

8652

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-psychiatisch 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 schuilen 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 contra-indiceerd 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.