

127 421

schoorsteenvegers verband tussen roet en testiscarcinoom zou hebben ontdekt; bedoeld is ongetwijfeld niet *testiscarcinoom* maar *scro-tumcarcinoom* (dus huidcarcinoom op een plaats waar bij minder goede hygiëne roet langere tijd kon inwerken). Ook betwijfel ik of in de 18e eeuw roet als regel werd veroorzaakt door het stoken van olie (in plaats van kolen). Deze onjuistheden tasten overigens de argumentatie van het artikel niet aan.

Leiden, augustus 1985

Prof. Dr. F. Eulerink

### EERSTELIJNSPSYCHOLOOG

Tegen het artikel 'De eerstelijnspsycholoog' van De Thouars en Bosch in MC nr. 28/1985, blz. 341, heb ik ernstige bezwaren:

1. Het is een oratio pro domo zonder meer, zonder te omschrijven wat onder 'psyche' en 'psychische problematiek' wordt verstaan, terwijl algemeen bekend is:
  - a. dat over 'psyche' twee opvattingen bestaan, namelijk de rationale, cerebraal-stoffelijke inzake voelen, beleven en denken (inclusief wensen, willen en handelen) en de irrationele, onstoffelijke, veronderstellende, van magische-mystische-mythische-metafysische aard, waarvoor overigens geen enkel bewijs is aan te voeren, maar die wel ongebreideld is met alle (zelf)misleiding van dien;
  - b. dat elk probleem een psychisch proces is, waarbij het eenvoudige doorgaans door de betrokkene zelf kan worden opgelost (of uit zichzelf verdwijnt, zijnde ten onrechte gecreërd), maar dat het ernstige en/of langdurende veelal gepaard gaat met onwelbevinden en/of een organische functiestoornis - zonder aantoonbare afwijkingen. Daaruit volgt dat het (meer) ernstige probleem behoort tot het domein van de arts, de enige functionaris die kan concluderen of de oorzaak primair-lichamelijk dan wel -geestelijk is en daardoor de kans op kwakzalverij uitschakelt.
2. De schrijvers wijzen niet op de mogelijkheid dan wel op het feit dat de opleiding van de arts in het behandelen van psychische problematiek onvoldoende is, zodat deze, mede door gebrek aan tijd, geneigd is een psycholoog in te schakelen (reeds door 25%, volgens Abraham in MC nr. 10/1985, blz. 287).
3. Ook wordt niet vermeld dat circa 85% van de hulpzoekenden voor psychische klachten zich in eerste instantie tot de huisarts wendt.

Mijn standpunt is: die hulpverlening dient door of onder supervisie van een arts te geschieden (vooral indien diens kennis zich baseert op eeuwenoude ervaringen en niet op veronderstellingen inzake het wezen van de 'gehele' mens).

Den Haag, augustus 1985

H. K. Scheffer

1925?

### TUCHTCOLLEGE EN ALLEDAAGSE GENEESKUNST

In Medisch Contact van 5 juli jl. (MC nr. 27/1985, blz. 813) doet het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) een uitspraak naar aanleiding waarvan ik meen de volgende opmerkingen te moeten maken:

Op blz. 814 staat dat het CMT zich afvraagt of het niet beter zou zijn getroffen van een zo ernstig ongeval als het onderhavige (een dubbele beenbreuk; G.F.), na een eerste opvang en behandeling onverwijld door te wijzen naar een ziekenhuis, waar de mogelijkheden voor onderzoek en behandeling van functiestoornissen ('bloedcirculatie'; G.F.) in ruimere mate aanwezig zijn. Ik vraag mij ernstig af of de leden van het college, waarin eerbiedwaardige hooggeleerden zitting hebben, dezelfde geneeskunst bedrijven als ik, een huisarts. Zij zijn blijkbaar van mening dat men, zelfs indien er bij palpatie en inspectie geen circuliatioestoornis aanwezig is, toch moet doorverwijzen naar een specialist op dit gebied. Ze blijken aanhangers te zijn van de, veelal bij specialisten voorkomende, gedachte dat ieder mens ziek is totdat het tegendeel is aangetoond; en is er bij de patiënt nog niets gevonden, dan moet er verder onderzoek door andere specialisten gebeuren.

In deze tijd van bezuinigen staan de collegas van de diverse tuchtcolleges ver van de nuchtere alledaagse geneeskunst af (zie ook de commotie rond de uitspraak naar aanleiding van een knobbel in de borst, een tijdje geleden). Indien ik mij de normen van de collegas eigen zou maken, dan verwijs ik vele malen in de week mensen met vage klachten, maar zonder aantoonbare lichamelijke aandoeningen, naar de specialist. Iedere knobbel kan kanker zijn, iedere kneuzing, verstuiking kan een fractuur zijn, iedere hoofdpijn kan een tumor of bloeding zijn, etc. Zolang niet alles is onderzocht wat te onderzoeken is, voldoe je niet aan de normen van het tuchtcollege. De vele specialisten in deze colleges zijn blijkbaar vergeten dat zij geen geneeskunde maar kunst bedrijven, omdat zij altijd op basis van, per definitie, onvolledige gegevens beslissingen moeten nemen.

De kunst is, op verantwoorde wijze met het minimum aan middelen een optimaal resultaat te behalen. Enig, geaccepteerd, risico moet dan worden aanvaard. Een maximaal resultaat met een minimum aan risico en onzekerheid is onbereikbaar, omdat het te duur is, te belastend voor de mens en inefficiënt. Het is zelfs schadelijk (medicalisering). De norm dat altijd het maximale dient te geschieden stoelt op de mijns inziens ontorechte almachtige gedachte dat de geneeskunde alles moet kunnen verhelpen, voorkomen, en dat onzekerheid niet wordt getolereerd. Ik vraag mij af in hoeverre deze 'norm' voortkomt uit het onvernogen van de collegeleden tot omgaan met eigen onzekerheid en de beschreven gevoelens van

almacht. De leden van de colleges, de eerbiedwaardige opleiders van artsen tot specialist tonen zich volgens het spraakgebruik van Piet Vroon uit de Volkskrant ZULO (zeer uitgebreid lager onderwijs)-leraren, in plaats van praktisch werkzame artsen met een gezond verstand.

In hetzelfde nummer van Medisch Contact stond in de ingezonden-brievenrubriek een discussie over het (on)nut van de tuchtcolleges. Zolang alledaagse artsen zich niet in de normen van deze colleges kunnen vinden, dan is bezinning noodzakelijk. Het voorstel van Blijham ze af te schaffen (MC nr. 20/1985, blz. 605) is werkbaar; we zijn dan tenminste verlost van een instituut dat pseudo-normen maakt. Een andere oplossing is, in de colleges geen specialisten meer te benoemen, maar alledaagse artsen met gezond verstand, bijvoorbeeld huisartsen.

Hoek van Holland, augustus 1985

G. Freriks

### GEBRUIK VAN RADIOACTIEVE STOFFEN

In zijn artikel over het functioneren van medisch-ethische commissies in MC nr. 29/1985, blz. 872, stelt Prof. Dr. E. L. Noach dat radioactieve stoffen 'niet mogen worden toegediend aan gezonde proefpersonen'. Een dergelijk verbod is ons niet bekend; het zou betekenen dat medisch experimenteel onderzoek met radiofarmaca niet is toegestaan, terwijl dat in Nederland op grote schaal plaatsvindt. De voordelen van het gebruik van radiofarmaca voor medische experimenten zijn evident: er wordt exacte, fysiologische informatie mee verkregen, er zijn geen risico's aan verbonden afgezien van het stralingsrisico; juist het stralingsrisico is nauwkeurig vast te stellen.

Uiteraard dient in de 'vergunning' (Radioactieve Stoffen Besluit, Kernenergiewet) de toestemming te zijn geformuleerd, dat radioactieve stoffen voor medisch onderzoek mogen worden gebruikt. In het advies van de Gezondheidsraad inzake normen voor toediening van radioactieve stoffen aan vrijwilligers (rapport nr. 26, 1981) zijn richtlijnen inzake het toedienen van radiofarmaca aan vrijwilligers en de toelaatbaarheid van dergelijke experimenten gegeven. Diverse medisch-ethische commissies hanteren de daarin genoemde richtlijnen als norm.

Groningen, augustus 1985

D. A. Piers,  
H. Beekhuis,  
Academisch Ziekenhuis,  
afdeling Nucleaire Geneeskunde

# De samenwerking tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog

Guido van der Kroef en Fred Grauenkamp\*

Het aantal eerstelijnspsychologen in Nederland is de laatste jaren voortdurend toegenomen. De auteurs zetten in onderstaand artikel aan de hand van een vijftal casussen uiteen dat naast de centrale plaats die de huisarts in de eerstelijnszorg inneemt, de komst van de psycholoog een nuttige bijdrage aan de hulpverlening kan betekenen.

Het aantal psychologen in de eerste lijn is de laatste jaren gestaag gestegen. Afgezien van een aantal geregistreerde eerstelijns-psychologenpraktijken, beweegt zich ook een groeiend aantal zelfstandig gevestigde psychologen binnen de eerste lijn. Deze toename van activiteit van psychologen binnen de eerste lijn is volgens sommigen het begin van een gunstige ontwikkeling. De eerstelijnspsycholoog is een rijzende ster, zo kan men horen. De Thouars en Bosch (1985) hebben hier echter hun twijfels over. Zij wijzen erop dat de rol van de eerstelijns-psycholoog in de visie van de overheid er één is van diagnosticus, consultant en supervisor. Hierin zien zij een ongewenste beperking van de activiteiten van de eerstelijnspsycholoog, waardoor therapeutische werkzaamheden aan zijn neus voorbij gaan. Het is nog geenszins helder aan welke functie-eisen de eerstelijnspsycholoog zou moeten voldoen. De NIP-nota *De psycholoog in de eerste lijn II* (NIP, 1984) somt in een taakomschrijving de volgende werkgebieden op: psychodiagnostiek en indicatiestelling, psychologische behandeling, crisisinterventie, preventie en consultatie. Binnen elk van deze werkgebieden kan men zich afvragen welke activiteiten de eerstelijnspsycholoog wel op zich dient te nemen, welke niet en welke huidige werkzaamheden hij zelfs mogelijk beter aan anderen kan overlaten.

De behandeling van bij voorbeeld bepaalde specifieke klachten zoals hyperventilatie zou mogelijk ook door de huisarts zelf uitgevoerd kunnen worden.

Tegelijk met het groeiend aantal eerstelijnspsychologen dringen vragen omtrent nut en functioneren van de eerstelijnspsycholoog zich frequenter op de voorgrond. Het doen van onderzoek is één van de mogelijkheden om deze vragen te beantwoorden. Vooraf moet dan echter eerst duidelijk zijn om wat voor soort onderzoek het gaat en vanuit welke invalshoek men onderzoek wil doen. In dit kader wordt in dit artikel een invalshoek gepresenteerd, waarin de beslissingen die de huisarts moet nemen met betrekking tot inschakeling van de eerstelijnspsycholoog centraal staan. Daarna wordt in het licht van eerdere discussie (Smits en Hosman, 1985; Derksen, 1985; Sou-dijn, 1985) bekeken in hoeverre deze invalshoek van nut kan zijn voor het doen van onderzoek ten aanzien van de eerstelijnspsychologie.

## De huisarts als sleutelfiguur

In de huidige eerstelijns-gezondheidszorg neemt de huisarts een centrale plaats in. Deze spil-positie geeft de

huisarts een aantal voordelen: hij vormt de ingang tot de gezondheidszorg waardoor alle informatie vanuit de gezondheidszorg en vanuit de patiënt en zijn omgeving bij hem gecoördineerd wordt. Het handhaven van deze centrale positie binnen de eerste lijn is dan ook gewenst.

De binnenkomst van de psycholoog in het eerste echelon is voor de huisarts een mogelijkheid tot samenwerking met een nieuwe discipline binnen de eerste lijn. Voorwaarde hierbij is dat de huisarts de activiteiten van de psycholoog als een nuttige bijdrage aan de hulpverlening erkent en op de juiste wijze van deze bijdrage gebruik kan maken. Hiertoe is het zaak dat de huisarts weet wat de mogelijkheden van de eerstelijnspsycholoog zijn en wanneer deze ingeschakeld kan worden. Om op de juiste wijze van andere hulpverleners, waaronder de eerstelijnspsycholoog, gebruik te kunnen maken, moet de huisarts de vaardigheid hebben om de verschillende klachten van zijn patiënten adequaat te kunnen herkennen en onderscheiden.

Vroon (1975) maakt in dit verband met betrekking tot psychosomatiek een onderscheid in:

- 1) psychosomatische klachten, waarbij een duidelijk lichamelijk ziektebeeld psychologische variabelen als basis heeft,
- 2) hysterische klachten, waarbij een malfunctionie van organen of organsystemen niet opgespoord kan worden en
- 3) somatopsychologische klachten, waarbij de stoornis in het fysisch-organische gebied ligt, terwijl op psychologisch en gedragsmatig niveau problemen tot uiting komen.

De huisarts heeft naast deze groep van klachten nog te maken met psychische en psychosociale, en met zuiver somatische en maatschappelijk-financiële

problemen. Voor deze laatste twee soorten van klachten zal de eerstelijnspsycholoog niet vaak de meest aangewezen persoon zijn om de huisarts met de oplossing ervan te helpen.

Het nader bekijken van de huidige feitelijke activiteiten van eerstelijnspsychologen biedt een ingang tot het verkrijgen van meer inzicht in de inbreng van psychologen in de eerste lijn en tot het aangeven van richtlijnen voor toekomstige ontwikkelingen. De hier gehanteerde casuïstische benadering, waarin de behandeling van patiënten centraal staat, is zo'n ingang.

Voordat de eerstelijnspsycholoog met zijn feitelijke interventies bezig is, vinden er al allerlei interacties plaats tussen psycholoog en huisarts en tussen huisarts en patiënt. De huisarts moet vaak voorwerk verrichten alvorens de psycholoog aan de slag kan. Als een patiënt met buikpijn komt, is het voor de huisarts van belang eerst helderheid te krijgen omtrent een aantal zaken: om wat voor soort buikpijn gaat het; heeft de pijn een medische oorzaak of niet; hoe kan hij het beste behandelen en heeft hij daarbij misschien de eerstelijnspsycholoog nodig?

Het focussen op de interacties tussen de huisarts en de patiënt met zijn klachten laat zien dat de huisartsen in de behandeling van patiënten volgens een aantal stappen te werk moet gaan, waarbij bij iedere stap telkens een beslissing wordt genomen. In deze reeks van beslissingen wordt mogelijk op een zeker moment contact met de eerstelijnspsycholoog opgenomen. Pas dan is er sprake van inschakeling van de eerstelijnspsycholoog bij de problematiek van een bepaalde patiënt. In de serie beslissingen die de huisarts moet nemen is een min of meer sequentieel proces te onderkennen. Dit proces is weergegeven in de vorm van een model in de onderstaande figuur. In deze figuur is een beslissingsmodel met betrekking tot de inschakeling van de eerstelijnspsycholoog door de huisarts afgebeeld.

Binnen dit model kan de eerstelijnspsycholoog op twee niveaus werkzaam zijn. Het eerste niveau heeft be-

trekking op de specifieke behandeling van specifieke patiënten. Het tweede niveau heeft betrekking op het beslissingsproces zelf: de psycholoog kan ten aanzien van de huisarts adviseren en interveniëren, zodat doorverwijzing en behandeling van patiënten in het algemeen accurater en efficiënter worden. Zo kan het bij voorbeeld van belang zijn dat de huisarts weet welke patiënten wel en welke patiënten hij niet naar de eerstelijnspsycholoog kan door sturen.

## Casuïstiek en beslissingsmodel

Het in de figuur op blz. 315 afgebeelde beslissingsmodel is voortgekomen uit een nadere bestudering van de casuïstiek. Het voordeel van het gebruik van het model is dat dit het mogelijk maakt het feitelijke beslissingsproces voor een specifieke patiënt te transponeren naar een algemener niveau. Aan de hand van de nu volgende casuïstiek worden in de volgorde van het model de verschillende beslissingsfasen van de huisarts toegelicht. Dit om de koppeling van het model aan casuïstiek te illustreren. Na iedere casus volgt een kort commentaar ter verwijzing naar het beslissingsmodel. In de onderstaande casuïstiek is bovendien een verschuiving te vinden van psychische problematiek (casus 1 en 2) via psychosomatische (casus 3 en 4) naar somatopsychologische problematiek (casus 5): de huisarts krijgt immers met alle soorten klachten te maken en bij elke soort kan de hulp van de eerstelijnspsycholoog soms gewenst zijn.

*Casus 1.* De huisarts krijgt een man met een lichamelijke klacht op zijn spreekuur. Tijdens het consult komt er nog een andere klacht naar voren: „Dokter, het gaat helemaal niet goed met mijn vrouw. Zij huult om het minste of geringste. Zij is vreselijk bang dat ons iets zal overkomen waardoor we niet meer voor de baby kunnen zorgen.

*Kunt u er misschien iets aan doen?”*

De huisarts moet bepalen om wat voor soort klacht het gaat: herkenning. De dichotomie somatisch versus psychisch speelt daarbij vaak een rol. De ruimte die de huisarts voor meer persoonlijke problemen van patiënten geeft, is afhankelijk van zijn interesse, aandacht en tijd. In dit geval vermoedt de huisarts een achtergrond van psychische problematiek en hij besluit verder op de problemen in te gaan. (Zie voor deze casus ook Van der Aa-Boers, 1984).

*Casus 2.* Een huisarts wordt in de nacht na tweede kerstdag gebeld door een patiënt, die vraagt of hij snel langs wil komen. Zijn echtgenote heeft veel te veel gedronken en staat op het punt een handvol medicijnen in te slikken. Als de huisarts arriveert merkt hij al snel uit de verhalen van het echtpaar, dat er tussen de echtelieden flinke conflicten bestaan, die tot een uitbarsting zijn gekomen.

De huisarts kan in dit geval de klachten snel herkennen. Een nadere analyse van de aard van de problematiek levert hem al snel de diagnose „relatie-problematiek” op. Hij kan nu stappen zetten om de klachten zo snel en adequaat mogelijk te (laten) behandelen.

*Casus 3.* Mevrouw B. is een zeer frequent bezoeker van de huisarts. Zij heeft problemen van astmatische aard en daarnaast nog allerlei vage klachten. Nu komt zij weer met een nieuwe klacht op de proppen: zij heeft ernstige slaapstoornissen. Medicamenteuze behandeling heeft geen effect. De huisarts betwijfelt het bestaan van een werkelijk slaapprobleem en besluit hulp van derden in te roepen. Hierbij valt zijn keuze op de eerstelijnspsycholoog.

In deze casus moet de huisarts beslissen of hij hulp van anderen nodig heeft. Het antwoord hierop luidt al snel bevestigend. De volgende keuze die de huisarts moet maken, is wie hij te hulp zal roepen. Gezien het feit dat hij nauw bij de behandeling betrokken wil zijn, kiest hij voor de eerstelijnspsycholoog.

*Casus 4.* Mevrouw P. is een goede bekende in het medisch circuit. In het verleden hebben artsen bij haar eens foutief de diagnose „psychisch” gesteld, waardoor haar vertrouwen in de medische stand flink is aangetast. Zij komt nu bij de huisarts met pijnklachten en wil het woord „psychisch” niet horen, hoewel de huisarts meent dat er toch sprake van psychische problematiek zou kunnen zijn. Anderzijds is mevrouw P. om onverklaarbare redenen erg mager. De huisarts consulteert de psycholoog. De psycholoog ziet echter op dit moment geen kans tot directe interventies van zijn kant, het risico dat mevrouw P. vlucht naar andere medisch-somatische kanalen achten huisarts en psycholoog bij interveniëren van de psycholoog te groot. In dit geval staan consultatie van de psycholoog en overleg tussen huisarts en psycholoog centraal. Het aftasten van de psychologische kant en het zoeken naar een psychologische ingang heeft het beslissingsproces van de huisarts vergemakkelijkt en mogelijk in kwalitatief opzicht ook verbeterd. De psycholoog ziet echter geen mogelijkheden tot interventie, zodat de huisarts andere wegen van behandeling moet gaan zoeken.

*Casus 5.* Meneer V. is enige tijd geleden geopereerd in verband met een hersentumor. Voor meneer V. en zijn vrouw en drie kinderen levert dit veel problemen op. Ondanks de intensieve begeleiding van de huisarts kan het gezin de moeilijkheden niet het hoofd bieden. Huisarts en psycholoog zetten een behandelingsplan op. Zij willen in eerste instantie het gezin adequater met de situatie leren omgaan. De psycholoog zal daarbij de psychologische begeleiding voor zijn rekening nemen, terwijl de huisarts zich vooral met de medisch-sociale kant van de zaak zal bezighouden. De huisarts overlegt met het gezin over inschakeling van de psycholoog. Het gezin wil graag verandering in de situatie en vindt het plan van de huisarts om de psycholoog in te schakelen na enige aarzeling een goed idee. In deze casus worden de laatste drie

stappen van het model geïllustreerd. Huisarts en psycholoog stellen een behandelingsplan op, waarna de huisarts de patiënten tot contact met de psycholoog probeert te motiveren. Als dit lukt, kan de feitelijke behandeling van de psycholoog doorgang vinden.

## Huisarts, psycholoog en doorverwijzing

Uit de bovenstaande casuïstiek wordt duidelijk dat de huisarts ten aanzien van de eerstelijnspsycholoog een zekere beslissingsstrategie moet volgen. De eerste stap die de huisarts moet maken, is het beoordelen van het soort van klachten waarmee de patiënt komt. De psycholoog kan de huisarts hierbij adviseren.

In het model is te zien dat de eerste stap een struikelblok kan vormen met betrekking tot de verdere behandeling van een klacht. Als de huisarts niet goed in staat is de klacht te herkennen, neemt de kans op een succesvolle behandeling af. De eerste stap die de huisarts moet maken is derhalve van groot belang.

De adviserende functie van de psycholoog kan ook zijn weggelegd voor de daarop volgende stappen die de huisarts in het beslissingsproces moet nemen. De psycholoog is daarbij niet alleen patiënt-gebonden bezig, maar heeft ook aandacht voor de interacties die er in het algemeen tussen huisarts en psycholoog plaatsvinden bij doorverwijzing en behandeling van patiënten.

## Implicaties van het model voor onderzoek

In het volgende recapituleren we eerst in het kort een eerder door Smits en Hosman (1985), Derksen (1985) en Soudijn (1985) gevoerde discussie over de onderzoeksmogelijkheden ten aanzien van het functioneren van de eer-

stelijnspsycholoog. Daarna zullen we enige implicaties bespreken die het beslissingsmodel voor onderzoek kan hebben.

Smits en Hosman (1985) opperen met betrekking tot het doen van onderzoek twee mogelijkheden, waarbinnen het functioneren van de eerstelijnspsycholoog nader bekeken kan worden.

De eerste mogelijkheid is een landelijk inventariserend onderzoek naar de positie en het functioneren van eerstelijnspsychologen die op dit moment werkzaam zijn. Dit onderzoek zou volgens hen kunnen uitmonden in een onderzoek bij een selectie van eerstelijnspsychologen, die zoveel mogelijk een tevoren bepaalde taakomschrijving benaderen. Een dergelijk onderzoek wordt door Smits en Hosman beschreven in de tweede onderzoeksmogelijkheid.

Deze tweede mogelijkheid is een evaluatie-onderzoek bij een beperkt aantal eerstelijnspsychologen die een brugfunctie vervullen tussen de eerste lijn en AGGZ. Hiermee zou volgens Smits en Hosman kunnen worden nagegaan in hoeverre de met de brugfunctie beoogde doelstellingen worden gerealiseerd.

In een reactie op deze onderzoeksvoorstellen merkt Derksen (1985) op dat in zijn ogen het er vooral om gaat dat de klinisch psychologen die in de eerste lijn (gaan) werken een ideaal model van de eerstelijnspsycholoog – welk ideaal model wordt in het artikel van Derksen niet geheel duidelijk – zo dicht mogelijk benaderen. De eerste onderzoeksmogelijkheid van Smits en Hosman zou voornamelijk een kwantitatief-empirische benadering met zich meebrengen in de categorie van rechtvaardiging via regelmaat, zo merkt Derksen op.

In de tweede onderzoeksmogelijkheid wordt volgens Derksen ten koste van de psychologen zelf de autoritaire rechtvaardiging van wat de eerstelijnspsycholoog zou moeten kunnen en/of mogen ter zijde geschoven. Met name aan deze tweede onderzoeksmogelijkheid ziet Derksen dan ook nadelen kleven. Het lijkt alsof Smits en Hosman

de taakomschrijving van de overheid boven die van de eerstelijnspsychologen prefereren, vindt Derksen.

Als alternatief pleit Derksen ten aanzien van het soort van onderzoek voor een casuïstische benadering. In het uitvoeren van effect-onderzoek, zoals bij voorbeeld het kijken naar het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde gezondheidszorg, ziet hij weinig heil. Hierbij heeft hij de ervaringen die met dergelijk onderzoek in de psychotherapie zijn opgedaan in gedachten.

De kritiek van Soudijn (1985) op de voorgestelde mogelijkheden van onderzoek van Smits en Hosman is, dat zij hun aandacht vooral richten op de huidige kenmerken van de eerstelijnspsychologie. Zaken als kwaliteit en ontwikkelingsperspectief – richtlijnen voor mogelijke en gewenste toekomstige ontwikkelingen – van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog ontbreken in het eerste onderzoeksvoorstel. In het tweede onderzoeksvoorstel wordt volgens Soudijn wel ruimte gelaten voor informatie over de kwaliteit, maar ook hier blijft het ontwikkelingsperspectief achterwege. Soudijn vraagt zich af of de dringende wens om onderzoek te doen geen exponent is van mogelijke problemen in het overleg tussen NIP en overheid.

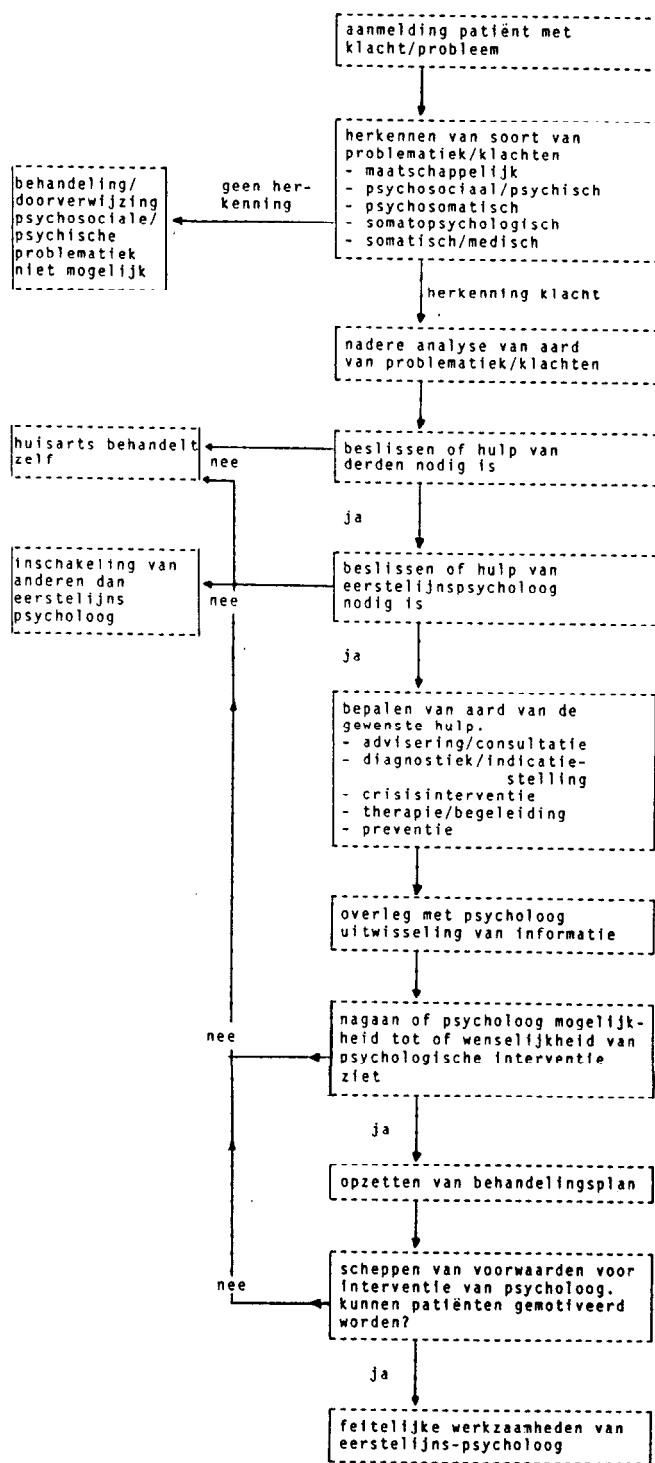
Een van de hoofdproblemen bij het doen van onderzoek binnen de eerstelijnspsychologie is volgens Soudijn het feit dat de eerstelijnspsychologie nog in het geheel niet is uitgekristalliseerd. Hij pleit ervoor eerst nader te bekijken wat de argumenten zijn die de betrokken partijen aanvoeren om bepaalde ontwikkelingen te bevorderen of af te remmen. Wanneer hier eenmaal meer zicht op gekregen is, zal het duidelijker worden, aldus Soudijn, of en in hoeverre onderzoek die argumenten kan leveren. Bovendien wordt het dan ook duidelijker welke vorm van onderzoek het meest geschikt is.

Evenals Derksen, zien wij de casuïstische benadering als een bruikbare route waarlangs een adequaat antwoord gegeven kan worden op vragen die betrekking hebben op het functioneren van de eerstelijnspsycholoog. In

de casuïstische benadering komen de goede eigenschappen van de eerstelijnspsychologie al snel naar voren: directe bereikbaarheid van de psycholoog, lage drempels voor patiënten, di-

rect overleg tussen psycholoog en huisarts en het meeprofiteren van de eerstelijnspsycholoog van de „vertrouwenshalo” van de huisarts. De casuïstische benadering in dit artikel

Figuur. Beslissingsmodel van de huisarts voor het inschakelen van de eerstelijnspsycholoog.



verschilt echter met die van Derksen, waarin de therapie in de eerstelijnspsychologie een belangrijke rol voor zich opeist. In het kader van het beslissingsmodel zijn de interventies van de psycholoog bij de patiënten daarentegen naar de achtergrond geplaatst en is deze interventies slechts een bijrol toebedeeld. De therapie komt dientengevolge slechts zijdelings ter sprake.

Het gebruik van een beslissingsmodel in verder onderzoek lijkt een vruchtbare invalshoek. Het model laat op de eerste plaats zien dat de psycholoog op meerdere niveaus kan opereren. In het onderzoeken van de eerstelijnspsychologie is het nuttig te bekijken op welk niveau het onderzoek betrekking heeft. Terwijl Derksen meer op het niveau van de patiënt lijkt te werken, vinden Smits en Hosman het onderzoeken van meer structurele zaken, zoals de positie en het functioneren van de eerstelijnspsycholoog binnen de gezondheidszorg in algemene zin, het onderwerp van studie waard.

Het beslissingsmodel geeft tevens inzicht in de interactie tussen psycholoog en huisarts. Het focussen op de beslissingen die de huisarts moet nemen met betrekking tot inschakeling van de eerstelijnspsycholoog laat zien dat niet alleen de huisarts en de psycholoog ieder voor zich de kwaliteit van de zorgverlening kunnen verbeteren, maar dat juist de samenwerking tussen hen een kwaliteitsverhogende factor kan zijn. Het verder ontwikkelen van een beslissingsmodel in de eerste lijn is een manier om in positieve zin een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van die zorgverlening.

In het beslissingsmodel wordt de interactie tussen eerstelijnspsycholoog en huisarts opgebroken in onderdelen, namelijk in stappen in het beslissingsproces. Dit geeft de mogelijkheid specifieke onderdelen van het proces te onderzoeken en van daaruit te specificeren wat de sterke en zwakke punten van een bepaalde schakel zijn. Dit komt tegemoet aan de opmerking van Soudijn, dat het nodig is dat onderzoek moet kunnen aangeven waar er iets veranderd moet (of kan) worden. In de onderzoeksmogelijkheden van Smits

en Hosman komt, zoals Soudijn opmerkt, dit punt nauwelijks aan de orde. Door exacter aan te geven wat de kenmerken van een schakel zijn en wat de gewenste veranderingen erin zijn, komt het ontwikkelingsperspectief beter uit de verf.

Ten aanzien van het uitvoeren van onderzoek merkt Van der Zee (1983) op dat in onderzoek antwoorden op twee verschillende manieren verkregen kunnen worden, namelijk door het stellen van „hoe-is-het”-vragen en door het stellen van „hoe-kan-het”-vragen. Bij de „hoe-is-het”-vragen laat het door Soudijn genoteerde probleem zich zien: de eerstelijnspsychologie is niet uitgekristalliseerd. Het stellen van „hoe kan het”-vragen aan de hand van casuïstiek biedt meer mogelijkheden. Niet alleen kan dat het perspectief van kwaliteit en ontwikkeling verdiepen, maar ook richtlijnen opleveren voor verder onderzoek.

Concluderend merken we op dat een casuïstische benadering ten aanzien van het doen van onderzoek naar het functioneren van de eerstelijnspsycholoog, zoals Derksen ook voorstelt, aanbeveling verdient, zij het met de aantekening dat bekeken moet worden op welk niveau en binnen welke schakel van het beslissingsproces dit uitgevoerd zou moeten of kunnen worden. Het is tevens de vraag wie daarin centraal moet staan: de psycholoog of de huisarts. Wil de eerstelijnspsycholoog zich zo vloeiend mogelijk kunnen inpassen in de eerstelijns-gezondheidszorg, dan pleiten wij voor het laatste. Wat betreft het soort van onderzoek kunnen, zoals Soudijn opmerkte, de behoeften van de verschillende betrokkenen een richtsnoer zijn. Hoofdzaak is echter dat verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening voorop blijft staan, uiteraard binnen de mogelijkheden die maatschappelijk en financieel voorhanden zijn. Het tot uiting komen van belangentegenstellingen tussen verschillende binnen de eerste lijn werkzame groeperingen in de vraag naar het nut van de eerstelijnspsychologie, dient in dit licht vermeden te worden.

## Literatuur

- Aa-Boers, A. van der, *Verslag van een stage in de eerste lijn in een huisartsenpraktijk*. Tilburg: Katholieke Hogeschool. Stageverslag 9e en 10e semester, 1984.
- Derksen, J.J.L., *Onderzoek en rechtvaardiging van eerstelijnspsychologie*. *De Psycholoog*, 1985, 20, 80-82.
- Nederlands Instituut van Psychologen. *De psycholoog in de eerste lijn II*. Amsterdam, 1984.
- Smits, A., Hosman, C., *Onderzoek naar de rol van de psychologie in of dichtbij de eerstelijnszorg*. *De Psycholoog*, 1985, 20, 77-80.
- Soudijn, K.A., *Onderzoek in de eerste lijn*. *De Psycholoog*, 1985, 20, 180-181.
- Thouars, F.F.B. de, Bosch, F., *De eerstelijnspsycholoog. Een rijzende ster in de gezondheidszorg?* *Medisch Contact*, 1985, 40, 841-842.
- Vroon, P.A., *Psychosomatiek en cognitieve processen*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1975, 1, 195-210.
- Zee, H. van der, *Tussen vraag en antwoord*. Meppel: Boom, 1983.

- \* Drs. G.C. van der Kroef is als eerstelijnspsycholoog verbonden aan de Vakgroep Fysiologie en Fysiologische Psychologie van de Katholieke Hogeschool Tilburg. Drs. E.J. Grauenkamp is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie van deze Hogeschool.

## Summary

*The authors discuss the fact that participation of clinical psychologists in the practices of Dutch general practitioners improves the quality of primary health care. A model is constructed on the basis of case material. The model includes the decisions made by the general practitioner concerning the participation of a clinical psychologist in the treatment of a patient's physiological and/or psychological complaint. Possible problems in the practitioner-psychologist interaction can be identified via the model. The authors propose that the model can help to investigate possible ways to improve the quality of the combined work of general practitioner and psychologist in primary health care.*