewerkt worden, maar ik begin met een stukje geschiedenis en overheidsbeleid ten aanzien van de AGGZ.

Geschiedenis en beleid

Vijf verschillende werkvormen (de Sociaal Psychiatrische Diensten, de Me-

disch Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen, de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie en de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs) werden tot 1 januari 1983 samen tot de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg gerekend. Met ingang van die datum zijn deze instellingen samengevoegd tot wat nu RIAGG's zijn, elk met een verzorgingsgebied met 150.000 à 300.000 inwoners.²

Kritiek op de gezondheidszorg, en op de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder, is er al sinds de algemene democratiseringsbeweging van de jaren zestig: te versnipperd en verzuild, geen onderlinge samenwerking en taakverdeling, kortom een lappendeken. Door de economische verslechtering in de tweede helft van de jaren zeventig werd de vrijblijvende plannenmakerij door de overheid onder druk gezet. Zoals Dekker het uitdrukte: „Wat inhoudelijke critici van het medisch industriële complex – zoals Illich en ten onzent Achterhuis – niet lukte werd nu een harde financiële noodzaak; aanbod moest aan banden worden gelegd, echte keuzen en prioriteitstellingen werden onontkoombaar“.³

De overheid ontwikkelde voor de gezondheidszorg als geheel een beleidsvisie die ervan uitgaat dat de gezondheidszorg in principe als één herkenbaar maatschappelijk subsysteem is aan te wijzen, geordend op basis van twee principes:

- de samenstelling van de verschillende voorzieningen naar hun graad van specialisatie en intensiteit van behandeling, het principe van *echelonnering* (het eerste echelon – niet gespecialiseerd en direct toegankelijk, het tweede echelon – gespecialiseerd en in beginsel slechts via het eerste echelon toegankelijk);
- de indeling van ons land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg functioneert, het principe van *regionalisatie*.²

De prioriteitstellingen binnen het overheidsbeleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg zijn gebaseerd op het principe van deinstitutionalisering, gekoppeld aan extramuralisering: abstracte termen voor een zeer concreet doel, het zoveel mogelijk voorkomen dat mensen met ernstige psychische problemen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. De extramurale,

ambulante geestelijke gezondheidszorg moet sterker gemaakt worden, zodat de intramurale instituten minder aan bod hoeven te komen.³ In een volgende stap zullen de RIAGG's, de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen moeten opgaan in Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG's). Doel van deze RIAGG- en RIGG-vorming is het creëren van een overzichtelijk en samenhangend aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen.

De verhouding van de RIAGG's ten opzichte van de eerstelijns kerndisciplines (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en wijkverpleging) is complementair van aard. Tot voor kort had de tweedelijns AGGZ echter ook eerstelijns functies, zoals blijkt uit de landelijke registratiegegevens over 1979:

- ruim 33 procent van de patiënten meldde zich na te zijn verwezen door een kerndiscipline uit de eerste lijn (waarvan een derde voor rekening kwam van de huisarts, en 2 procent voor rekening van het maatschappelijk werk);

- ruim 20 procent kwam op eigen initiatief of op advies van familie of vrienden;
- bijna 14 procent kwam via de nulde lijn (politie, school, etc.).⁴

Een derde van de patiënten kwam dus in ieder geval niet via de eerste lijn naar de AGGZ-instelling. Deze realiteit wordt nu doorbroken door de nieuwe regel dat de huisarts de voornaamste verwijzer moet zijn.

Je kunt je afvragen, of beleidsvoornemers haalbaar zijn als er zo'n kloof tussen voornemen en realiteit bestaat. Door dwang – het moeten verwijzen – kan de huisartsfunctie verworden tot de status van een administratief doorgeefluik.

De realiteit

Er is een Wettelijke Regeling AGGZ, inmiddels bij Koninklijk Besluit vastgesteld, die zegt dat aanmelding bij de AGGZ dient te geschieden door de huisarts, dan wel door de maatschappelijk werkende of de wijkverpleegkundige, waarbij laatstgenoemde twee disciplines in een samenwerkingsverband met een huisarts moeten functioneren.

De adviseur geestelijke gezondheidszorg bij de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen, Degenkamp, antwoordde op mijn vraag wat een patiënt nodig heeft om zich bij een RIAGG te kunnen aanmelden:

„Een verwijzkaart in ieder geval niet. Dat is slechts nodig voor medisch-specialisten om het systeem van betaling per

verrichting in werking te kunnen stellen. Een verwijzbrief van de huisarts wel. Dat kan minimaal gebeuren op een receptpapiertje, het kan ook uitgebreider door een verwijzbrief te schrijven met voorgeschiedenis, eigen bevindingen, verwachtingen over de behandeling, afspraken over taakverdeling en over terugrapportage. Er is een uitzonderingsregel: als ze „gegoede redenen” daarvoor hebben, kunnen patiënten zich ook direct aanmelden bij een RIAGG waarbij ze de huisarts dan passeren. Die „gegoede redenen” zijn niet vast omschreven, of de categorieën patiënten die daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen, zijn niet duidelijk vastgesteld. Dus in de praktijk komt het er voorlopig nog op neer dat als de patiënt zijn redenen goed genoeg vindt hij de huisarts kan passeren.”

Visies, waarden en belangen

Meningsvorming over het al dan niet vrij toegankelijk moeten zijn van een RIAGG hangt samen met de visie die men heeft op de gezondheids- en welzijnszorg en met waarden en belangen die men nastreeft. Enkele algemene maar voor ons onderwerp relevante waardeoordelen zullen nu aan de orde worden gesteld, waaronder kostenbeheersing, professionalisering en de wens van de consument als uitgangspunt.

Kostenbeheersing

De financiers, zo stelt Bruins, zullen de nadruk leggen op efficiency en kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Zij vrezen een enorme kostenexplosie als de deur wordt opengezet voor iedereen die problemen heeft.⁵ De vraag is dan of de beroepsgroep zich de nieuwe taak (kostenbeheersing via het hanteren van een verwijzdrempel) moet laten aanleunen of zich hier juist tegen moet verzetten en moet gaan onderhandelen met de overheid. Lamberts stelt het zo:

(...) „een beroepsgroep kan vaak aangeven wanneer onjuist gehandeld wordt, en de consument kan aangeven of hij tevreden of ontevreden is. Maar men kan niet eenzijdig voor iemand anders vaststellen wat in zijn geval de voorkeur verdient. (...) huisartsgeneeskunde heeft een onmiskenbare culturele functie en dat heeft tot gevolg dat de discussie over normen en waarden ook politiek van aard is”.⁶

Professionaliseringsstrijd

Ook het onderkennen van de professionaliseringsstrijd tussen huisartsen en hulpverleners uit de tweede lijn

(RIAGG-medewerkers) geeft meer helderheid in deze discussie. Over en weer wordt geclaimd dat men nu juist bij uitstek geschikt is om de *intake* voor psychosociale klachten en problemen te verrichten. De voordeurspositie geeft macht over wat er later allemaal met de patiënt gedaan kan worden, levert daarmee geld en personeelsplaatsen op. De discussie tussen de twee beroepsgroepen gaat dan ook typisch over de kenmerken van een professie zoals sociologen die beschrijven:

- autonomie van de beroepsgroep (de professie is autonoom in het stellen van eisen waaraan zij moet voldoen; op onze vraagstelling toegespitst wordt dat: waaraan moet een *intaker* voor psychosociale problemen voldoen?);
- de discussie gaat ook over een ander typisch kenmerk van professies: het bepalen van de omvang van het beroepsveld (het terrein waarop gewerkt mag worden).

De krappe arbeidsmarkt brengt met zich mee dat er veel oneigenlijke, verborgen ideologische argumenten gehanteerd worden in deze professionaliseringsstrijd, en wel aan beide kanten. Zo kun je horen dat hulp door de huisarts altijd te verkiezen is boven specialistische hulp van een RIAGG-medewerker, omdat de hulp door de huisarts minder afhankelijk maakt. Het begrip afhankelijkheid wordt dan zo geïnterpreteerd, dat het past bij de eigen ideologie, zonder dat die geëxpliciteerd behoeft te worden. Onder het mom dat het goed is voor patiënten als de huisarts de zelfzorg bevordert, zal er beargumenteerd worden dat de huisarts veel zelf kan, ook de *intake* doen voor psychosociale hulpverlening. De huisarts heet dan te zijn vóór deprofessionalisering van de zorg. Zo „versterkt” de huisarts met oneigenlijke argumenten zijn positie als professional.

Het consumentenoordeel

Waar is de patiënt het meest mee geholpen? Algemeen uitgangspunt lijkt mij, dat de patiënt in ieder geval niet geholpen is met „moeten” (bijvoorbeeld een verwijzbriefje moeten halen bij de huisarts alvorens bij een RIAGG te mogen aankloppen). De patiënt is meer geholpen met het verhelderd krijgen van mogelijkheden, met het kunnen kiezen uit alternatieven. Wat het beste is voor de individuele patiënt, is niet van tevoren eenduidig vast te leggen. Voor de één is het beste om de huisarts te mogen passeren, voor de ander om psychosociale begeleiding van een huisarts te krijgen. Een feit is dat voor een gedeelte van de

mensen met psychosociale problemen (minimaal 20 procent) de drempel van de AGGZ niet zo hoog was, dat zij de huisarts nodig hadden als opstapje;⁴ dit in tegenstelling tot wat veel huisartsen denken (ze baseren hun ideeën op hun actieve praktijkpopulatie en dat is niet de hele populatie!).

Huisartsidealén

De visie op de huisarts als verlener van psychosociale hulp hangt nauw samen met basisfilosofieën over huisartsgeneeskunde in het algemeen. Eens waren dat de paradigmadiscussies. Vragen komen naar voren als: „Is integrale hulp door de huisarts mogelijk?“, „Is een integrale benadering strijdig met het bevorderen van de zelfzorg en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt?“, „Wat moet de huisarts doen bij belangentegenstellingen tussen overheid en individuele patiënt?“, „Huisartsgeneeskunde levert persoonlijke zorg, maar we moeten toch ook medicalisering en psychologisering tegengaan?“. Een analyse van deze idealen is nuttig aangezien nog steeds niet echt is vastgelegd welke soort psychosociale en psychiatrische taken de eerstelijnsgezondheidszorg zou moeten vervullen en in welke omvang.

Integrale zorg?

De redenering dat de huisarts niet gepasseerd zou mogen worden bij de gang van de patiënt naar de AGGZ, of zelfs liever door de huisarts begeleid zou moeten worden voor zijn psychosociale problemen, hangt onder meer samen met het ideaal van een integrale zorg door de huisarts. Dit ideaal kan ertoe leiden dat men de RIAGG als overbodig beschouwt of zelfs als slecht voor de patiënt, terwijl de huisarts juist goed voor de patiënt is, om het heel simpel te zeggen.

Maar wat moet men eigenlijk onder integrale zorg verstaan? Allereerst kan men daarbij denken aan de specifieke plaats en taak van de huisarts in het geheel van onze gezondheids- en welzijnszorg. Vanwege zijn plaats aan de ingang van de gezondheidszorg kan de huisarts slechts weinig van veel weten, terwijl zijn collega's, de medisch specialisten die voor de patiëntenstroom van de huisarts afhankelijk zijn, veel van weinig moeten weten. Het weinig van veel weten van de huisarts impliceert al die wenselijkheid van integratie van al die kleine beetjes kennis en vaardigheden.

Daarenboven kan men met Post het

begrip integraal in drie betekenissen gebruikt zien:

– als ideale zorg die zelden bereikt wordt; een te hoog ideaal dat frustrerend werkt omdat het zo moeilijk te bereiken valt;

– als integrale persoonsbenadering in de zin van alles omvattend, volledig; een integrale persoonsbenadering is een vorm van ideale zorg die zelden bereikt wordt;

– als geïntegreerde, klachtgerichte hulpverlening waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt een belangrijke richtsnoer is voor de huisarts (geïntegreerd betekent in dit verband samenwerkend en coördinerend en niet alles zelf doend).⁷

Als het gaat om klachtgerichte, geïntegreerde hulpverlening, kan ik met het begrip integrale zorg wel uit de voeten. De huisarts heeft echter ook een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt: zijn somatisch-medische verantwoordelijkheid: de pluis/niet-pluis taak (de opleiding van iedere basisarts zit nog steeds zo in elkaar dat hem in de eerste plaats geleerd wordt ernstige of fatale ziekten te herkennen, ook al komt men ze later in de beroepspraktijk minder vaak tegen). Het moeten kunnen verrichten van de pluis/niet-pluis taak zou als argument gehanteerd kunnen worden ter verdediging van de mening dat iedere patiënt, ook die met psychosociale problemen, voor zijn eigen bestwil de huisarts behoort te raadplegen („de enorme-tumor-werd-uiteindelijkte-laait-gevonden-redenering”).

Dit argument, waar wel iets in zit, moet niet overtrokken worden, moet niet worden tot vals sentiment dat huisartsen juist zo goed kennen van medisch-specialisten. Door met leven en dood te argumenteren zou men het eigen gelijk als huisarts proberen te versterken en de patiënt verbieden, op eigen initiatief en zonder tussenkomst van een huisarts, de RIAGG te bezoeken. Het is niet realistisch om te denken dat mensen die ernstig ziek zijn per se de huisarts willen passeren om naar een RIAGG te gaan. Het omgekeerde is veel realistischer, namelijk dat mensen geadviseerd is naar een instelling voor AGGZ te gaan, terwijl een ziekte die de „psychische” klachten zou kunnen verklaren, niet herkend is.

Integrale zorg is geen actueel begrip, dat de huisartsgeneeskunde goed dekt.⁸ Integrale zorg door de huisarts is dan ook geen goed argument om de vrije toegankelijkheid van een RIAGG te bestrijden.

Het ideaal van een integrale zorg door

één persoon, de huisarts, lijkt ook strijdig met een andere, meer actuele ideologie, die van de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en daarmee samenhangend het bevorderen van de zelfzorg. Waar deze twee ideologieën vooral strijdig met elkaar worden, is de houding die eruit voortvloeit ten aanzien van professionele deskundigheid versus lekendeskundigheid: het verlenen van integrale zorg is bij uitstek een taak van een deskundige waarbij van de patiënt weinig initiatief wordt verlangd; de ideologie van de eigen verantwoordelijkheid en het bevorderen van zelfzorg kent de patiënt veel meer initiatief en deskundigheid toe.

Wanneer men kijkt naar de achtergrondfilosofie van het Methodisch Werken en nauwkeurig het LHV-takenpakket van de huisarts⁹ bestudeert, wordt duidelijk dat de ideologie van een klachtgerichte, geïntegreerde hulpverlening met accent op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt het in beleids- en opleidingskringen aan het winnen is van het ideaal van integrale zorg. Als men met deze verschuiving meegaat, kan men ook niet meer zo gemakkelijk volhouden dat vrije toegankelijkheid van de RIAGG uit den boze is voor de patiënt. Die vrije toegankelijkheid sluit veeleer logisch aan bij het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg.

De leer der kruispunten

De huisarts zou staan op het kruispunt van hulpverleningssystemen (zelfzorg en professionele zorg). Lamberts spreekt van de culturele functie die de huisarts daarbij heeft. Deze culturele functie houdt onder meer in dat de huisarts te maken heeft met belangentegenstellingen tussen de overheid, de gezondheidszorg als instituut en de individuele patiënt. Het behoort juist bij uitstek tot de taak van de huisarts om, als er belangentegenstellingen spelen die keuzeproblemen veroorzaken, helderheid te verschaffen voor de patiënt en voor de overheid.⁶

Mijns inziens is het dan zaak dat de huisarts niet al bij voorbaat gecorrumpereerd is door dwingende taakafspraken met een van beide partijen (zoals de verplichting om van iedere patiënt die naar de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg wil, de verwijzing regelen). Als de overheid moet bezuinigen, zal zij rechtstreeks de potentiële patiënt moeten benaderen via belasting of eigen bijdrage, maar niet de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt

degraderen tot een bezuinigingskanaal. En anderzijds moeten huisartsen niet zelf deze maatschappelijke tegenstellingen oplossen in de spreekkamer (verindividualisering); als ze voor de patiënt willen opkomen, moeten ze via hun beroepsverenigingen Den Haag bewerken opdat er niet op hun zorg voor patiënten bezuinigd wordt.

Persoonlijke zorg

Persoonlijke zorg door de huisarts wordt in de literatuur vaak geplaatst tegenover gespecialiseerde hulpverlening. Persoonlijk heeft dan de connotatie van „beter dan gespecialiseerd”. Zo beweert Bruins dat hoe minder gespecialiseerd de zorg is, des te minder afhankelijk de mens is van het zorgsysteem.⁵ Wat voor soort afhankelijkheid wordt hier bedoeld? De bureaucratische molen, en hoe kom je daar als patiënt doorheen? Bruins wil vooral prioriteit geven aan de eerstelijns zorg met haar kenmerken van directe toegankelijkheid, continue, integrale en persoonlijke zorg, die zich beter leent voor de eerste opvang van geestelijke problemen dan de tweedelijns gezondheidszorg.

Dat klopt: de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (huisarts en algemeen maatschappelijk werk) functioneert vaak als verlengstuk of beter gezegd vervanging van falende zelfhulp en burenen-, vrienden- en familiehelp. Maar is die persoonlijke zorg vanuit de eerste lijn minder afhankelijk makend dan geprofessionaliseerde zorg vanuit de gebureaucratiseerde tweede lijn? Van wat wordt de cliënt afhankelijk? Van het zorgsysteem? Wie of wat is dat, gezien vanuit de patiënt?

De gespecialiseerde psychotherapeut, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en andere RIAGG-medewerkers worden hier geplaatst tegenover de huisarts en de algemeen maatschappelijk werker, want met dit soort mensen heeft de patiënt in concreto te maken. Word je meer afhankelijk van iemand die meer opleiding en ervaring ten aanzien van een bepaald soort problematiek heeft, dan van iemand die dat minder heeft? Ik kan net zo goed de omgekeerde redenering verdedigen: iemand met veel ervaring met een bepaald soort problematiek en met de consequenties van behandeling ervan (bijvoorbeeld verafhanke-lijking), weet welke valkuilen hij moet vermijden. Mooier is het misschien wel als iemand zelf of met de zijnen zijn problemen oplost. Maar als dat niet lukt of gebeurt, word je dan minder afhankelijk van een halve professional dan van

een hele? Wie maakt mij duidelijk dat je met zo'n verlengstuk van de familie- en burenhulp niet even vast komt te zitten als sommige mensen met hun eigen gezin, familie of vrienden? Onlangs is door Sanavro¹⁰ in opdracht van het NHI langs empirische weg aannemelijk gemaakt dat de zogeheten probleempatiënten van huisartsen het best te typeren zijn met „afhankelijk” en met als minder belangrijke tweede factor „agressie”! Zijn dat de patiënten die bij de dokter irritatie oproepen¹¹, onmachtgevoelens te weeg brengen¹², of met hem in strijd zijn om de verwijskaart?

De ideologie van de persoonlijke zorg door de huisarts is voor mij geen goed argument om de vrije toegankelijkheid van een RIAGG te bestrijden.

Standpunten van anderen

Bruins* is tegen het vrij toegankelijk houden van de tweede lijn van de AGGZ. Een bestaande slechte verhouding tussen eerste en tweede lijn in de gezondheidszorg zou door het vrij toegankelijk houden bevestigd worden. De tweede lijn hoeft niet naar de eerste lijn toe te komen (consultatiefunctie van tweedelijns medewerkers voor eerstelijns hulpverleners) en van de gewenste verschuiving van gespecialiseerde hulp via generalistische hulp naar zelf- en mantelzorg komt niets terecht.

Bruins is voorstander van een verwijzing naar een RIAGG via het kernteam van de eerstelijns gezondheidszorg (huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende of anderen, mits zij in een samenwerkingsverband met een kernteam in de eerste lijn werken). Hij vindt dus dat de huisarts niet als enige naar de tweedelijns AGGZ zou mogen verwijzen. Ideaal zou volgens hem zijn als de huisarts eerst de maatschappelijk werkende van zijn team raadpleegt, of de patiënt naar deze verwijst.

De intake-functie voor psychosociale hulpverlening kan dan ook volgens hem het beste door eerstelijns hulpverleners geschieden.⁵

Van Londen & Bangma** hebben in 1981 een ander standpunt naar voren gebracht. Zij zijn van mening dat het in het belang van de patiënt is om de AGGZ vrij toegankelijk te houden wat de intake-fase betreft. Voordat er echter een behandeling wordt begonnen, zal er overleg moeten plaatsvinden met de eerste lijn.¹

De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) was, toen de RIAGG's nog geen

feit waren, voorstander van handhaving van de directe toegankelijkheid van de tweede lijn en tegenstander van de huisarts als enige verwijzer. De AGGZ moet zo gemakkelijk mogelijk toegankelijk zijn volgens de NVAGG, omdat zij een eerstelijns functie én een functie tussen de eerste en tweede lijn in zou hebben. De toegang via verwijzing door de huisarts werkt drempelverhogend, terwijl de meeste mensen het toch al moeilijk vinden iets „psychisch” te hebben¹³.

Nu de RIAGG's per 1 januari 1983 een feit zijn, zitten zij met de tegenstrijdige eisen van enerzijds de overheid (bij monde van Van Londen & Bangma, die stellen dat „er gewerkt moet worden vanuit meerdere locaties en met open spreekuren, om zodoende de hulpverlening dichtbij de bevolking te brengen”) en anderzijds de Ziekenfondsraad (verwoord door de eerder genoemde Degenkamp) dat de toegang tot de RIAGG's primair via de huisarts moet verlopen.

Persoonlijke ervaringen

Al meer dan tien jaar werk ik voor een klein gedeelte van de werkweek als eerstelijns psycholoog in een gezondheidscentrum dat fungeert als een proefboerderij van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast ken ik beroepshalve ook het veld en de praktijk van de tweede lijn voor AGGZ (lid Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en opleiding tot psychoanalyticus). Wat zijn nu mijn belangrijkste bevindingen als eerstelijns psycholoog?

Allereerst dat het heel moeilijk is om in je eentje, zonder een samenwerkingsverband met de eigen discipline, op het moeilijke terrein van de eerstelijns AGGZ te werken. Ik heb dan ook al lang geleden voorgesteld dat er zoiets als brugwachtfunctiearissen moesten komen tussen de eerste en tweede lijn van de AGGZ¹⁴: RIAGG-medewerkers met intake-ervaring die op de werkplek van de huisarts patiëntbesprekingen bijwonen, in bijzondere gevallen spreekuren houden en consultaties geven.

Maar wat heb ik nog meer geleerd? Op patiëntbesprekingen van het gezondheidscentrum worden patiënten ingebracht bij wie bijvoorbeeld de huisarts is vastgelopen. Dan kan het gaan om een

* Bruins was ten tijde van het op schrift stellen van zijn mening huisarts en part-time staffunctionaris bij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te Rijswijk.

** Van Londen is Directeur-Generaal van de Volksgezondheid; Bangma is Algemeen Secretaris van de Geneeskundige Hoofdinспекtie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

technisch-somatische vraagstelling, maar die wordt vaak snel opgelost – dat leert onze ervaring althans. In andere gevallen lijkt de discussie te gaan over „wat goed is voor deze patiënt?”. Het antwoord op die vraag is vaak niet zo gemakkelijk te vinden, want de huisarts kwam er nou juist niet uit om dat met deze patiënt vast te stellen. Dan blijken nogal eens impliciete waardeoordelen mee te spelen over hoe deze patiënt of dit type patiënt zich volgens de huisarts of de teamleden behoort te gedragen. Deze discussie te voeren, te volgen en met een zekere distantie weer te analyseren („wat zijn we eigenlijk aan het doen en wat zegt dat over het probleem van deze patiënt..”), is vaak heel verhelderend voor de behandelend huisarts en de andere teamleden.

Door dit deelnemen aan interdisciplinaire patiëntenbesprekingen is mij duidelijk geworden dat het zich bewust worden van belangentegenstellingen tussen hulpverleners en patiënten (het onderkennen van persoonlijke waarden en op de patiënt geprojecteerde waarden) een van de winstpunten is van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn; het is een van de algemene noemers waaronder huisartsgeneeskunde te vangen is. De tot dan toe impliciet gebleven waardeoordelen moeten geëxpliciteerd worden ten overstaan van vertrouwde collega's. Het zich bewust worden dat men moet handelen bij keuzeproblemen die veel impliceren voor de individuele patiënt, is een belangrijke taak van de huisarts. Het vereist het beschermen en koesteren van de vertrouwensrelatie die er bestaat of zou moeten bestaan tussen de huisarts en zijn patiënt, en tussen de huisarts en de andere teamleden.

Het is dan ook zaak dat de huisarts de mogelijkheid van zo'n vertrouwensrelatie niet schaaft door zich te corrumpen als schatkistbewaarder of als stroman van een bezuinigende overheid.

Conclusie

Er vindt een verschuiving plaats van een integrale benadering door één deskundige (de huisarts die dat ideaal niet bereikte) naar een geïntegreerd stelsel van eerste- en tweedelijns AGGZ-voorzieningen. De vraag is welk rolbeeld de huisartsen daarbij van zichzelf willen hebben. Heeft de patiënt het voor het kiezen waar hij terecht wil komen, begeleid en gegidst door een huisarts? Of is het andere beeld reëler, namelijk de huisarts als spil waar de (geestelijke) gezondheidszorg om draait en diensten-

gevolge potentieel een goede schatkistbewaarder die onder het mom van de medicalisering en de ideologie van de bevordering van de zelfzorg weet wat goed is voor de patiënt, maar vooral ook wat te duur is voor de overheid? Een huisarts die zodoende de belangentegenstellingen tussen individu en overheid door verindividualisering en mystificatie geluidloos en zonder openlijke conflicten mee helpt weg te werken? Of is allebei waar, maar laten we het aan de goedertierenheid van de individuele huisarts over hoe hij dit dilemma – waarvan hij zich vaak niet eens bewust is – in zijn bedrijfje van kleine vrije ondernemer, zonder verplichting tot samenwerking of toetsing, oplost?

De vraag is of de huisartsen zich als beroepsgroep moeten laten gebruiken in deze belangenstrijd van de overheid, ziekenfondsraad, RIAGG-medewerkers, patiënten en henzelf als hulpverleners, door een dwangmiddel aan zich te trekken. Hebben huisartsen daar in het verleden al niet genoeg problemen mee gezien in de relatie controle-arts – huisarts – patiënt? Hoewel deze twee functies niet in één persoon verenigd mogen zijn, is het een bekend ervaringsfeit dat veel somatisch-gefixeerde patiënten de huisarts zien als een potentiële handlanger van de controle-arts en daardoor alleen al het somatisch gefixeerd-zijn in stand houden of versterken.

Volgens mij moet de conclusie zijn: de huisarts die zich door de overheid laat opscheppen met dwangmiddelen (zoals: u moet een verwijfsbriefje van uw huisarts hebben) wordt een ongeloofwaardige vertrouwensfiguur, juist nu de officiële huisartsgeneeskunde de ombudsman- en gidsfunctie zo belangrijk acht in het kader van het bevorderen van de zelfzorg en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Daarom moet vrije toegankelijkheid van de RIAGG een principekwestie zijn voor de huisarts. Wel ben ik het met Van Londen & Bangma eens dat er meer samenwerking, meer overleg en een meer precieze taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn zouden moeten komen. Dit bereik je niet door een dwangmaatregel in te voeren, maar door het creëren van organisatorische structuren voor overleg. Zowel de RIAGG's als de huisartspraktijken zijn daar vooralsnog niet op ingesteld.

Van de zijde van de RIAGG's zouden zoals gezegd buitenwachtfunctionarissen moeten worden aangesteld die voorpostfuncties vervullen. Van de zijde van de huisartsen is mijns inziens het vrije ondernemerschap het belangrijkste ob-

stakel voor het creëren van overlegstructuren. Het is niet goed werkbaar voor RIAGG's om samen te werken met een te kleine organisatorische eenheid, de vaak nog solistisch werkende vrije ondernemer, de huisarts. Per RIAGG zou dat neerkomen op samenwerking met gemiddeld honderdtachtig, merendeels monodisciplinair en vaak solistisch werkzame huisartsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen.⁴

De huisartsgeneeskunde als bedrijf moet mijns inziens naar schaalvergroting uitkijken. Het kan dan best zo zijn dat huisartsen zo veel mogelijk spreekuur moeten houden in de wijk of in de buurt, maar het lijkt me daarnaast wenselijk dat ze werknemer zijn van een grotere organisatorische eenheid waarmee samen te werken valt. Dat valt pas goed te verwezenlijken, als de overheid het vrije ondernemerschap voor huisartser aantrekkelijk maakt. Dan is er pas ook een wezenlijk effect van de versterking van de eerste lijn te verwachten. Ook voor de samenwerking met de intramurale gezondheidszorg zou een organisatorische schaalvergroting wenselijk zijn. Huisartsen en specialisten zouden dan makkelijker tot samenwerking en taakverdelingen kunnen komen.¹⁵

¹ Londen J van, Bangma SP. De ambulante geestelijke gezondheidszorg in reconstructie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1981; 4: 302-13.

² Grinten TED van der. Organisatie, beleid en financiering in de geestelijke gezondheidszorg. Tijd Soc Geneeskde 1982; 16: 418-24.

³ Dekker E. Het gedwongen samengaan van overheid en geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1983; 4: 372-82.

⁴ Peters L. De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1984; 1: 33-46.

⁵ Bruins Ch. Moet de ambulante geestelijke gezondheidszorg vrij toegankelijk zijn? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1981; 6: 517-28.

⁶ Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 465-76.

⁷ Post D. Huisartsgeneeskunde: integrale zorg of klachtgerichte hulp? Metamedica 1982; 61: 292-9.

⁸ Werf GTH van der. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 46-9.

Vervolg literatuur op p. 11.

P. SLUIS

AGGZ niet vrij toegankelijk: de huisarts is de belangrijkste verwijzer

De AGGZ is een specialisatie binnen de gezondheidszorg en binnen deze specialisatie treft men een rijk geschakeerd hulpaanbod, verzorgd door uiteenlopende disciplines. De AGGZ vertoont kortom alle kenmerken van een hogere echelon, inclusief centralisatie. Het is daarom noodzakelijk, dat de mensen worden geholpen bij de vraag of deze vorm van de gezondheidszorg past bij hun hulpvraag. De huisarts is daarvoor, juist door het kenmerkende van zijn positie, de aangewezen persoon.

Zure appels

De in de titel uitgesproken stelling bevat een waardeoordeel, dat voor mij, huisarts in een plattelandsgemeente zonder tweedelijnsvoorzieningen, een aantal essentiële elementen bezit. Elementen die naar mijn mening gehandhaafd dienen te worden, wil de huisarts zijn centrale positie in de gezondheidszorg ook in de toekomst behouden. Dit is, naar mijn overtuiging, in het belang van zowel de huisarts als de mensen die hulp denken nodig te hebben.

Wat mij al jaren ergert, is het ontbreken van een duidelijke visie op het vak bij onze voortrekkers. Telkens weer wordt de put gedempt, als het soms al decennia er in rondspartelende kalf verdrongen is. Treffende voorbeelden hiervan zijn de perikelen rond de apotheekhoudende huisartsen en die rond het primaat van de verloskundigen bij de niet-medisch geïndiceerde baring van ziekenfondsverzekerden. Als zulk soort zaken zich aandienen, staat huisartsenland bol van de verontwaardiging. Meer dan wat kruimels levert dat meestal niet op. We hebben onze monden vol over anticiperende geneeskunde, versterking van de eerste lijn en meer van dat fraais, maar als je goed kijkt, zie je om je heen huisartsen op drijfzand staan. Huisartsenland is een land zonder grenzen, een land zonder vaste regels, een land zonder leiders met visie en overzicht.

Ik denk dat dit beeld jarenlang voor velen van onze voorgangers het vak juist aantrekkelijk maakte, individualisten als het waren: geen goden, geen geboden. Het op deze wijze omgaan met het

Land heeft menige wilde loot de gelegenheid gegeven zijn zure appels te laten rijpen en, als wij niet in actie komen, staan ons én de mensen die voor hun algemene gezondheidszorg op ons zijn aangewezen, nog een aantal onthutsend goede oogsten te wachten.

Het wordt tijd dat er vooruitgezien wordt, geregeerd dus. Dat vraagt om duidelijke stellingnamen, om het aangeven van bindende, aan het vak verbonden voorwaarden en eisen, om grenzen. Als wij dat verzuimen, wordt de nog te pas en te onpas aangehaalde Woudschoten-definitie van ons vak (u weet wel, die over persoonlijke, continue en integrale zorg) een steeds hollere frase.

Steentje

Gelukkig wordt deze uitdaging binnen het NHG gevoeld (zie bijvoorbeeld het voorwaardenbeleid). Dit artikel geeft mij de gelegenheid aan de discussie een steentje bij te dragen.

Overigens hoop ik dat mijn verhaal niet wordt opgevat als de zoveelste defensieve reactie uit huisartsenkring, als er van buitenaf naar gewezen wordt. In de eerste plaats heb ik tijdens het schrijven van dit artikel volstrekt geen idee gehad van de portee van de bijdrage van mijn geachte opponent; sterker nog, er is zelfs in het geheel geen contact tussen ons geweest. Ten tweede is wat ik zeggen ga, voor mij inderdaad essentieel voor mijn visie op een goede huisartsgeneeskunde.

Voor de duidelijkheid vooraf nog even dit: dit artikel is ontstaan na acht jaar praktijkervaring en na acht jaar (dezelf-

de) ervaring met allerhande bestuurlijke en inhoudelijke structuren in huisartsenland: NHG-bestuur, Huisarts Registratie Commissie, Commissie Medische Psychologie, sectie Wetenschappelijk Onderzoek van het Utrechts Huisartsinstituut en huisartsopleider. Verder kwam ik via de praktijk in aanraking met alle mogelijke facetten van samenwerking in de eerste lijn, zowel intercollegiaal als met de andere disciplines, en nam ik deel aan de activiteiten van een actieve NHG-studiegroep. Deze mengmoes van ervaringen, met daarbij gevoegd een aantal persoonlijke ervaringen waardoor ik me ten zeerste betrokken voel bij crisissituaties in het leven en rond sterven, vormt de achtergrond voor mijn bijdrage aan deze special.

Zo, deze emmer moest even leeg. Niet om U een „tjonge, tjonge” te ontlocken (eerder een „nou en”), wel om te verklaren dat u tevergeefs zult zoeken naar een literatuurlijst: dit verhaal is geschreven vanuit de puur persoonlijke beleving van mijn vak, de huisartsgeneeskunde.

Huisartsgeneeskunde

Om te beginnen iets over de term geneeskunde. Ik versta hieronder de door studie en ervaring verworven kennis en vaardigheid omtrent ziek-zijn en beter worden, die (bij het bestaan van een hulpvraag) aan mensen wordt aangeboden, teneinde hen in staat te stellen zelf te genezen. Het „genezen” zie ik in dit verband dus als een proces dat zich afspeelt binnen personen die zich ziek voelen en gemotiveerd zijn daar iets aan te doen; de arts, in dit geval de huisarts, zie ik als een deskundige buitenstaander. Men geneest niet dóór maar hooguit met behulp van de dokter, en wat mij betreft, of men zich daarvan nu bewust is of niet.

Dit impliceert dat in de arts-patiënt relatie het individu centraal dient te staan en niet het gemiddelde. De „norm” is slechts een hulpmiddel, een referentiepunt, en zeker geen heilig doel. Dit vraagt om een bescheiden en open attitude, waarbij de bereidheid om te helpen centraal staat en niet de behoefte om voor andere mensen problemen op te lossen. Ik geloof dat dat in essentie niet mogelijk is.

De huisartsgeneeskunde maakt deel uit van de eerstelijns geneeskunde. Dit be-

tekent dat mensen, zonder voorafgaande stations, met al hun klachten bij de huisarts van hun keuze kunnen binnenstappen. Maar ook zonder duidelijke klachten worden huisartsen benaderd. Vaak is er alleen een vraag om informatie of wordt zijn hulp ingeroepen bij het begeleiden van allerhande levensprocessen, zoals zwangerschap en geboorte, woon- en werkproblematiek, relaties en gezinsproblemen en terminale ziekte.

Huisarts zijn betekent dan ook open staan en aandacht hebben voor mensen in hun dagelijkse omstandigheden, met als intentie ze, als dat gevraagd wordt en nodig is, te helpen zich in hun leven zo goed mogelijk te handhaven. Een huisarts heeft dus niet alleen te maken met ziekte, maar meer nog met zieke mensen en vooral met om hulp vragende mensen in hun (en zijn) eigen omgeving.

Bij zoiemand past een definitie als persoonlijke, continue en integrale zorgverlener. Natuurlijk gaat dit uit van deskundigheid. En natuurlijk gaat dit uit van bereikbaarheid. Nog altijd is de huisarts de meest bereikbare hulpverlener in de gezondheidszorg. Dat deze bereikbaarheid verre van optimaal meer is, valt buiten het bestek van dit artikel.

De deskundigheid dient betrekking te hebben op het hele terrein van de gezondheidszorg, van de puur lichamelijke kwalen (bestaan die?) tot de voornamelijk door niet-lichamelijk dysfunctioneren veroorzaakte stoornissen in het welbevinden. Naast het al onderkende probleem van de somatische fixatie door de patiënt (overigens een vooral door ons eigen stimuleren van het medische model veroorzaakt euvel), is hierbij de somatische fixatie door toedoen van de dokter van belang (bijvoorbeeld door het zichzelf overdoseren). Weliswaar is dit vanuit zijn – vooral op het lichaam gerichte – vooropleiding te begrijpen, maar in de huisartsgeneeskunde ligt hier een levensgrote valkuil. Als de huisarts geen zicht heeft op de „gehele” mens, wie heeft dat dan wel?

Dit alles legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de huisarts en zeker ook op die van opleiders en voortrekkers. Persoonlijk hoop ik dat hier in de toekomst nog meer aandacht aan zal worden besteed.

Deskundigheid

De deskundigheid van de huisarts heeft in de eerste plaats te maken met het terrein van de diagnostiek. De huisarts

is de probleemverhelderend bij uitstek, een tolk/vertaler van de klachten van de mensen die zijn hulp inroepen. Typisch voor de huisartsgeneeskunde is daarbij het onderscheid tussen *pluis* en *niet-pluis*, dat wil zeggen kwalen waarbij de tijd vaak de belangrijkste heelmeeester is, en kwalen waarbij hulp nodig is voor de genezing. Ter voorkoming van een onnodige medicalisering is dan van belang, dat de huisarts weet om te gaan met de binnen zijn bereik liggende diagnostische hulpmiddelen en niet te snel verwijst naar een hoger echelon. Gezien de grote verschillen in verwijsgedrag van huisartsen, geloof ik dat menig huisarts zich dit ter harte mag nemen. Wellicht dienen beleidsbepalende instanties hierbij sturend op te treden, hoewel ik dat als een testimonium paupertatis zou opvatten. Dit alles dan mede gezien vanuit de kostenbewakende rol die de huisarts naar mijn mening heeft binnen de gezondheidszorg. Voor een optimale diagnostiek is het daarbij tevens noodzakelijk, dat de huisarts de beschikking krijgt over hulpmiddelen die het mogelijk maken ook het niet-lichamelijke functioneren te beoordelen. Ook hierbij zie ik een taak voor de universitaire instituten en onze wetenschappelijke vereniging.

In de tweede plaats heeft de deskundigheid van de huisarts te maken met zijn medische vaardigheid. Daaronder versta ik niet alleen het gericht kunnen voorschrijven van een medicamenteuze therapie, maar tevens het beheersen en uitvoeren van medische behandelingen die naar mijn mening heel goed in de huisartspraktijk kunnen worden uitgevoerd. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het inbrengen van een IUD, het doen van kleine chirurgie (zoals het verwijderen van atheroomcysten), het hechten van wonden en naar mijn mening ook het doen van een vasectomie. Deze lijst is niet compleet, maar dat is in dit verband ook niet mijn streven.

Als huisartsen deze vaardigheden onderhouden en benutten, helpen ze daarmee hun patiënten aan hulp dicht bij huis en tevens worden hiermee de kosten van de gezondheidszorg gedrukt. Dat we daarbij een honoreringssysteem kennen dat eerder een premie lijkt te geven aan hen die zich tot een minimumpakket beperken, wekt verbazing en irritatie.

In de derde plaats heeft de deskundigheid van de huisarts te maken met zijn gespreksvaardigheid. Een huisarts dient in staat te zijn tot het voeren van een steunend gesprek en dient enig inzicht te hebben in de mogelijkheden en on-

mogelijkheden van psychotherapie. Ik geloof niet dat de huisarts de aangewezen persoon is voor een langer durende psychotherapie (net zo min als dat geldt voor het doen van een operatie in de buik), maar hij moet weten wat er te koop is en waar, net zoals dat geldt ten aanzien van niet door hem te begeleiden somatische problematiek.

Met name op dit terrein geloof ik dat de opleiding te kort schiet. Te veel wordt hierbij overgelaten aan de persoonlijke interesse en ontwikkeling van de individuele huisarts. Deze kan niet om dit probleem heen als hij bewust met het hele vak bezig is, maar moet kennis en vaardigheid op dit terrein nog veelal, bij gebrek aan structuur, bij elkaar sprokkelen. De door mijn opponent verdedigde stelling kan een van de zure vruchten daarvan zijn en dat is naar mijn mening en oprechte overtuiging niet in het belang van onze patiënten. De belangrijkste reden daarvoor is, dat de AGGZ een tweedelijns voorziening is.

Het is goed om in dit verband de rol van het algemeen maatschappelijk werk nog even te belichten. Het zou een versterking van de eerstelijns gezondheidszorg betekenen, als de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker zou inhouden dat een verwijzing door de maatschappelijk werker naar een hoger echelon vooraf zou worden besproken met de huisarts. Het lijkt mij buiten kijf dat coördinatie van hulp in het belang is van de hulpvrager. De huisarts met zijn specifieke kenmerken is naar mijn overtuiging hiervoor de centrale persoon.

Overigens ben ik een voorstander van consultatieve contacten met de hogere echelons. Deze kunnen alleen maar helpen het eerstelijns aanbod te verbeteren.

Verwijzing

Wij kennen in ons land een uit „lijnen” opgebouwde gezondheidszorg. Hoe lager het cijfer is dat voor het woord „lijn” genoemd wordt, des te bereikbaarder en goedkoper zijn de voorzieningen. Dat geldt tevens voor het persoonlijke karakter ervan, de continuïteit die geboden wordt, en de breedte van het hulpaanbod.

Voor de eerste lijn geldt dat het daar gaat om de algemene gezondheidszorg. Deze betreft de gehele mens. Verder wordt deze zorg aangeboden in de eigen woonomgeving en is zij vrij toegankelijk, in principe 24 uur per dag. De tweede en hogere „lijnen” worden gekenmerkt door een toenemende specialisatie en centralisatie. Centralisatie be-

tekent dat de voorzieningen zich op grotere afstand van de hulpvrager bevinden en maakt de herkenbaarheid ervan minder groot.

Specialisatie is in onze huidige gezondheidszorg noodzakelijk geworden door de enorme toename van de medische kennis. Was het een eeuw geleden nog mogelijk het gehele pakket aan medische kennis en vaardigheid in een persoon verenigd te vinden, nu moeten we ervoor naar een compleet ziekenhuis en hebben we een handleiding nodig om in de berg snippers nog een compleet pakket terug te vinden. Het enorme voordeel van de specialisatie is, dat het aanbod op deelgebieden veel groter is geworden. Het nadeel is dat de specialist het overzicht op de „gehele” mens is kwijtgeraakt. Hij houdt zich bezig met een „stukje” mens. Dit vormt naar mijn mening het belangrijkste argument om zijn bemoeienissen met de individuele gezondheidszorg tot het absoluut noodzakelijke te beperken.

Mensen weten wie hun huisarts is, en weten ook dat zij hun hulpvragen en klachten aan hem kunnen voorleggen. Dat inzicht missen ze bij de specialistische gezondheidszorg. Degene die wél inzicht en overzicht heeft op dat terrein, is de huisarts en het is dan ook een van zijn belangrijkste taken om, indien nodig, als verwijzer (= richtingaangever) naar het hogere echelon op te treden.

Tweedelijns voorziening

De AGGZ is een specialisatie binnen de gezondheidszorg, daar deze zorg zich beperkt tot, zoals de naam aangeeft, de geestelijke gezondheid. Binnen deze specialisatie treft men een rijk gescha-

keerd hulpaanbod, verzorgd door verscheidene disciplines. De AGGZ vertoont kortom alle kenmerken van het hogere echelon, inclusief centralisatie. Het verdient daarom niet alleen aanbeveling, nee het is noodzakelijk, dat mensen worden geholpen bij de vraag of deze vorm van de gezondheidszorg past bij hun hulpvraag.

Zoals ik hiervoor al betoogde, is de huisarts, juist door het kenmerkende van zijn positie, daarvoor de aangewezen persoon. Het gaat in de huisartsgeneeskunde nu eenmaal niet alleen om de vraag hóé ziek iemand is, maar ook om de vraag hoe iemand ziek is. Dat betekent een inschatting maken met betrekking tot de ernst van het lijden met behulp van min of meer objectieve meetinstrumenten, maar tevens, en dat is vaak van doorslaggevende betekenis, het onderkennen van meer subjectieve variabelen in het klaaggedrag van mensen.

Los daarvan zie ik het bestaan van – in mijn ogen uiterst storende – lange wachttijden bij de AGGZ als een argument voor een betere voorselectie van de cliënten. Vooral door huisartsen dus.

Het valt niet te ontkennen dat dit alles een niet geringe taak voor de huisarts betekent. Toch zullen wij ons er sterk voor moeten maken deze rol te kunnen blijven vervullen. Dat betekent het bewaken van onze specifieke deskundigheid, de wil om te luisteren, de wil om te onderzoeken, de wil om te vertalen, de wil om daadwerkelijk te helpen, en, als dat noodzakelijk is, het paraat hebben van de kennis die nodig is om goed en zo gericht mogelijk te verwijzen. Dit alles in het belang van een goede en betaalba-

re gezondheidszorg voor de mensen die hulp vragen, hulp die past bij de situatie waarin zij zich bevinden.

Ik hoop dat mijn kleinkinderen mij zullen vertellen, dat de huisarts die persoonlijke, continue en integrale zorg in zijn vaandel heeft staan, nog alom bestaat en dat de grootste veranderingen zich zullen voordoen in de grootte van de praktijken en niet in het hulpaanbod van de huisarts.

Vervolg van p. 8

⁹ Concept-rapport basis-takenpakket van de huisarts. Ledenbrief LHV 1982; 1-45.

¹⁰ Sanavro FL. Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

¹¹ Dokter HJ, Voorhoeve NAJ. De irritatie van de dokter als signaal. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 280-2.

¹² Dokter HJ. Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 415-6.

¹³ Bais K, Engelen J. Moet de ambulante geestelijke gezondheidszorg vrij toegankelijk zijn? (2). Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1981; 7/8: 707-9.

¹⁴ Postma T. Geen psychologen in de eerste lijn. Med. Contact 1977; 32: 1128-30.

¹⁵ Postma T. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. In: Liber amicorum Ben Polak, Amsterdam: Instituut voor Huisartseneeskunde. Ter perse.