Psychologen in de eerste lijn?

Een analyse van door artsen ervaren tekorten en de consequenties van mogelijke oplossingen

J. A. DORST EN DR. K. A. SOUDIJN*

De discussie over 'de psycholoog in de eerste lijn' spitst zich meestal toe op de taak en functie van de psycholoog. In dit artikel wordt juist ingegaan op de kant van de huisarts: welke tekorten ervaart hij en wat zijn de consequenties van mogelijke oplossingen? Hiertoe wordt gebruik gemaakt van een onderzoek in een zeer specifieke – militaire – situatie. Sommige uitkomsten van dat onderzoek hebben echter een meer algemene betekenis, waardoor zij ook voor de huisartspraktijk van belang kunnen zijn.

Inleiding

Als huisartsen overwegen om binnen de eerste lijn samen te werken met psychologen, ervaren zij kennelijk een tekort in hun functioneren. De discussie over 'de psycholoog in de eerste lijn' gaat echter grotendeels voorbij aan dat tekort; zij spitst zich vooral toe op de taak en functie van de *psycholoog*.[1] In dit artikel willen wij juist de aard van het door *huisartsen* ervaren tekort analyseren en ingaan op de consequenties van mogelijke oplossingen.

In 1984 verrichtten wij, in opdracht van de Inspecteur Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Luchtmacht, een onderzoek naar de werkomstandigheden en het functioneren van de bij onderdelen van de Koninklijke Luchtmacht in West-Duitsland werkzame artsen. Aanleiding tot deze opdracht was een verzoek van deze artsen om een klinisch psycholoog te mogen aanstellen, die zowel consultatieve als therapeutische taken zou moeten krijgen.

In ons rapport hebben wij geen antwoord gegeven op de vraag, of in de onderzochte situatie nu wel of niet een psycholoog zou moeten worden aangesteld. Wij hebben ons beperkt tot het 'verhelderen van de hulpvraag' door een aantal deelvragen te formuleren; hiermee zou de overheid in de toekomst rekening kunnen houden bij het bepalen van haar beleid.[2]

Het zal duidelijk zijn dat een groot deel van ons rapport betrekking heeft op een zeer specifieke situatie. Er zijn echter ook observaties en uitkomsten die buiten de militaire context van belang kunnen zijn. Over die onderdelen van het rapport gaat dit artikel.

Het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd op drie lokaties van de Koninklijke Luchtmacht in West-Duitsland. Hier werken in totaal elf artsen; negen van hen (drie per lokatie) namen aan het onderzoek deel.

Op drie manieren is informatie verzameld over de gezondheidszorg ter plaatse. Ten eerste is de formele structuur in kaart gebracht. Ten tweede is in semigestructureerde interviews gevraagd naar de werkwijze van artsen en naar de categorieën patiënten en situaties die zij als problematisch ervaren. Ten derde hebben de negen artsen ieder vijftig maal, steeds direct na een patiëntencontact, een vragenlijst ingevuld.

Uitkomsten

Geen standaardmaat

Eén van de artsen schatte dat ruim 8 procent van de morbiditeit bestond uit 'psychische problematiek'. Dit cijfer zegt echter weinig over het aantal patiënten dat verwezen zou moeten worden naar een psycholoog of psychiater.

In ons onderzoek is gevraagd in welke gevallen men verwijzing naar een psychiater of psycholoog geïndiceerd achtte. Bij slechts vijf patiënten (1 procent) was dit het geval. Nadere beschouwing van de verder verstrekte gegevens doet ons verder vermoeden, dat zo'n verwijzing in drie gevallen weinig zin zou hebben: de arts zegt hier dat de patiënt geen ziekte-inzicht heeft en niet of nauwelijks voor verwijzing gemotiveerd zal kunnen worden.

Aanbod schept ook vraag

De artsen konden ook aangeven welke patiënten zij zouden verwijzen, indien hiervoor een psycholoog of psychiater beschikbaar zou zijn. Het aantal zinvol geachte verwijzingen stijgt nu van vijf naar vijftien. Overigens zetten wij ook nu weer vraagtekens bij de mogelijkheden die een psychiater of psycholoog heeft om deze 'nieuwe' patiënten te behandelen.

Verwijsmogelijkheden kunnen averechts werken

Op twee van de drie lokaties is reeds eens per twee maanden een psycholoog beschikbaar voor het verlenen van consultatie aan de artsen. Op één van deze lokaties bestaat verder een adequate verwijsrelatie met een maatschappelijk werker. De desbetreffende psycholoog merkt op dat de artsen van deze twee lokaties zich bij het consulteren verschillend gedragen: de artsen die naar de maatschappelijk werker kunnen verwijzen, zijn eerder geneigd om bij de psycholoog een casus in te brengen ter verwijzing; artsen van de andere lokatie brengen daarentegen vaker patiënten in om advies te krijgen over het omgaan met de patiënt. Deze observatie wordt bovendien bevestigd door de antwoorden van de verschillende artsen.

Deze uitkomst suggereert een paradox: uitbreiding van mogelijkheden tot verwijzing kan betekenen dat artsen geneigd raken om minder snel zelf oplossingen te zoeken in contacten met 'moeilijke' patiënten.

Gerichtheid van de arts en oplosbaarheid van problemen

In de interviews is ook gevraagd om typen 'probleempatiënten' te beschrijven. Men moest daarbij ook een verklaring geven voor deze problemen. Uit de antwoorden leiden wij af, dat vier van de negen artsen sterk situationeel gericht zijn bij het verklaren van ziektegedrag van deze patiënten; zij verklaren dit gedrag uit een of meer van de volgende factoren: het ontbreken van mantelzorg, sociale 'ontworteling' van de patiënten, weinig ontwikkeld probleemoplossend vermogen bij de patiënt als gevolg van 'overinstitutionalisering', carrièredrang van mannen en het ondergeschikt maken van het belang van de echtgenote daaraan, het deel uitmaken van een zeer gesloten sociaal systeem, problematiek op financieel gebied en het bestaan van een problematische bedrijfssituatie.

Het betreft hier veronderstellingen en deze verklaringen hoeven dus niet altijd juist te zijn. Maar als situationele factoren niet of nauwelijks te veranderen zijn, terwijl de intrapsychische en

* J. A. Dorst, huisarts, vlieger-arts Koninklijke Luchtmacht, en psycholoog, Oosterhout; K. A. Soudijn, psycholoog, Katholieke Hogeschool Tilburg.

interpersoonlijke aspecten vrijwel niet belicht worden, heeft de arts niet veel mogelijkheden om hulp te bieden. In een aantal gevallen lijkt de mogelijkheid om patiënten te helpen mede bepaald te worden door 'toeschrijvingsprocessen': de verklaringen die de arts voor de klachten van de patiënt geeft. Soms zal de speelruimte van de arts vergroot kunnen worden als hij meer leert letten op andere factoren die het gedrag van patiënten kunnen bepalen.

Rolcumulatie

De artsen uit ons onderzoek moeten in de militaire organisatie tegelijkertijd verschillende rollen en functies vervullen: ze zijn tegelijk huisarts, bedrijfsarts en controlerend arts; incidenteel hebben ze een taak op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde of van de gerechtelijke geneeskunde, en daarnaast vervullen zij de functie van officier.

Vooral deze laatste functie levert problemen op in combinatie met het werken als huisarts: zes artsen gaven expliciet te kennen dat zij moeite hebben met hun rol van officier. Een bron van problemen vormen ook de wederzijdse rolverwachtingen van arts en patiënt: de arts kan in een andere rol aangesproken worden dan hij op dat moment denkt te vervullen. Soms hebben de artsen uit dit onderzoek het gevoel dat zij voor patiënten een (typisch militaire) 'fouriersfunctie' vervullen: iemand bij wie je slechts moet zijn om een stukje gezondheid of een attest te halen.

Niettemin zeggen de meeste artsen dat zij het als positief ervaren dat verschillende aspecten van het geneeskundige werk onverbrekelijk met elkaar verbonden zijn; voor hen biedt dit juist mogelijkheden om optimale eerstelijns geneeskunde te verrichten.

Inadequaat functioneren van overlegstructuren

In het onderzoek werden ernstige samenwerkingsproblemen geconstateerd tussen de artsen. Ook leek de Sociale Coördinatie Commissie, waarin artsen, maatschappelijk werker, personeelsfunctionarissen en geestelijke verzorgers zitting hebben, niet conform de doelstellingen te functioneren. Alvorens een definitief besluit te nemen over de aanstelling van een klinisch psycholoog, lijkt het zinvol eerst na te gaan in hoeverre bestaande overlegstructuren verbeterd kunnen worden.

Snelle populatiewisseling en gebrek aan ervaring

In West-Duitsland worden de militairen primair aangesteld voor een periode van drie of vijf jaar, met de mogelijkheid van verlenging. Hier ligt een organisatorische beperking aan het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts. Deze beperking wordt nog versterkt door de korte periode waarin de arts op de lokatie werkzaam is. Ten tijde van het onderzoek was de gemiddelde plaatsingsduur van de hier werkzame artsen ruim twee jaar.

Voordat zij naar de luchtmachtonderdelen worden uitgezonden, hebben de meeste artsen weinig gelegenheid gehad om ervaring op te doen; ze waren gemiddeld 2,5 jaar afgestudeerd. Uit de opmerkingen van de psycholoog-consulent is eveneens af te leiden dat gebrek aan ervaring een oorzaak kan zijn van de hulpvraag van de artsen. Volgens hem neigen de artsen tot 'overreactie', vooral bij crisisinterventie. Vaak moet hij zich bezighouden met het 'deproblematiseren' van de ingebrachte gevallen (relatie- en echtscheidingsproblematiek en conflicten; ernstige neurotische of psychiatrische problematiek zouden weinig voorkomen).

Voor de oplossing van dit probleem zijn overigens twee invalshoeken denkbaar. Voor de artsen is het kennelijk moeilijk om adequaat te reageren op conflicten waarin patiënten verwikkeld zijn: nascholing en consultatie kunnen sterker gericht worden op het hanteren van dergelijke gevallen. Daarnaast zou de Koninklijke Luchtmacht een ander carrièrebeleid kunnen gaan voeren, waardoor de artsen later – na elders meer ervaring te hebben opgedaan – bij de buitenlandse onderdelen worden geplaatst.

Beschouwing

In juli 1984 verscheen de nota *Geestelijke Volksgezondheid* waarin een overdracht van functies wordt voorgesteld van de tweede naar de eerste lijn van de gezondheidszorg. *Sorel* schrijft in zijn samenvatting van deze nota: '*De eerste lijn* moet het echelon bij uitstek worden voor de behandeling van psychosociale problemen.'[3]

Inmiddels is een groot aantal commentaren en reacties verschenen op de nota; een recent nummer van het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* geeft in drie artikelen een overzicht van deze reacties.[4–6] Velen vragen zich af of het wel mogelijk is de eerste lijn zoveel taken te geven bij de opvang van psychosociale problematiek. *Van Lieshout* merkt op dat over het algemeen lauw wordt gereageerd op het plan om psychologen een belangrijke functie in de eerste lijn te geven, al zijn psychologen zelf veel positiever over het werk dat zij hier kunnen verrichten.[4]

In dit artikel zijn we uitgegaan van een lokale vraag om hulp. De opbrengst van ons onderzoek is in zekere zin paradoxaal: om een gegeven probleem op te lossen, formuleren wij een serie nieuwe problemen. We geven de betrokkenen daarmee echter de mogelijkheid om de door hen ervaren moeilijkheden verder uit te werken en op meer dan één wijze aan te pakken.[7] Onderzoek uit de cognitieve psychologie laat zien dat juist het variëren van probleemformuleringen een belangrijk hulpmiddel is om vraagstukken op te lossen.[8] Bovendien kan het genereren van deelproblemen zinvol zijn om duidelijker greep te krijgen op een aantal potentiële bronnen van kwaliteitsverlies.[9]

De vraag om een klinisch psycholoog aan te mogen stellen op de buitenlandse bases, is overigens een interessant voorbeeld van 'medisch denken'. Huisartsen hebben geleerd om patiënten die zij zelf niet goed kunnen behandelen door te sturen naar een specialist: bij een probleem dat niet direct oplosbaar is, hoort een verwijzing. Wie zo denkt, zal geneigd zijn om patiënten die binnen het *medisch* circuit problematisch zijn, te verwijzen naar een specialist uit een *andere discipline*. Daarbij verliest men echter gemakkelijk uit het oog dat zich in de arts-patiënt relatie problemen kunnen voordoen, waar verwijzing geen adequaat antwoord op is.

De vraag of de artsen te helpen zijn door een klinisch psycholoog aan te trekken, blijft in onze beschouwing open. Wél is ons duidelijk geworden dat het functioneren in de eerste lijn van de gezondheidszorg vraagt om psychosociale vaardigheden die het noodzakelijk maken om gedragswetenschappelijke principes in het medisch handelen te incorporeren. Tijdens de beroepsopleiding tot huisarts wordt het accent tegenwoordig sterk gelegd op die principes. Het is echter niet verbazingwekkend dat de huisartsen uit ons onderzoek, mede gezien de gecompliceerde situatie waarin zij zich bevinden, behoefte voelen aan ondersteuning vanuit de gedragswetenschappelijke hoek. Onze observaties zijn bedoeld om een verdere gedachtenwisseling op gang te brengen ten aanzien van de vorm waarin zo'n ondersteuning zou kunnen plaatsvinden.

Literatuur op pag. 52.