

Geestelijke Volksgezondheid

Nota



wete
paratu
l gebr
erop
an de
zoals
wekk
voor
ktricit
uit th
ergie.
innen
om ma
alen v
e te la
nen w
permie
unnen
erd die
re ins

IV.3.2.3. Verpleging

Ook binnen het kruiswerk komen hulpverleners veelvuldig met psychische en psychosociale problemen in aanraking.

Het gaat hier met name om *wijkverpleegkundigen, ziekenverzorgsters en kraamverzorgsters*. Recent cijfermateriaal hieromtrent is helaas niet beschikbaar. Bijna altijd heeft de eerste behoefte aan verpleegkundige zorg te maken met ernstige of chronische ziekte, met invaliditeit na ongevallen, met ziekenhuisnaborg of met ouderdomsgebreken.

Het gaat in dit verband bij voorbeeld om de psychische belasting ten gevolge van ziekte of handicap (ook voor familieleden), de aanvaarding en verwerking van ernstige ziekte of invaliditeit en het hervinden van de eigen plaats in het gezin of werkmilieu¹⁵.

IV.3.2.4. Verzorging

Zoals voor de verplegende beroepen in de eerstelijnszorg het geval is, zo ontmoeten ook gezinsverzorgsters, gezinshulpverleners, alphahulpverleners en bojaardenverzorgsters identieke problemen in hun werkpraktijk. Invalshoek voor de hulp is bijna altijd huishoudelijke zorg. De hulpverlening is in 63% van de gevallen op ouderen gericht¹⁶.

Problemen die zich in dit verband voordoen, liggen bij voorbeeld in de sfeer van vereenzamingsproblematiek, rouwverwerking en beginnende dementering.

Daarnaast wordt de gezinsverzorging geconfronteerd met een veelheid van psychosociale problemen, bij voorbeeld overspannenheid (bij huisvrouwen), opvoedingsproblemen, verwerking ernstige ziekte en invaliditeit, (chronisch) psychiatrische patiënten enz.

IV.3.2.5. Eerstelijnspsychologen

Een ontwikkeling, die zich de laatste jaren in toenemende mate binnen de eerstelijnszorg voordoet, is de vrije vestiging van klinisch psychologen. Waren dat er een vijftal jaren geleden nog slechts 10, thans zijn ongeveer 200 psychologen in de eerste lijn werkzaam. Aan deze ontwikkeling lijkt nog geen einde te zijn gekomen. Derhalve is het van belang in deze Nota aan dit verschijnsel aandacht te besteden.

Gegevens van het Nederlands Instituut van Psychologen laten zien, dat op dit ogenblik ongeveer een kwart van de Nederlandse huisartsen met een eerstelijns psycholoog samenwerkt. Over het aantal cliënten dat via de huisarts bij eerstelijns psychologen terecht komt zijn nog geen getotaliseerde cijfers bekend.

Gewezen kan wel worden op regionaal verzamelde gegevens, zoals bij voorbeeld de regio Zuid-Kennemerland¹⁷. Daar werken 11 eerstelijns psychologen samen met ruim 70 huisartsen waarbij per jaar ongeveer 1200 mensen gebruik maken van de diensten van de psychologen. Uit de praktijk in die regio blijkt dat het merendeel van deze mensen gerekend moet worden tot de lagere sociaal-economische milieus, die binnen de bestaande andere voorzieningen in de eerste lijn en de AGGZ een niet toereikend antwoord krijgen op de hulpvraag.

Daarnaast gaat het om mensen die, door de aard van hun klachten, het geplaagd worden op een wachtlijst van enkele maanden en/of het doorlopen van bureaucratische procedures niet kunnen verdragen. De aard van de klachten waarmee eerstelijns psychologen via de huisarts worden geconfronteerd is velerlei. Het betreft vooral psychosomatische aandoeningen, fobieën, neurosen, (pre-)psychotische klachten, maar ook klachten van lichtere aard. Het onderkennen, diagnosticeren en behandelen daarvan vereist een specifieke deskundigheid, hetgeen – zoals uit onderzoek blijkt – door de huisartsen wordt erkend¹⁸.

¹⁵ NHI «Psychosociale problemen in de Eerstelijnszorg» Utrecht, 1984.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Werkgroep Psychologenoverleg Kennemerland (POK) «De psycholoog in de eerste lijn».

¹⁸ – NHI «De psycholoog in de eerste lijn» Bibliografie, Utrecht, 1982.

– Dr. J. J. L. Derksen «Psychologische hulp in de eerste lijn», Nelissen Baarn, 1982.

– F. Bosch e.a. Nota «De psycholoog in de eerste lijn IIW» (concept), NIP, Amsterdam, 1984.

– NIP «Psychologie en eerstelijns gezondheidszorg» Amsterdam, 1981.

Psychologie en maatschappij
want AS

Psychologie
1999

De eerstelijns psycholoog en de ggz-nota

Kees Timbos
In de periode 1986-1990 zullen experimenten worden ondernomen met de aansluiting van een beperkt aantal klinische psychologen in de eerste lijn. Deze introductie van een nieuwe ster aan het reeds zo bonte firmament van hulpverleners is te vinden in de eeds veelvuldig gekritiseerde nota *Geestelijke Volksgezondheid* van staatssecretaris Van der Reijden. Ongetwijfeld een aardig getuid voor 'l' voor psychologen die zonder werk zitten. De op ggz gebied niet erg deskundige eerstelijns werkers dienen kennelijk psychosociale versterking te krijgen.

Wat wordt zo'n eerstelijns psycholoog geacht te doen? De nota is hierover heel heel erg voorzichtig. Het is uiteindelijk niet de bedoeling een nieuw psychotherapeutisch circuit in het leven te roepen. De nadruk zal liggen op een 'achterwaartstrend', whatever that may be. Ja, zegt de nota, het zou wel eens kunnen zijn, dat na het experimenteren er in 'l' gebied geen eerstelijns psycholoog meer nodig is, als blijkt dat de eerstelijns (kern)functies na die vier jaar ondersteuning zelf hun psychosociale boornfjes kunnen doppen. Tijdens de experimentele fase komen de volgende taken voor rekening van de eerstelijns psycholoog: vroegtijdige ondersteuning en signalering van psychosociale problematiek, diagnostiek en indicatstelling, consultatie bij en supervisie van behandeling of begeleiding, verwijzing, nazorg, functioneren als brug naar de tweede lijn (Riagg) en deskundigheidsbevordering.

Zijn dit uitbreidingen van de nootachtijvers? Nee, zij betropen zich op reeds opgedane ervaringen. Vermeld wordt dat er thans ongeveer 300 psychologen in de eerste lijn werkzaam zijn, halveer zou betekenen dat een kwart van de Nederlandse huisartsen met een eerstelijns psycholoog samenwerkt. Op een recente studiedag van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg bleek echter dat anno 1984 slechts bij 5% van de groepspraktijken er gezondheidscentra psychologen werken. Ze voeren behandlingspraktijken (gemiddeld 8 per klient); zij verwijzen weinig en verrichten geen nazorg; zij doen geen diagnostiek ten behoeve van eerstelijns werkers; consultatie is zeldzaam en begeleiding komt ook weinig aan de orde. Ze doen dus ongeveer alles wat hen volgens de *Nota* is verboden om te doen (deden) niet wat van hen verwacht wordt (zie het verslag van de studiedag in MGV, februari 1985).

Wat zit er achter dit promoten van een nieuwe ggz-functies in een tijd van bezuinigingen? Just, die bezuiniging zelf en niets anders. Regeeringsnota 5 - zeker van dit 'no nonsense'-kabinet - hebben voor het beijing bezuinigingen reeksen andere woorden: ombuigingen, kwaliteitsverbetering, concentratie, inkortverdeling. Vooral de heer Deciman van Onderwijs en Wetenschappen en zijn scribenten hebben dit woordgebruik tot in de perrekte ontwikkeld. Maar ook de *Nota GGZ* weel er weg mee. Wat is immers het geval? De *Nota* heeft een verschuiving van de middelen voor de eerste lijn (psychiatrische instellingen en hun pool 5) naar de tweede lijn (Riagg's, tussenvoorziening) en van deze tweede lijn weer naar de eerste lijn (huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk). Gewoon gezegd dus van dure intramurale specialistische hulp naar goedkopere eerstelijns eenvoudige hulp. Om die laatste verschuiving plausibel te maken heeft men het lumineuze idee gehad de ggz-problematiek te verdelen in 'zwaar' (voor de tweede lijn) en 'licht' (voor de eerste lijn). Maar die eerste lijn kan dat niet aan, vandaar het experimenteren met de eerstelijns psycholoog.

De nieuwe experimentele eerstelijns psycholoog zal ergens ondergebracht moeten worden. De eerstelijns organisaties zien hierin haar graag komen. Het touwtrekken om zo'n psychosociale generalist is dan ook al begonnen. Moet hij/zij gestationeerd worden binnen het algemeen maatschappelijk werk, binnen een gezondheidscentrum, een groepspraktijk of in de organisaties van het Kruiswerk? Het is eigenlijk een beschamende situatie dat, zo kort na het tot stand komen van de Riagg's, die vooral een eind moesten maken aan de ggz-versnippering, plots het voorstel komt een nieuwe 'tergen' in de ggz-structuur in te brengen.

Als er eerstelijns psychologen nodig zijn, en daarvoor zijn goede argumenten aanwezig, dan kunnen zij alleen werkzaam zijn vanuit de Riagg's. Hun taak - zelfs in de magere zin zoals in de *Nota* uiteengezet - is een typische Riagg-taak. Het toebedelen van deze taak aan een nieuw circuit hulpverleners staat haaks op het Riagg-beleid van de overheid en maakt dit beleid ongehoorbaar. Want wat staat er over Riagg's in de *Nota*? Onder andere dit: 'De samenwerking met de eerstelijns zorg is nog verre van optimaal. Dit vindt enerzijds zijn oorzaak in de nog te geringe organisatiegraad van het eerste echelon (een duidelijk aanspreekpunt ontbreekt vaak). Anderzijds is de consultatie en dienstverlenende taak van de Riagg ten behoeve van de eerstelijns zorg over het algemeen genomen nog te weinig uitgekristalliseerd.' Dat is (gedachtelijk) waar. Ert de oplossing? Heel simpel: eerstelijns klinische psychologen, maar alleen experimenteel en alleen voor vier jaar. Wat een beleid.

Opinie

In A
ankv
welz
van s
zien
huv
den
wiing
vera
De
gecl.

Op
indi
ho
de i
wo
vai
nat
ver
tra
bc
bc
lij
vo
ph

P
0

3

Psycholoog in de eerste lijn?

In de schriftelijke voorbereiding op een debat over de opzet van de geestelijke gezondheidszorg schrijft staatssecretaris Van der Reijden de Tweede Kamer dat hij in zes jaar tijd de hulpverlening aan 'lichtere' gevallen wil overhevelen van de regionale instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) naar de eerstelijnsgezondheidszorg.

Zoals men zich misschien herinnert, wordt in de nota Geestelijke Volksgezondheid de hulpverlening bij psychosociale problemen toebedeeld aan de eerstelijnszorg en de hulp bij ernstige psychische problemen aan de geestelijke gezondheidszorg*. Er zijn genoeg bezwaren tegen deze indeling ingebracht. De grondgedachte ervan is dat een te grote draaglast leidt tot psychosociale problemen en een geringe draagkracht tot psychische problemen. Het zal moeilijk zijn patiënten volgens dit inconsequente systeem te classificeren. Het is dus de vraag of diegenen die voor overheveling in aanmerking zouden komen wel op een verantwoorde wijze kunnen worden geselecteerd. Bovendien: kan de eerste lijn, voor deze categorie patiënten vooral de huisarts en de maatschappelijk werkende, de over te hevelen patiënten wel aan zonder dat daarvoor voorzieningen worden getroffen?

Om patiënten te selecteren en in de toekomst te bepalen wie wel en wie niet voor een verwijzing naar een RIAGG in aanmerking komt is, zo stelt Van der Reijden, de inzet van klinisch psychologen nodig; sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers zouden hier toe onvoldoende zijn opgeleid. Aangekondigd wordt dat op experimentele basis een aantal klinisch psychologen in de eerste lijn zal worden ingezet. Dit is overeenkomstig een van de beleidsvoornemens uit de nota Geestelijke Volksgezondheid. Daaruit blijkt dat deze psychologen onder andere moeten dienen om de deskundigheid van in de eerste lijn werkzame kerndisciplines te verhogen en bij te dragen tot diagnostiek en behandeling door deze kerndisciplines te steunen, bijvoorbeeld via consultatie. Na ongeveer vier jaar zou de deskundigheid van de anderen zo groot moeten zijn dat het experiment weer zou kunnen worden beëindigd.

J. C. van Es

Een riskant experiment

Het is de vraag wie met een dergelijke opzet is gediend. Het lijkt er niet op dat de werkers in de eerste lijn zijn geraadpleegd omtrent hun behoefte aan hulp door psychologen. Het is te voorspellen dat zij vooral behoefte hebben aan deskundigen die (delen van) de hulpverlening kunnen overnemen; enerzijds van patiënten die enigerlei vorm van psychotherapie of psychiatrische hulp nodig hebben, anderzijds van hulpzoekenden die wel medeleven, zorg of mentale steun nodig hebben, maar die eigenlijk niet ziek zijn. Eerstgenoemde categorie hoort, overeenkomstig hetgeen in de nota Geestelijke Volksgezondheid is gesteld, thuis in de eerstelijnsgezondheidszorg. Laatstgenoemde hulpzoekenden horen in feite niet thuis in het medische circuit. Dit betekent niet dat zij geen hulp nodig kunnen hebben; deze dient echter bij voorkeur in eigen omgeving te worden gevonden. Helaas ontbreekt de mogelijkheid daartoe nogal eens. Dan zal vooral enigerlei vorm van maatschappelijke hulpverlening moeten inspringen.

Niet zelden zal een huisarts bij laatstgenoemde categorie patiënten op beperkte schaal ook goed werk kunnen doen: bij rouwenden, bij relatieproblemen. Essentie van de hulp is dan vooral luisteren, meelevens, waarlijke belangstelling hebben. Het vervullen van deze taken is niet strijdig met de noodzaak op somatisch gebied een grotere rol te (gaan) vervullen. Er zijn ook patiënten die hun huisarts in verlegenheid of tot wanhoop kunnen brengen door hun eisend gedrag. De principiële beschikbaarheid van de huisarts kan dan ook tot misbruik aanleiding geven. Overname van het probleem kan dan in een aantal gevallen ook door het RIAGG gebeuren, maar dit is slechts een verschuiving ervan.

Voor het vergroten van deskundigheid van huisartsen op bovengenoemd gebied is een psycholoog in de eerste lijn niet nodig. In de beroepsopleiding wordt aan genoemde problemen over het algemeen ruimschoots aandacht geschonken; postacademisch onderwijs draagt daar ook toe bij. Zodra een huisarts wel hulp nodig heeft, is dat vrijwel steeds tweedelijns hulp. Er lijkt een zekere ratio in te schillen in de eerste lijn ruimte voor een psycholoog in te ruimen. Echter: is deze beter toegerust dan anderen bij de hulpverlening aan patiënten met psychosociale problemen? Vergen deze problemen wel een psychotherapie? Deze behandeling kan zelfs gecontraïndiceerd zijn wegens het gevaar van psychologisering van bestaande klachten. Men moet zich ook afvragen in hoeverre de maatschappelijk werker niet eerder voor hulpverlening aan deze patiënten in aanmerking komt.

In dit nummer van Medisch Contact pleit A. J. van der Made (blz. 669) wel voor een psycholoog ten dienste van de eerste lijn, maar dan geplaatst in een RIAGG. Het motief is onder andere dat andere RIAGG-medewerkers zich met de 'zwaardere' problemen moeten bezighouden. Een tweedeling dus binnen het RIAGG. Het is begrijpelijk dat dit voorstel wordt gedaan, maar het toont op een indirecte manier ook aan hoe kunstmatig de scheiding in de hulpverlening bij psychosociale en psychische problemen is.

De gedachte de psycholoog ook in de eerste lijn een plaats te geven is vooral ontstaan sinds er grote aantallen klinisch psychologen afstuderen. Het is echter riskant de psycholoog een structurele plaats in de eerste lijn te geven: zoals reeds werd opgemerkt zal dit naast de medicalisering ook de psychologisering van problemen doen toenemen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg er niet lager op zullen worden. Immers: ook dit aanbod zal de vraag om hulp doen toenemen. Als hij de plannen voor experimenten op dit gebied inderdaad laat doorgaan zet de staatssecretaris een riskante stap.

* Nota Geestelijke Volksgezondheid. Tweede Kamer 1983-84, 18463 nr. 1-2.

se culturele identiteit, plaatsgrijpt aan een Nederlandse universiteit, welke daardoor verandert van hoedster in destructor van onze cultuur.

4. Hierover dienen vragen te worden gesteld aan de Nederlandse ministers die voor onderwijs en cultuur verantwoordelijk zijn of althans mogen worden geacht te zijn.

Vlieland, augustus 1985

H. van Terwisga

IPPNW-CONGRES

Het is jammer dat er van de redactie van Medisch Contact niemand is geweest op het eerste lustrum van de IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War). Men zou zich in het goede gezelschap hebben bevonden van onder anderen hoofdredacteuren van JAMA, The Lancet en het New England Journal of Medicine. Zij waagden zich hiervoor achter het 'IJzeren Gordijn'. Waren zij ook al op het foute spoor gezet? Toch weer de politiek?, zo zullen de 'veront-rusten' binnen de KNMG zich wellicht afvragen.

Misschien – ter geruststelling – eerst even luisteren naar de directeur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Dr. Halfdan Mahler, die ook aan het lustrumcongres van de IPPNW heeft deelgenomen. Hij betoogde dat er meer moet worden gedaan aan voorlichting en kondigde de populaire versie aan van de eind 1984 verschenen WHO-brochure: 'Effects of nuclear War on Health and Health Services' (174 blz). Deze korte samenvatting zal zo spoedig mogelijk in alle belangrijke talen worden verspreid.

Den Haag, augustus 1985

C. A. M. Wennen-van der Meij

PSYCHOLOOG IN DE EERSTE LIJN!

Prof. Van Es schreef in Medisch Contact van 31 mei j.l. (MC nr. 22/1985, blz. 655) een commentaar: 'Psycholoog in de eerste lijn?', met als ondertitel: 'Een riskant experiment'. Voor al de ondertitel schreeuwt om commentaar van ervaringsdeskundigen; immers, er is nóch sprake van een experiment, nóch van iets riskants.

Wij, huisartsen in de regio Haarlem, werken al meer dan vijf jaar samen met een vaste groep eerstelijnspsychologen. Inderdaad, dit waren destijds werkloze psychologen, die, na te hebben gepeild of er 'behoefte' bestond, een samenwerkingsverband zijn gestart met een beperkte groep huisartsen. De directie van het Ziekenfonds Spaarneland steunde dit particulier initiatief, door de psychologische kortdu-

rende hulpverlening in het aanvullingsfonds op te nemen. Hierdoor verviel voor een grote groep potentiële patiënten de financiële drempel; er werd een eigen bijdrage per sessie gevraagd. Na vier jaar proefdraaien waren zowel het ziekenfonds als de huisartsen (ondertussen steeds méér in aantal) en de psychologen overtuigd geraakt van het nut van deze wijze van samenwerken, hetgeen heeft geresulteerd in een vast medewerkerscontract voor de psychologen.

Wij huisartsen, zijn tevreden met onze eerstelijnspsychologen, om verschillende redenen:

- We kunnen een groep patiënten psychologische hulp aanbieden die tot vijf jaar geleden nóch door het maatschappelijk werk, nóch door de huisarts, nóch in de tweedelijnspsychiatrie adequaat geholpen kon of wilde worden. Deze patiënten werden dan óf verkeerd verwezen, óf door de huisarts alléén behandeld met bijvoorbeeld psychofarmaca.

- De kleinschaligheid en persoonlijke bekendheid met elkaar werken naar de patiënt toe drempelverlagend, waardoor vroegtijdiger kan worden behandeld, dat wil zeggen escalaties en/of dure verwijzingen naar de tweede lijn kunnen worden voorkomen.

- Door de regelmatige contacten (werksprekingen) is er sprake van kennisvermeerdering. Wij voelen ons na vier jaar proefdraaien echter zeker niet volleerd, zoals de staatssecretaris wellicht hoopt.

- We beschikken nu over een flexibele compagnon in de psychische hulpverlening, een 'generalist', zonder lange wachttijden of angstigmakende intake-procedures.

- Met deze compagnon voelen wij ons als huisarts beter in staat de spelfunctie in de eerste lijn te vervullen, waarover in alle beleidsplannen zo hard maar ondeskundig wordt geroepen.

Medisch gezien is onze eerstelijnspsycholoog geen corpus alienum maar een nuttige prothese in de eerste lijn.

Haarlem, augustus 1985

A. F. van Eyk
R. M. Koppen

"GIRO-PRAKTISCH"

De brief-lees: 'advertentie-ingezonden mededeling' – van B. van den Berg, chiropodist, in Medisch Contact d.d. 5 juli j.l. (MC nr. 27/1985, blz. 798) waarin de voeten in de adelstand worden verheven als alles beïnvloedende organen, roept enkele vragen op, te meer omdat elke referentie naar wetenschappelijke bronnen ontbreekt.

Bijvoorbeeld: welk onderzoek bij honderden schoolgaande kinderen wordt bedoeld en in welk rampegebied heeft 40% van deze kinderen een houdingsafwijking of een verkeerde stand van de voeten? Is er niet een zo grote varia-

tiebreedte in normale houding en stand van de voeten bij opgroeiende gezonde kinderen, dat het getal van 40% uniek in de wereld mag worden genoemd? Waar wordt wetenschappelijk aangetoond dat er een causale relatie bestaat tussen 'een verkeerde stand van de voeten' en rugpijn, lendenpijn, hoofdpijn, etc.? Inderdaad komt het zelden voor dat het lichaamsgewicht over beide voeten is verdeeld, om de eenvoudige reden dat de mens hoofdzakelijk – alternerend – op één been loopt.

Blauwdrukken en steunzolen lossen waarschijnlijk geen enkel ander probleem op dan het financiële probleem van de chiropodisten, in zoverre zijn ze wel 'giro-praktisch'.

Rotterdam, augustus 1985

M. P. Heijboer, orthopedisch chirurg

Dr. A. F. M. Diepstraten, orthopaedisch chirurg

Literatuur

Cécile Asher (MD, MRCP, DCH, BSc). Postural Variations in Childhood. London & Boston: Butterworths, 1975.

KWAKZALVERIJ ?

Het maatschappelijk belang van het beroep voetverzorg(st)er, pedicure, respectievelijk chiropodist(e) staat zonder meer vast. Bovendien ben ik van mening dat sedert de oprichting van een aantal organisaties op dit gebied omstreeks 1932 al lang, op basis van een onlijnd takenpakket, een wettelijke regeling voor deze beroepsgroep tot stand had moeten komen.

Gezien de inhoud van de brief van de chiropodist B. van den Berg in MC nr. 27/1985, blz. 798, ben ik van mening dat hij in de praktijk een dergelijk takenpakket overschrijdt op een wijze die de toets der wetenschappelijke kritiek niet kan doorstaan. Dit zal hem onder anderen door de specialisten op het gebied van het bewegingsapparaat niet in dank worden afgenomen.

Het opnemen van bijdragen van de hand van vertegenwoordigers van (paramedische) beroepen in een medisch tijdschrift – voorheen een onmogelijkheid – acht ik ter informatie en discussie een goede zaak. Aan het etakeren van reeds lang bekende gegevens die als nieuwe trouvaillen worden gepresenteerd, bestaat naar mijn mening geen behoefte. Bovendien dreigt het gevaar dat we door de grensoverschrijding van bepaalde beroepsgroepen worden geconfronteerd met een bepaalde vorm van kwakzalverij waarmee de volksgezondheid niet wordt gediend; dit zou bovendien niet ten goede komen aan die beroepsgroepen.

Voorburg, augustus 1985

Dr. L. F. Bakker, arts



Medisch Contact

De Weledelgeleerde Heer
R.M. Koppen, huisarts
Spaarne 50
2011 CK HAARLEM

Weekblad van de
Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering
der Geneeskunst

Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-82 33 84
Postbus 20052, 3502 LB Utrecht

Utrecht, 27 maart 1986

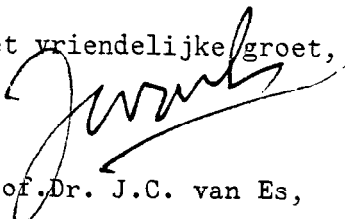
Geachte collega Koppen,

Uw artikel: "Samenwerking tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog" heb ik in goede orde ontvangen. Het is op zich aantrekkelijk de resultaten van een onderzoek naar de samenwerking van huisarts en psycholoog in de eerste lijn in Medisch Contact te publiceren. Er kleven aan uw artikel c.q. onderzoek echter enkele bezwaren.

- De gegevens over het opleidingsniveau van de patiënten hebben slechts betrekkelijke waarde door het ontbreken van gegevens over het opleidingsniveau van de gehele praktijkpopulatie.
- De op bladzijde 3 verrichte optelling van de oordelen van huisartsen, psychologen en patiënten is niet toelaatbaar.
- De beoordeling van het effect is niet op een betrouwbare manier mogelijk zonder contrôlegroep.

Op grond van deze bezwaren kan uw artikel niet in Medisch Contact worden gepubliceerd.

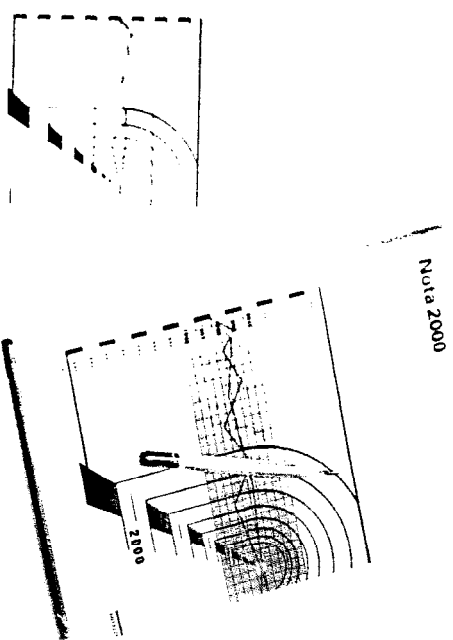
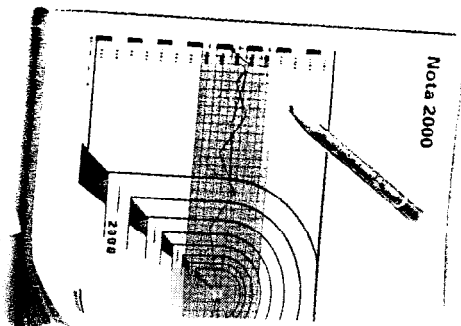
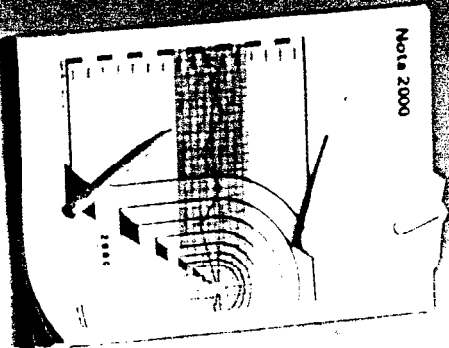
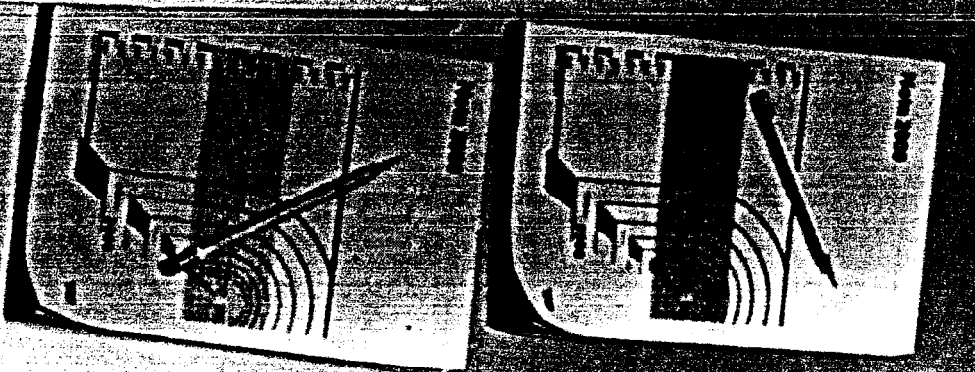
Met vriendelijke groet,


Prof. Dr. J.C. van Es,
hoofdredacteur

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben vijf landelijke instituten, werkzaam op verschillende terreinen van de gezondheidszorg, vijf studiedagen georganiseerd over verschillende aspecten van de Nota 2000. Dit om de Nota meer bekendheid te geven en daarbij inzicht te krijgen in de haalbaarheid van het nieuwe beleid. Wetenschappers, personen vanuit overheid, vanuit advieslichamen en koepelorganisaties en ook politici hebben met hun bijdragen aan deze studiedagen een breed beeld gegeven van hetgeen de Nota 2000 aan reacties heeft losgemaakt. Dit boek is een bundeling van die bijdragen en zal in de komende tijd worden gebruikt bij de verdere uitvoering van de Nota 2000.

DE NOTA 2000 TER DISCUSSIE

Onder redactie van:
M. Boer, E. Jung, H. Saan, C. Tonner & J. van der Velden



REEKS GEZONDHEIDSBELEID - DEEL 2

ISBN 90 6016 796 1

behoeve van het kruiswerk, op basis van de in de Nota aangegeven extra aandacht voor preventie.

Vervolgens vindt Hoey dat de Nota vanuit de thuis(zorg)situatie geschreven had moeten worden, met de erkenning dat dan meer gezinsverzorging nodig zou zijn. Daarop volgend verklaart Huiskes dat fysiotherapeuten niet alleen behandelingen, maar ook meer diagnostiek zouden moeten kunnen doen, gelijk de medisch specialisten. Vanuit de zaal wordt door een vertegenwoordiger van het NIP een ruimere plaats voor de psycholoog in de eerste lijn geclaimd, maar in het forum vindt men dat eerst experimenten afgewacht dienen te worden. Een vertegenwoordiger van het NCA is tot slot het radicaalst: een belangrijke taak is in de Nota weggelegd voor GVO, dat voor een groot deel in de eerste lijn uitgevoerd zal gaan worden. Maar dit zou vooral een taak van niet-medici dienen te zijn, waarbij zelfs gepleit wordt voor stopzetting van de opleiding tot huisarts. Er wordt voor dit pleidooi steun verkregen aan de kant van het forum: een afrekening met het professie-centrisme wordt gewenst geacht. Anderen vinden dat GVO alleen effectief kan zijn als er een latente behoefte aan bestaat. Een behoefte die met name tijdens ziekte naar voren blijkt te treden en hulpverleners blijven dan de beste signaalgevers. Een gezamenlijk optrekken van hulpverleners en GVO'ers wordt verstandiger geacht dan het vervangen van elkaar.

Aan de organisatorische kant wordt een meer bedrijfsmatige aanpak van de eerste lijn bepleit: binnen een door de overheid geschapen kader moeten de eerstelijns disciplines concurrerend opereren waarbij failliet gaan zou moeten kunnen. Binnen een dergelijke aanpak moet het solidariteitsprincipe wel overeind blijven. De overheid behoudt de taak de kwaliteit van het gebodene te bewaken. Deze aanpak wordt voorgestaan omdat op deze wijze een sterk machtsblok tegenover de tweede lijn gecreëerd kan worden, aangezien deze laatste bij inperking van haar budget onherroepelijk uitbreiding van haar marktsegment binnen de eerste lijn zal nastreven.

Overigens is men wel van mening dat er meer communicatie tussen eerste en tweede lijn dient plaats te vinden. Een beter georganiseerde eerste lijn met tegelijkertijd een afgrenzing van taken tussen eerste en tweede lijn, wordt eveneens gewenst, maar op meer inhoudelijke gronden: als we preventie serieus willen nemen, en de eerste lijn biedt volop de mogelijkheden waar de tweede lijn preventie stiefmoederlijk bedeeft, dient aan beide zaken voldaan te worden.

Van WVC-zijde wil men juist bestaande grenzen tussen eerste en tweede lijn verleggen. Huidige, summier, contacten tussen ziekenhuis

F. B. Busch

en eerste lijn moeten vice versa uitgebouwd worden. Machtsblokking dient vermeden te worden. Het forum is het daarmee wel eens, maar wijst op de totaal verschillende producten die eerste en tweede lijn leveren, welke ook verschillend management vereisen. Kortom: twee verschillende (denk)werelden.

Dat eerste en tweede lijn inderdaad vrij autonome systemen zijn, blijkt uit het onderzoek in Lelystad: niet de verwijzingen van de huisartsen, maar de diagnostiek van specialisten dreef consumptie van zorg (en kosten) binnen dit nieuwe ziekenhuis op.

Nast de pleidooien voor meer structuur en coördinatie binnen de eerste lijn, wordt ook gepleit voor het behoud van een 'lokale souplesse' ten aanzien van het aanbod van de eerstelijnsdienstverlening, want daar in ligt haar huidige kracht vooral. Zeker als je het stelt tegenover de meer rigide organisatiestructuur van de tweede lijn. Patiënten laten zich niet makkelijk persen in welke (eerstelijns) structuur dan ook. Zij wensen juist géén structuur maar wel meer overzicht van die eerste lijn. Het dilemma om een juiste organisatievorm voor de eerste lijn te kiezen, wordt nog vergroot door de huidige manier van werken binnen de geneeskunde in het algemeen, welke mensen afhankelijk maakt, preventie slechts ziet als voorkómen van ziekten en niet het respect voor de mogelijkheden van het eigen lichaam centraal stelt.

De centrale vraag bij dit alles blijft evenwel hoe de overheid met deze en andere dilemma's om dient te gaan: is haar taak het schetsen van perspectieven of het maken van beleid?

Aangezien deze vraag niet eenduidig beantwoord kan worden, wordt de suggestie gedaan om de Nota zoveel mogelijk binnen een voor de eerste lijn relevante volksvertegenwoordiging (gemeenteraden) te bespreken, om er in ieder geval achter te komen: 'is deze Nota 2000 het perspectief dat we als Nederlands volk delen over de toekomst van onze gezondheid?'