



**inventarisatie en doorlichting van
bestaande en reeds afgebroken
werkcontacten tussen huisartsen
en psychologen**

**h. schut
j. bensing
mei 1977**

INHOUDSOPGAVE:

	Pag.
INLEIDING.	1.
I HISTORISCHE SCHETS	3.
II DE ONDERZOEKSPOPULATIE	7.
II 1. Inleiding	7.
II 2. "Samenwerking" tussen huisarts en psycholoog	7.
II 3. De populatie psychologen	7.
II 4. Het opbouwen van het bestand	8.
III HET ONDERZOEKSTRUMENT	11.
III 1. Inleiding	11.
III 2. Het ontwikkelen van de vragenlijst(en)	11.
III 3. Vragen over de psycholoog	12.
III 4. De verdere inhoud van de vragenlijst	12.
IV HET VERWERVEN VAN DE GEGEVENS	17.
IV 1. Inleiding	17.
IV 2. De eerste benadering van de psychologen	17.
IV 3. Het rappel	17.
IV 4. Het afnemen van telefonische interviews	17.
IV 5. De respons	17.
V BESCHOUWINGEN OVER HET MATERIAAL	19.
V 1. Inleiding	19.
V 2. Enkele basisgegevens	19.
V 3. Verschillende analyse niveaus: problemen en gezochte oplossingen	21.
V 4. De verwerking van het materiaal	21.
VI DE OPLEIDING TOT PSYCHOLOOG	23.
VI 1. Inleiding	23.
VI 2. De doctoraalopleiding	23.
VI 3. Aansluiting tussen opleiding en werken met of ten dienste van huisartsen	25.
VI 4. De doctoraalopleiding en de hoofdfunctie die de psycholoog bekleedt ten tijde van de start van het werken in relatie met huisartsen.	27.
VI 5. De doctoraalopleiding en het werk dat men ten behoeve van huisartsen verricht.	28.
VI 6. Samenvatting	31.
VII DE HOOFDFUNCTIE VAN DE PSYCHOLOOG	33.
VII 1. Inleiding	33.
VII 2. Basisgegevens over de hoofdfunctie	33.
VII 3. De hoofdfunctie van de psycholoog en het prolongeren van de samenwerking met de huisarts	34.
VII 4. De hoofdfunctie van de psycholoog en de tevredenheid met de structuur van de samenwerking	35.
VII 5. De hoofdfunctie van de psycholoog en de werkzaamheden die in relatie tot de huisarts worden verricht	37.
VII 6. Samenvatting	39.
VIII DE WERKZAAMHEDEN VAN DE PSYCHOLOOG	41.
VIII 1. Inleiding	41.
VIII 2. Wat doen psychologen zoal?	41.
VIII 3. De werkzaamheden van de psycholoog nader geanalyseerd	44.
VIII 4. Diagnostiek	45.
VIII 5. Consultatie	49.
VIII 6. Therapie	55.
VIII 7. Bij- en nascholing	59.
VIII 8. Een onderlinge vergelijking van de verschillende werkzaamheden	63.
VIII 9. Samenvatting	69.
IX DE FINANCIERING VAN DE PSYCHOLOOG	73.
IX 1. Inleiding	73.
IX 2. De honorering van het werk van de psycholoog	73.
IX 3. De relatie tussen de financiering van de samenwerking en de hoofdfunctie van de psycholoog	75.
IX 4. De relatie tussen de financiering en de inhoud van het werk van de psycholoog	78.
IX 5. De evaluatie van de financiering	81.
IX 6. Samenvatting	87.
SLOTBESCHOUWING	89.

INLEIDING.

De samenwerking tussen psychologen en huisartsen is nog niet zo oud. Pas de laatste jaren beginnen huisartsen en psychologen elkaar op grotere schaal op te zoeken. En dat verloopt niet zonder geruis. Positieve geluiden van huisartsen die eindelijk een uitweg gevonden hebben voor de overdaad aan psychische klachten waar zij dagelijks mee geconfronteerd worden, worden afgewisseld door kritische kanttekeningen. In deze laatste categorie vallen bijvoorbeeld de vragen naar de taakafbakening van de psycholoog ten opzichte van het maatschappelijk werk of de klachten over de onduidelijkheid met betrekking tot de exacte functieomschrijving van de psycholoog: wat voor psycholoog is bevoegd tot het doen van wat voor soort werk? Deze vaagheden hebben ertoe geleid dat de inbedding van de psycholoog in het gezondheidszorgsysteem nog lang geen voltooide zaak is: de financiering verloopt vaak gebrekkig en via kleine experimenten wordt gezocht naar een optimale samenwerkingsstructuur.

In dit proces van tasten en zoeken naar de mogelijkheden en beperkingen van de psycholoog ten dienste van de (algemene) gezondheidszorg past een onderzoek als dit. Het onderzoek "Samenwerking Huisarts - Psycholoog" bevat een inventarisatie en doorlichting van de samenwerking van psychologen en huisartsen in al zijn varianten en verschijningsvormen.

Het is een eenzijdige beschrijving, want alleen de psycholoog is aan het woord gelaten. In een project dat slechts een looptijd heeft van een jaar moeten bepaalde keuzes gedaan worden. De keuze om de psychologen als doelgroep te nemen en niet de huisartsen is een bewuste keuze geweest. Immers juist over de plaats en de functie van de psycholoog bestaat veel onduidelijkheid en juist de positie van de psycholoog in de gezondheidszorg staat momenteel ter discussie. Het pragmatische motief dat de psychologen die voor dit onderzoek in aanmerking komen een veel kleinere groep vormen dan de betrokken huisartsen (wat belangrijk is wanneer men de gehele populatie en niet slechts een steekproef daaruit wil beschrijven) heeft tenslotte de doorslag gegeven.

In het onderstaande hebben een viertal thema's centraal gestaan, die rechtstreeks zijn af te leiden van de in het begin van deze inleiding genoemde onduidelijkheden. In hoofdstuk VI wordt de opleiding tot psycholoog besproken. We gaan in op de opleidingsachtergrond van de bij samenwerking betrokken psychologen, op de aansluiting tussen deze doctoraalopleiding en het werken met huisartsen alsmede op de relaties tussen de gevolgde afstudeerrichting enerzijds en de hoofdfunctie van de psycholoog en de inhoud van de samenwerking anderzijds. In het volgende hoofdstuk (VII) staat de hoofdfunctie die de psycholoog bekleedt tijdens zijn werkcontacten met huisartsen centraal. Deze organisatorische setting wordt in verband gebracht met de werkzaamheden die de psycholoog ten behoeve van de huisarts verricht én met de mate waarin men tevreden is over de organisatiestructuur van de samenwerking. Om ook mogelijke knelpunten die te maken hebben met de plaats van de psycholoog in de gezondheidszorg op het spoor te komen, wordt de thuisbasis van de psycholoog gerelateerd aan het al dan niet continueren van de samenwerking. Dit prolongeren van de werkrelaties met huisartsen komt ook aan de orde bij de evaluatieve bespreking van de werkzaamheden die de psycholoog in relatie tot de huisarts uitvoert. Deze activiteiten komen in hoofdstuk VIII ter sprake, waarbij steeds twee vragen onder de loep worden genomen: "welke psychologen doen een bepaalde activiteit?" en "hoe wordt deze activiteit geëvalueerd?". Bij de bespreking van de werkzaamheden van de psycholoog richt de aandacht zich voornamelijk op vier soorten bezigheden: diagnostiek, consultatie, therapie en bij- en/of nascholing. Het laatste hoofdstuk (IX) behandelt de financiering van het werk van de psycholoog. Na een algemene beschouwing van de manieren waarop de honorering plaats vindt, wordt geanalyseerd of er duidelijke relaties zijn te ontdekken tussen deze betalingsvormen en de hoofdfunctie van de psycholoog en de inhoud van de samenwerking. Ook bij de behandeling van het onderwerp financiering zal de evaluatieve component (hoe tevreden men is, hoe staat het met het continueren van de werkcontacten e.d.) niet ontbreken.

De weergave van de resultaten wordt voorafgegaan door een hoofdstuk (I), waarin de samenwerking tussen huisarts en psycholoog mede op grond van gegevens uit de literatuur in historisch perspectief wordt geplaatst. In de drie volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de opzet van het onderzoek. Wij behandelen daarbij allereerst (hoofdstuk II) de onderzoekspopulatie, waarbij vragen als "wat is samenwerking?" en "hoe is de samenstelling van het bestand?" aan de orde komen. Vervolgens (hoofdstuk III) wordt het onderzoeksinstrument besproken. Het ontwikkelen van de inhoud van de gebruikte vragenlijsten en interviews staan hierbij centraal. Hoofdstuk IV beschrijft tenslotte op welke manier de data zijn verzameld en hoe groot de respons is. Hoofdstuk V is een soort intermediair tussen de in het eerste gedeelte behandelde opzet van het onderzoek en de resultaten van de inventarisatie, die in de resterende hoofdstukken worden gepresenteerd. We behandelen enige basisgegevens over het verkregen materiaal

en gaan in op de manier waarop deze informatie is geanalyseerd.

De beginhoofdstukken van dit rapport (I tot en met IV) komen in grote lijnen overeen met de gelijknamige hoofdstukken in het eind 1976 verschenen interimrapport. In dat verslag is in het gedeelte "Een korte blik vooruit" gepreludeerd op de mogelijkheid om door middel van een aantal gesprekken met psychologen en huisartsen nog enige casuïstiek aan het eindrapport toe te voegen. Dit plan bleek echter in het beperkte kader van het project te ambitieus te zijn. Het N.H.I. hoop ooit nog in de gelegenheid te worden gesteld om in een aparte publicatie deze casuïstiek te kunnen presenteren.

Tot slot willen we onze grote waardering uitspreken voor het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat het onderzoek financieel mogelijk heeft gemaakt en ons in de persoon van de Geneeskundig Inspecteur A. Vrij op plezierige wijze heeft gestimuleerd en gesteund.

I. HISTORISCHE SCHETS

We hoeven niet ver in de geschiedenis terug te gaan vóór we de eerste ideeën en plannen rond de samenwerking huisarts-psycholoog aantreffen, die uitstijgen boven het individueel niveau. Pas eind 1971, begin 1972 ontstond de eerste golf van tijdschriftartikelen, experimentele projecten, werkgroepen en congressen gewijd aan dit thema.

Het is niet geheel toevallig dat deze ontwikkeling juist op dit moment zich op zoveel verschillende gebieden tegelijk manifesteerde. De explosieve belangstelling van huisartsen en psychologen voor elkaar laat zich voor een groot deel verklaren uit het recente verleden van hun beider disciplines.

De huisartsenwereld was al geruime tijd in beroering omdat steeds meer van de gebruikelijke huisartsentaken geleidelijk aan werden overgenomen door medische specialisten, toen de functie van de huisarts in 1959 min of meer officieel opnieuw gedefinieerd werd. De huisarts werd opgedragen "de continue, persoonlijke en integrale zorg te verlenen aan de patiënt en zijn gezin" *

De nieuwe definitie voor de huisartsentaak leek echter meer gestoeld te zijn op een (vermeende, immers nooit goed onderzochte) behoefte van de "patiënt in de praktijk", dan op de capaciteiten -zowel qua opleiding als qua bedrijfsvoering- van de huisarts. Hij ging dan ook al snel hulp zoeken. Hij ging deskundigheid zoeken bij andere disciplines (bijvoorbeeld in studiegroepen Medische Psychologie) en hij ging samenwerken met andere disciplines (in home-teams en gezondheidscentra).

De psycholoog speelde in de beginperiode nog nauwelijks een rol. Waar huisartsen hulp zochten in de vorm van consultatie gebeurde dit voorlopig nog vrijwel uitsluitend bij psychiaters, waar zij streefden naar samenwerking gebeurde dit vrijwel altijd in de driepoot huisarts - maatschappelijk werkende - wijkverpleegkundige. Ter illustratie: van alle psychologen, die ooit hebben meegewerkt aan de Studiegroepen Medische Psychologie (Balint-groepen) die sinds 1957 in Nederland draaien waren het vrijwel uitsluitend psychiaters aan wie de huisartsen advies konden vragen voor de behandeling van moeilijke gevallen **)

Een ander voorbeeld: de eerste gezondheidscentra met als kern de huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige startten tegen het eind van de zestiger jaren met subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; de eerste psycholoog die door het (inmiddels van naam veranderde) Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op experimentele wijze aan de eerste lijn werd toegevoegd (in Capelle aan de IJssel), kon pas in september 1975 zijn diensten aan het eerste echelon gaan verlenen. Het lijkt erop alsof zowel de huisartsen in het veld als de beleidsmensen eerst andere dichterbij gelegen alternatieven hebben uitgeprobeerd voordat ze een nauwere samenwerking zochten met de psycholoog, die zich immers ook nog geen vaste plaats in de gezondheidszorg had verworven.

De belangstelling van de psycholoog voor hulpverlening in of dichtbij de eerste lijn van de gezondheidszorg is, analoog aan de ontwikkelingen die de huisarts heeft doorgemaakt, eveneens voor een groot deel te verklaren uit een geleidelijke verandering in de soort gebieden die de psychologie tot de hare rekent.

Was de psychologisch geschoolde hulpverlener voornamelijk het hulpje van de psychiater dat vooral diagnostisch werk verrichtte, de ontwikkeling van de psychologische theorieën maakte een eigen manier van hulpverlening en daarmee de verzelfstandiging van de psychologische hulpverlener mogelijk. Hij kon zich niet alleen losmaken van de psychiater, maar ook voor een deel van de psychiatrie. Niet alleen wat in de psychiatrische termen gestoord gedrag heet, maar juist ook meer alledaagse dingen als ziekte- en gezondheidsgedrag, seksualiteit en eenzaamheidsbeleving kwamen binnen het gezichtsveld van de psycholoog. Deze ontwikkeling kan niet los worden gezien van de toenemende behoefte van de psychologen om "er vroeger bij te zijn". Voorkomen is beter dan genezen. Deze behoefte om (ook) aan preventie te gaan werken, gekoppeld aan de groeiende neiging om juist de meer alledaagse dingen tot het werkterrein van de psycholoog te gaan rekenen, zorgden voor een trek in de richting van het eerste echelon. En daar ontdekten de psychologen al snel de huisarts, die als centrale hulpverlener van het eerste echelon nog steeds meestal als eerste ontdekt wat voor problemen mensen hebben in hun werk, relaties of de opvoeding van hun kinderen - problemen die onder de verzamelnaam "psychosociale problematiek" de literatuur ingaan.

Wanneer men tenslotte dan ook nog even denkt aan de groeiende werkeloosheid en de daarmee groeiende angst voor werkeloosheid onder de psychologen en toekomstige psychologen, is ook de belangstelling van de psycholoog voor de huisarts allang geen onbegrijpelijke zaak meer.

*) Definitie van de functie van de huisarts, geformuleerd op het "Woudschoten-congres" van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1959, rapport verschenen in 1963).

***) Veldhuizen van Zanten (1966).

Dat de huisartsen en psychologen in het begin van de jaren zeventig elkaar ineens op zo grote schaal gevonden hebben is zeker voor een belangrijk deel te danken aan de inspanningen van de Landelijke Contactcommissie Huisarts - Psycholoog (L.C.C.)

Op 25 september 1971 werd op particulier initiatief voor het eerst een bijeenkomst georganiseerd voor huisartsen (20) en psychologen (60). In de ochtendzitting kwamen een viertal sprekers aan bod. Schiethart (N.H.G.-commissie medische psychologie) stelde dat er zowel bij de huisarts als bij de psycholoog behoefte blijkt te bestaan om elkaar beter te leren kennen. Van der Zijl (psycholoog) gaf een uiteenzetting naar aanleiding van de vraagstelling "Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijkse praktijkvoering van elkaar verwachten?" Dubois (huisarts) suggereerde dat psychologen al dan niet tijdelijk zitting zouden kunnen nemen in Balintgroepen of begeleidingswerk konden gaan doen in samenwerkingsprojecten, gezondheidscentra of welzijnscentra. J. Bergsma (ziekenhuispsycholoog) gaf in een voorbeeld uit de praktijk aan hoe de psycholoog een dienstverlenende rol kan spelen ten behoeve van een aantal huisartsen door bijscholingsactiviteiten te ontplooiën. Na de lunch ging Veenman (departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid in op de opzet van de gezondheidszorg. Ruime inpassing van psychologische hulp in het eerste echelon leek hem - gezien de economische toestand - voorshands niet te realiseren. Baay (medisch adviseur Ziekenfondsraad) richtte zich vooral op de financiële consequenties van een nauwer samenspel tussen huisarts en psycholoog en wees daarnaast op de reeds aanwezige mogelijkheden.

Inhakend op de discussie die ter afsluiting van deze bijeenkomst is gehouden, werd in februari 1972 door N.I.P. en N.H.G. een oproep verzonden naar alle leden van beide verenigingen om zich te melden als ze belangstelling hadden voor een nauwere samenwerking tussen huisartsen en psychologen. Het antwoord was overweldigend: ruim 800 huisartsen en 300 psychologen reageerden positief. Al deze mensen werden ingedeeld in regionale groepen. Dit gebeurde door de inmiddels opgerichte L.C.C., bestaande uit N.I.P., N.H.G. en N.H.I., in een poging om de samenwerking tussen huisartsen en psychologen gedecentraliseerd op gang te brengen. Er ontstonden op deze manier in totaal 27 regionale werkgroepen. In iedere werkgroep werd één huisarts en één psycholoog tot contactpersoon benoemd. Januari 1973 vond een bespreking plaats met deze contactpersonen om te proberen deze werkgroepen enigszins te structureren.

Toen reeds werd in een L.C.C.-discussienota gewaarschuwd voor het gevaar dat de verwachtingen van huisartsen en psychologen wel eens niet geheel parallel zouden kunnen lopen; de huisarts verwacht vanuit zijn praktijksituatie snelle en pasklare oplossingen. De psychologen zijn in hun diversiteit voorlopig nog veel vager met hun doelstellingen en verwachten voornamelijk een globale oriëntatie wederzijds. Deze angst bleek niet geheel ongegrond. Toen negen maanden na de start een eerste evaluatie plaatsvond, bleken slechts 14 van de 27 groepen überhaupt van start te zijn gegaan. Drie hiervan waren pas een keer bij elkaar gekomen; de overige elf twee tot vijf maal.

De belangstelling van de huisarts leek meer af te nemen dan de belangstelling van de psychologen. De huisartsen bleken inderdaad vooral behoefte te hebben aan concrete samenwerking, liefst met een soort van "huispsycholoog": iemand die je snel kunt vragen en naar wie je meteen patiënten kunt doorsturen.

De problemen die bij het realiseren van dit idee naar voren kwamen, waren vooral:

1. de financiering. De samenwerking werd door geen enkele instantie betaald. Ook therapeutische hulp, verricht door de psycholoog, werd in de meeste gevallen niet dan door de patiënt zelf gefinancierd.
2. de acceptatie van de psycholoog in de maatschappij bleek geen vanzelfsprekende zaak.
3. het grootste probleem was echter de diversiteit van psychologen. Het spreekwoord "zoveel hoofden, zoveel zinnen" bleek tijdens de werkgroepbijeenkomsten uitstekend van toepassing op de psychologen. Kan men zich bij de benaming "De Huisarts" nog enigszins voorstellen wat voor soort hulpverlener men kan aantreffen, dit bleek bij de psychologen helemaal niet het geval. "De Psycholoog" bleek niet te bestaan. De huisartsen ontmoetten in hun werkgroepen een bonte mengeling van klinische, kinder- en sociaal psychologen, therapeuten en onderzoekers, diagnostici en agogisch geschoolden. Deze diversiteit aan psychologen is moeilijk aanpasbaar aan het quick-service systeem van de huisarts; bovendien bleven de behoeften en wensen van de psycholoog hierdoor vaag. De enige gemeenschappelijke noemer was de niet erg ver uitgewerkte term preventie.

Het lijkt erop dat anno 1976 de meeste van deze regionale werkgroepen niet meer bestaan. Zij hebben echter destijds wel gediend als de wieg voor een groot aantal kleinere en intensievere samenwerkingsprojecten (voorbeelden zijn: Leiden, Gouda, Swalmen), waar de geschetste problemen in meer of mindere mate konden worden opgelost.

De L.C.C. heeft meer gedaan dan het oprichten van regionale werkgroepen: 14 september 1974 organiseerde zij een landelijke studiedag in Woudschoten. 's Ochtends sprak een viertal sprekers over de psycholoog in de eerste lijn. Bergsma (docent klinische psychologie aan de Hogeschool in Tilburg) bleek vóór de inschakeling van de psycholoog in de

eerste lijn te zijn ("de psycholoog kan, omdat hij is opgeleid met de centraalstelling van het individu, vooral op het gebied van de secundaire preventie zijn bijdrage leveren"). Koch (Landelijke Huisartsen Vereniging) bleek tegen de psycholoog in de eerste lijn ("de psycholoog is geen generalist; daarom hoort hij ook niet thuis in het eerste echelon"). Kok (Geneeskundige Hoofdinspectie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) bekeek de komst van de psycholoog in de eerste lijn vanuit de Structuurnota ("de ambulante 2e lijns-instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg voldoen momenteel niet; of de psycholoog het beste als consultatiegever vanuit de tweede lijn kan opereren of beter werkzaam kan zijn in de 1e lijn - bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum - zal mede op basis van onderzoeksresultaten moeten worden uitgezicht".)

Somers (Ziekenfondsraad) sprak tenslotte over "de psycholoog in het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet" en signaleerde hieraangaande enkele fundamentele problemen die de komst van de psycholoog in de eerste lijn waarschijnlijk nogal zouden gaan belemmeren ("het is niet duidelijk wat psychologische verrichtingen zijn noch wie ze mogen geven"). 's Middags vonden tenslotte een aantal praktijkdemonstraties plaats.

Inmiddels was er ook een hausse in tijdschriftartikelen ontstaan. Vanaf begin 1972 verscheen er gemiddeld eens per drie maanden wel een artikel dat handelde over het wel en wee van samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Vaak waren dit verslagen van de L.C.C. (zowel over de regionale werkgroepen als over de landelijke studiedag in Woudschoten). Vaak ook verschenen er meer inhoudelijke artikelen van mensen die wilden gaan samenwerken of behoefte hadden om hun ervaringen rond deze samenwerking op papier te zetten.

Tot deze categorie behoren onder andere: van der Zijl (1972), Kossman (1972), Bergsma (1972), Zwanikken/Zeeuwen (1973), van Beeck-Rondagh en anderen (1973), van den Hout (1975), Bazelmans (1975), van Wijgerden-Nix en anderen (1976) en de Wit en anderen (1976). In deze artikelen formuleert ieder taken voor de psycholoog in de eerste lijn, maar ieder doet dit vanuit zijn eigen referentiekader. Sommigen gaan daarbij uit van het geheel dat de psychologie te bieden heeft en komen, zoals bijvoorbeeld Zwanikken en Zeeuwen (1973), dan tot een groot aantal mogelijke taken:

1. psychologisch onderzoek en advies;
2. behandeling - therapie;
3. training - nascholing - supervisie;
4. research-ontwikkeling;
5. voorlichting - onderwijs;
6. consultatie.

Het is duidelijk dat een dergelijk omvangrijk takenpakket niet door één psycholoog te vervullen is. Deze opsomming is echter wel een aardige illustratie van het onoverzichtelijke geheel van gebieden waarop de psychologie opereert (wat de auteurs overigens zelf ook onderkennen). Van de Hout (1975) heeft een iets simpeler driedeling van taken:

1. hulpverlening, direct of indirect;
 2. teambegeleiding
 3. wetenschappelijk onderzoek,
- maar geeft in feite hiermee hetzelfde weer.

In de beschrijving van concrete samenwerkingsprojecten komt meer een eenduidige taakstelling naar voren, maar ook hier kan de exacte inhoud van die taak sterk verschillen. De Wit (1976) beschrijft een samenwerkingscontact, waarin de consultatie centraal staat. Van Wijgerden-Nix (1975) formuleert een drietal taken voor de psycholoog:

1. behandeling van patiënten;
2. advisering van de huisartsen over hun eigen therapeutisch handelen;
3. geven van informatie aan de huisartsen over psychotherapeutische methoden en technieken.

Zij geeft daarbij echter aan, dat punt (1), te weten: behandeling van patiënten, duidelijk op de voorgrond staat.

Van der Zijl (1972) is de enige die het tweerichtingverkeer tussen huisarts en psycholoog benadrukt, wanneer zij als doelstellingen van een samenwerkingscontact centraal stelt, dat:

1. de psycholoog de huisarts kan informeren over de eigen rol in de medische situatie;
2. de psycholoog onder andere via de diagnostiek informatie aan de huisarts kan geven, en
3. de psycholoog, als niet medisch geschoolde, aan de huisarts een medisch onderzoek kan vragen of om nadere medische informatie kan verzoeken ter voorkoming van een onjuiste diagnose en advisering.

Dit laatste is volgens de auteur vooral belangrijk omdat de huisarts, als gezinsarts, automatisch over veel informatie beschikt die de psycholoog (nog) niet heeft. Een samenwerking die beide kanten opgaat wint daarom aan efficiëntie.

Welke van de genoemde taken nu het beste voldoen of het meeste nodig zijn, blijft onduidelijk na het lezen van al deze beschrijvingen: ieder is het meest tevreden met de door

hemzelf geformuleerde taken. Wel tekenen de behoeften van de huisarts zich langzamerhand steeds duidelijker af. De huisarts lijkt, vooral op korte termijn, behoefte te hebben aan een concrete ontlasting van zijn werk: hij vindt het prettig om patiënten waar hij geen raad (meer) mee weet door te kunnen verwijzen naar een andere hulpverlener. Op langere termijn echter zoekt hij ook naar een zekere deskundigheidsvergroting door middel van bijvoorbeeld consultatie en gerichte trainingen in gespreksvoering. Dit spanningsveld voor de huisarts betekent tegelijkertijd ook een dilemma voor de psycholoog: ook hij zal op den duur een keuze moeten maken tussen directe hulpverlening aan patiënten of meer indirecte hulpverlening via deskundigheidsbevordering bij de huisarts. Maar vóór de psycholoog deze keuze maakt, zal hij eerst een aantal andere problemen moeten oplossen die zo treffende door Bergsma (1972) worden verwoord:

"De psycholoog kan voor de huisarts van grote betekenis zijn, niet alleen voor zijn eigen praktijkvoering, maar ook voor het vervullen van de rol van 'communicatieverbeteraar' zowel interdisciplinair, extramuraal als tussen de intra- en extramurale instanties. Voorwaarde is echter wel, dat de psycholoog een bereikbaar figuur wordt, terwijl hij bereid moet zijn zich te oriënteren in de specifieke problematiek van de huisartsenpraktijk. (.....) De oriëntatie van de psycholoog in de problematiek van de huisartsenpraktijk heeft vooral betekenis omdat hij dan zal bemerken dat vele van zijn technieken - overwegend tijdrovend en arbeidsintensief - zullen moeten worden aangepast aan de daarin gebruikelijke wijze van werken. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbare tijd en het aanbod van patiënten."

Uit dit alles kunnen we in ieder geval de conclusie trekken, dat de psycholoog en de huisarts, en met hen de psychologie en de huisartsgeneeskunde elkaar nog heel wat te leren hebben.

Het N.H.I. heeft in 1972 een onderzoeksvoorstel ingediend dat als voornaamste doel had de wederzijdse wensen en behoeften te inventariseren door middel van een doorlichting op grote schaal, om vervolgens op experimentele basis een tweetal concrete projecten te starten, die op bovenstaande vragen antwoord zouden moeten geven. Een en ander was voornamelijk bedoeld "om wildgroei te voorkomen". Het onderzoek heeft indertijd niet door mogen gaan. De tijd was er niet rijp voor. De wildgroei heeft inmiddels plaatsgevonden: Samenwerkingsprojecten van huisartsen en psychologen zijn sindsdien als paddestoelen uit de grond gerezen. Nu, anno 1976, nu het N.H.I. wel toestemming heeft gekregen om soortgelijk onderzoek te doen, wordt het tijd de resultaten van deze wildgroei eens te gaan bekijken.

II DE ONDERZOEKSPOPULATIE.

II 1. Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie. Allereerst (II 2.) zal worden omschreven wat de onderzoekers verstaan onder samenwerking huisarts-psycholoog. Hiertoe wordt het begrip "werkcontact" geïntroduceerd. Vervolgens wordt ingegaan op de beslissing om van deze samenwerkingsrelaties alleen de psychologen tot de onderzoekspopulatie te rekenen (II 3.). Tenslotte (II 4.) wordt enige aandacht besteed aan de wijze waarop de onderzoekers geprobeerd hebben een zo volledig mogelijk bestand op te bouwen.

II 2. "Samenwerking" tussen huisarts en psycholoog.

Ook in de gezondheidszorg kan het begrip "samenwerking" zeer verschillende ladingen dekken. Meestal gaan de eerste gedachten uit naar bestaande groepspraktijken, gezondheidscentra en dergelijke. In het normale spraakgebruik heeft men - met andere woorden - vormen van samen bezig zijn op het oog, welke onder meer worden gekarakteriseerd door ruimtelijke nabijheid, hoge tijdsinvestering en dergelijke.

Wanneer we ons de voorgeschiedenis (zie hoofdstuk I) en de mede daarop gebaseerde doelstelling van het project SAP (zie Inleiding) in herinnering roepen, wordt al snel duidelijk dat in het onderhavige project een veel ruimere omschrijving van het begrip "samenwerking" moet worden gehanteerd. In een op allerlei fronten onduidelijke situatie waarover zowel op beleidsniveau als in het veld zelf (nog) geen eenduidige en "ware" uitspraken worden gedaan, is het niet zinvol om slechts enkele, streng gedefinieerde vormen van samenwerking door te lichten. Een zo breed mogelijke inventarisering lijkt dan meer op zijn plaats.

In dit licht beschouwd, is gekozen voor een ruime definiëring van het begrip "samenwerking tussen huisarts en psycholoog". Wij hebben tevens gezocht naar een benaming, die de dekmantel kan zijn voor alle mogelijke vormen van samenwerking en zo de boven geschetste mogelijke misverstanden kan voorkomen. Voor dit doel is de term "werkcontact" ingevoerd. Onder een werkcontact verstaan wij:

een min of meer regelmatige relatie, die een psycholoog op grond van zijn deskundigheden heeft onderhouden of onderhoudt met één of meer huisartsen (eventueel in combinatie met andere hulpverleners en/of anderen).

Bovenstaande definitie betekent onder meer dat:

- ieder werkcontact zo per definitie vast is gekoppeld aan een bepaalde huisarts of een groep huisartsen;
- de enige beperking, die aan de psycholoog wordt opgelegd is, dat hij als afgestudeerd "vakman" in contact met de (groep) huisarts(en) moet staan;
- de tijdsinvestering zeer sterk kan variëren;
- zowel de reeds afgebroken als de nog bestaande relaties tussen huisarts en psycholoog in onze belangstelling liggen;
- het werkcontact altijd minimaal betrekking moet hebben op psycholoog en huisarts, maar dat er daarnaast ook anderen in kunnen participeren.

Elke vorm van samenwerking die binnen de gezondheidszorg tussen huisarts en psycholoog bestaat en die tevens voldoet aan bovenstaande definitie, hoort in principe thuis binnen het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog".

II 3. De populatie: psychologen.

In het project dient de aldus gedefinieerde samenwerking tussen huisarts en psycholoog te worden doorgelicht. Het onderzoeksobject is dus een relatie: het gaat om minimaal twee personen. Toch hebben we ervoor gekozen om in elk geval in fase 1 "slechts" één van beide partners te benaderen: de basisinformatie wordt ingewonnen bij de bij samenwerking betrokken psychologen. Vanwaar deze keuze?

Wanneer we ons de oorsprong van het project in gedachten roepen zien we dat vooral over de psycholoog ten dienste van de 1e lijn onduidelijkheid bestond. Onduidelijkheid onder meer over de plaats die hij in deze sector van de gezondheidszorg zou kunnen innemen én over de werkzaamheden die hij daar het beste zou kunnen verrichten. Het project zou in moeten gaan op de vragen, die deze en dergelijke onduidelijkheden oproepen. Om informatie te verzamelen over het functioneren van juist de psycholoog in relatie tot de huisarts, leek het ons gewenst om het onderzoek in eerste instantie te richten op deze hulpverleners.

Naast dit inhoudelijke argument speelde bij onze beslissing tevens een meer onderzoekstechnische overweging mee. Nederland kent rond 5000 huisartsen, van wie vele wel eens en

op enigerlei wijze contact hebben gehad met een psycholoog. Het aantal psychologen ligt echter lager en het was aannemelijk dat ook procentueel minder psychologen werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden dan omgekeerd. Psychologen werken immers vrij frequent samen met meerdere huisartsen, terwijl de huisarts op zijn vakgebied meestal slechts contact heeft met één psycholoog. We meenden met andere woorden, dat onze populatie kleiner zou zijn, indien zij zou bestaan uit psychologen.

Uiteraard had men als alternatief kunnen kiezen voor een onderzoek onder een steekproef van huisartsen en een steekproef van psychologen. In de spontane groei van samenwerkingscontacten, waar vele contacten uniek in hun soort zijn, is daarbij de kans op het verloren raken van belangrijke informatie echter te groot, althans wanneer het voornaamste doel juist ligt in de doorlichting van een zo groot mogelijke diversiteit van samenwerkingsvormen. Dit laat niet onverlet, dat de huisarts uiteindelijk wél betrokken zal moeten worden bij het onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en psycholoog.

Het voorgaande houdt in, dat het onderzoek zich richt op zoveel mogelijk psychologen, die nu of in het verleden op hun vakgebied min of meer regelmatige contacten met huisartsen (hebben) onderhouden; zowel de afgebroken als de nog bestaande werkcontacten zijn dus van belang. Deze werkcontacten kunnen gedurende langere tijd een bepaalde (groep) huisarts(en) betreffen; het is ook mogelijk dat de psycholoog in steeds wisselende kort durende relaties tot huisartsen staat. De onderzoekers zijn geïnteresseerd in alle mogelijke werkzaamheden, die de psycholoog in zijn werkcontact met de huisarts uitvoert. Het betreft dus bijvoorbeeld niet alleen therapie of consultatie, maar bijvoorbeeld ook wetenschappelijk onderzoek of het werken in een Balint-groep. Tot slot moet worden aangekend dat ook de plaats waar de psycholoog zijn hoofdfunctie vervult (1e lijn, ambulante gezondheidszorg, intramuraal gezondheidszorg en dergelijke) niet op voorhand als selectie criterium zal worden gebruikt. Echelonnering kan daarentegen juist een belangrijke variabele in het onderzoek zijn.

II 4. Het opbouwen en de samenstelling van het bestand.

Teneinde zoveel mogelijk psychologen (zoals omschreven in II 3.) te kunnen benaderen is ruim aandacht besteed aan het opbouwen van een zo volledig mogelijk bestand. Daartoe is onder meer contact opgenomen met de Landelijke Contact Commissie Huisarts - Psycholoog. (L.C.C.) het N.I.P., het N.H.G., instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, universitaire huisartseninstituten, instituten voor medische psychologie, instituten voor klinische psychologie en andere aanverwante instanties en instellingen. Tevens zijn in een aantal vaktijdschriften (de Psycholoog, Tijdschrift voor Psychotherapie, Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, Medisch Contact, Huisarts en Wetenschap) oproepen geplaatst om psychologen, die nog niet rechtstreeks benaderd waren, aan te sporen zich te melden bij het N.H.I. Wanneer een psycholoog via de bovengenoemde kanalen aan ons bekend werd, zijn het huisadres en werkadres gecontroleerd of opgespoord en vervolgens in een kaartsysteem vastgelegd. Besloten is om medio oktober geen nieuwe psychologen meer in het bestand op te nemen.

Het ten behoeve van het project opgebouwde psychologenbestand komt zodoende uit een aantal bronnen. Bij de hiernavolgende beschrijving van deze bronnen maken wij gebruik van onze "oorspronkelijke" informatie. Dat wil zeggen: wanneer bijvoorbeeld de L.C.C. ons mededeelde dat een bepaalde psycholoog destijds zijn belangstelling voor samenwerking had getoond, en een universitair instituut ons vervolgens te kennen gaf dat de betreffende psycholoog in zijn hoedanigheid van wetenschappelijk medewerker eveneens werkcontacten met huisartsen onderhield, is deze psycholoog bij onderstaande omschrijving alléén opgenomen in de L.C.C.-groep.

- De L.C.C. - groep.

In 1972 hebben vele huisartsen en psychologen gereageerd op een enquête, die de Landelijke Contact Commissie Huisarts-Psycholoog heeft gehouden onder N.H.G.- en N.I.P.-leden om de belangstelling voor samenwerking te polsen.

Na overleg met de L.C.C. heeft het N.H.I. de beschikking gekregen over de namen en (toenmalige) adressen van de psychologen die te kennen hadden gegeven belang te stellen in samenwerking. Het betreft 267 psychologen.

- De universitaire groep.

In juni hebben wij een aantal universitaire instituten verzocht ons op de hoogte te stellen van de namen en adressen van psychologen, die werkcontacten met huisartsen onderhouden. Alhoewel ook op andere instituten mogelijkerwijs psychologen werkzaam zijn, die met huisartsen samenwerk(t)en, meenden wij op de hoogte te kunnen geraken van het merendeel van deze groep door ons verzoek te richten aan de huisartseninstituten, instituten voor medische psychologie en instituten voor klinische psychologie. De universitaire groep bestaat uit 32 psychologen.

- De N.I.P.-groep.

Ook het Nederlands Instituut voor Psychologen heeft ons gewezen op een aantal psychologen die met huisartsen samenwerken of dat ooit hebben gedaan. Het betreft enerzijds leden van de eerstelijns-werkgroep en anderzijds psychologen die hun medewerking hebben verleend aan een in 1975 gehouden enquête over de samenwerking huisarts - psycholoog. De N.I.P.- groep omvat 15 psychologen.

- De bij- en nascholingsgroep.

Psychologen worden steeds meer betrokken bij de bij- en nascholing van huisartsen. Zo zijn psychologen bijvoorbeeld adviseurs van studiegroepen medische psychologie van het N.H.G. of geven zij gesprekstrainingen aan huisartsen. Via deze en dergelijke organisaties zijn 11 psychologen bij het N.H.I. aangemeld.

- De "ambulante" groep.

Talrijke psychologen zijn werkzaam bij instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en hebben in die hoedanigheid contact met huisartsen. Wij hebben dan ook een brief geschreven naar ruim 200 N.V.A.G.G.-lidinstellingen met het verzoek de namen en adressen van die psychologen aan ons door te geven.

Ons bestand is op deze wijze uitgebreid met 192 psychologen.

- De "oproep" - groep

Teneinde mogelijke lacunes in het bestand aan te vullen zijn in augustus en september oproepen in een aantal vaktijdschriften geplaatst. In deze oproepen werden psychologen die werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden en toch geen vragenlijst hadden ontvangen, verzocht hun naam en adres aan het N.H.I. door te geven.

Op deze oproepen hebben 51 psychologen gereageerd.

- De "rest" - groep.

Naast deze eenduidig te traceren groepen psychologen, zijn wij ook op andere manieren op de hoogte geraakt van het feit dat psychologen werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden. Rapporten, notulen, brieven en andere interne informatie van het N.H.I. hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Tevens melden respondenten soms andere psychologen aan. Deze groep bestaat uit 45 psychologen.

Bron:	aantal:
L.C.C.-groep	268
Universitaire groep	32
N.I.P.- groep	15
Bij- en nascholingsgroep	11
Ambulante groep	192
Oproep-groep	51
Rest-groep	45
	totaal: 614

Tabel II 1.: Herkomst van de populatie "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog"

III HET ONDERZOEKSINSTRUMENT.

III 1. Inleiding.

De centrale onderwerpen in het project SAP betreffen de plaats en de functie van de psycholoog in de gezondheidszorg alsmede de werkzaamheden die hij daarin in relatie tot de huisarts kan verrichten. Het leek ons noodzakelijk om over deze onderwerpen bij zoveel mogelijk psychologen, die werkcontacten met huisartsen (hebben) onderhouden, informatie te verwerven.

Voor het verkrijgen van informatie staan een onderzoeker theoretisch meerdere methodieken ter beschikking. Onze keuze viel echter al vrij spoedig op het hanteren van een vragenlijst. Het was immers niet zo belangrijk om sterk gedetailleerde gegevens te verzamelen, maar wél belangrijk om gegevens van zoveel mogelijk psychologen in zoveel mogelijk verschillende werksituaties te verkrijgen. Een bijkomende overweging betrof het feit, dat middels een vragenlijst veel personen in een relatief korte periode konden worden benaderd.

In dit hoofdstuk wordt allereerst (III 2.) ingegaan op het ontwikkelen van de vragenlijsten. Paragraaf II 3. behandelt de vragen die de psychologen over zichzelf zijn voorgelegd: opleiding en werkkring. In de twee resterende paragrafen gaan wij in op aspecten van de samenwerkingscontacten - die in de vragenlijst respectievelijk in het telefonisch interview - aan de orde zijn gekomen.

III 2. Het ontwikkelen van de vragenlijst(en).

Aangezien de ontwikkeling van een vragenlijst zo zorgvuldig mogelijk dient te geschieden, zijn een tweetal proefrondes gehouden, waarin vragenlijst-concepten werden uitgetest.

Deze concepten behandelden -evenals de uiteindelijke vragenlijst- onderwerpen als:

- de functie van de psycholoog;
- de door hem gevolgde doctoraalopleiding; een oordeel over de aansluiting van deze opleiding bij de huidige werkzaamheden met of ten behoeve van de huisarts;
- structurele en organisatorische aspecten van de werkcontacten;
- de financiering;
- de aard en diversiteit van werkzaamheden;
- de tijdsperiode waarin deze werkzaamheden zijn of worden verricht;
- de tijdsinvestering;
- het al dan niet voortbestaan van werkcontacten; redenen waarom contacten zijn gestaakt en dergelijke.

In de eerste proefronde, die in mei en juni heeft plaatsgevonden is een tiental psychologen benaderd. De manier, waarop zij de vragenlijsten invulden en hun opmerkingen naar aanleiding van dit concept noopten ons ondermeer tot het ontwikkelen van twee versies, die meer waren toegesneden op de aard van de werkcontacten, die psychologen met huisartsen kunnen onderhouden.

De ene versie richt zich geheel op werkcontacten, die -zoals in paragraaf II 1. is beschreven - zijn gedefinieerd als een min of meer regelmatige relatie met een (groep) huisarts(en), hetgeen inhoudt dat het werkcontact is gekoppeld aan een bepaalde huisarts(engroep). Zo onderhoudt de psycholoog, die participeert in een gezondheidscentrum of die deelneemt aan een studiegroep medische psychologie of die een consultatierelatie heeft met een huisarts, steeds één werkcontact. De psycholoog met de consultatierelatie heeft één werkcontact met één activiteit; de psycholoog die participeert in een gezondheidscentrum heeft ook één werkcontact, waarbinnen hij waarschijnlijk meer activiteiten zal ontplooiën (bijvoorbeeld consultatie en therapie).

In deze versie wordt de psycholoog gevraagd elk werkcontact afzonderlijk te beschrijven, waarbij per werkcontact meerdere soorten werkzaamheden ter sprake kunnen komen.

Voor psychologen, die met steeds wisselende (groepen) huisartsen werken - als trainers, therapeuten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en dergelijke - is het echter ondoenlijk om al hun werkcontacten afzonderlijk te beschrijven. Deze psychologen hebben immers in de loop der jaren al snel enige tientallen werkcontacten onderhouden. Voor hen is een versie van de vragenlijst ontwikkeld, waarin niet wordt verzocht om een beschrijving per werkcontact, maar om een beschrijving per activiteit. Wanneer een bepaalde activiteit in min of meer ongewijzigde vorm binnen steeds andere werkcontacten en dus met steeds wisselende (groepen) huisartsen wordt uitgevoerd, kan de psycholoog afzien van de beschrijving van ieder werkcontact afzonderlijk, maar de werkcontacten bundelen per soort activiteit. Bijvoorbeeld: de psycholoog-gesprekstrainer, die gedurende één jaar een vijftal groepen huisartsen onder zijn hoede heeft gehad, hoeft geen vijf losse werkcontacten te beschrijven, maar hem wordt gevraagd enkele vragen te beantwoorden over deze vijf werkcontacten samen.

Vanwege de ingewikkelde vorm die deze vragenlijst noodzakelijkerwijs kreeg, hebben we, na een tweede proefronde, besloten deze telefonisch af te nemen.

In de telefonische interviews zijn onderwerpen opgenomen die, qua inhoud, niet verschillen van de vragen uit de vragenlijst. De antwoorden betreffen echter geen individuele werkcontacten, maar beslaan steeds een bundeling van activiteiten.

Mede op grond van de opmerkingen die in beide proefrondes waren verzameld, zijn de vragen van de vragenlijst en van het telefonisch interview vastgesteld. *)

III 3. Vragen over de psycholoog.

Zowel in de vragenlijsten als in de telefonische interviews is gerapporteerd over de opleiding tot en de hoofdfunctie(s) als psycholoog.

Wat betreft de opleiding is geïnformeerd maar het jaar van afstuderen, de universiteit waar men gestudeerd heeft en de gevolgde hoofdrichting. Deze vragen zijn gesteld, omdat de jaargang, universiteit en hoofdrichting afzonderlijk of in combinatie staan voor verschillen in het opleidingspakket. Het is mogelijk dat er verbanden bestaan tussen deze opleidingspakketten en de door de psycholoog uitgevoerde werkzaamheden.

Ook de psychologen zelf hebben de door hen genoten doctoraalopleiding in verband gebracht met de werkcontacten die zij met huisartsen hebben onderhouden. Wij hebben namelijk gevraagd naar de mate waarin de doctoraalopleiding naar de mening van de psycholoog aansluit op de door hem in de relatie tot de huisarts verrichte werkzaamheden.

De gegevens uit deze laatste vraag kunnen mogelijk ook licht werpen op het eerder genoemde verband tussen genoten opleiding en onderhouden werkcontact(en).

Omdat het project SAP mede bedoeld is om een bijdrage te leveren aan de beantwoording van de vraag, welke plaats de psycholoog in de gezondheidszorg zou kunnen of moeten innemen, wordt ook ingegaan op de hoofdfunctie(s), die de psycholoog heeft gehad ten tijde van zijn werkcontacten met huisartsen. Zo wordt geïnformeerd naar de inhoud van deze functie, de tijdsinvestering en de periode waarin de betreffende functie is vervuld.

De gegevens over de hoofdfunctie zullen worden gerelateerd aan aspecten van de samenwerkingsrelaties van de betreffende psycholoog. Het is immers aannemelijk, dat het "dagelijks" werk van de psycholoog en de plaats waar hij die functie vervult mede bepalend zijn voor de inhoud en de vorm van de samenwerking met huisartsen.

Ter illustratie: het is te verwachten dat een psycholoog die bij een universiteit werkt andere werkzaamheden verricht in relatie tot huisartsen dan een psycholoog die medewerker is van een S.P.D. (bijvoorbeeld research en training versus therapie naar aanleiding van verwijzingen door de huisarts en consultatie). Of: de free-lance psycholoog wordt voor zijn therapie anders betaald dan de bij een M.O.B. werkende psycholoog en heeft mogelijk ook een ander subjectief oordeel over deze financiering. Kortom, door deze en dergelijke combinaties te onderzoeken hopen we meer inzicht te krijgen in mogelijke samenhangen tussen de verschillende aspecten van de onderhouden samenwerkingscontacten enerzijds en de hoofdfunctie van de psycholoog anderzijds.

III 4. De verdere inhoud van de vragenlijst.

In de vragenlijst konden de respondenten ingaan op de door hen onderhouden werkcontacten. We zullen in deze paragraaf de inhoud van en de rationale achter gestelde vragen onder de loep nemen. De vragen die in de uiteindelijke analyses veelvuldig worden gebruikt zullen allereerst worden behandeld. (III 4.1.). Daarna zullen we in kort bestek ingaan op de overige kwesties die in de vragenlijst aan de orde zijn gesteld en die alleen waar nodig in de analyses zijn betrokken (III 4.2.)

III 4.1. Aspecten van werkcontacten, welke in de analyses centraal staan.

Periode, waarin de psycholoog werkcontacten met huisartsen heeft onderhouden.

Met behulp van een aantal vragen werd getraceerd wanneer de psycholoog een bepaald werkcontact met huisartsen heeft onderhouden. Zo is er gevraagd naar de startdatum en - indien van toepassing - de datum waarop de huisarts en de psycholoog voor het laatst met elkaar in contact zijn geweest.

Met betrekking tot het voortbestaan van het werkcontact is niet alleen het onderscheid "bestaat nog" - "is gestopt" gehanteerd, maar is ook de mogelijkheid "sluimerend" toegevoegd. Het is immers mogelijk dat een vrij groot aantal werkcontacten op een laag pitje staat en deze kunnen qua structuur en inhoud verschillen van de nog duidelijk functionerende werkcontacten.

De vragen naar de periode, waarin de psycholoog werkcontacten met huisartsen heeft onderhouden, zijn om meerdere redenen opgenomen:

*) Voor belangstellenden zijn zowel de vragenlijst als het interviewschema op het Nederlands Huisartsen Instituut verkrijgbaar (Mariahoek 4, Utrecht).

- op deze wijze hopen we de opkomst en het eventuele verval van werkcontacten in kaart te kunnen brengen. Het zal dan gaan om uitspraken als: "de eerste werkcontacten zijn in 1946 aangeknoopt", of: "in de jaren '74 en '75 werden vrij veel contacten afgebroken";
- voorts kan met behulp van deze gegevens worden nagegaan of in de loop van de tijd de structuur en de inhoud van werkcontacten is verschoven;
- tenslotte -en dat is dan een meer pragmatische reden- is kennis van de periode, waarin een bepaald werkcontact heeft bestaan, noodzakelijk voor het onderzoek naar de samenhang tussen hoofdfunctie en werkcontact.

De werkzaamheden die de psycholoog verricht.

Psychologen kunnen in relatie tot huisartsen vele en veelsoortige activiteiten verrichten. Te denken valt aan diagnostiek, consultatie, therapie, begeleiding, bij- en nascholing, research en dergelijke.

In de vragenlijst werden verschillende werkzaamheden geïnventariseerd. Indien binnen een werkcontact verschillende activiteiten werden verricht hebben wij de psycholoog verzocht deze werkzaamheden allemaal aan te kruisen. Een nadere analyse van de aldus gespecificeerde activiteiten kan meerdere vragen helpen beantwoorden. Ter illustratie: kiest men voor een enkelvoudige of voor een gevarieerde taakin-vulling -bijvoorbeeld: therapie of een combinatie van therapie en consultatie? Of: hoe ligt de verhouding tussen directe en indirecte hulpverlening - bijvoorbeeld: therapie versus consultatie?

Financiering.

De financiële regelingen, die van toepassing zijn voor werkzaamheden, die de psycholoog in relatie tot de huisarts verricht, staan op vrij brede schaal ter discussie. Binnen het project SAP is dan ook geïnventariseerd hoe de financiering van de verschillende werkcontacten werd en wordt geregeld.

De psycholoog kon aangeven hoe de financiering geregeld was: niet gefinancierd, door de huisartsen, door de groepspraktijk/het gezondheidscentrum, door de thuisbasis van de psycholoog, door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, door het ziekenfonds, via speciale subsidies of anderszins.

III 4.2. Andere aspecten van werkcontacten.

Naast de tot nu toe beschreven min of meer centrale thema's in het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog" zijn er nog een aantal onderwerpen waaraan bij de analyses van het materiaal (zie hoofdstuk VI tot en met IX) een iets ondergeschikte rol is toebedeeld. Zij komen daar alleen ter sprake indien het in het kader van mogelijke interpretaties gewenst is. Bij de huidige bespreking van de niet-centrale vragen zal steeds direct worden aangeduid welke informatie aldus is verzameld. Deze gegevens zijn afkomstig uit de vragenlijsten, waarin men vaste relaties met huisartsen beschreef, en uit de telefonische interviews (zie ook III 2.), waarin werd gesproken over activiteiten die ten behoeve van steeds andere huisartsen worden uitgevoerd.

Kader.

Teneinde een mogelijk direct verband tussen de hoofdfunctie van de psycholoog en het door hem onderhouden werkcontact op het spoor te komen, informeerden we naar het kader waarin hij bij dit werkcontact betrokken is geweest: in het kader van zijn hoofdfunctie of bijvoorbeeld louter uit persoonlijke interesse.

Resultaten.

Wanneer de werkcontacten op de dichotomie "in het kader van de hoofdfunctie" versus "in een ander kader" worden geplaatst, zien we dat voor 23% van de werkcontacten het laatste van toepassing is. 73% van de werkcontacten wordt in het kader van de hoofdfunctie vervuld, terwijl de overige 21% zowel in het kader van de hoofdfunctie als in een ander kader wordt onderhouden.

Wat betreft de activiteiten die in relatie tot steeds andere huisartsen worden uitgevoerd - informatie uit de telefonische interviews - zien we het volgende beeld: 70% van deze werkzaamheden wordt uitgevoerd in het kader van de hoofdfunctie en 12% in een ander kader. De resterende 18% wordt zowel in als buiten het kader van de hoofdfunctie verricht.

Met wie heeft de psycholoog zijn werkcontacten onderhouden?

Aan de psychologen is gevraagd om aan te geven met wie zij precies een bepaald werkcontact hebben onderhouden.

De respondent had bij deze vraag in eerste instantie de keus uit drie antwoordmogelijkheden. Hij werkt binnen een werkcontact samen met één huisarts, een groep huisartsen of

een groep welke bestaat uit (een) huisarts(en) en anderen. Nadat aldus een doelgroep was benoemd werd deze gespecificeerd. Van de huisartsen werd de praktijkvorm omschreven. Er is daarbij afgezien van een uitputtende rubricering, waarin de vele verschillende praktijkvormen, waarin huisartsen kunnen werken, alle afzonderlijk genoemd worden. De psychologen dienden voor de beschrijving van de praktijkvorm een keus te maken uit de aanduidingen "solo-praktijk" en "samenwerkingsverband". Indien de praktijkvorm van de in het werkcontact participerende huisarts(en) niet zonder meer als zodanig was te benoemen - bijvoorbeeld bij intensieve waarnemingsrelaties of associaties - werd de respondent gevraagd toch een keus te maken uit beide aangeboden alternatieven: de omschrijving die naar de mening van de respondent de praktijkvorm van de betreffende huisarts het beste karakteriseerde kon dan worden aangekruist. Van eventuele andere betrokkenen bij een werkcontact werd bij de specialisatie de discipline of hoedanigheid toegelicht.

Resultaten.

De werkcontacten laten qua doelgroep een vrij gedifferentieerd beeld zien. Zevenendertig procent van de vaste relaties betreft individuele huisartsen, terwijl vijfendertig procent van de werkcontacten betrekking heeft op relaties tussen een psycholoog en meerdere huisartsen. (Waarschijnlijk ligt dit percentage onder andere zo hoog, omdat ook is gerapporteerd over de regionale L.C.C.-groepen). In de resterende werkcontacten -28%- werkt de psycholoog samen met een groep die bestaat uit één of meer huisartsen en anderen. In de telefonische interviews hebben de psychologen in hun activiteiten merendeels (82%) te maken met individuele huisartsen. De overige activiteiten richten zich op groepen huisartsen, waarin in sommige gevallen ook andere hulpverleners participeren.

Initiatief.

De respondenten is gevraagd te specificeren wie het initiatief tot de samenwerking heeft genomen: de psycholoog en/of de huisarts en/of anderen. Indien ook anderen tot de initiatiefnemers behoorden, werd verzocht een verdere specificatie te geven.

Resultaten.

Het initiatief tot het aangaan van een vaste relatie wordt in 75% van de gevallen door één persoon of groepering genomen. Het maakt voor de verdeling van de initiatiefnemers niet uit of we ons richten op het totaal aantal genoemde initiatiefnemers of ons beperken tot de groep werkcontacten die op één manier zijn geïnitieerd. Meestal 48% neemt de huisarts als eerste contact op met de psycholoog. De psycholoog is zelf in 29% van de gevallen de initiatiefnemer, terwijl personen waarmee de psycholoog binnen zijn eigen hoofdfunctie te maken heeft, overkoepelende instellingen, behandelende specialisten, ouders van patiënten en dergelijke aan de wieg stonden van 25% van de werkcontacten. Twee derde van de in de telefonische interviews beschreven werksoorten zijn door één (groep) personen geïnitieerd. Het starten met een bepaalde soort activiteit gebeurt ook hier vrij vaak (38%) op aandrang van huisartsen. Hier zien we echter tevens een vrij groot aandeel (34%) van mogelijke andere initiatiefnemers, die meestal personen binnen de eigen hoofdfunctie blijken te zijn. Net als in de vragenlijsten is in ruim een kwart van de gevallen het initiatief tot de activiteit van de psycholoog zelf uitgegaan.

Tijdsinvestering.

De onderzoekers hebben geprobeerd een gedifferentieerde indruk te krijgen van de tijd die de psycholoog in verschillende werkcontacten investeerde. Hiertoe werd ook de tijd gerekend die nodig is voor voorbereiding, uitwerking en dergelijke. Wij vroegen de respondenten of de werkcontacten een incidenteel dan wel een regelmatig karakter hadden. Indien dit laatste het geval was, werd ook in uren per week of per maand aangegeven hoe hoog de tijdsinvestering precies was.

Resultaten.

Bij het merendeel van de werkcontacten (53%) is sprake van een incidentele tijdsinvestering van de kant van de psycholoog. In de loop van de tijd springt hij zo af en toe en op onregelmatige tijdstippen in. Zevenenvestig procent van de vaste relaties vergt een regelmatige tijdsinvestering van de psycholoog. Dit betekent niet dat hij er véél tijd aan besteedt (meestal een uur per week of minder), maar houdt wel in dat op gezette tijden werk wordt verricht samen met of ten behoeve van de huisarts. Alhoewel voor werk dat ten behoeve van steeds andere huisartsen meer en regelmatigere tijd beschikbaar is, zien we ook hier dat ongeveer 30% van de activiteiten slechts incidenteel tijd vergt van de psycholoog

Waar vinden de werkzaamheden plaats?

De psychologen is de vraag voorgelegd waar de werkzaamheden die zij binnen een werkcontact uitvoeren, over het algemeen plaatsvinden: op het werk- c.q. privéadres van de

psycholoog, op het werk- c.q. privé-adres van de huisarts, telefonisch of elders. De respondent kon ook bij deze vraag meerdere mogelijkheden aankruisen.

Resultaten.

In ruim een derde van de vaste relaties huisarts - psycholoog wordt van meerdere faciliteiten gebruik gemaakt. Wanneer alle genoemde ruimtes in de analyse worden betrokken blijkt dat in 37% van de werkcontacten (ook) gebruik wordt gemaakt van het werkadres van de psycholoog. In 34% van de gevallen wordt (ook) telefonisch contact onderhouden, terwijl voor de praktijk van de huisarts een percentage van 30% geldt. In 16 respectievelijk 11% van de werkcontacten wordt (ook) de privéwoning van psycholoog en huisarts als locatie genoemd. De categorie "elders" -die qua specificatie sterk varieerde- is alleen of in combinatie bij 26% van de werkcontacten aangekruist.

Bij activiteiten die ten behoeve van steeds andere (groepen) huisartsen worden uitgevoerd, wordt meestal (twee derde van de beschreven werksoorten) van meerdere faciliteiten gebruik gemaakt. Zesenvijftig procent van de activiteiten spelen zich (ook) af op het werkadres van de psycholoog. Een iets lager percentage (52%) geldt voor de categorie "elders"; men noemt hier vrij vaak een conferentieoord, het woonhuis van cliënten, schriftelijk contact en dergelijke. In 44% van de gevallen wordt (ook) de telefoon genoemd. De resterende ruimtes worden verhoudingsgewijs vrij weinig benut.

Waarom is het werkcontact eventueel beëindigd?

Er is gevraagd naar de redenen voor een eventuele beëindiging van onderhouden werkcontacten. Hier kon de psycholoog in eigen woorden weergeven waarom het werkcontact met een huisarts zijns inziens was afgebroken. Wij hebben voor een dergelijke open vraag gekozen, omdat op deze wijze alle mogelijke redenen aan bod konden komen. Het is mogelijk, dat de antwoorden op deze vraag een vrij gekleurd beeld geven van de reden(en) waarom werkcontacten beëindigd worden. Wij menen echter dat dergelijke gegevens een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de meer feitelijke kenmerken van afgebroken werkcontacten tussen huisarts en psycholoog.

Resultaten.

Deze vraag is alleen gesteld bij vaste relaties met huisartsen welke zijn beëindigd. De meest genoemde redenen (60%) kunnen worden samengevat onder de noemer "natuurlijke beëindiging"; verhuizing, afspraak geheel nagekomen, etc. Twaalf procent van de genoemde oorzaken betreft fricties in de onderlinge relatie tussen de psycholoog en de huisartsen, terwijl structurele factoren (financiering, e.d.) 11% van de genoemde redenen uitmaakten. De resterende aanleidingen tot het staken van de werkcontacten varieerden.

IV HET VERWERVEN VAN DE GEGEVENS.

IV 1. Inleiding.

Het verzamelen van gegevens heeft plaatsgevonden in de zomer en het -late- najaar van 1976. In dit hoofdstuk behandelen we eerst het pakket dat aan de bij samenwerking betrokken psychologen is toegezonden (IV 2.). Vervolgens wordt kort ingegaan op de rappels die zijn verzorgd (IV 3.) en op het afnemen van de telefonische interviews (IV 4.). In paragraaf IV 5. worden tenslotte enige woorden gewijd aan de respons.

IV 2. De eerste benadering van psychologen.

Eind juli is gestart met het verzenden van de vragenlijsten aan de op dat tijdstip bij het N.H.I. bekende psychologen. In de loop van de tijd zijn nog ettelijke malen vragenlijsten verzendklaar gemaakt, wanneer het bestand wederom was uitgebreid met nieuwe psychologen. De laatste substantiële uitbreiding van het bestand had betrekking op psychologen, die werkzaam zijn in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (zie ook II 4.). Medio oktober is het bestand gesloten; er zijn geen nieuwe psychologen meer opgenomen. Het pakket dat is verzonden aan psychologen die met huisartsen samenwerkten bevatte vijf onderdelen:

1. Een begeleidende brief. In deze brief worden de bedoeling en achtergronden van het project SAP uiteengezet, waarna om medewerking wordt gevraagd.
2. Een algemene instructie. In deze instructie wordt allereerst uitgelegd, wat wordt verstaan onder een werkcontact. Nadat is aangegeven dat in de vragenlijst vier werkcontacten beschreven kunnen worden, gaat de instructie in op het telefonisch interview dat kan worden aangevraagd, indien de aard van de werkcontacten het invullen van de vragenlijst onmogelijk maakt.
3. De vragenlijst.
4. Een naamkaartje.
5. Een antwoordenvolp.

IV 3. Het rappel.

Toen de respons op de vragenlijsten die eind juli waren verzonden, was teruggevalen tot het niveau van één per dag, zijn rappels verzonden aan de psychologen die nog niet hadden gereageerd. Aangezien tot deze groep vrij veel psychologen behoorden, die volgens opgave van de L.C.C, mogelijk lid waren geweest van een zogeheten regionale groep, hebben wij voor het rappel van eind augustus twee versies gemaakt:

- een rappel waarin wordt aangegeven dat wij via de L.C.C. over de betreffende naam beschikken en waarin expliciet gevraagd wordt naar de beschrijving van eventuele participatie in een regionale groep.
- een algemeen rappel.

Psychologen die hun eerste vragenlijst later dan eind juli hebben gekregen en op de toezending niet reageerden, ontvingen ongeveer drie weken na de verzending eveneens een rappel, die gelijk was aan de bovengenoemde tweede versie.

IV 4. Het afnemen van telefonische interviews.

Zoals reeds enige malen naar voren is gekomen, konden psychologen die in hun werk te maken hebben met steeds wisselende (groepen) huisartsen, een telefonisch interview aanvragen. Van deze gelegenheid is ruimschoots gebruik gemaakt: bijna 100 psychologen hebben in het laatste kwartaal van 1976 met ons een gesprek gevoerd, waarin aan de hand van semi-gestructureerde vragen een toelichting werd gegeven op de werkcontacten die met huisartsen werden onderhouden.

Ter voorbereiding op de interviews ontvingen de respondenten een brief waarin de afspraak werd bevestigd en een overzicht werd gegeven van de onderwerpen, die ter sprake zouden komen.

De gesprekken duren over het algemeen drie kwartier à een uur. Voor de onderzoekers was deze periode, waarin zulke rechtstreekse contacten met het veld plaatsvonden, erg inspirerend. Naast het feit dat veel direct bruikbaar materiaal werd verzameld, kwamen ons namelijk ook veel impressies en anecdotes ter ore, welke een goede voedingsbodem waren voor de eigen creativiteit.

IV 5. De respons.

In totaal zijn 614 psychologen benaderd. Van de aangeschreven psychologen blijken er 228 (37%) niet te hebben gereageerd. Onder de groep psychologen, die wel hebben gereageerd (N = 386) (63%) rekenen we een heel scala van reacties:

- vragenlijst volledig ingevuld;
- telefonisch interview aangevraagd;
- vragenlijst niet (volledig) ingevuld teruggezonden;

- vragenlijst na sluitingsdatum (half december) geretourneerd, en
- expliciet aanduidingen dat men als psycholoog nooit werkcontacten met huisartsen heeft gehad.

Ter nadere inspectie van de -overigens bevredigende- respons worden in onderstaande tabel enige gegevens over het al dan niet reageren weergegeven.

We maken hierbij gebruik van de ook in hoofdstuk II gebruikte indeling. Het opgebouwde psychologenbestand is aldaar beschreven naar de manier waarop wij werden geïnformeerd over het feit dat men met huisartsen had samengewerkt. Zo bestaat de "ambulante groep" uit psychologen die zijn opgegeven door A.G.G.Z.-instellingen, terwijl in de "L.C.C.-groep" psychologen zijn vertegenwoordigd die door de Landelijke Contact Commissie Huisarts Psycholoog aan ons zijn doorgegeven.

psychologen, gegroepeerd naar bron van aanmelding	repons	
	N	%
- ambulante groep	105	55%
- L.C.C.-groep	165	62%
- overige groepen	116	75%
totaal	386	63%

Tabel III 1: Responspatroon in aantallen en procenten.

We zien dat er duidelijke verschillen bestaan in de mate waarin de onderscheiden groepen hebben gereageerd.

De psychologen die aan ons bekend zijn gemaakt via de universitaire instellingen, het N.I.P., oproepen in vakbladen en dergelijke, respondeerden uitgesproken goed: slechts een kwart non-respons.

De psychologen die destijds aan de L.C.C. hebben doorgegeven dat zij geïnteresseerd waren in contacten met huisartsen, reageerden in mindere mate. Dit is mogelijk te herleiden op het vermoeden dat een vrij groot aantal van de destijds gevormde zogeheten regionale groepen nooit van de grond is gekomen *). De bij deze mogelijk niet gestarte groepen aangesloten psychologen zouden dan ook ten onrechte door ons benaderd kunnen zijn. In de richting van een dergelijke verklaring wijst ook het gegeven dat van de L.C.C.-groep 9% expliciet te kennen gaf dat nooit contacten met huisartsen onderhouden waren, terwijl dit cijfer voor de overige groepen 3% bedraagt.

De psychologen die bij ons zijn aangemeld door de N.V.A.G.G.-lidinstellingen, laten het laagst responscijfer zien. Een sluitende verklaring hiervoor kunnen wij niet geven. Er zijn echter wel enige gissingen te formuleren:

- het huidige onderzoek houdt zich voor een belangrijk deel bezig met de organisatie en structurering van samenwerkingscontacten tussen huisarts-psycholoog. In de begeleidende brief bij de enquête wordt gesproken over het zoeken naar een "optimale structuur". De psychologen, die vanuit de ambulante sector met huisartsen contact onderhouden, zitten al enigszins in een structuur; zo hoort werken met of ten dienste van huisartsen expliciet bij hun taak, en is de financiering vrij goed geregeld (we komen hier later bij de analyses nog op terug; zie hoofdstuk IX). Een en ander zou kunnen inhouden dat leden van deze groepering zich niet uitgesproken gemotiveerd voelden om hun medewerking te verlenen aan het onderhavige doorlichtingsonderzoek.
- enquêtemoeheid. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg staan ter discussie. Velen willen daarbij mede uitgaan van "de situatie in het veld" en hebben de behoefte om daartoe peilingen te verrichten. Dat men zich daarbij vaak op de georganiseerde eenheden richt, hoeft dan wel niemand te verwonderen, maar kan als onbedoeld maar nochtans ongewenst neveneffect hebben, dat er een vorm van enquêtemoeheid ontstaat. Daling van de respons kan in een dergelijk geval niet uitblijven.
- een laatste mogelijke verklaring voor de vrij laag uitgevallen respons is dat deze groep vanwege de late aanmelding geen rappel ontvangen heeft.

*) Zo constateerde ook Ibelings in zijn evaluatie "Contacten huisartsen-psychologen" (Huisarts & Wetenschap, 1974, pag.267), welke circa negen maanden na de officiële start van de groepen heeft plaatsgevonden, dat in 11 van de 27 regio's nog niets op gang was gekomen.

V BESCHOUWINGEN OVER HET MATERIAAL

V 1. Inleiding.

In het doorlichtingsproject is het afgelopen jaar een grote hoeveelheid materiaal verzameld over de samenwerkingscontacten tussen huisartsen en psychologen. We hebben geprobeerd deze gegevens zodanig te comprimeren en te ordenen dat een leesbaar en begrijpelijk overzicht van de samenwerkingsvormen in al hun aspecten ontstaat. Bij deze integratie van het materiaal zijn een aantal keuzes gemaakt, die in dit hoofdstuk zullen worden toegelicht.

We starten met enkele basisgegevens over het materiaal (V 2.). Daarna zal worden ingegaan op de niveaus waarop de ons verstrekte informatie is geanalyseerd en beschreven (V 3.). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de manieren waarop gegevens tijdens de analyse zijn gegroepeerd en van de gebruikte toetsingsmethoden (V 4.).

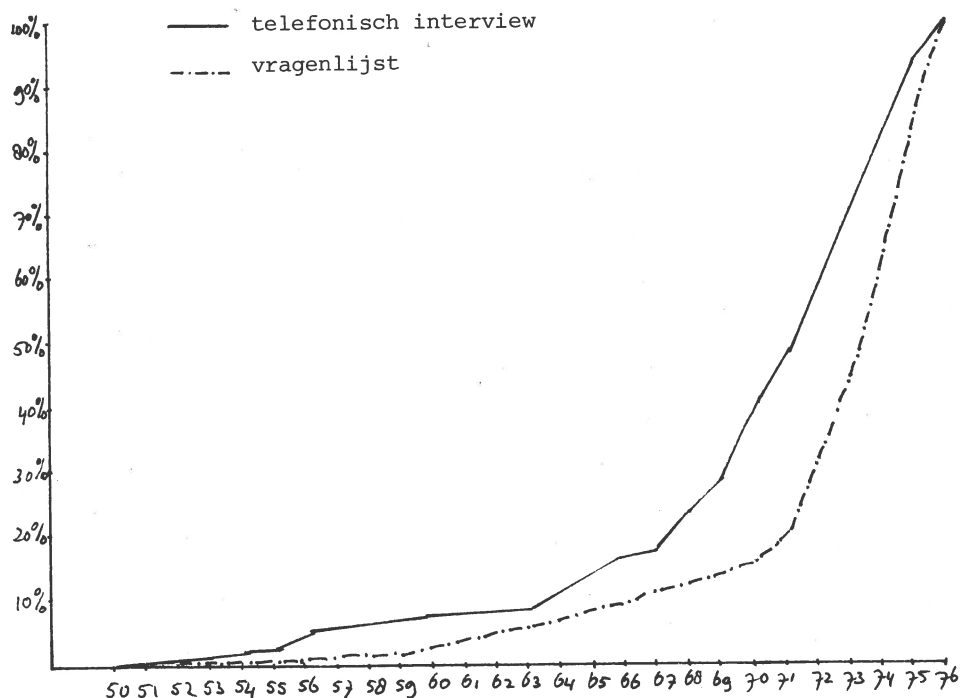
V 2. Enkele basisgegevens.

In hoofdstuk III is beschreven dat in het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts Psycholoog" 386 psychologen hebben gereageerd. Deze reacties waren echter niet altijd van dien aard, dat ze bewerkbare gegevens opleverden. Het in dit rapport beschreven materiaal is afkomstig van 268 psychologen. De resterende ruim 100 reacties zijn echter niet zomaar in het luchtledige verdwenen: 59 benaderde psychologen retourneerden ons onvolledig ingevulde vragenlijsten, vierendertig maal bevatte de reactie de mededeling dat men nooit met huisartsen had samengewerkt en de overige psychologen zijn niet in de analyse betrokken, omdat na sluitingsdatum werd gereageerd of omdat het onmogelijk bleek een afspraak voor het aangevraagde telefonisch interview te maken.

Honderdvierenzeventig psychologen stuurden ons een goed bewerkbare vragenlijst terug. In deze lijsten hebben zij gerapporteerd over werkcontacten: min of meer regelmatige relaties met huisartsen. Tweeëndertig psychologen verschaften ons zowel in een vragenlijst als in een telefonisch interview informatie over hun samenwerking met huisartsen. Zoals bekend is in de telefonische interviews gerapporteerd over soorten activiteiten die in wisselende relaties met huisartsen zijn uitgevoerd. De overige 62 psychologen hebben alleen via een telefonisch interview informatie verschaft.

Volgens onze gegevens begon het eerste contact tussen huisarts en psycholoog in 1950; een psycholoog startte met een activiteit ten behoeve van wisselende huisartsen. De eerste vaste relatie tussen een huisarts en een psycholoog kreeg in 1951 gestalte. Het waren destijds nog eenlingen en dat bleef het eerste decennium daarna nog. In totaal zijn tot en met 1959 zeven werkcontacten en twaalf activiteiten ten behoeve van steeds andere huisartsen van de grond gekomen.

Hoe het verder verliep zien we in onderstaande grafiek. Deze brengt de opkomst van de vaste en de -op activiteit gebundelde- wisselende relaties tussen huisarts en psycholoog in beeld. De jaar-percentages zijn cumulatief weergegeven, hetgeen betekent dat vooral de steilte van de lijnen die de jaarpunten verbinden, van belang is. Hoe steiler des te stormachtiger is de opkomst.



Figuur 1: Cumulatieve frequentieverdeling in procenten van de start van vaste en -op activiteiten gebundelde- wisselende relaties met huisartsen.

Wanneer we ons allereerst richten op de vaste relaties met huisartsen, valt het op dat het jaar 1972 de periode van de grote opkomst inluïdt. Tachtig procent van de werkcontacten is gestart na 1971. Vaste relaties tussen huisarts en psycholoog lijken dus goed aan te slaan. Dit blijkt ook uit het feit dat een eerste werkcontact vaak gevolgd wordt door een tweede of zelfs meer werkcontacten:

- 88 psychologen hadden één werkcontact;
- 50 psychologen hadden twee werkcontacten;
- 33 psychologen hadden drie werkcontacten, en
- 35 psychologen hadden vier werkcontacten.

In de 206 vragenlijsten is dus per respondent over gemiddeld 2,1 vaste relaties met huisartsen gerapporteerd (N = 427)

We zien dat 57% van de psychologen die eens een werkcontact met een arts zijn gestart, ook begint aan een tweede relatie. Een aantal van hen (17%) is zelfs al aan het vierde werkcontact toe.

Voor een mogelijke verklaring van de lichtelijk explosieve opkomst van vaste werkrelaties tussen huisartsen en psychologen in het begin van de zeventiger jaren verwijzen wij naar de Historische Schets (Hoofdstuk I). Overigens is het aardig te ontdekken dat de in dat hoofdstuk geschetste ontwikkelingsgang in elk geval door de feiten over de vaste relaties huisarts - psycholoog bevestigd wordt: niet alleen verschenen er in de jaren '71 - '72 veel artikelen in kranten en vakbladen over het fenomeen huisarts - psycholoog en niet alleen kregen de overkoepelende instellingen belangstelling voor een nauwere samenwerking tussen beide disciplines, ook de werkers in het veld begonnen elkaar in deze periode op grote schaal op te zoeken: het initiatief van de Landelijke Contact Commissie Huisarts - Psycholoog lijkt hiermee goed aangeslagen te zijn.

De aanvang van activiteiten in wisselende relaties met steeds andere huisartsen lijkt in de tijd gezien nog iets eerder te liggen. Reeds vanaf 1968 en zich duidelijk doorzettend vanaf 1970 komen deze op gang. Ruim drie kwart van deze bezigheden is gestart na 1967. Totaal zijn in de 94 telefonische interviews 201 van deze activiteiten ter sprake gekomen.

- 30 respondenten vertelden over één activiteit;
- 35 respondenten rapporteerden over twee activiteiten;
- 20 respondenten brachten drie werksoorten ter sprake;
- 4 respondenten vertelden over vier soorten werkzaamheden;
- 5 respondenten informeerden ons over vijf soorten activiteiten.

In de telefonische interviews zijn dus per respondent gemiddeld 2,2 soorten werk aan de orde gekomen.

V 3. Verschillende analyseniveaus: problemen en gezochte oplossingen.

De respondenten hebben ons niet alleen veel materiaal verschaft over hun vaste en wisselende samenwerkingscontacten met huisartsen. Per respondent is tevens gevraagd naar de genoten doctoraalopleiding (wat, waar, wanneer afgesloten e.d.) en naar de baan, die men had ten tijde van de verschillende samenwerkingscontacten. We informeerden naar de instelling, waar men zijn hoofdfunctie vervulde, de periode, waarin de instelling als thuisbasis voor de psycholoog fungeerde, e.d.

Deze vragen zijn gesteld om de verschillende vaste dan wel wisselende samenwerkingscontacten ook te kunnen plaatsen in het breder perspectief van de achtergrondkenmerken van de bij de samenwerking betrokken psycholoog. Als onderzoeker snijdt je je bij een dergelijke constructie echter al snel enigszins in de vingers. Analyses op de achtergrondkenmerken van de psycholoog òf op de verschillende aspecten van de samenwerkingscontacten zijn niet zo'n probleem. Analyses op de relatie tussen psycholoog-variabelen en samenwerkingsvariabelen daarentegen wel.

Tijdens de analyse van de verkregen informatie over de samenwerkingscontacten is het streven vrij vaak gericht geweest op een koppeling van psycholoogvariabelen met samenwerkingsvariabelen (we zijn er bijvoorbeeld in geïnteresseerd om te weten of klinisch psychologen in relatie tot huisartsen ander werk verrichten dan sociaal psychologen). Nu hebben we in de vorige paragraaf gezien dat het niet zo is dat de meeste psychologen òf slechts één vaste relatie met huisartsen hebben òf slechts één activiteit in wisselende relaties met huisartsen uitvoeren. Koppeling van samenwerkingsaspecten aan psycholoogkenmerken houdt dus meestal een vermenging van twee analyseniveaus in. Informatie over vier werkcontacten die door één ontwikkelingspsycholoog zijn onderhouden, wordt in de beschrijving van de resultaten in feite hetzelfde behandeld als informatie over vier werkcontacten die door vier ontwikkelingspsychologen zijn onderhouden.

Zeker als het mogelijk is dat bijvoorbeeld ontwikkelingspsychologen verschillen van de klinische psychologen, of ziekenhuispsychologen verschillen van hun vrij gevestigde collega's wat betreft het aantal werkcontacten of soorten bezigheden, is een zorgvuldige formulering van uitspraken geboden. Eigenlijk zou de opleiding of de thuisbasis van de psycholoog beschouwd moeten worden als een aspect van de verschillende samenwerkingscontacten. Een voorbeeld van een correcte uitspraak is: *in werkcontacten waarbij psychologen betrokken zijn die ontwikkelingspsychologie hebben gestudeerd, wordt verhoudingsgewijs vaker aan diagnostiek gedaan dan in werkcontacten waarbij psychologen zijn betrokken die in de klinische richting zijn afgestudeerd.*

Een rapport -zeker één dat bedoeld is voor de "praktijk"- moet echter leesbaar blijven. We hebben er dan ook voor gekozen om uitspraken waarin achtergrondkenmerken van de psycholoog ter sprake komen, psycholooggebonden te formuleren. Bij de verdere bespreking van de resultaten zal er regelmatig op worden gewezen dat eigenlijk niet de psycholoog, maar het werkcontact of het genre bezigheden eenheid van analyse is geweest.

De hierboven geformuleerde "correcte" uitspraak verschijnt dus in de tekst als: ontwikkelingspsychologen doen in vaste relaties met huisartsen relatief vaker aan diagnostiek dan klinisch psychologen.

V 4. De verwerking en toetsing van het materiaal.

Verwerking.

Bij de bespreking van de resultaten van het doorlichtingsproject -de hoofdstukken VI tot en met IX- worden regelmatig gegevens verstrekt over de verkregen informatie. In de meeste tabellen treft men zowel absolute aantallen als percentages aan. Bij vergelijking van de tabellen zal men zeker soms op verschillen in absolute aantallen stuiten. Deze verschillen stoelen merendeels op een tweetal oorzaken: 1. de gegevens zijn steeds anders gegroepeerd en 2. soms zijn bij deze groepering tevoren bepaalde selecties gemaakt.

ad. 1.: De gegevens zijn steeds anders gegroepeerd.

Er zijn bij bijna elke variabele altijd wel een paar gevallen niet bewerkbaar. Wanneer men variabelen aan elkaar gaat relateren, vervallen daarom de gegevens die bij één van deze variabelen ontbreken of onduidelijk zijn. Dit leidt tot verschillen in absolute aantallen en soms tot kleine verschillen in percentages.

ad. 2.: Er zijn vooraf bepaalde selecties gemaakt.

Het is soms niet zinvol om continu alle varianten van een bepaalde variabele in de analyse te betrekken. Wanneer bijvoorbeeld wordt gesproken over de werkzaamheden van de psycholoog kan het wel interessant zijn om te starten met een overzicht van alle (combinaties van) activiteiten die in relatie tot huisartsen worden verricht. Daarna -bij verdere bewerking van het materiaal- is het echter zaak om de analyses te richten op een aantal hoofdgroepen van activiteiten die ofwel vaak voorkomen ofwel theoretisch relevant zijn.

Ook bij andere variabelen zijn dergelijke keuzes, die per onderwerp kunnen verschillen, gemaakt. In de tekst is steeds aangegeven welke selectie is aangebracht.

Toetsing.

Bij onderzoek wordt gespeurd naar overeenkomsten en verschillen. Zo wordt bijvoorbeeld in eerste instantie gekeken of hulpverleningsactiviteiten als diagnostiek en therapie op dezelfde wijze gehonoreerd worden. Daarna richt de aandacht zich op de vraag of deze werkzaamheden anders worden betaald dan activiteiten die zijn gericht op kennisoverdracht naar de huisarts.

Inspectie van het materiaal kan aanleiding geven tot het doen van uitspraken als "therapie op verwijzing van de huisarts wordt -vergeleken met het geven van consultatie- vaker niet gehonoreerd". In de wetenschappelijke traditie is het echter een goede gewoonte om pas een dergelijke uitspraak te formuleren als is bekeken of het feit dat het materiaal deze indruk doet rijzen, nauwelijks op toeval is terug te voeren. Men toetst of er verschillen bestaan die slechts een geringe toevalskans hebben.

Bij de beschrijving van de gegevens over de samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog, is als criterium gehanteerd, dat een verschil pas als zodanig mag worden genoemd wanneer de toevalskans kleiner dan of gelijk aan 5% is. Indien ergens van deze norm wordt afgeweken, staat het in de tekst vermeld.

Voor het testen van het materiaal is merendeels van twee soorten toetsen gebruik gemaakt. In het nonparametrisch toetsingsarsenaal vinden we de X^2 - test, waarmee kan worden bepaald of twee (of meer) groepen significant van elkaar verschillen. Getoetst wordt bijvoorbeeld of therapeutische en consultatieve bezigheden van elkaar verschillen wat betreft de veranderingen die men wenselijk acht.

Voor de toetsing van percentages zijn de geobserveerde waarden tegen de normaal-verdeling afgezet. Hiervan zijn z-scores berekend. Getoetst wordt bij voorbeeld of het feit dat training in 25% en consultatie in 34% van de gevallen niet betaald wordt, mag leiden tot de uitspraak dat consultatie vaker dan bij- en/of nascholing gratis wordt gegeven. Indien de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van andere dan beide boven omschreven toetsen wordt dit in de tekst vermeld.

VI DE OPLEIDING TOT PSYCHOLOOG.

VI 1. Inleiding.

De respondenten hebben ons ondermeer enige gegevens verstrekt over hun doctoraalopleiding psychologie en over de mate waarin de door hen genoten opleiding naar hun mening aansluit bij de werkzaamheden die zij in relatie tot huisartsen verrichten of verricht hebben. In dit hoofdstuk wordt iets verder ingegaan op de relatie tussen de gevolgde doctoraalopleiding en het werken ten behoeve van huisartsen. We vinden het daarbij interessant om een aantal verschillende aspecten onder de loep te nemen. Zo zal worden nagegaan, welke opleidingsvariabelen van invloed zijn op de mate waarin de respondenten te spreken zijn over de door hen gevolgde doctoraalopleiding. Verschilt dit per stad of per studierichting? Een ander punt van aandacht betreft de relatie tussen de doctoraalopleiding en de "thuisbasis" van de respondenten. Uitgezocht zal worden in hoeverre de afstudeerrichting van de psycholoog bepaalt waar hij terecht komt. Deze gegevens zijn vooral belangrijk als achtergrondgegevens. Voor de interpretatie van andere, latere gegevens kan het immers belangrijk zijn te weten of bijvoorbeeld de ontwikkelingspsychologen relatief vaker een baan hebben in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, wanneer zij met huisartsen gaan samenwerken, terwijl de klinici misschien voornamelijk werkzaam zijn in psychiatrische instellingen. In datzelfde kader kan het belangrijk zijn om over informatie te beschikken over de relatie tussen de doctoraalopleiding en de inhoud van het werken dat men in relatie tot huisartsen uitvoert.

Centrale vraag hierbij is of het gezegde "een boom herkent men aan zijn vruchten" ook opgaat voor de verschillende soorten psychologen die in relatie tot huisartsen werken: wordt therapie op verwijzing van de huisarts relatief vaker uitgevoerd door klinisch psychologen en doen de sociaal psychologen verhoudingsgewijs meer aan consultatie?

VI 2. De doctoraalopleiding.

De psychologen die met huisartsen samenwerken hebben ons ondermeer geïnformeerd over de universiteit waar zij gestudeerd hebben, de door hen gevolgde hoofdrichting en het jaar waarin zij hun doctoraalexamen hebben behaald.

Van het Centraal Bureau voor de Statistiek hebben wij de beschikking gekregen over landelijke gegevens betreffende de universiteit van afstuderen vanaf het cursusjaar 1965-1966. We kunnen de beschrijving van de huidige populatie dus gedeeltelijk vergelijken met de landelijke ontwikkeling, zodat op bepaalde punten kan worden gezien of er sprake is van over- of ondervertegenwoordiging van sommige groeperingen ten opzichte van de landelijke cijfers.

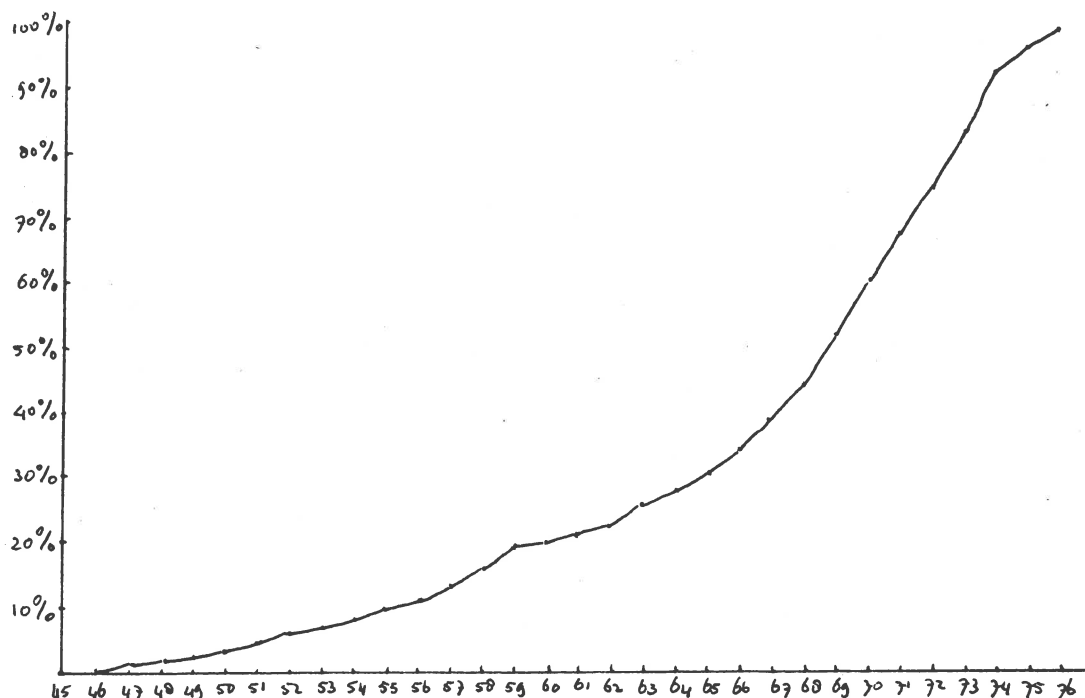
Jaar van afstuderen.

Tweehonderdachtenzestig psychologen hebben ons geïnformeerd over het jaar waarin zij hun doctoraalexamen hebben afgelegd. Wanneer deze antwoorden in kaart worden gebracht (zie figuur 2) valt te constateren dat de reeds lang afgestudeerde psychologen in de minderheid zijn. Het merendeel (een kleine 70%) van de psychologen die in relatie tot huisartsen werk verricht hebben is de laatste tien jaar afgestudeerd. Er is dus sprake van een geleidelijke stijging in het aantal bij samenwerking betrokken psychologen, wanneer zij op jaar van afstuderen worden geordend.

Tussen 1969 en 1974 is deze stijging het sterkst: in deze periode zijn relatief de meeste psychologen uit onze onderzoekspopulatie afgestudeerd.

De constatering dat het merendeel van onze respondenten de laatste tien jaar is afgestudeerd moet ons niet zonder meer verleiden tot de gedachte dat ook verhoudingsgewijs meer vrij recent afgestudeerde psychologen samenwerken met huisartsen. Alhoewel een volledige vergelijking met landelijke gegevens niet mogelijk was - ons staat CBS-materiaal vanaf 1965/66 ter beschikking - blijkt wél dat de zo op het eerste gezicht opvallende toename in de periode 1969-1974 ongeveer overeenkomt met de cijfers ten aanzien van het jaar van afstuderen van alle psychologen in Nederland. We vermoeden dat de eerdere stijgingen ook ongeveer gelijke tred hebben gehouden met de landelijke ontwikkelingen.

Het aantal psychologen dat in 1975 of in 1976 is afgestudeerd en een werkcontact met een huisarts onderhoudt is vrij gering. Wij kunnen hiervoor geen sluitende verklaring geven, hoogstens een aantal min of meer plausibele suggesties. Zo is er natuurlijk een aantal psychologen dat na de studie eerst de dienstplicht moet vervullen. Een andere mogelijke verklaring heeft te maken met de toenemende werkeloosheid onder psychologen: veel gevestigde instellingen hebben geen vacatures meer en men vraagt bij werving van medewerkers vaak naar psychologen "met ervaring". Een groot deel van ons bestand aan psychologen is echter juist afkomstig van deze gevestigde instellingen (zie ook Hoofdstuk II, waar is gesproken over de manier waarop het bestand is opgebouwd). Dit kan van invloed zijn op de betrekkelijk lage vertegenwoordiging van pas afgestudeerde psychologen in onze groep respondenten.



Figuur 2: Jaar van afstuderen (cumulatief)

Universiteitsstad.

De psychologen die werkcontacten met huisartsen hebben onderhouden zijn aan de volgende universiteiten afgestudeerd:

universiteit	onderzoekspopulatie		CBS-gegevens	
	aantal	percentage	aantal	percentage
- Amsterdam GU	51	19 %	734	23 %
- Amsterdam VU	37	14 %	404	13 %
- Groningen	32	12 %	562	17 %
- Leiden	29	11 %	373	12 %
- Nijmegen	64	24 %	557	17 %
- Utrecht	47	17 %	578	18 %
- Elders/buitenland	8	3 %	-	-
N =	268		3208	

Tabel VI 1.: Overzicht van de aantallen respondenten, die aan bepaalde universiteiten hun doctoraalexamen hebben afgelegd (N = 268), vergeleken met de CBS-gegevens (N = 3208) van 1965 tot heden.

We zien dat de meeste respondenten hun doctoraalexamen hebben afgelegd aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, terwijl een universiteitsstad als Leiden of Groningen beduidend minder psychologen met werkcontacten opleverde. Teneinde deze gegevens enigszins in perspectief te kunnen plaatsen, heeft ook hier een vergelijking met de CBS-gegevens *) plaatsgevonden.

Daaruit bleek dat ten aanzien van bijvoorbeeld Leiden geenszins sprake is van een oververtegenwoordiging: ongeveer 12% van de Nederlandse psychologen heeft in Leiden gestudeerd, terwijl van de psychologen die werk hebben verricht in relatie tot huisartsen, ongeveer 11% aldaar het doctoraalexamen heeft afgelegd.

Bij twee groeperingen mogen we duidelijk spreken in termen van onder- respectievelijk oververtegenwoordiging. Terwijl landelijk gezien 17% van de psychologen in Groningen is afgestudeerd, heeft slechts 12% van de psychologen die met huisartsen samenwerken in deze stad het doctoraalexamen afgelegd. Bij de respondenten die in Nijmegen zijn afgestudeerd, is sprake van oververtegenwoordiging. Terwijl volgens de CBS-gegevens Nijmegen 17% van de doctoraalexamens psychologie voor zijn rekening neemt, zien we dat van de psy-

*) Alhoewel deze gegevens betrekking hebben op de laatste tien jaar, menen we ze toch als vergelijkingsmateriaal te kunnen gebruiken. Het merendeel van onze respondenten is immers in die periode afgestudeerd.

chologen die met huisartsen samenwerken 24% in Nijmegen is afgestudeerd.

Afstudeerrichting.

Van de antwoorden van onze respondenten op de vraag naar hun afstudeerrichting waren er 263 bewerkbaar.

Negen respondenten zijn afgestudeerd in de periode waarin binnen de psychologie nog geen sprake was van aparte hoofdrichtingen. Drieëntwintig personen hebben twee hoofdrichtingen gevolgd. In onderstaande tabel worden in kolom 1 de psychologen met één hoofdrichting gespecificeerd. Kolom 2 geeft aan hoe vaak een bepaalde afstudeerrichting is genoemd, terwijl deze getallen in kolom 3 ook in percentages worden uitgedrukt.

hoofdrichting	1 aantal psychologen met één hoofdrichting (N = 231)	frequentie hoofdrichting	
		2 aantal	3 percentage
- klinische psychologie	137	153	55 %
- sociale psychologie	35	44	16 %
- ontwikkelingspsych.	38	50	18 %
- functieleer/experimentele psychologie	9	10	4 %
- overigen	12	20	7 %

Tabel VI 2.: Overzicht van de gevolgde hoofdrichting.

Uit deze tabel wordt duidelijk dat het overgrote deel van de bij werkcontacten met huisartsen betrokken psychologen (meer dan de helft) is afgestudeerd in de sector klinische psychologie. De tweede plaats wordt met 18% ingenomen door de ontwikkelingspsychologen, terwijl 16% van onze respondenten sociale psychologie heeft gestudeerd. De overige studierichtingen komen relatief duidelijk minder voor. (In de paragrafen VI 3. en VI 4. zullen wij ons dan ook voornamelijk richten op de klinische, sociale en ontwikkelingspsychologen, die tesamen bijna 90% van onze onderzoekspopulatie uitmaken).

Aangezien het CBS ons -binnen de gewenste termijn - geen gegevens kon verstrekken, welke zijn uitgesplitst naar afstudeerrichting, moet een vergelijking met landelijke data hier achterwege blijven.

VI 3. Aansluiting tussen opleiding en werken met of ten dienste van huisartsen.

257 psychologen die werkcontacten met huisartsen onderhouden hebben ons meegedeeld in welke mate de door hen genoten doctoraalopleiding hun inziens aansloot bij de door hen binnen werkcontacten uitgevoerde activiteiten. De door de respondenten gegeven beoordelingen volgen in tabel VI 3.

De ervaren aansluiting wordt niet onverdeeld gunstig beoordeeld. Bijna de helft van de respondenten karakteriseert de aansluiting als tamelijk slecht of zelfs slecht. De meest positieve beoordeling wordt slechts gegeven door ruim 10% van de psychologen. Het lijkt erop, dat de huidige doctoraalopleidingen nog niet goed zijn uitgerust voor het werk in of nabij de eerste lijn van de gezondheidszorg *).

ervaren aansluiting opleiding-werkcontact	aantal	percentage
- goed	26	10 %
- tamelijk goed	58	22 %
- middelmatig/neutraal	53	21 %
- tamelijk slecht	59	23 %
- slecht	61	24 %
	N = 257	

Tabel VI 3.: Mening van de respondenten over de aansluiting van de gevolgde doctoraalopleiding op de binnen werkcontacten uitgevoerde activiteiten (N = 257)

Aangezien het ons goed mogelijk lijkt dat de in deze tabel naar voren komende diversiteit in beoordelingen (mede) wordt bepaald door de gevolgde doctoraalopleiding zijn in deze richting enige analyses uitgevoerd.

*) Het is overigens niet zo dat werkcontacten of activiteiten ten dienste van huisartsen vaker worden afgebroken of gestaakt bij psychologen die vinden dat hun doctoraalopleiding (tamelijk) slecht aansluit bij het werken met huisartsen dan bij psychologen die (tamelijk goed te spreken zijn over deze aansluiting.

Ervaren aansluiting - gevolgde specialisatie.

De relatie tussen de gevolgde specialisatierichting en het oordeel over de aansluiting hiervan op het huidige werk kan op meerdere manieren geanalyseerd worden. De "breedte" van het opleidingspakket kan in het geding zijn (geen specialisatie versus één hoofdrichting versus twee hoofdrichtingen). Het is ook mogelijk dat de soort hoofdrichting - klinische psychologie versus sociale psychologie, etc. - samenhangt met de ervaren aansluiting. Uit de antwoorden van onze respondenten blijkt echter geen enkele samenhang tussen de gevolgde hoofdrichting en de ervaren aansluiting. Het is dus niet zo dat bijvoorbeeld een ontwikkelingspsycholoog positiever over zijn opleiding oordeelt dan een klinisch psycholoog of dat een respondent die in meerdere richtingen is afgestudeerd beter te spreken is over de aansluiting dan een collega die één hoofdrichting heeft gevolgd.

Ervaren aansluiting - jaar doctoraalexamen.

Ook hebben we nagezocht of psychologen die de laatste jaren zijn afgestudeerd anders oordelen over de mate waarin hun opleiding aansluit bij het werken met of in relatie tot huisartsen dan de psychologen die langer geleden zijn afgestudeerd.

Dit blijkt eveneens niet het geval te zijn. De beoordeling over de aansluiting varieert wel enigszins per jaar van afstuderen, maar enige systematiek daarin ontbreekt. Een en ander hoeft niet te verbazen, aangezien binnen de psychologie-opleidingen geen echt structurele veranderingen in deze richting zijn aangebracht (als bijvoorbeeld: mogelijkheid van afstudeerrichting medische psychologie).

Ervaren aansluiting - universiteitsstad.

De opleiding tot psycholoog verschilt per subfaculteit qua stageperiode, onderzoek, aanbod aan cursussen, te bestuderen literatuur en dergelijke. Deze verschillen zijn over het algemeen niet van dien aard dat gesteld kan worden dat men volstrekt verschillende soorten psychologie doceert. Het lijkt er wel op dat men de te onderscheiden aspecten van de psychologie verschillend accentueert.

Het is moeilijk precies na te gaan door welke accenten de diverse subfaculteiten gekarakteriseerd worden. We vermoeden wel dat de ervaren aansluiting tussen opleiding en werken met huisartsen per universiteitsstad zou kunnen variëren. We hebben de gegevens dan ook op deze twee dimensies gegroepeerd. Hierbij zijn alleen de Nederlandse universiteitssteden weergegeven.

beoordeling aansluiting stad van afstuderen	redelijk goed tot goed	neutraal	redelijk slecht tot slecht	N
- Amsterdam GU	25 %	25 %	50 %	48
- Amsterdam VU	29 %	27 %	44 %	34
- Groningen	47 %	13 %	40 %	30
- Leiden	32 %	21 %	47 %	28
- Nijmegen	26 %	22 %	52 %	63
- Utrecht	37 %	13 %	50 %	46

Tabel VI 4.: Mening over de aansluiting tussen doctoraalopleiding en werkzaamheden in relatie tot huisartsen, uitgesplitst naar universiteitsstad van afstuderen.

In bovenstaande tabel zien we inderdaad enige verschillen wat betreft het oordeel over de aansluiting tussen de psychologen, die afkomstig zijn uit de onderscheiden universiteitssteden.

Wanneer deze echter getoetst worden blijken de meeste verschillen niet significant te zijn. We mogen alleen vaststellen dat de psychologen die in Groningen hebben gestudeerd zich vaker in positieve termen uitlaten over hun doctoraalopleiding dan de respondenten die in Nijmegen of aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam zijn afgestudeerd. Hieruit mag niet zonder meer de conclusie worden getrokken dat de psychologie-opleiding in Groningen "objectief" beter dan bijvoorbeeld de opleiding in Nijmegen voorbereidt op het werken met huisartsen. Zo zagen wij ondermeer in paragraaf VI 2., dat psychologen afkomstig uit Groningen ondervertegenwoordigd zijn, terwijl voor de psychologen afkomstig uit Nijmegen juist het tegenovergestelde geldt. Dit zou bijvoorbeeld kunnen inhouden dat psychologen die in Nijmegen gestudeerd hebben minder aan "zelfselectie" doen alvorens met huisartsen te gaan samenwerken, waarna zij tijdens het onderhouden van de werkcontacten in grotere getale dan de psychologen uit Groningen ervaren dat de opleiding niet of slecht aansluit bij het werken met of ten dienste van huisartsen.

Dat we dit verschil tussen de Groningers enerzijds en de Nijmegenaren en Amsterdammers anderzijds niet serieus moeten nemen blijkt ook wanneer we de negatieve kant van de 5 - puntsschaal bekijken: dan blijken namelijk de verschillen tussen de universiteitssteden geen van alle meer significant te zijn: tussen de 40% en 52% van de respondenten oordeelt aan de negatieve kant van de schaal.

Samenvatting ervaring aansluiting - genoten doctoraalopleiding.

Nadat in het begin van deze paragraaf is vastgesteld dat slechts eenderde van de respondenten goed of tamelijk goed te spreken is over de mate waarin de gevolgde doctoraalopleiding aansluit bij het werken met huisartsen, werd onderzocht of bepaalde kenmerken van de opleiding (jaar van afstuderen, universiteitsstad of de gevolgde specialisatie) op een of andere manier systematisch samenhangen met het oordeel over de aansluiting. Dergelijke samenhangen zijn nauwelijks aanwezig. Alleen sommige universiteitssteden blijken te differentiëren, maar dan nog alleen wanneer we enkel de positieve kant van de 5-puntsschaal bekijken.

Dit betekent dat de oorspronkelijke en vrij negatieve gegevens over de aansluiting van de doctoraalopleiding op de huidige werkzaamheden (zie blz.23) onverkort blijven staan. Dit negatieve oordeel geldt voor iedere studierichting, heeft niets te maken met de tijd waarin men gestudeerd heeft en nauwelijks iets met de universiteit waar men zijn doctoraal-examen heeft afgelegd.

VI 4. De doctoraalopleiding en de hoofdfunctie die de psycholoog bekleedt ten tijde van de start van het werken in relatie met huisartsen.

Wanneer we willen proberen om de situatie waarin werkrelaties tussen huisarts en psycholoog opbloeien dan wel worden afgebroken zo uitvoerig mogelijk te beschrijven, dient ook de hoofdfunctie van de psycholoog ten tijde van de contacten beschreven te worden.

De baan die een psycholoog heeft kan op een aantal thema's worden gekarakteriseerd. Te denken valt bijvoorbeeld aan een indeling op de inhoud van de functie: directe hulpverlening, onderzoek, organisatie, en dergelijke. Een ander soort indeling is mogelijk op de plaats van de instelling, waar de psycholoog zijn functie vervult, in het maatschappelijk bestel. Binnen de gezondheidszorg komt dan vooral een indeling op echelonering in aanmerking, daarbuiten zijn echter ook nog een aantal thuisbases denkbaar: onderwijsinstellingen, gemeenten, etc. In het doorlichtingsproject is gebruik gemaakt van een indeling op instelling. Van de respondenten is dus bijvoorbeeld vastgelegd of zij in de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan wel bij een onderwijsinstelling werkzaam zijn.

De interesse in de hoofdfunctie die de psycholoog bekleedde toen hij met huisartsen ging samenwerken is vrij vanzelfsprekend. De baan die een psycholoog heeft kan immers soms in belangrijke mate bijdragen tot het totstandkomen van relaties met huisartsen doordat het werken met of voor deze groep hulpverleners bijvoorbeeld in de taakomschrijving van de functie van de psycholoog is opgenomen of doordat het van binnenuit georganiseerd en gestimuleerd wordt.

In deze paragraaf willen we vast enigszins vooruitlopen op een meer uitgebreide behandeling van het thema hoofdfunctie (die hoofdstuk VII) en een koppeling tot stand brengen tussen deze functie en de genoten doctoraalopleiding. De centrale vraag daarbij is of de hoofdfuncties, die de respondenten bekleedden tijdens de start van hun contacten met huisartsen, specifiek zijn voor bepaalde specialismen binnen de psychologie. In dit kader komen kwesties aan de orde als bijvoorbeeld: zijn de klinisch psychologen die met huisartsen samenwerken meer werkzaam in een free lance praktijk, terwijl de ontwikkelingspsychologen vooral in de ambulante sector functioneren? Of is het zo dat de verschillende soorten psychologen min of meer gelijkkelijk over de verschillende hoofdfuncties verdeeld zijn?

Uitspraken die in deze paragraaf gedaan worden, hebben betrekking op psychologen die - naar zij ons meedeelden - contacten met huisartsen hebben onderhouden. Algemene, landelijke gegevens hierover bestaan niet. Dit houdt in, dat de door ons gebruikte vergelijkingsbron altijd binnen het respondentenbestand ligt. Bij een uitspraak als "de ontwikkelingspsychologen die werk verrichten in relatie tot huisartsen hebben bij de start daarvan relatief vaker een functie in de A.G.G.Z." verwijst de term "vaker" dus alleen naar bijvoorbeeld de klinisch en sociaal psychologen die ook een werkrelatie met huisartsen hebben (en aan dit onderzoek hebben meegewerkt).

De resultaten.

Bij de huidige analyse zijn - zoals reeds werd aangekondigd in VI 2. - alleen de antwoorden verwerkt van de respondenten die ofwel klinische ofwel sociale ofwel ontwikkelingspsychologie hebben gestudeerd. Een aantal niet frequent genoemde hoofdfuncties zijn samengevoegd in een restcategorie. Deze groepering van het beschikbare materiaal levert het volgende beeld op:

omschrijving hoofdfunctie	gevolgde hoofdrichting			
	clinische psychologie	sociale psychologie	ontwikkelingspsychologie	totaal
- free lance	5 %	6 %	11 %	6 %
- A.G.G.Z.-instelling	29 %	26 %	50 %	32 %
- intramuraal: somatisch	11 %	0 %	5 %	8 %
- intramuraal: G.G.Z.	24 %	13 %	14 %	21 %
- onderwijsinstelling	17 %	32 %	3 %	17 %
- rest	14 %	23 %	17 %	16 %
	N = 123	31	36	190

Tabel VI 5.: Overzicht in percentages van de hoofdfuncties die de verschillende soorten psychologen bekleedden toen zij in contact kwamen met huisartsen.

Uit deze tabel wordt duidelijk dat een belangrijk deel (32%) van de respondenten ten tijde van het eerste contact met huisartsen, werkzaam was in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Tevens zien we een vrij groot aantal psychologen die ten tijde van de eerste contacten met huisartsen werkzaam waren in een intramurale G.G.Z.-instelling (21%) of bij het onderwijs (17%). De vrij gevestigde psychologen zijn evenmin als de ziekenhuispsychologen erg sterk vertegenwoordigd. Aangezien landelijke gegevens echter ontbreken kan niet worden gezegd of er ook sprake is van ondervertegenwoordiging.

Wanneer het nu geschetste totaalbeeld wordt uitgesplitst naar de door de respondenten gevolgde hoofdrichting kunnen enige nuanceringen worden aangebracht:

- Ontwikkelingspsychologen hebben - vergeleken met klinisch psychologen en met sociaal psychologen - relatief vaker een functie in de ambulante zorg wanneer zij voor het eerst met huisartsen in aanraking komen. Vermoedelijk wordt deze relatief hoge vertegenwoordiging van ontwikkelingspsychologen mede verklaard door het feit, dat op Medisch Opvoedkundige Bureaus voornamelijk ontwikkelingspsychologen werkzaam zijn.
- In de somatische intramurale setting zien we duidelijk een relatief overwicht van de klinisch psychologen - vergeleken met sociaal en ontwikkelingspsychologen. Bij psychologen die tijdens hun eerste contacten met huisartsen werken in psychiatrische ziekenhuizen e.d., zien we deze zelfde trend terug. Hij is echter niet significant. Wanneer de intramurale instellingen tesamen worden genomen wordt het tot nu toe geschetste beeld duidelijk bevestigd: vergeleken met de overige respondenten zijn de clinici relatief het zwaarst vertegenwoordigd in de intramurale setting. Deze stand van zaken is ons inziens sterk historisch gegroeid. Derdelijns instellingen zochten immers van oudsher voornamelijk klinisch psychologen.
- Sociaal psychologen zijn - vergeleken met klinisch en ontwikkelingspsychologen - relatief frequenter verbonden aan een onderwijsinstelling ten tijde van de start van hun samenwerking met huisartsen.

VI 5. De doctoraalopleiding en het werk dat men ten behoeve van huisartsen verricht.

Eén van de doelstellingen van de universitaire opleidingen - en zeker die van de opleiding tot psycholoog - is de voorbereiding op een latere beroepsuitoefening. In dit kader leek het ons interessant om na te gaan of en in hoeverre de specifieke opleiding van de psycholoog van invloed is op het soort werkzaamheden dat hij uitvoert in zijn samenwerking met huisartsen.

Een aantal psychologen is bij deze analyse buiten beschouwing gelaten: de psychologen die functioneel hebben gestudeerd waren te gering in aantal, terwijl de psychologen die geen specialisatie hebben gehad dan wel meerdere hoofdrichtingen hebben gevolgd bij deze bespreking niet zinvol konden meetellen, aangezien eventuele verschillen in uitgevoerde activiteiten bij hen niet eenduidig met de genoten doctoraalopleiding in verband te brengen zijn.

Zoals bekend komen de gegevens uit alle, en dus ook uit deze analyses uit twee verschillende bronnen: vragenlijsten waarin psychologen werden gevraagd hun min of meer vaste werkrelaties (waarin een aantal verschillende activiteiten konden plaatsvinden) per werkcontact te beschrijven en telefonische interviews waarin de psychologen met steeds wisselende werkcontacten per soort activiteit om een aantal gegevens werd gevraagd. Alhoewel de onderwerpen uit vragenlijst en telefonisch interview overeenkomen is de aard van de verstrekte gegevens dus wel enigszins verschillend. Gezien dit verschil zullen we het materiaal dat met behulp van beide methoden verzameld is in eerste instantie afzonderlijk behandelen. Wél zal steeds worden gespeurd naar overeenkomsten of verschillen.

Enkele gegevens.

In onderstaande tabel worden in het linkergedeelte de in de vragenlijsten genoemde werkzaamheden gerelateerd aan de doctoraalopleiding van de respondent. We beschikken over in totaal 568 bewerkbare gegevens. In het rechtergedeelte van de tabel worden de gegevens die we via de telefonische interviews verkregen hebben gerelateerd aan de afstudeerrichting van de betreffende psychologen. Hier blijken in totaal 146 gevallen bewerkbare gegevens op te leveren *).

werkzaamheden psycholoog	vaste relaties				wisselende relaties			
	gevolgde hoofdrichting				gevolgde hoofdrichting			
	clin.	soc.	ontw.	tot.	clin.	soc.	ontw.	tot.
- diagnostiek	15 %	12 %	26 %	16 %	14 %	8 %	27 %	16 %
- consultatie	27 %	26 %	37 %	28 %	13 %	8 %	8 %	11 %
- therapie	29 %	24 %	17 %	26 %	37 %	29 %	41 %	37 %
- bij- nascholing	9 %	6 %	3 %	8 %	17 %	21 %	11 %	16 %
- overige werkzaamheden	20 %	32 %	17 %	22 %	19 %	34 %	13 %	20 %
N	393	95	81	568	84	24	37	145

Tabel VI 6.: Overzicht (in percentages) van de werkzaamheden die door psychologen in relatie tot huisartsen zijn uitgevoerd. Linker gedeelte is vragenlijsten, rechter gedeelte telefonische interviews

In deze tabel is te lezen wat de invloed is van de doctoraalopleiding op de soort werkzaamheden die de psycholoog in zijn contacten met huisartsen vervult. Het eerste dat hierbij opvalt is dat alle psychologen ongeacht hun opleiding geneigd zijn therapeutisch bezig te zijn. Dit geldt voor de klinisch psychologen, van wie dit ook verwacht kan worden, maar eveneens voor de sociaal psychologen en ontwikkelingspsychologen (en daar wel met name in de wat lossere werkrelaties). In de vaste werkcontacten blijkt bij alle opleidingen eveneens veel aan consultatie gedaan te worden. Tot zover de overeenkomsten. Maar er zijn ook verschillen tussen de verschillende opleidingen.

Ontwikkelingspsychologen doen bijvoorbeeld significant vaker aan diagnostiek dan hun klinische en sociaal-psychologische collega's, die overigens onderling op dit punt niet blijken te verschillen. Dit geldt zowel voor de vragenlijsten als voor de telefonische interviews. Bij de telefonische interviews was dit ook het enige significante verschil tussen de opleidingen. Bij de analyse van de gegevens uit de vragenlijsten ontdekten we nog een aantal verschillen. De ontwikkelingspsycholoog wijkt het meest af in zijn gedrag; hij blijkt wanneer hij een vaste werkrelatie heeft met huisartsen minder aan therapie, minder aan bij- en nascholing, maar weer méér aan consultatie te doen dan zijn collega met een klinische achtergrond. Wanneer we de ontwikkelingspsycholoog vergelijken met de sociaal-psycholoog zien we weliswaar deze zelfde tendenzen, maar alleen het verschil op het gebied consultatie is hier significant. Op al deze terreinen zijn geen verschillen tussen de klinisch psychologen en de sociaal psychologen. Die vinden we pas wanneer we naar de categorie "overige werkzaamheden" gaan kijken: in deze categorie treften we meer sociaal psychologen aan dan zowel klinisch als ontwikkelingspsychologen. Waarschijnlijk is dit vooral terug te voeren op het feit dat onder deze categorie activiteiten zijn gescoord als "agogische begeleiding" en "research". Deze beide activiteiten worden door de sociaal psychologen onder onze respondenten relatief frequenter uitgevoerd.

*) Niet de psycholoog is eenheid van analyse, maar het werkcontact dat hij heeft met een vaste groep huisartsen of de soort activiteit die hij ten behoeve van steeds andere huisartsen uitvoert (zie ook hoofdstuk V 3.).

VI6. Samenvatting.

In dit hoofdstuk zijn een aantal achtergrondgegevens gegroepeerd van de 260 psychologen die deel uitmaken van onze onderzoekspopulatie.

De meeste psychologen die contact met huisartsen hebben, blijken tussen 1969 en 1974 te zijn afgestudeerd *).

Dit betekent overigens nog niet dat er daarom ook relatief meer jonge psychologen met huisartsen samenwerken dan psychologen die hun doctoraalopleiding al wat langer achter de rug hebben: de toename van psychologen uit onze onderzoeksgroep loopt parallel met de door het CBS geregistreerde landelijke trend in dezen.

Wanneer we de universiteitsstad van onze respondenten in beschouwing nemen en vergelijken met de ons ter beschikking staande CBS-gegevens, zien we dat de psychologen uit Nijmegen zowel numeriek als relatief in de meerderheid zijn. Bij de psychologen uit Groningen is daarentegen sprake van ondervertegenwoordiging. Wellicht dat dit ten dele verklaart waarom de Groningers beter over hun opleiding te spreken zijn dan de Nijmegenaren; misschien zijn de Groningers kritischer over hun opleiding, vóórdat ze aan een samenwerking met huisartsen beginnen!

Voorgaande opmerking suggereert dat de Groningers wél te spreken zouden zijn over de indertijd door hen gevolgde doctoraalopleiding. Dit is echter geenszins het geval. Alle respondenten oordelen in negatieve termen over de aansluiting van doctoraalopleiding op hun huidige werkzaamheden. Het is daarom beter te stellen dat de Groningers minder negatief zijn over hun opleiding dan de overige respondenten. Positief zijn ook zij nauwelijks te noemen, Deze negatieve kwalificatie heeft niet te maken met het jaar van afstuderen, zoals men misschien zou vermoeden, noch met de gevolgde afstudeerrichting: de klinisch psychologen zijn even ontevreden als de ontwikkelingspsychologen of de sociaal psychologen.

Verreweg de meeste psychologen uit onze onderzoeksgroep hebben klinische psychologie gestudeerd. Op ruime afstand worden zij gevolgd door respectievelijk de ontwikkelingspsychologen en de sociaal psychologen. Andere studierichtingen komen nauwelijks voor en zijn daarom ook niet in deze verdere analyses betrokken, evenmin als de gecombineerde studierichtingen. Onafhankelijk van de gevolgde studierichting zijn de meeste psychologen uit ons bestand werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (de ontwikkelingspsychologen overigens nog meer dan de anderen). Klinisch psychologen blijken daarnaast vaak werkzaam te zijn in de intramuraal settings: in algemene ziekenhuizen of psychiatrische inrichtingen of psychotherapeutische gemeenschappen. Sociaal psychologen zijn - meer dan de anderen - werkzaam bij universiteiten, sociale academies of andere onderwijsinstellingen.

De specialisatierichting van de psychologen blijkt ook nauwelijks een voorspellende waarde te hebben ten aanzien van de werkzaamheden die zij verrichten; de psychologen doen ongeacht hun opleiding over het algemeen therapeutisch werk. Wanneer er een vaste relatie bestaat met een groep huisartsen is daarnaast ook consultatie een populaire bezigheid. Wanneer we de verschillende opleidingen tot psycholoog met elkaar vergelijken zien we dat alleen de ontwikkelingspsycholoog andere accenten legt in de werkzaamheden die hij verricht: hij blijkt vaker dan de anderen diagnostisch bezig te zijn.

Al met al mogen we wel concluderen dat de psychologen, ook als ze een verschillende opleiding achter de rug hebben, redelijk eensgezind zijn: ongeacht hun opleiding doen ze meestal therapie, werken ze meestal in een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, én zijn ze meestal slecht te spreken over de aansluiting van hun opleiding op hun huidige werkzaamheden in relatie tot huisartsen.

*) De daling die optreedt in de laatste twee jaar kan verklaard worden uit de dienstplicht die vele psychologen na hun studie nog moeten vervullen en die automatisch een uitstel van 1½ jaar met zich meebrengt en uit de groeiende werkloosheid onder psychologen, waardoor iedere psycholoog niet meer onmiddellijk na zijn studie een baan heeft.

THE PROBLEMS

The first problem is the lack of a clear definition of the term "intelligence". It is often used in a very broad sense, covering a wide range of mental functions, from simple perception to complex reasoning.

The second problem is the lack of a clear understanding of the nature of intelligence. It is often assumed that intelligence is a single, unified faculty, but recent research suggests that it may be composed of several distinct components, each with its own characteristics.

The third problem is the lack of a clear understanding of the measurement of intelligence. There are many different tests and scales, each claiming to measure intelligence in a different way. This makes it difficult to compare results across different studies and to understand the true nature of what is being measured.

The fourth problem is the lack of a clear understanding of the role of intelligence in human life. It is often assumed that intelligence is the key to success and happiness, but recent research suggests that there are many other factors that play a significant role in determining these outcomes.

The fifth problem is the lack of a clear understanding of the development of intelligence. It is often assumed that intelligence is a fixed, innate quality, but recent research suggests that it is a dynamic, malleable faculty that can be developed and improved through practice and experience.

The sixth problem is the lack of a clear understanding of the relationship between intelligence and other mental faculties. It is often assumed that intelligence is the most important mental faculty, but recent research suggests that there are many other faculties that are equally important and that they all interact with each other in complex ways.

VII DE HOOFDFUNCTIE VAN DE PSYCHOLOOG.

VII 1. Inleiding.

De baan die een psycholoog heeft, kan bij zijn samenwerking met huisartsen een belangrijke rol spelen. Het kan bijvoorbeeld in zijn taakomschrijving opgenomen zijn of wanneer dit niet het geval is, kan de werkring van de psycholoog toch een voedingsbodem zijn voor daarbuiten gelegen contacten met huisartsen.

In het eerste geval worden huisarts-gerichte activiteiten van de psycholoog door zijn werkgever betaald, in het tweede geval moet eventueel samen met de huisarts gezocht worden naar een financieringsmogelijkheid. Indien de contacten met huisartsen in het kader van de hoofdfunctie plaatsvinden, kan ook een bepaalde vorm van structurering of organisatie - bijvoorbeeld met betrekking tot de echelonnering van de psycholoog - verwacht worden, die van invloed kan zijn op het verloop van en de ervaringen met de contacten tussen huisarts en psycholoog.

Om dergelijke onderwerpen te kunnen uitdiepen hebben analyses plaatsgevonden betreffende de relatie tussen de door de psycholoog beklede hoofdfunctie en verschillende aspecten van het werken met of in relatie tot huisartsen. Zoals reeds werd aangegeven in paragraaf VI 4. zijn de hoofdfuncties die onze respondenten bekleedden wanneer zij een nieuwe relatie met een huisarts(engroep) aanknoopten of een voor hen nieuwe soort activiteiten ten behoeve van huisartsen startten, ingedeeld naar instelling.

Er is dus bijvoorbeeld vastgelegd of men destijds bij een onderwijsinstelling dan wel in een algemeen ziekenhuis werkzaam was.

In dit hoofdstuk zullen allereerst enkele basisgegevens over de aldus omschreven hoofdfuncties worden verstrekt. Daarna zal worden ingegaan op de verbanden tussen deze hoofdfuncties en onderwerpen als:

- wat voor werk doen respondenten in relatie tot huisartsen;
- in welke mate worden deze werkzaamheden geprolongeerd;
- hoe waardeert men de structuur van het contact met huisartsen, en dergelijke.

Tot slot van deze inleiding moet nog gewezen worden op het feit dat de - qua onderwerp overeenkomstige - gegevens, die met behulp van de vragenlijsten respectievelijk de telefonische interviews zijn verzameld, verschillend van aard zijn. Gezien dit verschil zal het materiaal dat met behulp van beide methoden is verkregen, ook in dit hoofdstuk in eerste instantie afzonderlijk behandeld worden. Het spreekt vanzelf dat overeenkomsten of verschillen tussen de beide soorten gegevens daarna wel aan de orde zullen komen.

VII 2. Basisgegevens over de hoofdfunctie.

Om de verbanden tussen de hoofdfuncties en verschillende aspecten van het werken in relatie tot huisartsen, die in de hiernavolgende paragrafen zullen worden beschreven, enigszins in perspectief te kunnen plaatsen, worden alhier enige gegevens verstrekt over de hoofdfuncties die de respondenten ten tijde van de start van hun werkzaamheden hebben bekleed.

Omschrijving hoofdfunctie	vaste relaties		wisselende relaties	
	aantal	percentage	aantal	percentage
- free lance	49	14 %	21	11 %
- A.G.G.Z.-instellingen	100	29 %	79	40 %
- intramuraal: somatisch	20	6 %	26	13 %
- intramuraal: G.G.Z.	66	19 %	19	10 %
- gemeente - bedrijf	5	1 %	0	0 %
- onderwijsinstelling	61	17 %	32	16 %
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	27	8 %	5	2 %
- overige	20	6 %	16	8 %

Tabel VII 1.: Overzicht van de hoofdfuncties uit de vragenlijsten (linker gedeelte) en uit de telefonische interviews (rechter gedeelte).

Bij de start van een groot aantal werkcontacten zijn psychologen betrokken die werkzaam zijn in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een tweede plaats valt toe aan de respondenten die werkzaam zijn in een psychiatrische inrichting of daarmee vergelijkbare instelling, bij een universiteit of hogeschool of in

een free lance praktijk.

Bij de telefonische interviews zien we in grote lijnen hetzelfde beeld opduiken. De ambulante sector voert wederom - en nu zelfs nog sterker - de boventoon. Opmerkelijk is echter dat de ziekenhuispsycholoog die zoals we zojuist gezien hebben, nauwelijks vaste werkcontacten met huisartsen hebben, wel tamelijk veel activiteiten uitvoeren ten behoeve van steeds andere huisartsen. Hun collega's in de intramurale geestelijke gezondheidszorg zijn hier wat minder vertegenwoordigd.

Ter afronding van de eerste indrukken over de hoofdfunctie van de psycholoog dient nog te worden aangegeven of de door de respondenten onderhouden werkcontacten en activiteiten al dan niet plaatsvonden in het kader van hun hoofdfunctie. Ongeveer 70% van de werkcontacten wordt puur in het kader van de hoofdfunctie aangeknoopt. Hetzelfde percentage geldt voor de activiteiten ten behoeve van steeds wisselende (groepen) huisartsen. Wanneer gegevens worden gedifferentieerd naar de soorten hoofdfuncties, treffen we echter wel een zekere variatie rond deze 70% aan.

In de vaste werkcontacten blijken vooral de psychologen uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuispsychologen werkzaamheden in het kader van hun hoofdfunctie te verrichten (in respectievelijk 90% en 80% van het totale aantal in deze groepen aangeknoopte werkcontacten). Dit geldt in veel mindere mate voor de psychologen die werkzaam zijn in de intramurale geestelijke gezondheidszorg of aan een universiteit of hogeschool (respectievelijk 48% en 61%).

Wanneer psychologen contact met steeds wisselende huisartsen hebben, verdwijnt dit verschil: hier zijn het vooral de respondenten uit de restcategorie "overige instellingen" die hun werkzaamheden verrichten in het kader van hun hoofdfunctie (81%). Hier scharen de ziekenhuispsychologen zich bij de psychologen uit de intramurale geestelijke gezondheidszorg, die veel minder vaak hun werkzaamheden ten behoeve van huisartsen in het kader van hun hoofdfunctie verrichten. Dit laatste hoeft overigens niemand te verbazen: in de intramurale sector van de gezondheidszorg staat de psycholoog vrij ver van de huisarts. Zo zijn rechtstreekse verwijzingen naar ziekenhuispsychologen voor ziektefondsverzekerden bijvoorbeeld officieel niet mogelijk, maar dienen deze steeds te verlopen via een kinderarts of een psychiater.

VII 3. De hoofdfunctie van de psycholoog en het prolongeren van de samenwerking met de huisarts.

Het afbreken of ophouden van samenwerkingsrelaties kan vele oorzaken hebben. Te denken valt aan voltooiing van de onderling overeengekomen werkzaamheden, fricties tussen de partners in de samenwerking, organisatorische of financiële belemmeringen en dergelijke. In deze paragraaf zal worden nagegaan of het afbreken van de samenwerking tussen huisartsen en psychologen mogelijk een structurele component kan hebben. De centrale vraag luidt of de hoofdfuncties die de respondenten vervulden tijdens werkcontacten of activiteiten ten dienste van huisartsen systematisch samenhangen met het al dan niet prolongeren van de samenwerking.

In de telefonische interviews is nauwelijks gerapporteerd over beëindigde activiteiten (in 10% van de gevallen). Dit is ook niet zo verwonderlijk daar in de telefonische interviews het soort werk dat de psycholoog doet eenheid van analyse is. Dit betekent dat het afbreken van de activiteit inhoudt dat de betreffende psycholoog helemaal ophoudt met dit soort werkzaamheden. Dit is veel ingrijpender dan het afbreken van een werkcontact, waar de psycholoog immers nog heel goed dezelfde soort werkzaamheden ten behoeve van andere huisartsen kan blijven uitvoeren en toch dit specifieke werkcontact het predicaat "afgebroken" kan krijgen.

Uit de analyses op de relatie tussen het al dan niet prolongeren van de activiteiten enerzijds en de hoofdfunctie van de respondent anderzijds, kwam slechts één duidelijke afwijking van het algemene patroon naar voren. Ziekenhuispsychologen hebben duidelijk vaker dan de overige respondenten een punt gezet achter een bepaalde activiteit ten behoeve van huisartsen. Van de door hen beschreven activiteiten behoorde bijna een kwart (23%) tot het verleden. Het is in dit verband interessant om terug te verwijzen naar de vorige paragraaf, waar bleek dat 50% van de activiteiten, die ziekenhuispsychologen ten behoeve van huisartsen verrichten, niet in het kader van de hoofdfunctie wordt uitgevoerd, zodat de inbedding van de activiteit in een grotere structuur en/of in het normale werkpatroon van deze respondent te wensen kan hebben overgelaten.

Inderdaad blijkt de prolongatiegraad van de activiteiten die ziekenhuispsychologen in het kader van hun hoofdfunctie uitvoeren hoger te liggen dan van de activiteiten die ze niet louter binnen het kader van hun hoofdfunctie verrichten.

Over vaste relaties met (groepen) huisartsen, die niet meer in volle bloei werken of zijn afgebroken, is vaker gerapporteerd: 42% van de werkcontacten bestaat nog, 33% van de werkcontacten is beëindigd en 25% van deze werkcontacten leidt een sluimerend bestaan. In onderstaande tabel zijn de laatste twee categorieën samengenomen.

omschrijving hoofdfunctie	vaste relaties: voortbestaan van het werkcontact		
	ja	nee + sluimerend	N
- free lance	52 %	48 %	48
- A.G.G.Z.-instelling	46 %	54 %	96
- intramuraal: somatisch	57 %	43 %	21
- intramuraal: G.G.Z.	41 %	59 %	76
- gemeente/bedrijf	57 %	43 %	7
- onderwijsinstelling	34 %	66 %	67
- beleids- en/of onderzoeksinstelling ten behoeve van welzijnszorg	32 %	68 %	29
- overige	33 %	67 %	21

Tabel VII 2.: Overzicht in percentages van verhouding tussen het al dan niet duidelijk continuëren van werkcontacten, uitgesplitst naar hoofdfunctie van de psycholoog.

In bovenstaande tabel zien we enige schommelingen in het al dan niet voortbestaan van de relaties met de huisartsen, welke gerelateerd schijnen aan de hoofdfunctie van de psycholoog. Hierop zijn een aantal toetsingen uitgevoerd, waarbij de psychologen, die in dienst zijn van de gemeente of een bedrijf, gezien hun geringe aantal, buiten beschouwing zijn gelaten.

Het lijkt erop dat de continuëring van werkcontacten eerder gewaarborgd is, wanneer de hoofdfunctie van de psycholoog te maken heeft met "hulpverlening". De meeste geprolongeerde werkcontacten worden onderhouden door respondenten uit de intramurale sector, uit de ambulante zorg en met een free lance praktijk. Contacten die worden onderhouden door respondenten, die werkzaam zijn bij het onderwijs, een beleids en/of onderzoeksinstelling en de overige instellingen, worden minder vaak voortgezet.

Dit heeft overigens niets te maken met de inbedding van de werkrelatie in het dagelijkse werk van de psycholoog: wanneer de bij een universiteit of hogeschool werkzame psycholoog zijn werk volledig binnen het kader van zijn hoofdfunctie verricht, wordt het niet minder vaak afgebroken dan wanneer het (gedeeltelijk) daarbuiten plaatsvindt. Mogelijke oorzaken moeten daarom elders gezocht worden. Misschien zijn deze te vinden in de wijze waarop de relatie wordt georganiseerd. Het is immers denkbaar dat werkcontacten die vanuit een universiteit gehouden worden vaak op "contractbasis" plaatsvinden: men spreekt van te voren af hoe lang de samenwerking zal duren. Vóór deze interpretatie pleit de bevinding dat bij maar liefst 62% van de afgebroken werkcontacten een "natuurlijke afloop" als reden voor beëindiging werd opgegeven.

VII 4. De hoofdfunctie van de psycholoog en de tevredenheid met de structuur van de samenwerking.

De thuisbasis van de psycholoog is reeds enkele malen ten tonele gevoerd als een mogelijk structurerende factor in de samenwerkingscontacten met huisartsen. Zo kunnen er in bepaalde werksettings allerhande faciliteiten - bijvoorbeeld in ruimte, qua financiering of wat betreft administratieve ondersteuning - geboden worden. Of er kan gelegenheid zijn om het verloop van de samenwerking en eventuele knelpunten daarin met vakgenoten door te spreken. Sommige instellingen nemen ook een deel van de organisatie van het rechtstreekse contact met de huisarts - zoals bijvoorbeeld tijdens de verwijzing of rapportage - over van de psycholoog. Op deze en dergelijke manieren kan de thuisbasis van de respondent van invloed zijn op de wijze waarop de contacten tussen de psycholoog en de huisarts(en) verlopen.

Het is niet mogelijk om "objectieve" criteria te vinden met behulp waarvan bepaald kan worden welke thuisbasis qua structurering de meest optimale achtergrond is voor het samenwerken met huisartsen. We kunnen wél bezien of de tevredenheid over de organisatie en structuur van de samenwerking bij bijvoorbeeld respondenten uit de ambulante sector hoger ligt dan bij respondenten die in een ziekenhuis werken.

De tevredenheid met de organisatie en structuur van de samenwerking.

Ter introductie en als vergelijkingsmateriaal worden eerst enige algemene gegevens over dit subjectieve oordeel van onze respondenten gepresenteerd. Men is over 45% van de werkcontacten en over 48% van de activiteiten in dit opzicht redelijk of zeer tevreden. Het predicaat "neutraal" werd toegekend aan 21% van de werkcontacten en 13% van de activiteiten, terwijl het oordeel "redelijk tot zeer ontevreden" in 34% respectievelijk 39% van de gevallen van toepassing werd geacht. We kunnen dus zeggen dat naar de mening van

de respondenten slechts bijna de helft van de werkcontacten en activiteiten een "voldoende" verdient wat betreft de organisatie/structuur.

De tevredenheid over de organisatie en structuur van de eerste werkcontacten ligt overigens onder het totaalgemiddelde; het overeenkomstige oordeel over de tweede, derde en vierde werkcontacten ligt daarboven. Het zou kunnen zijn dat de psychologen die een tweede of verdere relatie met andere huisartsen aankopen op grond van hun ervaringen in het eerste contact een betere structurering en organisatie kunnen bewerkstelligen.

Wanneer we tenslotte de tevredenheidsscores van de respondenten relateren aan het gegeven of ze hun werkzaamheden al dan niet in het kader van hun hoofdfunctie uitvoeren, zien we opmerkelijk genoeg, geen verschillen.

De relatie tussen hoofdfunctie en tevredenheid met de organisatie/structuur.

Zoals we zojuist gezien hebben is men over bijna de helft van de werkcontacten en activiteiten redelijk tot zeer tevreden wat betreft de organisatorische en structurele aspecten. Deze beoordeling varieert echter wel, wanneer we de bij de samenwerking betrokken psychologen uitsplitsen naar de instelling waar zij hun hoofdfunctie vervullen.

omschrijving hoofdfunctie *)	tevredenheid over de organisatie-structuur							
	vaste relaties				wisselende relaties			
	+	0	-	N	+	0	-	N
- free lance	67%	5%	28%	39	60%	10%	30%	20
- A.G.G.Z.-instelling	33%	28%	39%	87	53%	8%	39%	72
- intramuraal: somatisch	50%	17%	33%	12	58%	13%	29%	24
- intramuraal: G.G.Z.	49%	22%	29%	69	50%	17%	33%	18
- onderwijsinstelling	36%	24%	40%	58	39%	16%	45%	31
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. de welzijnzorg	50%	18%	32%	28	40%	-	60%	5
- overige settings	25%	40%	35%	20	20%	33%	47%	15

Tabel VII 3: Overzicht van de hoeveelheid werkcontacten en activiteiten waarover men al dan niet tevreden is, uitgesplitst naar de instelling waarbij de betrokken psycholoog zijn hoofdfunctie vervult.

In bovenstaande tabel zijn links gegevens over de werkcontacten opgenomen. Duidelijk is dat de werkcontacten die worden onderhouden door free lancers in vergelijking met de overige werkcontacten een hoge tevredenheidsscore (67% tevreden) opleveren. De werkcontacten waarbij psychologen zijn betrokken die als thuisbasis een onderwijsinstelling dan wel een A.G.G.Z.-instelling hebben, krijgen een lagere tevredenheidsscore (36% respectievelijk 33% tevreden).

De verschillen tussen de afzonderlijke hoofdfuncties die in het rechter gedeelte van de tabel naar voren komen, zijn - mede vanwege de vrij kleine aantallen - niet significant. Het schijnt echter dat ook de activiteiten die worden uitgevoerd door free lancers een relatief hoge tevredenheidsscore opleveren en dat activiteiten waarbij psychologen uit de onderwijswereld betrokken zijn een relatief lage tevredenheid te zien geven.

Alles overziend kunnen we deze paragraaf als volgt afsluiten: wanneer free lancers bij de samenwerking betrokken zijn, is men relatief tevredener over de organisatie en de structuur. We vermoeden dat dit onder andere komt door het feit dat de vrij gevestigde psycholoog in vergelijking met zijn collega's die verbonden zijn aan een instelling, meer "baas over het eigen handelen" is en aldus ook wat betreft de organisatie sneller de zelf gekozen weg kan volgen.

Bij de samenwerkingscontacten die door psychologen uit de onderwijswereld worden onderhouden, zien we een relatief lage tevredenheidsscore over de organisatie en structuur van de samenwerking. Het betreft hier grotendeels psychologen die de universiteit als thuisbasis hebben. De daar heersende problematiek (zoals capaciteitsgebrek en snelle wisselingen van programma's) zullen ons inziens zeker mede debet zijn aan de waargenomen grote ontevredenheid.

*) De werkcontacten waarbij psychologen betrokken waren die werkzaam zijn bij de gemeente of het bedrijfsleven zijn, vanwege het geringe aantal (N = 7) buiten beschouwing gelaten.

VII 5. De hoofdfunctie van de psycholoog en de werkzaamheden die in relatie tot de huisarts worden verricht.

Predisponeert de thuisbasis tot het uitvoeren van bepaalde werkzaamheden in relatie tot huisartsen? Aldus luidt de centrale vraagstelling in deze paragraaf. De rationale achter deze vraagstelling is gelegen in het feit dat de hoofdfunctie die de in een samenwerkingsrelatie participerende psycholoog bekleedt, vooral kan stimuleren tot bijvoorbeeld het doen van therapie, terwijl binnen dezelfde hoofdfunctie bijvoorbeeld het geven van consultatie een lagere prioriteit kan hebben. Zo kan het zijn dat de free lancers zich vooral met therapie bezighouden terwijl de respondenten die een onderwijsinstelling als thuisbasis hebben, zich nauwelijks bezig houden met therapie maar hun aandacht veeleer richten op bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering van de huisarts.

Analoog aan de uitgebreide beschrijving van de bezigheden van de psycholoog in hoofdstuk VIII zal ook hier worden gefocust op een viertal soorten werk: diagnostiek, consultatie, therapie en bij- en/of nascholing.

Omschrijving hoofdfunctie	De werkzaamheden van de psycholoog									
	vaste relaties					wisselende relaties				
	1	2	3	4	N	1	2	3	4	N
- free lance	24%	34%	38%	4%	68	39%	0%	46%	15%	13
- A.G.G.Z.-instelling	25%	39%	31%	5%	158	20%	23%	53%	4%	55
- intramuraal somatisch	19%	38%	25%	18%	40	25%	17%	29%	29%	24
- intramuraal: G.G.Z.	20%	29%	43%	8%	106	13%	13%	61%	13%	8!
- gemeente/bedrijf	8%	50%	17%	25%	12!	-	-	-	-	0
- onderwijsinstelling	18%	33%	25%	24%	55	5%	5%	30%	60%	20
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	18%	30%	26%	26%	27	0%	33%	0%	67%	3!
- overige	24%	36%	36%	4%	25	40%	0%	50%	10%	10
totaal	22%	35%	33%	10%	495	21%	15%	49%	20%	133

Tabel VII 4.: Overzicht van de mate waarin activiteiten ten behoeve van (een) vaste (groep) huisartsen - zoals beschreven in de vragenlijst - of ten behoeve van steeds wisselende huisartsen - zoals beschreven in het telefonisch interview - verricht worden, uitgesplitst naar de hoofdfunctie van de erbij betrokken psychologen.

- 1 = diagnostiek
- 2 = consultatie
- 3 = therapie
- 4 = bij- en/of nascholing

Indien we beroepsgroepen allemaal afzonderlijk in beschouwing nemen, valt het op dat in de werkcontacten waarbij free-lancers betrokken zijn vooral therapie en consultatie plaatsvindt, terwijl diagnostiek ongeveer een kwart van de door hen uitgevoerde werkzaamheden in beslag neemt. Free-lancers doen geen consultatie in steeds wisselende relaties met huisartsen.

In de werkcontacten waarin respondenten uit de ambulante zorg participeren bestaat eveneens een kwart van de genoemde werkzaamheden uit diagnostisch onderzoek, terwijl iets zwaardere accenten worden gelegd op consultatie en therapie. De psychologen die werkzaam zijn bij A.G.G.Z.-instellingen doen erg veel aan therapie op verwijzing van steeds andere huisartsen. Ook zien we dat deze psychologen in vergelijking met de overige respondenten vaker consultatie geven aan verschillende huisartsen. In vaste relaties met huisartsen die door ziekenhuispsychologen worden onderhouden, ligt het accent op de consultatie, terwijl de overige werkzaamheden alle rond de 20% van het takenpakket uitmaken. In de telefonische interviews zien we een vrij gelijkmatige verdeling tussen de activiteiten.

Psychologen die als thuisbasis een intramurale G.G.Z.-setting hebben, hebben beduidend vaker vaste dan steeds wisselende relaties met huisartsen. Zij doen overigens in beide vormen van samenwerking veel aan therapie op verwijzing van de huisarts en verschillen wat deze accentuering binnen de werkcontacten betreft ook significant van de overige respondenten. Samenwerking tussen huisartsen en psychologen die verbonden zijn aan een gemeentelijke dienst of het bedrijfsleven, komt nauwelijks voor en het betreft in deze spaarzame gevallen altijd een vaste relatie huisarts - psycholoog.

Psychologen die als hoofdfunctie een onderwijsinstelling hebben en in vaste werkcontacten met huisartsen participeren, doen vooral aan consultatie, op de voet gevolgd door therapie en bij- en/of nascholing. In contacten met steeds wisselende (groepen) huisartsen leggen zij duidelijk de nadruk op kennisoverdracht door middel van bij- en/of nascholing.

Activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen worden nauwelijks verricht door psychologen uit een beleids- en/of onderzoeksinstelling ten behoeve van de welzijnszorg. Zij voeren vooral werkzaamheden uit die zijn ingebed in vaste relaties en leggen dan ongeveer dezelfde accenten als de respondenten die bij een onderwijsinstelling werken. Resteren de werkzaamheden en activiteiten, die worden uitgevoerd door respondenten die bij andere dan tot nu toe besproken instellingen hun hoofdfunctie vervullen. We zien dat er nauwelijks gewerkt wordt aan bij- en/of nascholing, terwijl consultatie alleen gegeven wordt in vaste relaties met huisartsen.

De uitsplitsing naar hoofdfunctie heeft verschillen in accentuering laten zien: psychologen die werkzaam zijn in de ambulante zorg lijken ander werk te doen in relatie tot huisartsen dan psychologen die bijvoorbeeld aan een onderwijsinstelling verbonden zijn. Bij de analyse van de vraag of hoofdfuncties eventueel predisponeren tot het uitvoeren van bepaalde werkzaamheden ten behoeve van huisartsen kunnen de hoofdfuncties van de psychologen die werkzaamheden in vaste of wisselende relaties met huisartsen uitvoeren, ook naar genre worden gebundeld: hoofdfuncties die rechtstreeks met hulpverlening te maken hebben versus hoofdfuncties die daar ver(der) van verwijderd zijn. Daartoe zijn de eerste alsmede de laatste vier hoofdfuncties samengenomen.

Indien de hoofdfuncties op deze wijze geordend worden, blijkt deskundigheidsbevordering door middel van bij- en/of nascholing zowel in vaste als in wisselende relaties tussen huisartsen en psychologen relatief *) vaker (een verschil van respectievelijk 15% en 30%) te worden gedaan door respondenten die werkzaam zijn in hoofdfuncties die geen rechtstreekse relatie hebben met het hulpverleningsgebeuren dan door respondenten die wél een hoofdfunctie hebben welke in die termen te omschrijven is.

Training wordt dus zowel absoluut als - nog belangrijker! - relatief minder vaak gegeven door psychologen die werkzaam zijn bij een A.G.G.Z.-instelling, in de intramurale gezondheidszorg of in de free lance praktijk. Het lijkt erop alsof psychologen die in hun hoofdfunctie met hulpverlening aan afzonderlijke cliënten te maken hebben, ook in hun relatie tot huisartsen bijna alleen maar gevalsgebonden actief zijn; zij doen aan diagnostiek en therapie - waarbij de cliënt en de psycholoog rechtstreeks contact hebben - aan consultatie - gevalsgebonden advies aan de huisarts. De respondenten die elders (onderwijsinstelling, beleids- of onderzoeksinstelling ten behoeve van de welzijnszorg, en dergelijke) werkzaam zijn doen eveneens vrij veel gevalsgebonden werk, maar lijken daarnaast een hogere prioriteit te geven aan een vergroting van het algemene hulpverleningsarsenaal van de huisarts.

*) We gebruiken steeds relatieve maten, omdat - absoluut gezien - de psychologen uit bijvoorbeeld de ambulante sector ruim de overhand hebben en er dus snel een vertekening kan optreden. Zo wordt in absolute aantallen therapie op verwijzing van de huisarts merendeels uitgevoerd door psychologen die werkzaam zijn bij A.G.G.Z.-instellingen.

VII 6. Samenvatting.

In dit hoofdstuk zijn enkele gegevens verzameld over de thuisbasis van de psycholoog. De gedachte hierachter is dat de plaats waar een psycholoog werkt, van waaruit hij betaald wordt en waar hij organisatorisch is ingebed, een belangrijke invloed kan hebben op zijn eventuele werkzaamheden samen met of ten behoeve van de huisartsen in zijn omgeving.

Daartoe is gekeken naar de hoofdfunctie van de psychologen uit onze onderzoekspopulatie. Bij de categorisering van deze hoofdfuncties is uitgegaan van het echelonneringsprincipe: de eerste, tweede en (voor de geestelijke gezondheidszorg) derde lijn zijn van elkaar gescheiden. Bovendien is een indeling gemaakt in "algemene (of lichamelijke) gezondheidszorg" versus "geestelijke gezondheidszorg". Instanties die niet volgens deze criteria zijn in te delen, zijn apart vermeld.

Op grond van bovenstaande criteria is besloten tot de volgende categorieën:

1. free lance
2. instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (A.G.G.Z.)
3. intramuraal: somatisch
4. instramuraal: geestelijke gezondheidszorg
5. gemeente/bedrijf
6. onderwijsinstelling
7. beleids- en/of onderzoeksinstelling ten behoeve van de welzijnszorg
8. overigen

De meeste psychologen uit onze onderzoekspopulatie blijken werkzaam te zijn in een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Van de instanties die zich niet met de directe hulpverlening aan cliënten bezig houden (de categorieën 5 tot en met 8) zijn alleen de onderwijsinstellingen ruim vertegenwoordigd (dat wil zeggen: ongeveer even sterk als de free lancers en de intramuraal werkende psychologen).

Gemiddeld vindt ongeveer 70% van de onderzochte werkzaamheden plaats in het kader van de hoofdfunctie. Voor de intramuraal werkende psychologen en de psychologen uit de onderwijswereld ligt dit percentage trouwens wel lager dan voor de psychologen die een baan hebben bij een instelling van ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Of men zijn werkzaamheden al dan niet in het kader van de hoofdfunctie vervult, heeft overigens niets te maken met het eventuele voortbestaan van dit werk: contacten worden even vaak afgebroken wanneer ze binnen het kader van de hoofdfunctie plaatsvinden als wanneer ze daarbuiten vallen *). Het heeft evenmin rechtstreeks te maken met de tevredenheid van de respondenten, hoewel juist de A.G.G.Z.-psychologen - die hun werk het vaakst uitoefenen in het kader van hun hoofdfunctie - het minst tevreden blijken te zijn over de organisatiestructuur van hun werkzaamheden. Free lancers, die uiteraard ook zelf meer invloed hebben op de wijze waarop de contacten georganiseerd worden, zijn over het algemeen tevredener dan zowel de A.G.G.Z.-psychologen als de psychologen uit de onderwijswereld.

Het laatste deel van het hoofdstuk is gewijd aan de relatie tussen de hoofdfunctie van de psychologen en de soort werkzaamheden die zij verrichten. Evenals dit (later) in het hoofdstuk "de werkzaamheden van de psycholoog" gebeurt, zijn hierbij alleen de werkzaamheden "diagnostiek", "consultatie", "therapie" en "bij- en/of nascholing" in beschouwing genomen.

Therapie en consultatie blijken verreweg het meest populair te zijn. Wat echter het meeste opvalt is dat aan de bij- of nascholing van de huisarts vrijwel alleen gewerkt wordt vanuit instellingen die niet bij de directe hulpverlening betrokken zijn (de categorieën 5 tot en met 8). Psychologen die werkzaam zijn bij een instelling die wel bij de directe hulpverlening is betrokken houden zich ook in relatie tot huisartsen voornamelijk bezig met hulpverlening (diagnostiek, therapie); sommige van hen doen nog wel aan deskundigheidsbevordering, maar het betreft dan alleen de gevalsgebonden variant: consultatie.

*) Een uitzondering moet hier gemaakt worden voor de ziekenhuispsychologen die (in hun relatie met steeds andere huisartsen) een opmerkelijk hoog afvalpercentage hebben. Bij nadere analyse blijkt dit wél samen te hangen met het kader waarin het werk wordt verricht.

III. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die Frage der ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

1. Zusammenfassung

2. Zusammenfassung

3. Zusammenfassung

4. Zusammenfassung

5. Zusammenfassung

6. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ...

VIII DE WERKZAAMHEDEN VAN DE PSYCHOLOOG TEN BEHOEVE VAN DE HUISARTS.

VIII 1. Inleiding.

Zeker voor iemand die hem denkt nodig te hebben is het belangrijk te weten wat een psycholoog allemaal doet, wat hij kan en wat hij niet kan; voor wat voor zaken bij aanspreekbaar is en voor wat voor soort werk men beter (of net zo goed) een ander kan benaderen. En ook voor de beleidsmakers is het belangrijk te weten wat voor werkzaamheden zoal binnen het werkterrein van de psycholoog liggen, vóórdat zij hem een plaats in de gezondheidszorg toebedelen. Reden genoeg dus voor een nadere analyse van de werkzaamheden van de psycholoog.

Deze analyse wordt te meer noodzakelijk daar wij (in het hoofdstuk "De opleiding tot psycholoog") gezien hebben dat psychologen die met huisartsen samenwerken uit werkelijk alle bestaande afstudeerrichtingen afkomstig zijn: sommige afstudeerrichtingen zijn zwaarder vertegenwoordigd dan andere, maar ontbreken doet er niet één.

Wanneer men er vanuit gaat dat de verschillende afstudeerrichtingen psychologen opleiden tot een min of meer specifieke vorm van beroepsuitoefening, ontstaat al snel de vraag of er überhaupt wel gesproken kan worden over "de" psycholoog die met huisartsen samenwerkt: een identificeerbaar persoon met een omgrensde taak. En mocht dit niet zo blijken te zijn (wat waarschijnlijk het geval is) dan is het belangrijk om bijvoorbeeld de relatieve verdeling van de verschillende soorten activiteiten van de psycholoog te weten (wat voor werk doen ze het meest? Wat komt relatief weinig voor?) Per activiteit kan vervolgens gekeken worden naar een groot aantal andere variabelen, als bijvoorbeeld de kans dat een bepaalde activiteit al dan niet voortijdig afgebroken wordt, verschuivingen die in de loop der tijd optreden, de tevredenheid van de psycholoog, gekoppeld aan allerlei soorten veranderingen die hij wenst.

Deze, en andere zaken zullen in dit hoofdstuk besproken worden. Eenheid van analyse is daarbij niet de psycholoog, maar het concrete werkcontact (waarvan de gegevens per vragenlijst zijn binnen gekomen) of de specifieke werksoort (zoals die in de telefonische interviews is besproken). Dit betekent bijvoorbeeld dat een psycholoog die een vaste consultatierelatie heeft met een groepspraktijk en daarnaast min of meer regelmatig nascholingscursussen voor huisartsen organiseert, tweemaal meetelt in de analyse: beide soorten werkzaamheden worden afzonderlijk bekeken en geanalyseerd (zie ook hoofdstuk V 3.).

VIII 2. Wat doen psychologen zoal?

Het eerste dat opvalt wanneer we het onderzoeksmateriaal bekijken is de grote verscheidenheid aan soorten activiteiten. Psychologen houden zich bezig met helpen (therapie) en leren helpen (bijscholing, consultatie). Ze hebben contact met huisartsen over concrete patiënten (verwijzingen, diagnostiseringsvragen) of over algemene hulpverleningsprincipes (trainingen, cursussen). Ze doen wetenschappelijk onderzoek vanuit universiteiten of andere onderzoeksinstituten en ze hebben vanuit de locale overheden of overkoepelende instanties op beleidsniveau contact met huisartsen.

Er bestaan grote verschillen in de abstractiegraad van de samenwerking: aan het ene extreem treffen we enkele psychologen aan die regelmatig een gemeenschappelijk spreekuur met de huisarts houden of samen een echtpaartherapie doen; aan het andere extreem vinden we psychologen die enkel in vergaderingen met een beleidsmatig karakter contact met huisartsen hebben.

Hoewel deze extreme gevallen als casus erg interessant zijn en daarom de moeite waard om verder onderzocht te worden zijn ze voor analyse in dit hoofdstuk van minder belang; hier willen we immers de grote lijnen schetsen van wat psychologen zoal doen in hun contacten met huisartsen en wat voor consequenties het een en ander heeft.

Voor de volledigheid presenteren we een zo uitgebreid mogelijk overzicht van de werkzaamheden die:

- a. uitgevoerd worden in een vaste werkrelatie van een psycholoog met één of meer huisartsen (de antwoorden van de vragenlijst-psychologen); en
- b. uitgevoerd worden in contacten met een steeds wisselende groep van huisartsen (de antwoorden uit de telefonische interviews).

a. De activiteiten van psychologen binnen een vaste werkrelatie.

De 206 psychologen van wie de vragenlijsten bij deze bespreking van de resultaten worden betrokken hebben over 427 werkcontacten gerapporteerd. Aangezien echter ten aanzien van de activiteiten binnen acht werkcontacten niets werd ingevuld hebben onderstaande gegevens betrekking op 419 werkcontacten.

De psychologen hebben gemiddeld iets meer dan twee werkcontacten onderhouden. De exacte verdeling van het aantal werkcontacten over de psychologen hebben wij reeds eerder in hoofdstuk V 2. vermeld. Daar is gebleken dat 57% van de psychologen meer dan één

werkcontact heeft onderhouden.

De psychologen konden per werkcontact één of meer activiteiten aanstrepen. Deze mogelijkheid is geboden omdat het bieden van slechts één antwoordmogelijkheid (bijvoorbeeld door te vragen naar de voornaamste bezigheid) een overwaardering van bepaalde activiteiten ten koste van andere zou kunnen betekenen.

In 204 van de 419 werkcontacten werd van één activiteit gewag gemaakt (49%). In 83 werkcontacten (20%) voerde de psycholoog twee soorten activiteiten uit, terwijl bij 67 werkcontacten (16%) drie activiteiten werden aangestreept. De resterende werkcontacten behelsden vier of meer activiteiten. (15%). In totaal is 873 maal een activiteit aangekruist.

In de vragenlijst zijn acht mogelijke alternatieven voor de inhoud van het werk aangeboden. Daarnaast was er een categorie "overige", waarbij men andere werkzaamheden, zo mogelijk gespecificeerd, kon opvoeren. In onderstaande tabel wordt een aantal gegevens over deze activiteiten samengevat, waarbij de twee alternatieven voor diagnostiek (te weten diagnostiek via zien en diagnostiek via beschrijving) zijn samengenomen, evenals de twee alternatieven voor consultatie (te weten telefonische consultatie en consultatie via bespreking).

activiteiten	werkcontacten met één activiteit (N = 204)			alle genoemde activiteiten (N = 777) over alle werkcontacten (N = 419)		
	1	2	3	4	5	6
- diagnostiek	22	11%	5%	137	17%	33%
- consultatie	45	22%	11%	208	27%	50%
- therapie	50	25%	12%	196	25%	47%
- agogische begeleiding	19	9%	5%	62	8%	15%
- bij- nascholing	19	9%	5%	60	8%	14%
- research	13	6%	3%	32	4%	8%
- overige	36	18%	9%	82	11%	20%

Tabel VIII 1.: Mate, waarin activiteiten binnen werkcontacten voorkomen.

Verklaring der kolomcijfers:

kolom 1: aantal werkcontacten waarin één activiteit wordt verricht (N = 204);

kolom 2: aantal werkcontacten waarin één activiteit wordt uitgeoefend, in procenten;

kolom 3: aantal werkcontacten waarin één activiteit wordt uitgeoefend afgezet tegen het totaal aantal werkcontacten (N = 419), in procenten;

kolom 4: aantal malen dat een activiteit is genoemd; alleen of in combinatie met anderen (N = 777);

kolom 5: aantal malen dat een activiteit is genoemd in procenten;

kolom 6: aantal malen dat een activiteit is genoemd, afgezet tegen het totaal aantal werkcontacten (N = 419), in procenten.

Het linker gedeelte van de tabel (de kolommen 1 tot en met 3) behandelt de 204 werkcontacten met één activiteit. Het rechter gedeelte van de tabel (de kolommen 4 tot en met 6) behandelt alle genoemde activiteiten (N = 777) over alle werkcontacten (N = 419).

Een substantieel deel van de activiteit die de psycholoog in relatie tot de huisarts uitvoert kan nu worden benoemd. Immers, in kolom 6 blijkt dat in 50% van de werkcontacten (ook) consultatie voorkomt, in 47% van de beschreven werkcontacten ten minste therapie wordt gedaan en in 33% van de werkcontacten sprake is van ten minste diagnostisch werken.

Deze drie soorten activiteiten komen ook veel in onderlinge combinaties voor.

Activiteiten als agogische begeleiding, bij- nascholing en research komen elk in veel minder van de werkcontacten voor. (respectievelijk: 15%, 14% en 8%).

Wanneer we alleen kijken naar de werkcontacten waarin slechts één soort van activiteit door de psycholoog wordt verricht zien we op het gezicht heel andere resultaten.

Hier staan therapie en consultatie bovenaan en komen andere activiteiten veel minder vaak voor. Daarom is getoetst of in werkcontacten waarin slechts één activiteit wordt genoemd over het algemeen andere werkzaamheden door de psycholoog worden verricht dan in werkcontacten waarin meerdere activiteiten worden aangekruist. De activiteiten 4, 6 en 7 zijn bij deze toetsing samengenomen *).

*) Voor de motivering van de indeling verwijzen wij naar paragraaf VIII 3.

Activiteiten	frequentie (N = 204) binnen werkcontacten met één activiteit		frequentie (N = 573) binnen werkcontacten met meer activiteiten	
	N	%	N	%
1 diagnostiek	22	11%	115	20%
2 consultatie	45	22%	163	28%
3 therapie	50	25%	146	25%
5 bij- nascholing	19	9%	60	10%
4, 6 en 7 resterende werkzaamheden	68	33%	89	15%

Tabel VIII 2.: Mate, waarin activiteiten binnen werkcontacten voorkomen.

Een aantal frequenties blijken inderdaad significant te verschillen. Diagnostiek komt bij werkcontacten, waarin meerdere activiteiten worden genoemd beduidend vaker voor, terwijl de "resterende werkzaamheden", waarin voornamelijk activiteiten zijn verzameld die niet op de directe hulpverlening zijn gericht, juist relatief minder vaak voorkomen. Ten aanzien van de therapeutische, consultatieve en trainings-activiteiten kan geen significant verschil tussen beide soorten werkcontacten worden gevonden.

Met betrekking tot het thema activiteiten rest ons in dit verslag nog een summiere nadere specificatie van de zogeheten "overige werkzaamheden". Zoals reeds eerder is aangegeven, is in de vragenlijst - naast de acht voorgestructureerd aangeboden activiteiten - een categorie "overige" opgenomen, waarin men gespecificeerd andere werkzaamheden kon opvoeren. Deze categorie is 82 maal aangekruist, terwijl in totaal 102 specificaties zijn toegevoegd.

Deze specificaties betroffen 21 keer beleid en organisatie, 17 maal rapportage en 14 maal overleg naar aanleiding van verwijzing. De resterende specificaties varieerden van verwachtingen uitwisselen tot overleg over het opzetten van een gezondheidscentrum.

b. De activiteiten van psychologen in steeds wisselende contacten.

De psychologen die via een telefonisch interview zijn benaderd hebben met elkaar gemeen dat zij een zelfde soort activiteit ten behoeve van steeds wisselende groepen huisartsen uitvoeren. In deze categorie vallen bijvoorbeeld de psychologen die steeds andere groepen huisartsen trainen in gesprekstechniek, maar ook de aan S.P.D. verbonden psychologen die op afroep van steeds andere huisartsen consultatie geven. In het interview werden steeds vragen gesteld over één soort activiteit. Wanneer een psycholoog meerdere dingen deed ten behoeve van steeds andere huisartsen werden per activiteit alle vragen gesteld.

In totaal werden 94 psychologen telefonisch geïnterviewd. Tiesamen hebben zij gerapporteerd over 201 verschillende bezigheden. Van deze bezigheden bleken 7 niet bewerkbaar te zijn. De resterende 194 bezigheden worden in dit hoofdstuk beschreven.

werkzaamheden	N	%
1 diagnostiek	28	14 %
2 consultatie	21	11 %
3 therapie	60	31 %
4 rapportage	23	12 %
5 bij- nascholing	28	14 %
6 research	5	3 %
7 overige	29	15 %

Tabel VIII 3.: Aantallen activiteiten die binnen steeds wisselende relaties worden uitgevoerd.

Zoals verwacht kan worden is de categorie "research" in deze groep slecht vertegenwoordigd; therapie komt duidelijk het meeste voor. De overige soorten werkzaamheden zijn gelijkmatig verdeeld.

Wanneer we de resultaten van de vragenlijsten en de telefonische interviews met elkaar vergelijken, zien we geen opzienbarende verschillen: of het nu vaste werkrelaties betreft of meer wisselende contacten, psychotherapie blijft de voornaamste bezigheid van psychologen in hun contacten met huisartsen.

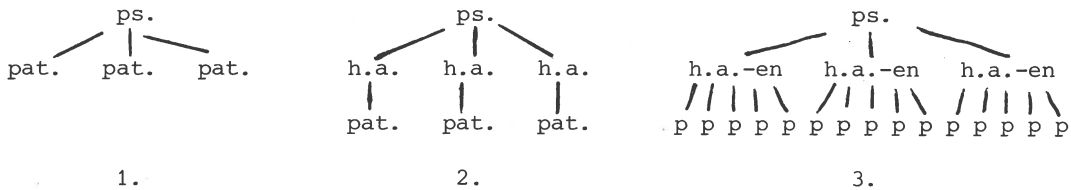
Wetenschappelijk onderzoek komt in beide gevallen verreweg het minst vaak voor.

Toch zijn er ook verschillen. Zo blijkt consultatie vaker plaats te vinden in vaste werkrelaties dan in kortdurende, steeds wisselende contacten. Dit komt overeen met de inzichten van Caplan - de mentor van de consultatiemethode - die ervan uitgaat dat consultatie alleen goed kan verlopen in een min of meer gestabiliseerde vaste relatie.

VIII 3. De werkzaamheden van de psycholoog nader geanalyseerd.

In het voorafgaande is een tamelijk uitgebreid overzicht gegeven van wat psychologen zoal doen ten behoeve van huisartsen. We hebben geconstateerd dat er een grote variëteit aan activiteiten bestaat. We hebben echter eveneens gemerkt dat er enkele hoofdgroepen duidelijk uitsprongen: diagnostiek, consultatie en therapie zijn werkzaamheden die psychologen in ieder geval veelvuldig verrichten. Deze drie categorieën van werkzaamheden willen we daarom aan een nadere analyse onderwerpen.

Uit theoretische overwegingen is ook de categorie "bij- nascholing" bij deze verdere analyse betrokken. Deze beslissing is genomen vanuit de volgende rationale: de intrede van de psycholoog in de algemene gezondheidszorg heeft het mogelijk gemaakt dat de psycholoog zijn specifieke vaardigheden en know how ook daar kan toepassen. Hij kan dit op verschillende manieren doen: hij kan dit doen in een directe relatie met de patiënt door het doen van psychotherapie (of diagnostiek), maar ook indirect door de huisarts te helpen bij zijn beslissing over de te volgen hulpverleningsstrategie ten behoeve van een concrete patiënt, zoals dat bij consultatie gebeurt. Een andere vorm van deskundigheidsbevordering van de huisarts is bij- of nascholing: de training is nu niet gericht op specifieke gevallen, maar de psycholoog probeert de huisarts enige algeme hulpverleningsprincipes eigen te maken (zie schema)



schema: wijzen waarop de psycholoog zijn deskundigheid kan toepassen in de (1e lijns-) gezondheidszorg.

Figuur 1.:
representeert een therapeutische relatie tussen de psycholoog en zijn patiënt. Centraal in deze relatie staat de individuele hulpverlening tussen psycholoog en patiënt

Figuur 2.:
representeert een consultatierelatie tussen de psycholoog en de huisarts. Centraal in deze relatie staat de casuïstiek; de huisarts vraagt advies over een individuele patiënt. De bijdrage van de psycholoog is gericht op deze patiënt. De hulpverlening vindt plaats tussen huisarts en patiënt. De psycholoog blijft op de achtergrond.

Figuur 3.:
representeert een trainings- bijscholingsrelatie tussen de psycholoog en een groep huisartsen. Centraal in deze relatie staat het leren van algemene vaardigheden en deskundigheden (gesprekstrainingen, trainingen in gezingstherapie, etc.) De bijdrage van de psycholoog is dan ook niet gericht op individuele patiënten, maar op hulpverlening aan de huisarts. De huisarts moet zelf de algemeen geleerde vaardigheden omzetten in concrete hulpverlening aan individuele patiënten.

In de navolgende paragrafen zullen achtereenvolgens de vier genoemde categorieën werkzaamheden aan de orde komen:

- a. diagnostiek
- b. consultatie
- c. therapie
- d. bij- /nascholing

In de laatste paragraaf zullen de verschillende werkzaamheden op een aantal punten met elkaar vergeleken worden.

De resultaten van onze beide bronnen van informatie zullen zoveel mogelijk gezamenlijk beschreven worden. Hierbij moet worden aangetekend dat de psychologen met de vaste werkcontacten vaak méér dan een activiteit verrichten. Dit was bij de telefonisch geïnterviewde psychologen met de steeds wisselende contacten niet het geval. Vanwege deze noodzakelijke discrepantie in het materiaal is besloten de beschrijving bij de groep vaste werkzaamheden zoveel mogelijk te beperken tot de contacten waar slechts één soort acti-

tiviteit werd verricht: immers, wanneer een psycholoog meerdere activiteiten in een werkcontact verricht is het nooit meer na te gaan of bijvoorbeeld het afbreken van het contact te maken heeft met de diagnostiek of met de andere werkzaamheden van de psycholoog. Wanneer we spreken over typisch psycholooggebonden variabelen (als zijn opleiding en zijn hoofdfunctie), zullen de werkcontacten waarin meer dan één activiteit werd verricht wél in de analyse betrokken worden. Vergelijking met de gegevens uit de hoofdstukken VI en VII behoort dan tot de mogelijkheden.

Voordat we starten met de beschrijving van deze afzonderlijke categorieën geven we een overzicht van de manier waarop deze activiteiten binnen de vaste en wisselende relaties met huisartsen zijn verdeeld. Dit is nodig omdat vanwege de hergroepering van het materiaal de cijfers hier en daar enigszins gewijzigd zijn. De cijfers die in onderstaande tabel zijn weergegeven vormen de basis voor de verdere analyse in dit hoofdstuk.

werkzaamheden van de psycholoog	vaste relaties		wisselende relaties	
	N	%	N	%
- diagnostiek	23	14 %	28	20 %
- consultatie	57	34 %	21	16 %
- therapie	56	34 %	60	44 %
- bij- nascholing	29	18 %	28	20 %
	N = 165	100 %	137	100 %

Tabel VIII 4.: Hergroepering van onderzoeksgegevens over een beperkt aantal categorieën.

VIII 4. Diagnostiek.

Psychologen blijken regelmatig op verzoek van huisartsen psychodiagnostiek te doen. Binnen de vaste werkcontacten met huisartsen wordt in 14% van de gevallen diagnostiek bedreven, terwijl een vijfde van de activiteiten ten behoeve van steeds wisselende huisartsen uit deze werksoort bestaat.

De psychodiagnostiek kent inhoudelijk vele varianten. Alom bekend zijn de testbatterijen die zijn ontwikkeld ter vaststelling van het I.Q. Daarnaast wordt binnen de psychologie ook vrij veelvuldig gebruik gemaakt van testen voor het verkrijgen van inzicht in allerlei andere aspecten van het menselijk functioneren. Schoolrijpheid, waarnemingsstoornissen, fijne motoriek, neuroticisme, extraversie - introversie; het is slechts een willekeurige greep uit de gebieden waarop de diagnostiek zich richt.

In dit rapport zal de exacte inhoud van het diagnostisch werk ten behoeve van de huisarts niet worden uitgediept. We willen wél ingaan op een aantal achtergrondgegevens van psychologen die diagnostiek verrichten (VIII 4.1.) Daarna zal de evaluatie van de activiteit "diagnostiek" onder de loep genomen worden (VIII 4.2.).

VIII 4.1. Welke psychologen doen diagnostisch werk?

Het eerste gedeelte van onze karakteristiek betreft de achtergronden van de diagnostisch werkend psychologen: welke doctoraalopleiding hebben zij gevolgd en wat voor hoofdfunctie bekleden zij? *).

Zijn opleiding.

Wat betreft de afstudeerrichting zien we het volgende beeld:

	vaste relaties		wisselende relaties	
	diagnostiek	totaal	diagnostiek	totaal
- klinische psychologie	65 %	69 %	50 %	58 %
- sociale psychologie	12 %	17 %	8 %	17 %
- ontwikkelingspsychologie	23 %	14 %	42 %	25 %
	N = 90	568	24	145

Tabel VIII 5.: De opleidingsachtergrond van psychologen die diagnostisch werk doen, vergeleken met de totaalcijfers over de opleiding **).

*) We willen in dit kader ook nog even de analyse in herinnering brengen die in het hoofdstuk "de opleiding tot psycholoog" -VI- en in het hoofdstuk "de hoofdfunctie van de psycholoog" -VII- zijn uitgevoerd. Ter verhoging van de vergelijkbaarheid zijn in deze sub-paragraaf dus weer alle werkcontacten uit de vragenlijst en alle soorten activiteiten uit de telefonische interviews in de analyse betrokken.

***) Alleen de drie belangrijkste afstudeerrichtingen zijn opgenomen (zie ook VI 2.).

Zoals reeds te verwachten was op grond van de resultaten in hoofdstuk VI "de opleiding tot psycholoog" hebben de meeste psychologen die diagnostisch werk verrichten ten behoeve van huisartsen een klinische opleiding achter de rug: in 65% van de vaste werkcontacten en in 50% van de wisselende relaties waarin diagnostiek wordt gedaan blijken de psychologen klinische psychologie gestudeerd te hebben. De ontwikkelingspsychologen nemen een eervolle tweede plaats in (23 % respectievelijk 42 %), terwijl de sociaal psychologen nauwelijks vertegenwoordigd zijn (12% respectievelijk 8%). Maar deze cijfers gaan pas spreken wanneer we ze vergelijken met de totaalcijfers over de genoten doctoraalopleiding: nu blijkt immers zowel in de vaste werkcontacten als in de telefonische interviews dat diagnostisch werk vaker dan op grond van de totaalcijfers te verwachten was door ontwikkelingspsychologen wordt gedaan. Dat dit verschil niet tot uitdrukking komt in de absolute cijfers, komt omdat klinisch psychologen in zo grote getale onder de respondenten vertegenwoordigd zijn, waardoor ze bijna automatisch ook in elke subpopulatie de grootste groep vormen.

Zijn hoofdfunctie.

De vraag naar de hoofdfunctie die wordt vervuld ten tijde van de samenwerking stoelt op de gedachte dat ook deze hoofdfunctie van invloed kan zijn op het soort werk dat de psycholoog in relatie tot huisartsen uitoefent: een psycholoog die bij een Medisch Opvoedkundig Bureau werkt, zal bijvoorbeeld eerder psychodiagnostisch onderzoek verrichten dan een vakgenoot die bij een beleidsinstelling werkzaam is. In onderstaande tabel staat de relatieve verdeling van de verschillende hoofdfuncties onder de diagnostisch werkende psycholoog weergegeven, afgezet tegen de totaalcijfers over de hoofdfuncties van de psychologen uit de onderzoekspopulatie.

hoofdfunctie	vaste relaties		wisselende relaties	
	diagnostiek	totaal	diagnostiek	totaal
- free lance	14 %	14 %	18 %	10 %
- A.G.G.Z.-instelling	36 %	32 %	39 %	41 %
- intramuraal: somatisch	7 %	8 %	21 %	18 %
- intramuraal: G.G.Z.	23 %	22 %	4 %	6 %
- gemeente / bedrijf	1 %	2 %	-	-
- onderwijsinstelling	9 %	11 %	4 %	15 %
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	5 %	6 %	-	2 %
- overige	5 %	5 %	14 %	8 %
	N = 111	491	28	133

Tabel VIII 6.: De hoofdfuncties van psychologen die diagnostisch werk doen, vergeleken met de totaalcijfers van de hoofdfuncties van de respondenten.
 Linker gedeelte tabel: vragenlijst
 Rechtergedeelte tabel: telefonische interviews

Wanneer we deze tabel bekijken valt onmiddellijk op dat de verdeling van de hoofdfuncties onder de diagnostici nauwelijks verschilt van die van de totale onderzoekspopulatie: de meeste psychologen zowel in de totale populatie als in de subpopulatie "diagnostiek" zijn werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg; bij de vaste werkcontacten wordt de tweede plaats ingenomen door de psychologen uit de intramurale geestelijke gezondheidszorg; bij de telefonische interviews door hun collega's uit de algemene ziekenhuizen. Enkel de psychologen die werkzaam zijn in een onderwijsinstelling lijken minder sterk vertegenwoordigd te zijn in de subgroep "diagnostiek". Het verschil is echter niet significant.

VIII 4.2. Hoe wordt de activiteit "diagnostiek" geëvalueerd?

We hebben in het onderzoek "doorlichting samenwerking huisarts - psycholoog" op een aantal verschillende manieren geprobeerd om de diverse werkzaamheden van de psycholoog evaluatief te benaderen.

We hebben dit bijvoorbeeld gedaan door een aantal tevredenheidsvragen op te nemen, waarin de respondent zelf kan aangeven in welke mate hij tevreden is over de inhoud van zijn werk, over zijn tijdsinvestering, over de structuur en organisatie waarin hij zijn werk verricht, over de (wijze van) financiering en over de verschuivingen die in de loop der tijd eventueel zijn opgetreden.

Een andere evaluatieve vraag is de vraag naar de aansluiting tussen het huidige werk en de indertijd gevolgde doctoraalopleiding. Het (eveneens subjectieve) antwoord op deze vraag geeft immers aan in hoeverre de doctoraalopleiding van de betreffende psycholoog

was afgestemd op zijn huidige werkzaamheden. Een discrepantie hiertussen (aangegeven door de negatieve schaalpunten) betekent zowel een mogelijke spanningsbron voor de respondent als een hint voor de moderne psychologie-opleidingen.

Een wat indirecte, maar wel heel harde evaluatie maat is de mate waarin de bedoelde werkcontacten blijven voortbestaan dan wel een eind vinden.

Er kan tenslotte ook nog gekeken worden naar de verschuivingen die in de loop der tijd in de betreffende werkcontacten zijn opgetreden, dan wel naar de veranderingen die door de respondent worden gewenst. Zowel de mate waarin veranderingen gewenst zijn als de gebieden waarop, kunnen hierbij belangrijk zijn.

In deze paragraaf zal getracht worden om aan de hand van de gegevens *) die uit deze vragen afkomstig zijn een evaluatief beeld te geven van de diagnostiek die op verzoek van huisartsen door psychologen wordt verricht.

Tevredenheid

De respondenten konden, zowel in de vragenlijsten als tijdens het telefonisch interview op een vijfpuntsschaal aangeven hoe tevreden ze waren met een aantal aspecten van de samenwerking. In onderstaande tabel zijn deze beoordelingen op een rijtje gezet, waarbij de categorieën "zeer tevreden" en "redelijk tevreden" alsmede de categorieën "zeer ontevreden" en "redelijk ontevreden" zijn samengenomen.

tevredenheid	vaste relaties				wisselende relaties			
	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N
- inhoud werk	65%	22%	13%	23	64%	18%	18%	11 *)
- organisatie	20%	45%	35%	20	50%	12%	38%	24
- tijdsbesteding	72%	10%	18%	22	56%	11%	33%	27
- financiering	20%	45%	35%	20	48%	9%	43%	23
- verschuivingen	0%	50%	50%	8	75%	20%	5%	20

Tabel VIII 7.: Relatieve tevredenheid gedifferentieerd naar een aantal gebieden, zoals beschreven in de vragenlijst - linker gedeelte - en in de telefonische interviews - rechter gedeelte van de tabel

*) Over de inhoud van het werk zijn in de telefonische interviews weinig tevredenheidsoordelen geformuleerd, aangezien deze vraag niet altijd aan de orde kwam.

Weinig psychologen zijn ontevreden over de inhoud van hun werk; zeer ontevreden is zelfs niemand. Of we dit nu moeten verklaren vanuit de veronderstelling "dat psychologen er dan blijkbaar in slagen om, wanneer zij dat nodig vinden, zodanige veranderingen aan te brengen in hun werk dat zij met een tevreden gevoel achterblijven" of vanuit de verzuiming dat "tevredenheidsvragen blijkbaar weinig zeggen", is niet eenduidig vast te stellen. We kunnen echter niet zonder meer spreken van een positieve bias van het meetinstrument (grondslag van de tweede veronderstelling). De resultaten van enkele andere tevredenheidsschalen blijken immers niet alle unaniem positief uit te pakken: zo is men over de organisatie/structuur en over de (wijze van) financiering bijvoorbeeld relatief minder tevreden.

Tot slot kan nog worden vastgesteld dat men over de tijd die in vaste relaties met huisartsen aan diagnostiek wordt besteed, in bijna driekwart van de gevallen goed te spreken is, terwijl we ook een groot aantal positieve oordelen zien over de verschuivingen, die zich hebben voorgedaan bij de diagnostiek die ten behoeve van steeds andere huisartsen wordt verricht.

Aansluiting opleiding.

In het hoofdstuk "De opleiding tot psycholoog" hebben we geconstateerd dat de respondenten over het algemeen niet zo gunstig oordelen over de mate waarin de door hen gevolgde doctoraalopleiding aansluit bij het werk dat ze in relatie tot huisartsen verrichten. Om te bezien of deze beoordeling te maken heeft met het soort werk dat in de samenwerking verricht wordt, wordt in dit hoofdstuk een uitsplitsing gemaakt naar de inhoud van het werk. Alhier wordt beschreven hoe psychologen die diagnostisch werken oordelen over

*) N.B. zoals reeds is aangekondigd en gemotiveerd zijn alleen die contacten in beschouwing genomen, waarin slechts één activiteit werd uitgevoerd.

de aansluiting met de indertijd gevolgde doctoraalopleiding.

Afstemming diagnostiek - opleiding	vaste relaties	wisselende relaties
- (tamelijk) goed	26%	36%
- neutraal	26%	21%
- (tamelijk) slecht	48%	43%
	N = 23	28

Tabel VIII 8.: Oordeel over de aansluiting tussen opleiding en werk (i.c. diagnostiek), zoals beschreven in de vragenlijst - linker gedeelte tabel - en in de telefonische interviews - rechter gedeelte tabel.

Bijna de helft van de psychologen die diagnostiek in vaste relaties met huisartsen uitvoeren, is slecht te spreken over de aansluiting, terwijl dit in iets mindere mate geldt voor het diagnostisch werk dat in de telefonische interviews is beschreven. Aan de positieve kant van de schaal zien we binnen wisselende relaties een iets groter aantal tevreden psychologen dan het geval is bij de vaste relaties met huisartsen.

Verschuivingen.

Zowel in de telefonische interviews als in de vragenlijsten is geïnformeerd naar mogelijke verschuivingen die in de loop der tijd zijn opgetreden. We hoopten op deze manier de historische ontwikkelingsgang in beeld te kunnen krijgen: heeft de samenwerking al gedurende lange tijd een stabiel karakter of zijn er - als dat niet het geval is - bepaalde gebieden aan te wijzen, waar zich duidelijk ontwikkelingen hebben voorgedaan? Diagnostisch werk is naar de mening van de respondenten geenszins een stabiele activiteit: in de telefonische interviews geeft 75% van de betrokken respondenten *) aan dat er in de loop der tijd op enigerlei gebied verschuivingen hebben plaatsgevonden. De meeste verschuivingen worden gemeld ten aanzien van de werkinhoud: in 67% van de gevallen waarin überhaupt over verschuivingen wordt gerapporteerd, betreft dit minimaal de inhoud van het werk. In vrijwel alle gevallen betekent dit dat de psycholoog in de loop der tijd steeds minder aan diagnostiek is gaan doen en steeds meer aan therapeutisch werk. De tijdsbesteding blijkt papallel hiermee ook tamelijk sterk aan veranderingen onderhevig te zijn: in 38% van de gevallen traden er verschuivingen op in de tijdsinvestering van de diagnostisch werkende psychologen. In al deze gevallen werd er minder tijd aan diagnostiek besteed dan vroeger. Ten aanzien van de groep artsen waarmee men samenwerkt, de organisatiestructuur of de wijze van financiering worden veel minder verschuivingen gerapporteerd.

Zoals we reeds eerder hebben gezien is men merendeels tevreden over de veranderingen die in het verleden hebben plaatsgevonden. Daarmee hoeft op zich echter nog niet gezegd te zijn dat men vindt dat een bevredigend eindstadium is bereikt.

Gewenste veranderingen.

De subjectieve evaluatie van de psycholoog over zijn werk wordt ook weerspiegeld in de mate waarin hij veranderingen wenst. Een beschouwing van de soort veranderingen die hij op gang zou willen brengen geeft een indicatie van de gebieden waarover hij het minst tevreden is.

Hoewel minder extreem dan bij de variabele "verschuivingen" zien we ook hier verschillen tussen de resultaten van de vragenlijsten en van de telefonische interviews: in 35% van de vragenlijstgegevens en in 71% van de via de telefonische interviews verkregen gegevens rapporteerden de psychologen dat zij graag veranderingen zouden willen zien. Bij geen van beide informatiebronnen troffen we uitschieters aan in termen dat men op sommige terreinen duidelijk meer veranderingen wil dan op andere: de inhoud van het werk stellen

*) In de vragenlijsten gaven de respondenten beduidend minder vaak verschuivingen aan in hun diagnostische bezigheden dan in de telefonische interviews (13%). We mogen hieruit echter niet zonder meer concluderen dat vaste werkrelaties waarin aan diagnostiek wordt gedaan daarom ook stabiel van karakter zijn: het gemiddeld percentage verschuivingen over alle vaste werkcontacten bedraagt namelijk eveneens slechts 27% tegen 69% bij de wisselende relaties. We moeten de bron van dit verschil dan ook eerder zoeken in de gebruikte methodes: in de vragenlijst werd naar eventuele verschuivingen geïnformeerd via een open vraag; hiervan is bekend dat de respons tamelijk laag is. Bij de telefonische interviews werd rechtstreeks naar de verschuivingen geïnformeerd. Men kan hier een antwoord alleen ontwijken door te zeggen dat er geen verschuivingen waren opgetreden. De drempel om ook kleine veranderingen te melden lag hier dus beduidend lager.

diagnostici bijvoorbeeld niet erg ter discussie, terwijl juist hier de meeste verschuivingen zijn gemeld.

Bij de tevredenheidsvragen kwamen vooral de organisatiestructuur en de financiering er slecht vanaf. Hoewel de organisatiestructuur zowel in de vragenlijsten als in de interviews vaker dan de andere aspecten van de samenwerking vatbaar voor veranderingen wordt geacht, kunnen we hier niet van reële (d.w.z. significante) verschillen spreken.

Voortbestaan.

De laatste evaluatieve maat betreft het al dan niet voortduren van samenwerkingscontacten. In de telefonische interviews waar psychologen rapporteren over activiteiten die ze ten behoeve van steeds andere huisartsen verrichten, bleken de diagnostische werkzaamheden bijna altijd geprolongeerd te worden. Dit is ook niet zo verwonderlijk, daar het ophouden met diagnostisch werken in deze gevallen ook betekent dat men geheel met deze activiteit stopt. Bij de vaste werkcontacten is dit niet het geval: men kan in het ene werkcontact ophouden met diagnostisch werk maar daar in andere werkrelaties gewoon mee doorgaan. Veranderingen in de telefonische interviews gemeld, zijn, met andere woorden, veel drastischer veranderingen dan in de vragenlijsten.

Bij de vragenlijsten ligt het percentage afgebroken contacten dan ook beduidend hoger: slechts een dikke 20% van de contacten waarin enkel aan diagnostiek werd gedaan bestond nog ten tijde van de enquête. Bijna de helft was inmiddels afgebroken; de resterende 30% werd door de respondenten "sluimerend" genoemd.

Samenvatting.

Tot zover de eerste gegevens over de diagnostische activiteiten van de psychologen die in een vaste relatie dan wel in steeds wisselende contacten met huisartsen samenwerken. Bij de vaste werkrelaties waarin een psycholoog meerdere activiteiten kon aangeven werd alleen gekeken naar die contacten waar diagnostiek de enige of verreweg de voornaamste activiteit was. Dit om uitspraken mogelijk te maken over de invloed van de activiteit "Psychodiagnostiek" op een aantal evaluatieve variabelen. We hebben in dit kader gekeken naar:

- tevredenheid van de respondent op een aantal gebieden;
- de door de respondent gepercipieerde aansluiting van zijn doctoraalopleiding op de beschreven diagnostische bezigheden ten behoeve van huisartsen;
- de verschuivingen die in de loop der tijd zijn opgetreden.
- de veranderingen die door de respondent worden gewenst;
- het voortbestaan van de samenwerkingscontacten op diagnostisch vlak.

De informatie die in de vragenlijsten en in de telefonische interviews is gegeven loopt op een aantal punten parallel. Zo blijkt men over de inhoud van het diagnostisch werk vrij tevreden te zijn, ongeacht of de diagnostiek nu in vaste of in wisselende relaties wordt uitgevoerd. Daarnaast wordt in de vragenlijst eveneens positief geoordeeld over de tijdsinvestering, terwijl men in de telefonische interviews vooral goed te spreken is over de - frequente - verschuivingen die in het verleden hebben plaatsgevonden.

Deze verschuivingen betroffen over het algemeen veranderingen in de inhoud van het werk: de ondervraagde psychologen bleken steeds minder aan diagnostiek en steeds meer aan therapie te gaan doen. In de vragenlijsten worden weliswaar minder verschuivingen genoemd, maar we menen bij de vaste relaties toch eenzelfde tendens tot instabiliteit waar te nemen, gezien het percentage afgebroken of sluimerende werkcontacten.

Wat betreft de veranderingen die men wenst ten aanzien van diagnostiek op verzoek van de huisarts komt geen eenduidig interpreteerbaar beeld naar voren.

Met betrekking tot de subjectief ervaren aansluiting van de opleiding op het diagnostisch werken ten behoeve van huisartsen komen de gegevens uit de telefonische interviews en de vragenlijsten in grote lijnen overeen: bijna de helft van de respondenten kwalificeert deze aansluiting als redelijk slecht.

VIII 5. Consultatie.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt onder consultatie verstaan: de gevalsgewijze kennis- en deskundigheidsverdracht uit de tweede naar de eerste lijn. Caplan (1970) heeft hiervoor een speciale methodiek ontwikkeld: de Mental Health Consultation, die onder andere via de inspanning van de Stichting Introductie Consultatietrainingen de laatste jaren ook op ruime schaal in Nederland is geïntroduceerd. Bij deze methode verloopt de deskundigheidsbevordering via enkele strenge principes. Consultatie hoort bijvoorbeeld plaats te vinden in een vaste consultatierelatie. Men gaat ervan uit dat er een relatie opgebouwd dient te worden, vóórdat er effectieve consultatie kan plaatsvinden. Een ander principe is dat alleen concrete gevallen in de consultatie mogen worden ingebracht en geen algemene hulpverleningsproblemen. Ook de persoon van de hulpverlener blijft buiten het gesprek, tenzij zijn functioneren ten opzichte van de concrete, in de

consultatie ingebrachte patiënt dit nodig maakt. Consultatie mag echter nooit een therapie worden voor de hulpverlener. Weer een ander principe is dat de consultatiegever de patiënt nooit te zien krijgt. Ook is er geen rapportageplicht van de consultatievrager naar de consultatiegever over het resultaat van de consultatie. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling blijft bij de hulpverlener. Om dit optimaal te kunnen waarborgen is het dan ook de gewoonte dat de consultatiegever de hulpverlener geen rechtstreeks behandelingsadvies geeft, maar dat hij hem helpt met de keuze uit een aantal alternatieve behandelingsstrategieën. De consultatiegever doet dit vanuit zijn specifieke deskundigheid op het gebied van de psychosociale hulpverlening.

Hoewel de consultatiemethode specifiek gevalsgebonden is, mikt men erop dat de hulpverlener in de toekomst soortgelijke moeilijkheden als die hij in de consultatie heeft ingebracht, voortaan beter zelfstandig kan oplossen.

Tot zover in het kort iets over de consultatiemethode volgens Caplan.

De gegevens die in deze paragraaf opgenomen zijn hebben niet alleen betrekking op de consultatie volgens Caplan. Hoewel we in de vragenlijst een onderscheid hadden opgenomen tussen consultatie en telefonische consultatie, bleek uit de reacties van de respondenten dat zijzelf dat onderscheid vaak allerminst hanteerden. Ook in de telefonische interviews bleek dat de psychologen een groot aantal bezigheden benoemen als "consultatie", variërend van incidentele telefonische adviezen tot vormen die nauw gelieerd zijn aan training in algemene hulpverleningsprincipes. Aangezien de differentiatie tussen consultatie volgens Caplan en andere, minder nauw omschreven vormen van consultatie blijkbaar in het veld niet zo duidelijk schijnt te bestaan en aangezien daarom uit ons materiaal deze scheiding niet eenduidig is op te maken hebben wij besloten om alle vormen van deskundigheidsbevordering via advisering consultatie te noemen die ook door de respondenten als zodanig worden benoemd.

Wanneer we deze paragraaf lezen, moeten we ons dus goed voor ogen houden dat de resultaten betrekking hebben op meer activiteiten dan alleen de consultatie volgens Caplan! Ondanks deze waarschuwing is het eerste wat opvalt wanneer wij de relatieve frequentie van de consultatieactiviteiten uit de vragenlijsten (vaste relaties) vergelijken met die uit de telefonische interviews (wisselende contacten), dat hier een duidelijk verschil bestaat in de verwachte richting: consultatie komt veel vaker voor in werkcontacten met een min of meer regelmatig karakter en een vaste doelgroep dan in situaties waarin de psycholoog met steeds andere huisartsen in relatie staat.

Met deze bevinding wordt de bovenstaande waarschuwing enigszins gerelativeerd: consultatie blijkt, op wat voor manier het begrip wordt geïnterpreteerd, in ieder geval over het algemeen plaats te vinden in vaste werkrelaties. Aan tenminste één van de voorwaarden voor Caplan lijkt dus over het algemeen wel voldaan te worden, in die zin dat de samenwerking plaatsvindt in een vaste relatie (waar we overigens aan toe moeten voegen, dat de daarmee gemoeide tijdsinvestering hier verder buiten beschouwing gelaten is).

VIII 5.1. Welke psychologen doen consultatie?

In de vorige paragraaf ("diagnostiek") hebben we getracht een achtergrond te geven van de psychologen die diagnostisch werk ten behoeve van huisartsen verrichten. In deze paragraaf willen we hetzelfde doen ten aanzien van de consultatiegevers onder onze onderzoekspopulatie. Achtereenvolgens zullen de opleiding en de hoofdfunctie van de betrokken psychologen worden beschreven. *)

Zijn opleiding.

In onderstaande tabel is weergegeven wat voor opleiding de consultatiegevers van onze onderzoekspopulatie genoten hebben. Evenals in de vorige paragraaf zijn alleen de drie meest voorkomende hoofdrichtingen genoemd.

	vaste relaties		wisselende relaties	
	consultatie	totaal	consultatie	totaal
- klinische psychologie	66%	69%	68%	58%
- sociale psychologie	15%	17%	13%	17%
- ontwikkelingspsychol.	19%	14%	19%	25%
	N =159	568	16	145

Tabel VIII 9.: De opleidingsachtergrond van psychologen die consultatie geven aan huisartsen, afgezet tegen de totaalcijfers over de doctoraalopleiding. Linkergedeelte tabel: vragenlijst; rechter gedeelte tabel: telefonisch interview.

*) Vergelijk de noot op pagina 45.

Tussen de telefonische interviews en de vragenlijst blijkt nergens een verschil te bestaan. Hieruit mogen we concluderen dat de soort opleiding van de psycholoog geen invloed heeft op de reeds geconstateerde voorkeur van psychologen om consultatie in een vaste relatie met huisartsen te laten plaatsvinden: dit geldt zowel voor de clinici als voor de sociaal psychologen als voor de ontwikkelingspsychologen.

Ook wanneer we de cijfers over de consultatiegevers vergelijken met die van de totale onderzoekspopulatie zien we nergens opzienbarende verschillen: zowel in de totale populatie als in de subpopulatie "consultatie" hebben de meeste psychologen een klinische opleiding genoten. De sociaal psychologen en ontwikkelingspsychologen ontlopen elkaar niet erg.

Dit gegeven lijkt op het eerste gezicht niet overeen te komen met de resultaten uit hoofdstuk VI "de opleiding tot psycholoog" waar immers bleek dat de opleiding tot ontwikkelingspsycholoog (althans in de vaste werkrelatie) het meest predisponeerde tot het geven van consultatie aan huisartsen (Daar bleek 37% van de ontwikkelingspsychologen consultatie te geven aan huisartsen tegen 27% van de klinisch psychologen en 26% van de sociaal psychologen).

Samenvattend mogen we zeggen dat de kans dat een consultatiegever een opleiding tot klinisch psycholoog gevolgd heeft aanmerkelijk groter is dan dat hij een opleiding tot ontwikkelingspsycholoog, dan wel sociaal psycholoog achter de rug heeft. Wanneer we het echter van de andere kant bekijken moeten we stellen dat de opleiding tot ontwikkelingspsycholoog het meest predisponeert tot het verlenen van consultatie aan huisartsen. We komen hier later op terug.

Zijn functie.

Ook de hoofdfunctie die een psycholoog vervult kan van invloed zijn op het soort werkzaamheden dat hij verricht. Ten aanzien van consultatie is bijvoorbeeld bekend dat een groot aantal van de lidinstellingen van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de N.V.A.G.G.) consultatie als vaste activiteit in het programma heeft staan.

Het ligt voor de hand dat psychologen die werkzaam zijn bij een dergelijke instelling daarom vaker aan consultatie zullen doen dan vakgenoten die niet een dergelijke organisatorische steun in de rug hebben.

In onderstaande tabel staat de relatieve verdeling van de verschillende hoofdfuncties weergegeven, zoals die onder de consultatieverlenende psychologen werd aangetroffen.

hoofdfunctie	vaste relaties		wisselende relaties	
	consultatie	totaal	consultatie	totaal
- free lance	13%	14%	0%	10%
- A.G.G.Z.-instelling	36%	32%	65%	41%
- intramuraal: somatisch	9%	8%	20%	18%
- intramuraal: G.G.Z.	18%	22%	5%	6%
- bedrijf/gemeente	3%	2%	-	-
- onderwijs	11%	11%	5%	15%
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v.welzijnsz.	5%	6%	5%	2%
- overige	5%	5%	0%	8%
	N = 172	491	20	133

Tabel VIII 10.: De hoofdfunctie van psychologen die consultatie geven, vergeleken met de totaal cijfers over de hoofdfuncties van de respondenten

We zien in deze tabel dat ook bij de consultatiegegevers de verdeling van de psychologen over de verschillende hoofdfuncties niet afwijkt van de totaalcijfers. Ook hier blijken de consultatiegevers voor een belangrijk gedeelte afkomstig te zijn uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit geldt voor de psychologen met de vaste relaties (36%), maar nog veel meer voor de psycholoog die vaak en onregelmatig contact hebben met steeds andere huisartsen (65%). In het verlengde van dit gegeven ligt de conclusie dat consultatie aan wisselende groepen huisartsen slechts vanuit een zeer beperkt aantal verschillende hoofdfuncties blijkt plaats te vinden: te weten eigenlijk alleen vanuit de ambulante zorg en vanuit de algemene ziekenhuizen. De andere settings komen slechts sporadisch of helemaal niet voor. Free lance werkende psychologen geven bijvoorbeeld alleen consultatie aan huisartsen met wie ze een vaste relatie hebben. Dit is op zich niet zo verwonderlijk, want consultatie aan huisartsen is immers niet een via de reguliere financieringsmogelijkheden betaalde bezigheid. Het geven van consultatie is daarom voor free lancers veel minder een vanzelfsprekende zaak dan voor psychologen met een baan bij een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, van wie zowel de eigen financiering als de taak omschrijving over het algemeen vastligt.

VIII 5.2. Hoe wordt de activiteit "consultatie" geëvalueerd?

Evenals we dit bij de bespreking van het diagnostisch werk van de psycholoog gedaan hebben *) , zullen we in deze paragraaf een aantal evaluatieve maten beschrijven en vergelijken om zodoende meer inzicht te verkrijgen in hoe het geven van consultatie aan huisartsen in een aantal verschillende facetten ervaren wordt. De gekozen maten zijn:

- de tevredenheid van de consultatiegever over een aantal aspecten van zijn werk: de inhoud, de tijdsinvestering, de financiering, de organisatiestructuur, en - indien van toepassing - de ontwikkelingen door de jaren heen;
- deze ontwikkelingen, gesplitst op dezelfde onderwerpen die ook in de tevredenheidsvragen aan de orde kwamen;
- veranderingen, wanneer die door de consultatiegever worden gewenst, eveneens uitgesplitst op deze onderwerpen;
- de door de respondent ervaren aansluiting van het werk op de indertijd gevolgde doctoraalopleiding;
- het voortbestaan van het werkcontact op het soort werk.

In de navolgende paragraaf zal getracht worden om aan de hand van de gegevens die uit deze vragen afkomstig zijn een evaluatief beeld te geven van de consultatie zoals die door psychologen aan huisartsen gegeven wordt.

Tevredenheid.

De respondenten konden hun tevredenheid met de door hen uitgevoerde werkzaamheden op een aantal gebieden weergeven. Aangezien een globale tevredenheidsvraag over het algemeen weinig informatie oplevert hebben we namelijk besloten de vraag te splitsen op een aantal (in de inleiding genoemde) onderwerpen. De eventuele differentiatie tussen de verschillende tevredenheidsvragen is daarbij onze voornaamste interesse.

tevredenheid	vaste relaties				wisselende relaties			
	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N
- inhoud werk	64%	15%	21%	52	62%	15%	23%	13
- organisatie	41%	20%	39%	44	62%	5%	33%	21
- tijdsbesteding	64%	15%	21%	53	76%	14%	10%	21
- financiering	32%	45%	23%	47	69%	12%	19%	16
- verschuivingen	27%	46%	27%	15	93%	7%	0%	14
				211				85

Tabel VIII 11.: Tevredenheid van de psychologen met hun consultatieve arbeid, uitgesplitst op een aantal gebieden. (links: vragenlijst; rechts: tel.interv.)

Wanneer we de twee bronnen van informatie met elkaar vergelijken zien we dat de mensen uit de telefonische interviews over het algemeen positiever reageren op vragen naar hun tevredenheid op een aantal gebieden dan de mensen die een vragenlijst hebben ingevuld. (dit gaat overigen niet op voor de inhoud van het werk: de waardering van beide groepen is voor de activiteit consultatie op zich ongeveer hetzelfde).

Het is niet eenvoudig om hier een passende verklaring voor te vinden. Het is gevaarlijk om uit deze gegevens te concluderen dat de psychologen met de steeds wisselende werkcontacten over het algemeen tevredener zouden zijn, dan de psychologen met de vaste werkrelaties. Immers, zowel het veel geringere aantal gevallen als de vorm van informatieverzameling (telefonische interviews) zijn plausibele alternatieve verklaringsmogelijkheden voor dit verschil. Het feit dat de vragenlijstpsychologen niet zozeer aan de negatieve zijde van de schaal scoren als in de neutrale middencategorie, betekent in ieder geval dat we niet zonder meer mogen stellen dat zij ontevredener zijn dan de geïnterviewde psychologen **).

Wanneer we naar de telefonische interviews kijken zien we dat er niet veel verschil is in de antwoorden op de verschillende tevredenheidsvragen. De psychologen zijn redelijk tot zeer tevreden over het soort werkzaamheden dat zij verrichten (62%), de organisatie van hun werkzaamheden (62%), de financiering (69%), de tijd die het hen kost (76%)

*) Vergelijk ook de noot op pagina 47.

***) We zullen later zien dat deze stelling niet altijd opgaat.

en de verschuivingen die in de loop der tijd op dit soort gebieden is opgetreden (93%). Alleen deze laatste categorie schiet er nog enigszins uit (in positieve zin).

Uit de vragenlijsten kwam toch wel een ander beeld naar voren: alleen over de inhoud van het werk en de tijdsbesteding waren de psychologen redelijk of zeer tevreden (beide 64%). De antwoorden op de overige tevredenheidsvragen varieerden van 27% (verschuivingen) tot 41% (organisatiestructuur). Opvallen is dat de categorie die in de telefonische interviews het hoogst scoorde op de tevredenheidsvraag nu verreweg als de laagste uit de bus komt: het lijkt erop of de psychologen die eenzelfde activiteit uitvoeren ten behoeve van steeds andere huisartsen, beter in staat zijn hun werkzaamheden en werkomstandigheden zodanig te veranderen dat zij er zelf tevreden over zijn.

De psychologen die rapporteren over vaste werkcontacten met een consultatief karakter zijn duidelijk veel minder tevreden over de verschuivingen die in de loop der tijd in dat betreffende contact zijn opgetreden.

Aansluiting opleiding.

Reeds eerder in dit rapport (hoofdstuk VI) hebben we enige gegevens verstrekt over de mate waarin de respondenten tevreden zijn over de indertijd door hen gevolgde doctoraalopleiding in relatie tot hun huidige werkzaamheden ten behoeve van huisartsen. De algemene tevredenheid over de gevolgde specialisatierichting bleek daar niet bijster groot te zijn. Daarom hebben we deze gegevens uitgesplitst naar de verschillende soorten van werkzaamheden die psychologen kunnen verrichten. Hiermee willen we nagaan of deze onvrede wellicht te maken heeft met het soort werk dat de betreffende psycholoog verricht. In deze paragraaf zullen we nagaan hoe psychologen die consultatie aan huisartsen geven oordelen over de indertijd door hun gevolgde doctoraalopleiding. In onderstaande tabel is in procenten weergegeven hoe psychologen met consultatieve bezigheden oordelen over de afstemming van hun opleiding op hun huidige werkzaamheden.

afstemming consultatie - opleiding	vaste relaties	wisselende relaties
- tamelijk goed tot goed	44%	45%
- neutraal	21%	25%
- tamelijk slecht tot slecht	35%	30%
	N = 57	20

Tabel VIII 12.: Oordeel over de aansluiting van werk en opleiding, zoals die door de respondenten beoordeeld wordt.

Linker kolom: vragenlijst; rechter kolom: telefonische interviews.

We zien dat ongeveer de helft van de consultatiegevers in positieve termen spreekt over de door hen gevolgde doctoraalopleiding. Ongeveer een derde oordeelt negatief. Het lijkt erop dat de consultatiegevers hiermee optimistischer zijn over hun opleiding dan men op grond van de totaalcijfers zou vermoeden.

We zullen bij de onderlinge vergelijking tussen de verschillende werkzaamheden die de psychologen zoal verrichten verder hierop ingaan.

Gewenste veranderingen.

De psychologen konden aangeven of zij veranderingen wensten in hun werkcontacten of activiteiten. In de vragenlijst was hiervoor een open vraag opgenomen, die men kon invullen wanneer men hem van toepassing achtte; in de telefonische interviews werd er rechtstreeks naar geïnformeerd. Waarschijnlijk is dit verschil de voornaamste verklaring voor het feit dat in de telefonische interviews meer gesproken werd over veranderingen die men wenste, dan in de vragenlijst het geval was. De drempel om wensen te formuleren lijkt lager te zijn in een persoonlijk contact, dan in een onpersoonlijke vragenlijst (n.b. in 71% van de telefonische interviews waar over consultatie gesproken werd, werden wensen ten aanzien van veranderingen geformuleerd tegen 53% van de vragenlijsten *)). De psychologen rapporteerden verreweg het meest over gewenste veranderingen in de organisatiestructuur. Dit gold voor de vaste werkcontacten (40%), maar nog meer voor de activiteiten (60%). De consultatieactiviteit zelf was in beide bronnen het minst vaak onderwerp van kritiek (7% respectievelijk 20%). Ook over de tijdsinvestering en de wijze van financiering hadden de meeste psychologen uit deze groep geen klagen; de tijdsinvestering werd via beide bronnen in 20% van de gevallen voor verbetering vatbaar geacht, terwijl de financiering slechts in 13% van de gevallen ter sprake kwam.

*) Zie ook de paragraaf over "diagnostiek".

Verschuivingen.

De verschuivingen die optreden in contacten tussen psychologen en huisartsen zijn een maat voor de stabiliteit van de relatie; de gebieden waarop zij zich voordoen, alsmede de richting waarin zij zich ontwikkelen, vormen een indicatie voor mogelijke fricties in de contacten, aanpassing aan onderlinge behoeftes, e.d.

Daarom hebben we zowel in de telefonische interviews als in de vragenlijsten geïnformeerd naar de verschuivingen die in de diverse werkcontacten en activiteiten in de loop der tijd zijn opgetreden.

Via de vragenlijst kregen we weinig informatie binnen, waarschijnlijk om dezelfde reden die we reeds enkele keren eerder vermeld hebben: slechts in 14% van de werkcontacten werd gerapporteerd over verschuivingen die waren opgetreden. Bij de geïnterviewde psychologen, voor wie de drempel om ook geringe verschuivingen te rapporteren klaarblijkelijk veel lager lag was het tegendeel het geval: in 81% van de gevallen werd door de consultatiegevende psychologen gerapporteerd over verschuivingen in hun activiteiten. Voornamelijk betrof dit de inhoud van hun werk: in 47% van de gevallen, waarin over verschuivingen werd gesproken rapporteerden de psychologen dat zij vroeger andere activiteiten verrichtten (meestal diagnostiek, in mindere mate ook therapie); maar de laatste tijd daarnaast of in de plaats daarvan consultatie waren gaan doen. Verschuivingen in tijdsinvestering (16%) financiering (12%) of organisatiestructuur (24%) werden minder vaak genoemd.

Het voortbestaan.

Als laatste evaluatieve maat komt de prolongatie van werkcontacten en activiteiten ter sprake. Bij de consultatiegevers wordt bijna de helft van de werkcontacten op het moment van rapportage normaal gecontinueerd (47%), terwijl een derde van de vaste consultatieve relaties een sluimerend bestaan leidt (32%). De resterende werkcontacten (21%) blijken te zijn afgebroken.

In de telefonische interviews zien we dat 86% van de consultatieve activiteiten normaal worden voortgezet tegen 14% die afgebroken werden. Een verklaring voor dit hogere percentage van nog bestaande activiteiten werd reeds gegeven in de paragraaf "diagnostiek" (VIII 4.2.)

Samenvatting.

Ten aanzien van de consultatieve bezigheden van de psycholoog zijn zowel in de vragenlijst als in de telefonische interviews een aantal evaluatieve vragen opgenomen. Deze vragen betroffen:

- de tevredenheid van de respondent op een aantal gebieden;
- de verschuivingen die eventueel in de loop der tijd op dezelfde gebieden zijn opgetreden;
- de veranderingen die door de respondenten worden gewenst;
- de door de respondent gepercipieerde aansluiting van zijn doctoraalopleiding op zijn huidige consultatieve bezigheden ten behoeve van huisartsen;
- het voortbestaan van de contacten en activiteiten.

De resultaten van de telefonische interviews en de vragenlijsten bleken nogal te verschillen. Alleen wat betreft de subjectief ervaren aansluiting van de opleiding op werk traden geen verschillen op: bijna de helft van de psychologen kwalificeerde deze aansluiting als redelijk goed tot goed; ongeveer een derde sprak het tegengestelde oordeel uit. Bij alle andere evaluatieve vragen verschillen de antwoorden uit de telefonische interviews en de vragenlijsten aanzienlijk. De tevredenheid over organisatiestructuur, financiering, en vooral over de opgetreden verschuivingen was bij de psychologen die vaste samenwerkingsrelaties met huisartsen hebben erg laag vergeleken met de gerapporteerde tevredenheid van hun collega's die wisselende contacten hebben met steeds andere huisartsen. Ook bleken vaste werkcontacten vaker verbroken te worden. In het laatste geval zal de oorzaak voornamelijk gezocht moeten worden in de aard van de werkrelaties; het afbreken van één vast werkcontact gebeurt immers eerder dan het helemaal stoppen met een soort activiteit, zoals die in de telefonische interviews naar voren komt.

Over de oorzaak van de grotere tevredenheid onder de telefonisch geïnterviewde psychologen bestaat minder duidelijkheid. Vanwege de verschillende manieren van informatieverzamelen durven we niet zonder meer de conclusie te trekken dat psychologen met vaste werkcontacten minder tevreden zouden zijn dan psychologen met steeds wisselende contacten *)

*) Een uitzondering moet wellicht gemaakt worden voor de tevredenheid over de verschuivingen die hebben plaatsgevonden. Hier was het verschil zo groot dat een interpretatie, louter op grond van de materiaalverzameling niet geheel terecht lijkt.

Ook ten aanzien van de gewenste veranderingen en de opgetreden verschuivingen bleken grote verschillen te bestaan tussen de telefonische interviews en de vragenlijsten. Deze verschillen waren voornamelijk kwantitatief van aard: de telefonisch geïnterviewde psychologen leken minder drempels in hun rapportage te hebben: zij constateerden meer verschuivingen en uitten relatief meer wensen voor verandering dan hun collega's die enkel een vragenlijst hadden ingevuld. Kwalitatief waren er niet zulke verschillen: de gebieden waarop verschuivingen hadden plaatsgevonden of waarop veranderingen gewenst werden bleken niet te verschillen tussen de beide soorten psychologen: de meeste veranderingen werden gewenst in de organisatiestructuur; de meeste verschuivingen waren opgetreden in het soort werk dat de psychologen deden (meer consultatie, minder andere dingen).

VIII 6. Therapie *)

Zoals we reeds gezien hebben in paragraaf VII 2. is therapie een populaire activiteit onder psychologen die met huisartsen samenwerken. In bijna de helft van de vaste werkcontacten wordt door de psycholoog (onder andere) therapie gedaan, en ongeveer één derde van de activiteiten die ten behoeve van steeds andere huisartsen worden verricht bestaat uit psychotherapie. Een populaire activiteit, ongeacht de afstudeerrichting van de psycholoog; want hoewel men zou verwachten dat vooral klinisch psychologen therapeutisch bezig zouden zijn, blijken sociaal psychologen en ontwikkelingspsychologen nauwelijks voor hen onder te doen (zie ook V 5.) De instelling of instantie waarbij de psycholoog werkzaam is schijnt van meer invloed te zijn (vergelijk VI 5.). Deze analyses zijn echter tot nu toe alleen uitgevoerd met de doctoraalopleiding, respectievelijk de hoofdfunctie van de psycholoog als startpunt. In deze paragraaf willen we enige analyses verrichten met de therapie als uitgangspunt. De centrale vragen zijn daarbij weer:

1. welke psychologen doen psychotherapie, en
2. hoe wordt het therapeutisch werken geëvalueerd?

VIII 6.1. Welke psychologen doen psychotherapie?

Evenals we dit gedaan hebben bij de diagnostiek en de consultatiegevers willen we ook van de therapeuten uit onze onderzoekspopulatie enige gegevens verstrekken **). Achtereenvolgens komen zijn opleiding tot psycholoog en zijn hoofdfunctie aan de orde.

Zijn opleiding.

In onderstaande tabel is weergegeven wat voor doctoraalopleiding de therapeuten van onze onderzoeksgroep genoten hebben. Evenals bij de bespreking van de andere werkzaamheden worden alleen de drie meest voorkomende hoofdrichtingen genoemd, te weten: klinische psychologie, ontwikkelingspsychologie en sociale psychologie (deze drie vormen tesamen ongeveer 90% van ons totale bestand.

	vaste relaties		wisselende relaties	
	therapie	totaal	therapie	totaal
- klinische psychologie	76 %	69 %	59 %	58 %
- sociale psychologie	15 %	17 %	13 %	17 %
- ontwikkelingspsychologie	9 %	14 %	28 %	25 %
N =	151	568	53	145

Tabel VIII 13.: De opleidingsachtergrond van psychologen die therapeutisch werken met patiënten van huisartsen, vergeleken met de totaalcijfers over de doctoraalopleiding van de respondenten. Linker gedeelte tabel: vragenlijst; rechter gedeelte: telefonische interviews.

*) Het zal de lezer opgevallen zijn dat wij in dit onderzoek de term therapie in zijn algemeenheid hanteren en geen onderscheid maken tussen de vele vormen die hierin bestaan (individuele therapie versus echtpaar- of relatietherapie versus groepstherapie; gedragstherapie versus psychoanalyse versus counseling versus gestalttherapie versus allerhande nieuwe technieken en richtingen die momenteel als paddestoelen uit de grond rijzen, zoals transactionele analyse, biofeedback, psychosynthese, en dergelijke). Het leek ons ondoenlijk om een onderscheid te maken tussen al deze vormen van psychotherapie, temeer daar therapeuten vaak een zelf gekozen mengeling van technieken hanteren. De grenzen tussen de verschillende vormen van psychotherapie lijken hierdoor te zeer te vervagen om nog als zinnig indelingscriterium te kunnen gelden.

***) Vergelijk de noot op pagina 45.

Verreweg de meeste therapeuten hebben een klinische opleiding achter de rug; in de vaste werkcontacten nog meer dan in de wisselende (76% respectievelijk 59%). Het aandeel van de sociaal psychologen en ontwikkelingspsychologen is aanmerkelijk geringer. Dit resultaat komt aardig overeen met de verdeling van de verschillende opleidingen over de respondenten van onze onderzoeksgroep. Immers wanneer we de totaalcijfers beschouwen kunnen we constateren dat 65% van de respondenten een klinische achtergrond heeft, 17% heeft sociale psychologie gestudeerd en 18% zich ontwikkelingspsycholoog kan noemen. De verhouding tussen de verschillende opleidingen onder de therapeuten verschilt daarmee nauwelijks van die onder onze totale responsgroep. Kortom: er zijn gewoon meer klinisch psychologen en daarom zijn ook meer therapeuten klinisch psycholoog. Wanneer we echter gaan kijken naar de invloed van de opleiding op het soort werkzaamheden dat de psycholoog verricht zien we (paragraaf VI 5.) dat de opleiding klinische psychologie niet méér predisponeert tot het doen van psychotherapie dan de opleiding sociale psychologie. Het lijkt erop dat een arts die op zoek is naar een therapeutisch werkend psycholoog een advertentie zou kunnen plaatsen: "psycholoog gevraagd voor het doen van psychotherapie" het voorvoegsel "klinisch" lijkt, althans volgens de gegevens uit ons onderzoeksbestand, niet nodig te zijn.

Zijn functie.

Het is prettig voor huisartsen om te weten waar zij een therapeut kunnen vinden die bereid is om voor hem therapie te doen. Daarom hebben wij bekeken wat de hoofdfunctie is van psychologen die therapeutisch werk verrichten. De gegeven hierover staan in onderstaande tabel.

hoofdfunctie	vaste relaties		wisselende relaties	
	therapie	totaal	therapie	totaal
- free lance	16 %	14 %	10 %	10 %
- A.G.G.Z.-instellingen	30 %	32 %	50 %	41 %
- intramuraal: somatisch	6 %	8 %	12 %	18 %
- intramuraal: G.G.Z.	28 %	22 %	9 %	6 %
- bedrijf/gemeente	1 %	2 %	-	-
- onderwijsinstelling	9 %	11 %	10 %	15 %
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	4 %	6 %	0 %	2 %
- overigen	6 %	5 %	9 %	8 %
	N = 163	491	58	133

Tabel VIII 14: De hoofdfunctie van psychologen die therapie doen ten behoeve van huisartsen, vergeleken met de totaalcijfers over de hoofdfunctie van de respondenten. Linker gedeelte tabel: vragenlijst; rechter gedeelte tabel: telefonische interviews.

Ten derde male zien we dat de verdeling van de hoofdfunctie van de totale populatie niet verschilt van die van de subpopulatie (ditmaal "therapie").

De meeste therapeuten blijken te werken in een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. In psychiatrische inrichtingen, psychotherapeutische gemeenschappen e.d., hebben psychologen ook vaak een vaste groep van huisartsen die patiënten naar hen doorverwijzen. Incidentele contacten komen hier minder vaak voor.

Het merendeel van de therapeuten is werkzaam in een instelling of instantie die zich bezig houdt met de directe hulpverlening: 64% van de vaste en 71% van de wisselende samenwerkingsrelaties heeft betrekking op psychologen die werkzaam zijn in de 2e of 3e lijn van de (geestelijke) gezondheidszorg. Slechts 10 respectievelijk 16% van de therapeuten werkt freelance en zou je dus een soort eerstelijns positie kunnen toebedelen.

VIII 6.2. Hoe wordt het therapeutisch werken geëvalueerd?

Evenals we dit bij de bespreking van de overige werkzaamheden van de psycholoog gedaan hebben zullen we ook bij de therapeuten een aantal evaluatieve maten beschrijven en vergelijken *)

De gekozen maten zijn:

- de tevredenheid van de therapeut over een aantal aspecten van zijn werk: de inhoud, de tijdsinvestering, (de wijze van) financiering, de organisatiestructuur en -wanneer dit van toepassing was- de verschuivingen die eventueel in de loop der tijd zijn opgetreden.

*) Zie o.a. de inleiding bij deze zelfde paragraaf onder "consultatie" en "diagnostiek"

- de gerapporteerde verschuivingen, gesplitst naar dezelfde onderwerpen die ook in de tevredenheidsvragen aan de orde komen;
- eventuele veranderingen die door de therapeut worden gewenst, eveneens uitgesplitst op deze onderwerpen;
- de gepercipieerde aansluiting van het werk op de indertijd gevolgde doctoraalopleiding;
- het voortbestaan van het werkcontact of het soort werk.

In het restant van deze paragraaf zal getracht worden om aan de hand van deze gegevens een evaluatief beeld te geven van het therapeutisch werk dat door psychologen ten behoeve van huisartsen wordt gedaan.

Tevredenheid.

De respondenten konden hun tevredenheid met de door hen uitgevoerde werkzaamheden op een aantal gebieden weergeven. We hebben hiertoe besloten omdat algemene tevredenheidsvragen gewoonlijk weinig informatie opleveren (iedereen blijkt dan over alles "tamelijk tevreden" te zijn). De differentiatie tussen de antwoorden op de verschillende tevredenheidsvragen heeft daarom onze eerste belangstelling.

tevredenheid	vaste relaties				wisselende relaties			
	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N
- inhoud werk	59 %	17 %	24 %	54	84 %	6 %	10 %	31
- organisatie	43 %	20 %	37 %	49	44 %	11 %	45 %	56
- tijdsbesteding	66 %	17 %	17 %	53	61 %	25 %	14 %	56
- financiering	33 %	13 %	54 %	48	46 %	15 %	39 %	46
- verschuivingen	17 %	67 %	16 %	6	76 %	16 %	8 %	37

Tabel VIII 15.: Tevredenheid van de psychologen met hun therapeutische werkzaamheden, uitgesplitst op een aantal gebieden.
 Linker gedeelte tabel: vragenlijst; rechter gedeelte tabel: telefonische interviews.

Over het algemeen zijn de scores op de tevredenheidsvragen bij de therapeuten niet erg hoog.

In de telefonische interviews kwam de inhoud van het werk er nog goed vanaf en ook werd hier positief geoordeeld over de verschuivingen die in de loop der tijd waren opgetreden. Zowel de organisatiestructuur als de financiering werd erg negatief beoordeeld. In de vragenlijst scoorden de verschuivingen het laagst op de 5-puntschaal: slechts 17% was redelijke tot zeer tevreden over de verschuivingen, die waren opgetreden; 67% van de respondenten oordeelde hier neutraal, hetgeen opmerkelijk genoemd mag worden. Het meest ontevreden zijn de therapeuten over de financiering: meer dan de helft van de psychologen vond dat de financiering van hun therapeutische bezigheden in vaste werkcontacten tamelijk slecht of zelfs ronduit slecht was. Ook de organisatiestructuur vormt hier een belangrijke bron van ontevredenheid.

Verschuivingen.

We hebben de respondenten gevraagd om wanneer zich in de loop der tijd op enigerlei gebied verschuivingen hadden voorgedaan in hun samenwerking met huisartsen, dit gespecificeerd te melden. In de vragenlijst was hiervoor een open vraag opgenomen, die echter niet veel reacties losmaakte. In de telefonische interviews bleken de psychologen minder drempels te hebben om verschuivingen te rapporteren. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de manier van informatieverzamenen en niet zozeer met andere variabelen *).

Vanwege het geringe aantal reacties in de vragenlijsten (slechts 11% rapporteerde hier over verschuivingen die zich hadden voorgedaan) zijn deze verder buiten beschouwing gelaten. In de telefonische interviews vertelde 62% van de psychologen over allerlei ontwikkelingen in hun werk. De meeste veranderingen betroffen de inhoud van het werk (49%): sommige psychologen die vroeger uitsluitend kinderen behandelden zijn momenteel vaak therapeutisch bezig met volwassenen of gezinnen; bij anderen is het diagnostisch werk dat zij vroeger deden voor een groot deel vervangen door een therapeutisch bezig zijn.

*) Zie ook de hiermee corresponderende gedeelten van de paragrafen "diagnostiek" en "consultatie".

In ruim een kwart van de gevallen bleken er veranderingen te zijn opgetreden in de tijdsinvestering van de betrokken psychologen. Bijna altijd betrof dit een toename van het aantal therapie-uren die parallel liep met een toename van het aantal huisartsen dat bij de psycholoog in kwestie aanklopte. De organisatiestructuur en wijze van financiering bleken het meest stabiel: beide bleken zich in ongeveer 20% van de gevallen in de loop der tijd gewijzigd te hebben.

Gewenste veranderingen.

Teneinde de evaluatie van werk, tijdsinvestering, organisatiestructuur en financiering zo veelzijdig mogelijk te maken is de respondenten ook gevraagd aan te geven op welke terreinen zij veranderingen wensten. In de vragenlijst gebeurde dit weer via een open vraag, die men naar wens in kon vullen. In de telefonische interviews werd er rechtstreeks naar gevraagd en op een antwoord gewacht. Een ontkenning op de vraag is in het laatste geval dus een bewuste ontkenning, wat in het eerste geval niet altijd het geval hoeft te zijn. Dit verschil uit zich weer in de cijfers: in (maar liefst) 87% van de telefonische interviews gaven de psychologen aan wel veranderingen te willen op enigerlei gebied. In de vragenlijst was dit 59%, wat weliswaar minder is, maar relatief toch nog tamelijk veel.

De organisatiestructuur en de wijze van financiering werden door de respondenten het vaakst genoemd als vatbaar voor verbetering.

De inhoud van het werk (bij de telefonische interviews) en de tijdsinvestering (bij de vaste werkcontacten) kregen de minste kritiek te verduren.

Aansluiting opleiding.

Zoals reeds enkele keren eerder in dit rapport ter sprake is gekomen oordelen de respondenten gemiddeld niet erg gunstig over de aansluiting van de indertijd door hen gevolgde doctoraalopleiding op hun huidige werkzaamheden. In deze paragraaf zullen we nagaan in hoeverre deze tendens ook voor de therapeuten opgaat.

In onderstaande tabel is in procenten weergegeven hoe therapeutisch werkend psychologen oordelen over de afstemming van hun opleiding op hun huidige therapeutische werkzaamheden.

afstemming opleiding - therapeutisch werk	vaste relaties	wisselende relaties
- tamelijk goed tot goed	32 %	22 %
- neutraal	22 %	22 %
- tamelijk slecht tot slecht	46 %	56 %
N =	54	59

Tabel VIII 16.: Oordeel over de aansluiting van werk en opleiding zoals die door de respondenten beoordeeld wordt in hun vaste werkcontacten (eerste kolom) en in hun steeds wisselende werkcontacten (tweede kolom).

We zien in deze tabel dat de therapeuten die vaste relaties met huisartsen onderhouden, zeker niet gunstig oordelen over de aansluiting van de doctoraalopleiding op de huidige therapeutische werkzaamheden. De telefonisch geïnterviewde psychologen lijken zelfs nog negatiever te oordelen. We komen hier later bij de vergelijking van de verschillende soorten werkzaamheden uitgebreider op terug.

Het voortbestaan.

De meest harde maat voor het succes van een samenwerkingsrelatie is wellicht het al dan niet blijven voortbestaan van het contact of de activiteit. Zeker in de telefonische interviews, waar het soort werk dat de psycholoog doet, eenheid van analyse is, betekent het afbreken van de activiteit dat de psycholoog helemaal stopt met dat soort werkzaamheden. In de vragenlijst werd per werkcontact geïnformeerd naar het voortbestaan. Hier heeft het afbreken van een contact veel minder ingrijpende consequenties (de psycholoog kan immers dan nog wel soortgelijke werkzaamheden in andere werkcontacten verrichten). Wanneer we kijken naar de cijfers bij therapie zien we dat therapeuten vrijwel nooit geheel stoppen met hun therapeutische bezigheden. Slechts één therapeut heeft zijn therapeutische activiteiten geheel gestaakt.

In de werkcontacten zien we een hoger afvalpercentage: in 26% van de werkcontacten waar een psycholoog (uitsluitend) therapeutisch werk verrichtte was het contact inmiddels weer beëindigd; 29% werd sluimerend genoemd. Dit betekent dat bijna de helft van de contacten nog bestond op het moment dat de vragenlijst werd ingevuld.

Samenvatting.

Ten aanzien van de therapeutische bezigheden van de psycholoog zijn zowel in de vragenlijst als in telefonische interviews een aantal vragen opgenomen. Deze vragen betroffen:

- de tevredenheid van de respondent op een aantal gebieden;
- de verschuivingen die eventueel in de loop der tijd op deze zelfde gebieden zijn opgetreden;
- de veranderingen die door de respondenten worden gewenst;
- de aansluiting van doctoraalopleiding op de huidige werkzaamheden, zoals die door de respondent wordt beleefd;
- het voortbestaan van de contacten en activiteiten met een therapeutische inhoud.

Evenals we dit hebben geconstateerd bij de beschrijving van de overige werkzaamheden van de psycholoog blijken er bij sommige maten belangrijke verschillen te bestaan tussen de gegevens uit de vragenlijsten en de telefonische interviews. Deze verschillen bestaan met name in de vragen naar eventuele veranderingen. Dit zijn de vragen waardoor de activiteit van de psycholoog of zijn werkcontact met een bepaalde groep huisartsen in een historisch perspectief komt te staan. In de vragenlijst werd naar deze zaken geïnformeerd via een open vraag, die men naar eigen verkiezing al dan niet kon invullen. Deze methode blijkt voor de respondenten te vrijblijvend te zijn; er werd aanzienlijk minder op gereageerd dan in de telefonische interviews waarbij de pressie om te antwoorden duidelijk groter was. Kwalitatief bleken er tussen beide groepen respondenten veel minder verschillen; de respondenten waren het er met elkaar wel over eens dat de verschuivingen vooral waren opgetreden in de aard van hun werk en in de bestede tijd (over deze beide gebieden waren ze ook het meest tevreden, zoals uit de tevredenheidsvragen bleek.) De meeste veranderingen werden gewenst op het gebied van organisatiestructuur en financiering. Deze gebieden waren in de afgelopen tijd opmerkelijk stabiel gebleven hetgeen duidelijk niet de bedoeling van de respondenten was; de organisatiestructuur en de financiering kregen bij de tevredenheidsvragen ook de laagste scores toebedeeld.

Dat therapie een populaire activiteit is in de samenwerking tussen huisartsen en psychologen blijkt niet alleen uit het relatief grote aantal psychologen dat therapie bedrijft voor patiënten die hen door de huisarts verwezen zijn, maar ook uit het lage afvalpercentage. Zowel in de telefonische interviews (hetgeen niet zo opmerkelijk is) als in de vragenlijsten blijken therapeuten stabiel in hun activiteiten en werkcontacten. Dit betekent overigens nog niet dat dit een vanzelfsprekende zaak is: wanneer we kijken naar de door de respondenten subjectief beleefde aansluiting van hun doctoraalopleiding bij hun huidige therapeutische werkzaamheden zien we dat tweederde van hen neutraal tot zeer slecht te spreken is over deze afstemming.

Slechts éénderde van hen laat zich in positieve zin uit over de indertijd gevolgde opleiding. Of de benodigde deskundigheid ontstaat door eigen bijscholing, of simpel door ervaring of zelfs misschien geheel ontbreekt is iets wat we in dit onderzoek niet kunnen beoordelen. Het is wel de moeite van een onderzoek waard!

VIII 7. Bij- en nascholing.

Als laatste in de serie van werkzaamheden die afzonderlijk besproken worden, wordt nu enige aandacht besteed aan de bij- en nascholing van psychologen aan huisartsen. Deze categorie is niet zozeer opgenomen omdat er zoveel psychologen zijn die zich met bij- of nascholing aan huisartsen bezighouden *), maar vanwege een zekere theoretische relevantie (zie ook blz.44). De categorie heeft met de overige besproken categorieën gemeen dat ze te maken heeft met hulpverlening. Ze onderscheidt zich van de overige categorieën in de abstractiegraad van de werkzaamheden: bij therapie, en meestal ook bij diagnostiek, ziet de psycholoog de patiënt; de patiënt wordt door de huisarts doorverwezen en hijzelf houdt zich met de hulpverlening bezig, of geeft tenminste een afgeronde indicatie telling.

Het contact met de huisarts is gericht op een patiënt die zij allebei kennen. Bij consultatie kent de psycholoog de patiënt over het algemeen niet. De huisarts geeft een uitvoerige beschrijving van de patiënt, de problemen van de patiënt en van zijn eigen moeilijkheden met de behandeling van de patiënt. De psycholoog adviseert een huisarts over mogelijk te volgen behandelingsstrategieën. De advisering is altijd gevalsgebonden. De psycholoog houdt zich niet bezig met de concrete hulpverlening maar met deskundigheidsbevordering van -in dit geval- de huisarts. Dit laatste kenmerk heeft de bij- en nascholing gemeen met consultatie: de psycholoog houdt zich niet bezig met concrete hulpverlening maar met het overdragen van kennis en vaardigheden uit zijn eigen discipline aan de huisarts. Het verschil met consultatie is, dat er meestal sprake is van het overdra-

*) Er zijn ongeveer evenveel psychologen die zich met pedagogische begeleiding aan huisartsen of wetenschappelijk onderzoek bezighouden.

gen van algemene hulpverleningstechnieken en -principes. Casuïstiek wordt enkel gebruikt om de algemene principes duidelijk te maken. Ter illustratie: in deze categorie vallen psychologen die aan de huisartsenopleidingen de aanstaande huisartsen de sociaalwetenschappelijke kant van hun vak bijbrengen; psychologen die training geven in gesprekstechniek; psychologen die huisartsen leren hoe ze met hun patiënt ontspanningsoefeningen kunnen doen of die ze trainen in eenvoudige gedrags therapeutische principes. Ten aanzien van deze en soortgelijke werkzaamheden worden weer dezelfde vragen beantwoord die we ook bij de andere categorieën hebben behandeld:

1. welke psychologen geven bij- of nascholing aan huisartsen?
2. hoe wordt die activiteit geëvalueerd?

VIII 7.1. Welke psychologen geven bij- of nascholing? *)

Zijn opleiding.

In aansluiting op de gegevens uit hoofdstuk VI (over de opleiding van de psycholoog) willen we in deze paragraaf een overzicht geven van de universitaire achtergrond van de trainers en docenten uit onze onderzoekspopulatie.

In onderstaande tabel is weergegeven wat voor opleiding deze psychologen genoten hebben. Evenals we dit bij de andere, soortgelijke beschouwingen gedaan hebben worden alleen de drie meest voorkomende studierichtingen genoemd.

	vaste relaties		wisselende relaties	
	bijscholing	totaal	bijscholing	totaal
- klinische psychologie	82 %	69 %	61 %	58 %
- sociale psychologie	14 %	17 %	22 %	17 %
- ontwikkelingspsychologie	4 %	14 %	17 %	25 %
	N = 44	568	23	145

Tabel VIII 17.: De opleidingsachtergrond van psychologen die huisartsen bij- en/of nascholing geven, vergeleken met de totaalcijfers over de opleiding van de respondenten. Linker gedeelte tabel: vragenlijsten; rechter gedeelte tabel: telefonische interviews.

De clinici blijken hier niet alleen numeriek maar ook relatief sterk in de meerderheid te zijn (althans in de vaste werkrelaties): dit betekent dat (nog) meer trainers dan men op grond van de totaalcijfers zou verwachten een klinische opleiding achter de rug hebben. De ontwikkelingspsychologen zijn daarentegen ondervertegenwoordigd in de groep van nascholende psychologen. In de telefonische interviews werden geen significante verschillen met de totaalpopulatie gevonden.

Zijn functie.

De hoofdfunctie die een psycholoog vervult kan een belangrijke invloed hebben op de samenwerking met huisartsen en op het soort van werkzaamheden dat daarin verricht kan worden. De instelling waar de psycholoog zijn brood verdient kan namelijk zowel faciliterend als belemmerend werken afhankelijk van de eigen doelstellingen en prioriteiten van de instelling.

Daarom hebben we de psychologen-nascholers uitgesplitst op de thuisbasis waar zij hun dagelijks werk verrichten. De gegevens hiervan staan in onderstaande tabel.

hoofdfunctie	vaste relaties		wisselende relaties	
	bijscholing	totaal	bijscholing	totaal
- free lance	6 %	14 %	7 %	10 %
- A.G.G.Z.-instelling	14 %	32 %	7 %	41 %
- intramuraal: somatisch	14 %	8 %	26 %	18 %
- intramuraal: G.G.Z.	17 %	22 %	4 %	6 %
- bedrijf/gemeente	6 %	2 %	-	-
- onderwijsinstelling	27 %	11 %	44 %	15 %
- beleids- en/of onderzoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	14 %	6 %	7 %	2 %
- overige	2 %	5 %	4 %	8 %
	N = 49	491	27	133

Tabel VIII 18.: De hoofdfunctie van psychologen die bij- of nascholing geven aan een vaste groep huisartsen (linkergedeelte) of aan steeds andere huisartsen (rechtergedeelte).

*) Vergelijk ook de noot op pagina 45.

Uit deze tabel blijkt dat (voor het eerst) de A.G.G.Z.-instellingen niet meer zwaar is vertegenwoordigd; de meeste psychologen zijn werkzaam bij een onderwijsinstelling, veelal een universiteit. Op zich is dit niet zo verwonderlijk, daar de principale doelstelling van de universiteit is de opleiding van aanstaande academici te verzorgen. Een huisarts die zich in de "zachte" kant van zijn vak wil laten bijscholen kan, zo blijkt uit onze gegevens, ook na zijn huisartsenopleiding vaak terecht bij psychologen die aan een huisartsenopleiding (of ander universitair instituut) verbonden zijn *). Het gegeven dat de psychologen uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg nauwelijks aan bijscholing doen betekent overigens niet dat er over het algemeen niet aan de bijscholing van huisartsen gewerkt wordt vanuit instellingen die zich met de directe zorg van patiënten bezig houden: ruim 30% van de bijscholvers blijkt werkzaam te zijn in een intramurale instelling. Bij de telefonische interviews bleken dit vooral de ziekenhuispsychologen te zijn. Bij de vragenlijsten ontlieden deze psychologen en de psychologen uit de psychiatrische wereld elkaar niet veel.

VIII 7.2. Hoe wordt de bij- nascholing geëvalueerd?

Om een idee te krijgen hoe nascholing gevende psychologen hun werk waarderen hebben we weer dezelfde evaluatiematen gebruikt:

- Op een vijf puntsschaal werd de tevredenheid gemeten over het soort werk dat de psychologen doen ("training"), de organisatiestructuur, waarin zij hun werk (moeten) verrichten, de tijd die het hen kost, de (wijze van) financiering en de eventuele verschuivingen die zich in de loop der tijd op enigerlei gebied hadden voorgedaan.
- Ten aanzien van onder andere deze gebieden werd gevraagd of er zich in de loop van de tijd nog speciale ontwikkelingen hadden voorgedaan, en
- of er nog veranderingen werden gewenst.
- De aansluiting van de gevolgde doctoraalopleiding op de deskundigheidsbevorderende werkzaamheden werd door de respondenten op een vijf puntsschaal aangegeven.
- Het al dan niet voortbestaan van een werkcontact of activiteit vormt de laatste evaluatie maat.

We zullen deze punten achtereenvolgens behandelen.

Tevredenheid.

In onderstaande tabel is voor een aantal gebieden de tevredenheid van de respondenten vergeleken. De schaalpunten 1 en 2 die tezamen de positieve zijde van de schaal vormen zijn hierbij samengenomen, evenals de schaalpunten 4 en 5, die tezamen de negatieve kant vertegenwoordigen.

tevredenheid	vaste relaties				wisselende relaties			
	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N	redelijk tot zeer tevreden	neutraal	redelijk tot zeer ontevreden	N
- inhoud werk	82 %	11 %	7 %	28	82 %	18 %	0 %	17
- organisatie	59 %	19 %	22 %	27	53 %	18 %	29 %	28
- tijdsbesteding	89 %	4 %	7 %	28	56 %	22 %	22 %	27
- financiering	46 %	42 %	12 %	26	67 %	0 %	33 %	18
- verschuivingen	73 %	27 %	0 %	11	100 %	0 %	0 %	15

Tabel VIII 19.: Tevredenheid van de psychologen die bij- of nascholing geven aan huisartsen uitgesplitst op een aantal gebieden.
 Linker gedeelte tabel: vragenlijsten; rechter gedeelte tabel: telefonische interviews.

Wanneer we de resultaten van de vragenlijsten en de telefonische interviews met elkaar vergelijken zien we nauwelijks verschillen: alleen op het gebied van de tijdsbesteding lijken psychologen in een vaste relatie met huisartsen tevredener te zijn dan de psychologen die aan steeds wisselende huisartsen bij- of nascholing geven. De andere verschillen zijn geen van alle significant. Wat verder opvalt wanneer we deze tabel bekijken is dat de gemiddelde tevredenheid over het algemeen redelijk hoog ligt (vergeleken met die uit de vorige paragrafen). Dat wil niet zeggen dat men op alle gebieden even enthousiast was: in de werkcontacten werd zowel over de inhoud van het werk als over de tijdsbesteding gunstiger geoordeeld dan over de organisatiestructuur en de financiering; in de telefonische interviews sprongen de verschuivingen en de werkinhoud er het meeste uit.

*.) Dit betekent overigens nog niet dat de huisartsen hiervoor ook altijd de officiële wegen kunnen bewandelen, want 30 - 50% van de trainingsactiviteiten wordt door de psychologen minstens voor een deel buiten het kader van hun hoofdfunctie gedaan.

Verschuivingen.

Door het kleine aantal gevallen, waarin bovendien lang niet altijd over verschuivingen werd gerapporteerd valt over deze evaluatieve maat dit keer niet zo veel te vertellen. We beperken ons dan ook tot het geven van enkele cijfers: in 20% van de vragenlijsten en 68% van de telefonische interviews werd gerapporteerd over ontwikkelingen die zich in de loop der geschiedenis hadden voorgedaan. In vrijwel alle gevallen betroffen de veranderingen de inhoud van het werk of de indeling van de tijd die aan bijscholingsactiviteiten werd besteed. De overige categorieën werden niet of veel minder genoemd.

Gewenste veranderingen.

Het percentage gevallen waarin de respondenten aangaven dat zij wel veranderingen zouden willen op enigerlei gebied is een indicatie voor de (on)tevredenheid van de respondent. De gebieden waarop de veranderingen gewenst worden geeft een nadere nuancering van deze onvrede. In 75% van de telefonische interviews en in 38% van de vragenlijsten wordt door de respondenten gezegd dat er wat hun betreft wel enkele dingen mogen veranderen in de nabije toekomst *).

Ten aanzien van de financiering bestaan relatief de minste klachten. De tijdsbesteding (bij de vragenlijsten) en de organisatie en werkinhoud (bij de telefonische interviews) zijn het vaakst onderwerp van kritiek. De verschillen zijn echter niet groot en de N is erg klein. Van definitieve uitspraken hierover onthouden we ons daarom.

Aansluiting opleiding.

Ook aan de trainers werd gevraagd de indertijd door hen gevolgde doctoraalopleiding te beoordelen op grond van de huidige werkzaamheden. In de vragenlijsten oordeelden evenveel psychologen positief als negatief: beide 44%. In de telefonische interviews kon slechts 11% van de respondenten zich in positieve termen uitspreken over hun opleiding tot psycholoog; 30% oordeelde hier neutraal, terwijl 59% (meer dan de helft!) de opleiding als tamelijk slecht of uitgesproken slecht kwalificeerde. Waar het verschil in oordeel tussen de psychologen met de vaste werkcontacten en de psychologen met de steeds wisselende relaties op te herleiden is, is moeilijk vast te stellen, temeer daar deze laatste groep bij de tevredenheidsvragen niet negatiever repondeerde.

Het voortbestaan.

Hoewel de stopzetting van een werkcontact of activiteit over het algemeen een teken is dat er ergens iets niet goed functioneert, hoeft dit bij nascholingsactiviteiten niet altijd het geval te zijn: nascholingsactiviteiten zijn immers vaak in de tijd begrensd; er wordt een training in gespreksvoering afgesproken voor de duur van één week, met eventueel nog één of twee follow-up trainingen enige tijd later. Of er wordt afgesproken om gedurende een half jaar één avond in de week bij elkaar te komen om te oefenen in de basistechnieken van gedragtherapie. Deze nascholingsactiviteiten hebben een bepaalde doelstelling (vergroten van de communicatieve vaardigheden; inzicht geven in processen die zich in gezinnen afspelen e.d.) die in een bepaalde tijdsperiode gerealiseerd moet worden: ze hebben een natuurlijk einde.

Vanuit deze grondgedachte hebben we ook bij de na- of bijscholingsactiviteiten gekeken naar de mate waarin zij al dan niet blijven voortbestaan. Bij de telefonische interviews bleek, zoals gebruikelijk **) het percentage activiteiten dat gestopt was, vrij gering (25%), hoewel zelfs hier het percentage afgebroken contacten hoger lijkt te zijn dan bij de andere, tot nu toe besproken activiteiten van de psycholoog. Bij de vragenlijsten bleek, zoals verwacht, het percentage werkcontacten dat nog bestond op het moment van rapportage inderdaad gering (18%). Van 41% van de contacten werd vermeld dat ze inmiddels afgebroken waren. De resterende 41% kreeg het predicaat sluimerend.

Hieruit mogen we concluderen dat bijscholingsactiviteiten van psychologen aan huisartsen niet vaak een continu karakter hebben. Waarschijnlijk hebben ze die pretentie ook niet. Het relatief groot aandeel sluimerende contacten geeft aan dat er vaak geen bindende afspraken voor de voortgang van het contact gemaakt worden. Het lijkt erop dat de trainers de voortgang van een contact vaak af laten hangen van de behoefte (en het initiatief ***) van de huisartsen.

*) Hoe dit verschil tussen de vragenlijsten en telefonische interviews verklaard kan worden is reeds in extenso in de vorige paragrafen beschreven.

**) Zie ook de overige paragrafen.

***) Een andere indicatie voor deze uitspraak is gelegen in de bevinding dat de psychologen in de steeds wisselende contacten nooit en in de vaste werkcontacten zelden (21%) alleen het initiatief tot de bijscholingsactiviteit nemen.

Samenvatting.

Ook ten aanzien van de bij- en nascholingsactiviteiten van de psycholoog hebben wij getracht een zekere evaluatie te geven. Wij hebben daarvoor zowel in de vragenlijsten als in de telefonische interviews een aantal vragen opgenomen die ons inzicht moeten geven in de wijze waarop deze bijscholingsactiviteiten door de respondenten worden beoordeeld. We hebben daartoe een aantal tevredenheidsvragen opgenomen waar de respondenten hun oordeel konden geven over de inhoud van het werk, de wijze waarop de werkzaamheden georganiseerd en gefinancierd worden, de tijdsbesteding en de eventuele verschuivingen op al deze gebieden als die zich hadden voorgedaan. Deze verschuivingen kwamen ook in een afzonderlijke vraag aan de orde, evenals de door de respondenten gewenste veranderingen op dit gebied. Door de combinatie van deze vragen komen de nascholingsactiviteiten in een historisch perspectief te staan: hoe was het vroeger, hoe is het nu en hoe moet het verder. De tevredenheidsvragen die dezelfde onderwerpen hebben als de vragen naar verschuivingen en veranderingen completeren het beeld met de subjectieve evaluatie van de respondent.

De inhoud van het werk en de noodzakelijke tijdsinvestering blijken in de belangstelling van de trainer en docenten centraal te staan: op deze gebieden worden de meeste ontwikkelingen gemeld, maar ook de meeste veranderingen gewenst! En om de zaak nog ingewikkelder te maken: ook de tevredenheid over de inhoud van het werk en (in iets mindere mate) over de tijdsinvestering ligt relatief erg hoog. Een mogelijke verklaring voor deze, op het eerste gezicht wat merkwaardige combinatie van feiten zou kunnen zijn dat de bijscholvers van huisartsen momenteel zelf erg bezig zijn met de ontwikkeling van hun vak; daarom wordt er over veel veranderingen gesproken, maar worden ook nog veel veranderingen gewenst. De hoge score op de tevredenheidsvraag zou dan de tevredenheid met deze ontwikkelingsgang representeren.

Bij deze gedachtengang past ook de bevinding over de aansluiting van werk op opleiding. Deze blijkt namelijk door de meeste respondenten (vooral door degenen onder hen die nascholing geven aan steeds wisselende huisartsen) niet bijster goed geëvalueerd te worden. Het lijkt daarom voor de trainers onder onze respondenten ook wel noodzakelijk om zich met de ontwikkeling van het eigen vak bezig te houden.

VIII 8. Een onderlinge vergelijking van de verschillende werkzaamheden.

In de voorgaande vier paragrafen hebben we vier soorten van werkzaamheden die psychologen kunnen uitvoeren ten behoeve van huisartsen nader geanalyseerd. Achtereenvolgens is gesproken over diagnostiek, consultatie, therapie en bij- nascholing. Van elk van deze bezigheden hebben we verteld welke psychologen zich ermee bezighouden (welke opleiding ze hebben en waar ze werken) en wat er zoal aan evaluatieve kanttekeningen bij geplaatst kunnen worden.

De beschrijving van deze resultaten heeft alvast een eerste impressie van de diverse werksoorten opgeleverd. In deze laatste paragraaf willen we de vier beschreven werkzaamheden naast elkaar zetten, waardoor de overeenkomsten en de verschillen duidelijker uit zullen komen. We zullen daarbij de indeling aanhouden die ook in de vorige paragrafen is gehanteerd.

VIII 8.1. Welke psychologen doen diagnostiek, consultatie, therapie en bijscholing?

De opleiding.

In onderstaande tabel zijn de gegevens verzameld die in de vorige paragrafen reeds fragmentarisch waren weergegeven *).

werkzaamheden opleiding	vaste relaties				wisselende relaties			
	diagnostiek	consultatie	therapie	bij- nascholing	diagnostiek	consultatie	therapie	bij- nascholing
- klinisch psycholoog	65 %	66 %	76 %	82 %	50 %	68 %	59 %	61 %
- sociaal psycholoog	12 %	15 %	15 %	14 %	8 %	13 %	13 %	22 %
- ontwikkelings psych.	23 %	19 %	9 %	4 %	42 %	19 %	28 %	17 %
N	90	159	151	44	24	16	53	23

Tabel VIII 20.: De opleiding van psychologen die respectievelijke diagnostiek, consultatie, therapie en/of bijscholing bedrijven.

Linker gedeelte: vragenlijsten; rechter gedeelte telefonische interviews

*) N.B. 1. Ook hier is dus niet de psycholoog eenheid van analyse, maar elk werkcontact dat hij heeft met een vaste groep huisartsen of elke soort activiteit die hij verricht ten behoeve van steeds andere artsen. Vandaar dat de N groter is dan de N van onze populatie.

N.B. 2. Alleen de drie meest voorkomende studierichtingen zijn opgenomen.

Bij alle werkzaamheden blijken de klinisch psychologen veruit in de meerderheid te zijn. Bij de telefonische interviews geldt dit ongeveer in gelijke mate voor alle activiteiten. Bij de vragenlijsten springen "therapie" en "bijscholing" er nog meer uit: therapeuten en trainers blijken - nog vaker dan de andere - een klinische opleiding achter de rug te hebben.

Rond de 15% van alle werkzaamheden wordt door sociaal psychologen gedaan. De verschillende soorten activiteiten verschillen hierin nauwelijks van elkaar, noch bij de vragenlijsten, noch bij de telefonische interviews.

Het aandeel van de ontwikkelingspsychologen blijkt meer te variëren, vooral wanneer ze een vaste werkrelatie met huisartsen hebben: diagnostiek en consultatie blijken relatief vaak door ontwikkelingspsychologen gedaan te worden, therapie en bijscholing daarentegen nauwelijks (bij de wisselende relaties zijn geen significante verschillen aan te wijzen).

De hoofdfunctie.

In onderstaande tabel zijn de gegevens verzameld over de thuisbasis van waaruit de verschillende soorten werkzaamheden ten behoeve van huisartsen plaatsvinden. Ook deze tabel is een compilatie van de in de vier voorafgaande paragrafen verstrekte gegevens.

werkzaamheden hoofdfunctie	vaste relaties				wisselende relaties			
	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling
- free lance	14%	13%	16%	6%	18%	-	10%	7%
- A.G.G.Z.-instelling	36%	36%	30%	14%	39%	65%	50%	7%
- intramuraal: somatisch	7%	9%	6%	14%	21%	20%	12%	26%
- intramuraal: G.G.Z.	23%	18%	28%	17%	4%	5%	9%	4%
- bedrijf/gemeente	1%	3%	1%	6%	-	-	-	-
- onderwijsinstelling	9%	11%	9%	27%	4%	5%	10%	44%
- beleids- en/of onder- zoeksinstelling t.b.v. welzijnszorg	5%	5%	4%	14%	-	5%	-	7%
- overige	5%	5%	6%	2%	14%	-	9%	4%
N	111	172	163	49	28	20	58	27

Tabel VIII 21.: De thuisbasis van psychologen die respectievelijk diagnostiek, consultatie, therapie en bijscholing bedrijven, Linker gedeelte: vragenlijsten; rechter gedeelte: telefonische interviews.

Wanneer we nu de verschillende werkzaamheden met elkaar vergelijken zien we dat bijscholing gedaan wordt door psychologen met een andere hoofdfunctie dan geldt voor de andere drie werkzaamheden: bij de bijscholers zitten veel psychologen uit universiteiten en hogescholen; daarnaast treffen we hier veel ziekenhuispsychologen aan. De A.G.G.Z. en de free lancers zijn hier nauwelijks vertegenwoordigd. Dit in tegenstelling tot wat het beeld bij de drie overige werkzaamheden te zien geeft: de diagnostici, therapeuten en consultatiegevers lijken sprekend op elkaar wat betreft hun functie in het dagelijks werk: de meeste van hen zijn werkzaam bij de A.G.G.Z. en weinig van hen werken bij een onderwijsinstelling. In tegenstelling tot wat wellicht verwacht kon worden blijken de consultatiegevers (die aan deskundigheidsbevordering van de huisarts werken) dus meer op de diagnostici en therapeuten (die zich met de directe hulpverlening aan patiënten bezighouden) dan op de bijscholers (die eveneens hun werkgebied hebben in de deskundigheidsbevordering van de huisarts).

VIII 8.2. Hoe worden de activiteiten geëvalueerd?

In de voorgaande paragrafen is per activiteit omschreven hoe men de verschillende soorten bezigheden waardeert. We hebben aldaar evaluatieve schetsen gegeven van diagnostiek, consultatie, therapie en bij- of nascholing, waarbij is ingegaan op een heel scala aan onderwerpen:

- in welke mate zijn de diagnostici, consultatiegevers, therapeuten, trainers tevreden over een aantal aspecten van de samenwerking met huisartsen?
- rapporteren zij over specifieke ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden en/of wensen zij veranderingen in de toekomst?
- hoe zit het met het al dan niet continuëren van de betreffende bezigheid?
- hoe oordeelt men over de aansluiting van de opleiding op het werk dat ten behoeve van de huisarts wordt verricht?

De per werksoort gebundelde informatie van de respondenten over deze thema's zal - ter af-

sluiting van dit hoofdstuk - onderling vergeleken worden *).

Deze vergelijking van de verschillende evaluatieprofielen levert het volgende beeld op.

Tevredenheid.

De respondenten hebben ons geïnformeerd over hun tevredenheid ten aanzien van een vijftal aspecten van de samenwerking. In onderstaande tabel richten we ons op de activiteiten die positief werden gewaardeerd.

redelijk tot zeer tevreden	vaste relaties				wisselende relaties			
	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling
- inhoud werk	66%	64%	59%	82%	64%	62%	84%	82%
- organisatie	20%	41%	43%	59%	50%	62%	44%	53%
- tijdsinvestering	72%	64%	66%	89%	56%	76%	61%	56%
- financiering	20%	32%	33%	46%	48%	69%	46%	67%
- verschuivingen *)	-	-	-	-	75%	93%	76%	100%

Tabel VIII 22.: De samenwerkingscontacten waarover men tevreden is qua inhoud, organisatie, tijdsinvestering, financiering en verschuivingen. Linker gedeelte: vragenlijsten; rechter gedeelte: telefonische interviews.

*) Deze rij is voor de vaste relaties opengelaten, vanwege de kleine N.

Wanneer we in eerste instantie even afzien van verschillen tussen de werksoorten en een globaal beeld schetsen, blijkt dat men over activiteiten die ten behoeve van steeds andere (groepen) huisartsen worden verricht, op alle fronten beter te spreken is dan over werkzaamheden die zijn ingebed in vaste relaties. Tevens valt het op dat het beeld uit de vragenlijsten vrij eenduidig is; men vindt dat het er weinig rooskleurig voorstaat met de organisatie en de financiering van de samenwerking, terwijl men over de inhoud van het werk en de tijdsinvestering over het algemeen wél redelijk tevreden is. In de telefonische interviews is het verschil tussen de tevredenheidsscores over het algemeen kleiner.

Uit een vergelijking van de onderscheiden werkzaamheden komt naar voren dat deze algemene tevredenheidslijn voor de verschillende werksoorten wel enigszins gemodificeerd moet worden. Het trainen van vaste groepen huisartsen wordt - zo blijkt uit de via vragenlijsten verkregen informatie - over de gehele linie verhoudingsgewijs positief beoordeeld. Bij de diagnostiek kunnen we constateren dat de organisatie van de samenwerking en de financiering vergeleken met de overige activiteiten in negatieve zin opvallen. Hierover zijn slechts weinig diagnostici tevreden.

Tussen de activiteiten die binnen wisselende relaties plaats vinden zien we eveneens een aantal verschillen. De therapeuten en de respondenten die bij- en nascholingsactiviteiten ontplooiën zijn vaker tevreden over de inhoud van hun werk dan de diagnostici en consultatiegevers. Wat betreft de tevredenheid over de financiering en de veranderingen die in de loop van de tijd hebben plaatsgevonden komen de diagnostici en de therapeuten overeen. Men is minder vaak tevreden dan de consultatiegevers en de trainers.

Verschuivingen.

Vooraf in de telefonische interviews hebben de respondenten informatie verschaft over veranderingen die in de loop van de tijd zijn opgetreden. (Voor een verklaring van het feit dat hierover in de vragenlijst nauwelijks is gerapporteerd, verwijzen we naar pagina 45). Consultatiegevers hebben het meest frequent (81%) veranderingen gemeld; zij worden op de voet gevolgd door de diagnostici, die in driekwart van de gevallen zijn ingegaan op ontwikkelingen in het verleden. Therapie lijkt de meest stabiele activiteit te zijn: door 62% van de therapeuten werd gewag gemaakt van verschuivingen. Wanneer we de gebieden waarop zich veranderingen hebben voorgedaan vergelijken, kunnen een aantal accentverschillen worden vastgesteld.

verschuivingen	wisselende relaties			
	diagnostiek	consultatie	therapie	bijscholing
- inhoud werk	67%	47%	49%	58%
- organisatie	19%	24%	19%	16%
- tijdsinvestering	38%	16%	32%	30%
- financiering	5%	12%	22%	0%
N =	21	17	37	19

Tabel VIII 23.: Verschuivingen die zijn opgetreden ten aanzien van diagnostiek, consultatie, therapie en bijscholing. NB: Aangezien men over verschillende soorten ontwikkelingen kon rapporteren, overstijgen sommige percentages de 100%.

*) Zoals onderstussen bekend is - zie ook pag.45.- beperken we ons wat betreft de vaste relaties met huisartsen tot die werkcontacten waarin slechts één activiteit wordt verricht.

In bovenstaande tabel zijn alleen gegevens opgenomen over de onderwerpen ten aanzien waarvan men ook een tevredenheidsoordeel heeft geformuleerd. We zien dat de diagnostiek er enigszins uitspringt op het gebied van de inhoud van het werk en de tijdsinvestering: men is in het verleden vrij vaak ander werk ernaast gaan doen hetgeen resulteerde in een vermindering van de tijdsinvestering voor diagnostische werkzaamheden. Consultatiegevers hebben verhoudingsgewijs weinig veranderingen in de tijdsbesteding gemeld, terwijl bij de therapeuten relatief vrij vaak ontwikkelingen op het financiële vlak aan de orde zijn gekomen. Meestal memoreerde men de betalingsmogelijkheden die zijn ontstaan door de invoering van de A.W.B.Z.

Gewenste veranderingen.

Wensen voor de toekomst zijn zowel in de vragenlijsten als de telefonische interviews op vrij grote schaal geformuleerd. De therapeuten spannen wat dit betreft de kroon: voor 59% van de vaste en 87% van de wisselende relaties hebben zij veranderingen voor ogen. Consultatie binnen vaste relaties geeft in 53% van de gevallen aanleiding tot wensen voor de toekomst, terwijl dit voor bij een derde van de bij- en nascholing en diagnostiek het geval is. Veranderingen met betrekking tot activiteiten in wisselende relaties worden bij consultatie, nascholing en diagnostiek in driekwart van de gevallen wenselijk geacht.

gewenste veranderingen	vaste relaties				wisselende relaties			
	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling
- inhoud werk	0%	7%	18%	27%	20%	20%	25%	48%
- organisatie	38%	40%	30%	27%	35%	60%	48%	43%
- tijdsinvestering	0%	20%	30%	36%	20%	20%	13%	38%
- financiering	38%	13%	42%	18%	25%	13%	35%	24%
	N = 8	30	33	11	20	15	52	21

Tabel VIII 24.: Veranderingen die diagnostici, consultatiegevers, therapeuten en trainers wensen ten aanzien van de samenwerking met huisartsen.
Linkergedeelte: vragenlijsten; rechter gedeelte: telefonische interviews.
NB: Aangezien men per activiteit meerdere wensen kon formuleren overstijgen sommige percentages de 100%.

In deze tabel zijn wederom alleen de gegevens opgenomen over de onderwerpen die in deze evaluatie centraal staan: de inhoud van het werk, de organisatie/structuur van de samenwerking, de tijdsinvestering en de financiering.

In de vragenlijsten hebben de therapeuten die veranderingen nodig achten ook meteen vrij veel wensen geformuleerd. In de telefonische interviews vallen wat dit betreft de bij- en nascholers op: de 21 trainers hebben gezamenlijk 32 wensen op tafel gelegd. Naast deze verschillen in aantallen wensen zien we ook verschillen in onderwerp.

De diagnostici blijken in de vragenlijsten helemaal geen wensen met betrekking tot de inhoud van het werk en de tijdsinvestering te hebben geuit. Diagnostici en therapeuten zijn beide relatief vaak voorstander van andere financieringsmogelijkheden. Bij de therapie op verwijzing van wisselende huisartsen zien we hetzelfde beeld.

Consultatie en bij- of nascholing ten behoeve van vaste (groepen) huisartsen geeft verhoudingsgewijs weinig aanleiding tot het formuleren van wensen op het vlak van de financiering. Dit geldt ook voor de consultatie die aan steeds andere huisartsen wordt gegeven. We zien daar overigens ook dat men de organisatieaspecten van de samenwerking relatief vaak veranderd zou willen zien.

Bij- en nascholing springt er in de vragenlijst en - nog duidelijker - in de telefonische interviews uit wat betreft de inhoudelijke veranderingen in het werk en de tijd die men er in de toekomst in wil steken.

Voortbestaan.

In de telefonische interviews - waar niet min of meer continue relaties met bepaalde huisartsen, maar activiteiten binnen steeds wisselende relaties centraal stonden - is steeds weinig melding gemaakt van het staken van activiteiten. Niet verwonderlijk, want het volledig stoppen met een bepaalde werksoort is een toch wel sterk ingrijpend gebeuren.

De vragenlijsten-waar vaste werkcontacten centraal stonden-leveren wat betreft het continueren van de samenwerking een gedifferentieerder beeld op. Het afbreken van een contact heeft daar dan ook veel minder ingrijpende consequenties; de psycholoog kan immers dan nog wel soortgelijke werkzaamheden binnen andere werkcontacten verrichten.

Voortbestaan	vaste relaties			
	diagnostiek	consultatie	therapie	bijscholing
- bestaat nog	22%	47%	45%	18%
- is beëindigd	48%	21%	26%	41%
- sluimerend	30%	32%	29%	41%
N =	23	56	55	29

Tabel VIII 25.: Het voortbestaan van diagnostische, consultatieve, therapeutische en trainingsactiviteiten binnen vaste relaties met huisartsen.

Consultatie en therapie blijken een geheel andersoortig prolongatieprofiel te hebben dan diagnostiek en bij- of nascholing. Bijna de helft van de consultatieve en therapeutische werkcontacten bestond nog op het moment van de rapportage; ongeveer dertig procent leidde een sluimerend bestaan.

Bij de diagnostiek zien we een duidelijk andere verdeling. Bijna de helft van de werkcontacten is reeds in de annalen bijgeschreven, terwijl het sluimerenpercentage overeenkomst met de consultatie en therapie. Ook de bij- en nascholing kent een vrij grote groep reeds beëindigde werkcontacten. Daarnaast is het aantal vaste relaties dat een sluimerend bestaan leidt, relatief hoog te noemen.

Vaste diagnostische en trainingsrelaties worden dus relatief vaak afgebroken. De reden voor deze beëindiging zullen echter wel verschillend zijn: trainingsactiviteiten zijn immers meestal volgens afspraak begrensd in de tijd (zie ook VII 7.2.), terwijl een verwijzingsrelatie tussen huisarts en psycholoog meestal niet zo'n natuurlijk en tevoren afgesproken eindpunt kent.

Aansluiting opleiding.

In de voorgaande paragraaf is ook besproken hoe de aansluiting *) was tussen de gevolgde doctoraalopleiding enerzijds en de vier afzonderlijke werksoorten anderzijds. De aldaar gepresenteerde gegevens zijn ter vergelijking in onderstaande tabel naast elkaar gezet.

Aansluiting opleiding - werk	vaste relaties				wisselende relaties			
	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling	diag- nos- tiek	con- sul- tatie	the- ra- pie	bij- scho- ling
- (tamelijk) goed	26%	44%	32%	44%	36%	45%	22%	11%
- neutraal	26%	21%	22%	12%	21%	25%	22%	30%
- (tamelijk) slecht	48%	35%	46%	44%	43%	30%	56%	59%
N =	23	57	54	27	28	20	59	27

Tabel VIII 26.: Oordeel van de respondenten over de aansluiting tussen doctoraalopleiding en werk.

Linker gedeelte: vragenlijsten; rechter gedeelte: telefonische interviews

In de vragenlijsten formuleren diagnostici en therapeuten ongeveer hetzelfde relatief negatieve oordeel: bijna de helft vindt dat de doctoraalopleiding tamelijk slecht tot slecht aansluit op het werk met huisartsen waarover zij rapporteren; ongeveer 20% vindt de aansluiting tamelijk goed.

Consultatiegevers oordelen in de vragenlijsten zowel positiever als minder negatief over de manier waarop het in de doctoraalopleiding geboden pakket aansluit op het huidige werk. De respondenten die bij- en/of nascholing aan vaste groepen huisartsen geven hebben vallen in 2 duidelijke groepen uiteen: evenveel positieve als negatieve waarderingen en slechts 3 neutrale oordelen.

De aansluiting tussen opleiding en activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen wordt wel iets anders geëvalueerd. Bij de trainers komt de doctoraalopleiding er nu uitgesproken slecht vanaf: slechts een klein gedeelte van de oordelen is in positieve termen gesteld. Ook de therapeuten zijn niet bepaald te spreken over de mate waarin de opleiding is afgestemd op het werken met huisartsen. Vergelijken met trainers en therapeuten kan het oordeel van de consultatiegevers positief genoemd worden. Reden tot al te groot enthousiasme is er echter niet, zolang in 55% van de gevallen de omschrijving "tamelijk goed" of "goed" niet van toepassing worden geacht.

*) Zie ook het hoofdstuk "De opleiding tot psycholoog".

VIII 9. Samenvatting.

In dit hoofdstuk zijn de werkzaamheden die psychologen in relaties tot huisartsen uitvoeren onderwerp van bespreking geweest. Hierbij hebben vier soorten werkzaamheden centraal gestaan: diagnostiek en therapie (patiënt-gebonden directe hulpverlening), consultatie (gevalsgebonden kennisoverdracht) en bij- of nascholing (algemene deskundigheidsbevordering). Deze vier werksoorten hebben elke een eigen patroon: alhoewel er onderlinge overeenkomsten zijn, zien we daarnaast ook activiteitsgebonden karakteristieken.

Bij- en nascholing aan huisartsen blijkt in vrij woelig vaarwater te verkeren. De trainers rapporteren - na diagnostiek - het meest over ontwikkelingen die in het verleden hebben plaatsgevonden en willen in hun werk het meest frequent veranderingen gaan aanbrengen. Net als de consultatiegevers wensen we nauwelijks veranderingen op het vlak van de financiering (bij- en nascholing wordt - zoals in hoofdstuk IX zal blijken - relatief vaak door de lijns hulpverleners betaald; dit geldt niet voor de consultatie).

De vele fluctuaties in het verleden het grote aantal inhoudelijke wensen voor de toekomst betekenen niet dat er een gevoel van onvrede heerst: men is op alle fronten het meest tevreden. Uit de informatie van de trainers kunnen we wèl opmaken dat het eind van de ontwikkelingen binnen de algemene deskundigheidsbevordering van de huisarts nog niet bereikt is.

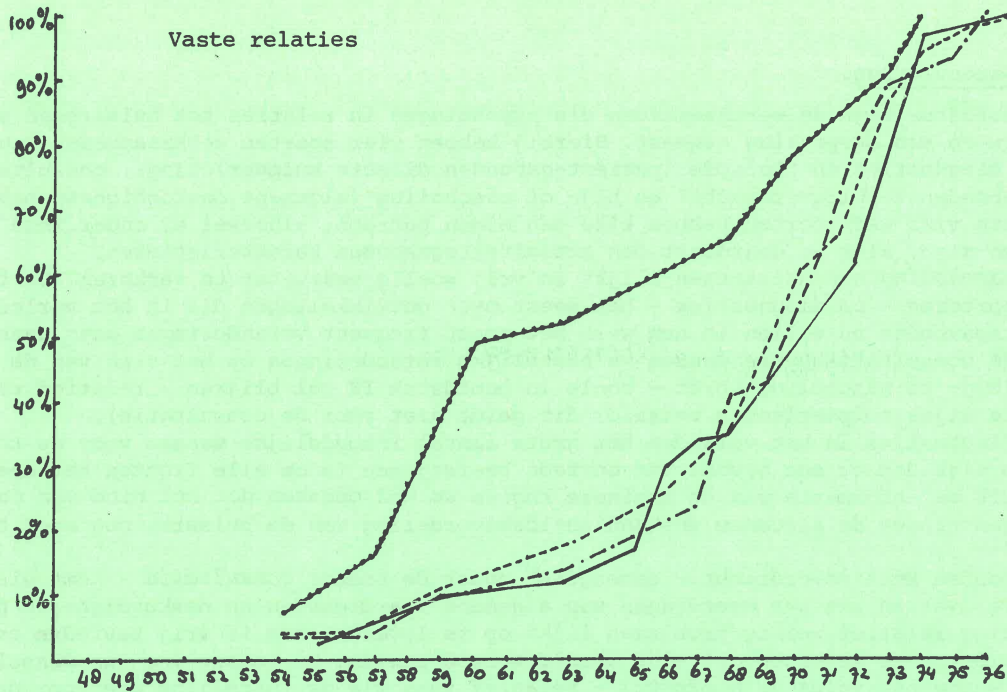
Gevalsgebonden kennisoverdracht - samengevat onder de noemer *consultatie* - komt slechts in zoverre overeen met het overdragen van algemene vaardigheden en deskundigheden dat de financiering relatief weinig problemen lijkt op te leveren: men is vrij tevreden over de financiering en wenst op dit vlak weinig veranderingen. De honorering van consultatie verloopt - zie het volgende hoofdstuk - relatief vaak via de instelling die voor de consultatiegever als thuisbasis fungeert. Wat betreft de historische ontwikkelingsgang zien we dat vooral inhoudelijk verschuivingen zijn opgetreden, terwijl de consultatiegevers - net als de therapeuten - veel willen gaan veranderen, waarbij men de organisatie en structuur van de samenwerking duidelijk accentueert. Consultatie is overigens een activiteit die vaak gecontinueerd wordt: over consultatieve relaties met bepaalde huisartsen die geheel zijn verbroken, is nauwelijks gerapporteerd.

Ook op het vlak van de *therapie* is sprake van een vrij hoge continuïteit, vaste verwijzingsrelaties met huisartsen worden vaak gecontinueerd en de therapeuten zijn redelijk tevreden over de inhoud van hun werk. De financiering en de organisatie van de therapie laat volgens de respondenten nogal eens te wensen over: de therapeuten zijn met betrekking tot beide thema's het minst tevreden en men wil dan ook vaak dat hierin wijzigingen worden aangebracht. Men wordt voor de therapie vrij veelvuldig door cliënten, sociale diensten van gemeentes, ziektekostenverzekeringen en dergelijke betaald. Binnen vaste relaties met huisartsen verschillen de therapeuten hierin zelfs van de diagnostici.

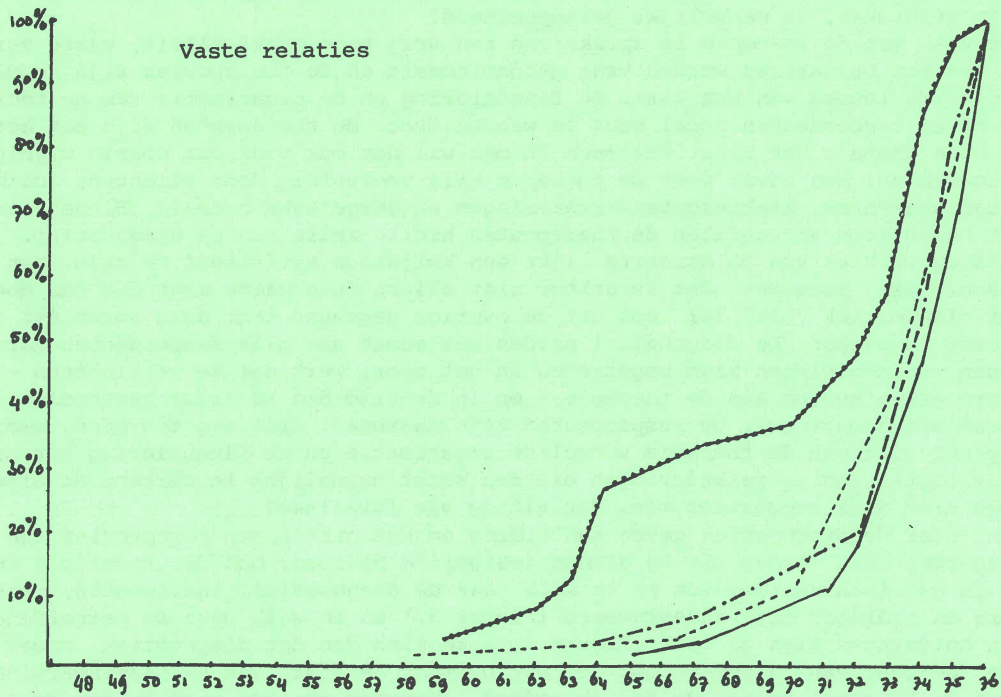
Diagnostiek op verzoek van de huisarts lijkt een kwijnende activiteit te zijn. Men staakt deze werksoort vrij frequent. Het is echter niet alleen deze harde maat die ons doet vermoeden dat diagnostiek "uit" is; ook uit de overige gegevens komt naar voren dat het elan verloren is gegaan. De diagnostici melden het meest van alle respondenten dat er in het verleden verschuivingen zijn opgetreden in het soort werk dat ze verrichtten - vaak een sterkere accentuering van de therapie - en in de tijd die ze eraan besteedden - merendeels een vermindering -. De respondenten zijn daarnaast niet erg tevreden, waarbij net als op het vlak van de therapie vooral de organisatie en de financiering het ontgelden. Dit is echter aan de veranderingen die men wenst nauwelijks te merken: de diagnostici dragen niet veel suggesties aan. Een uiting van fatalisme?

De gegevens over de diagnostiek geven aanleiding om het historisch perspectief van de vier werksoorten iets verder uit te diepen (vergelijk hiervoor ook de figuren 1 en 2) Hieronder is grafisch weergegeven *) in welk jaar de diagnostici, therapeuten, consultatiegevers en trainers zijn afgestudeerd (Figuur 3.) en in welk jaar de betreffende relaties met huisartsen zijn gestart (Figuur 4.). We zien dan dat diagnostiek zowel wat betreft de jaargang van de psycholoog als wat betreft de start van het samenwerkingscontact met de huisarts in een duidelijk andere, vroegere periode moet worden geplaatst dan de drie overige soorten werkzaamheden. Van de diagnostici is de helft voor 1962 afgestudeerd, terwijl dit bij de andere activiteiten pas bijna 10 jaar het geval is. Van de diagnostische werkcontacten is een derde deel voor 1967 gestart, terwijl we hiervoor bij de overige vaste relaties nog zes jaar moeten wachten.

*) We brengen alleen de via de vragenlijsten verkregen informatie over vaste relaties met huisartsen in beeld. De data over de activiteiten die in wisselende relaties worden uitgevoerd, komen - zij het iets minder expliciet - met deze gegevens overeen.



Figuur 3.: Jaar van afstuderen van psychologen die diagnostiek, consultatie, therapie of bij- nascholing doen (cumulatief)



Figuur 4. Startjaar van werkcontacten waarin (alleen) diagnostiek, consultatie, therapie of bij- nascholing wordt gedaan (cumulatief)

- diagnostiek
- - - - - consultatie
- . - . - . - . - . - bijscholing
- — — — — therapie

Uit Figuur 4. kunnen we nog een andere ontwikkeling afleiden: de in hoofdstuk V geschetste min of meer explosieve opkomst van samenwerkingscontacten rond 1972 heeft niet alleen kwantitatieve naar ook kwalitatieve aspecten. De inhoudelijke variëteit nam in die jaren duidelijk toe. Naast de diagnostiek werden ook steeds vaker andersoortige activiteiten ondernomen. Een verklaring voor deze vrij plotselinge inhoudelijke verbreding is moeilijk te geven. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de psychologen zich meer vaardigheden eigen hadden gemaakt en daarom beter aansloten op de behoeften van de huisarts. Het kan echter evengoed zijn dat de huisartsen met meer verschillende vragen bij de psycholoog zijn gaan aankloppen.

Alle ons ter beschikking staande gegevens wijzen erop dat voor de diagnostiek ten behoeve van huisartsen niet meteen de meest zonnige toekomst in het verschiet ligt. De geconstateerde vergrijzing van de diagnostiek is wel enigszins begrijpelijk en wel vanuit de universitaire psychologie-opleiding: dit vak wordt steeds minder gedoceerd. De toenemende twijfel aan de betrouwbaarheid en de nuttigheid van het bestaande testarsenaal zal hieraan waarschijnlijk ook debet zijn.

Das ist ein wichtiger Punkt, den wir hier
beachten müssen. Die Ergebnisse der
Untersuchung zeigen, dass die
Anzahl der Teilnehmer in den
verschiedenen Gruppen
sehr unterschiedlich ist.
Dies ist ein Hinweis darauf,
dass die Stichprobe nicht
repräsentativ ist. Wir müssen
dies bei der Interpretation
der Ergebnisse berücksichtigen.
Die Ergebnisse zeigen, dass
die Teilnehmer in der Gruppe
A eine höhere Rate an
Fehlern aufwiesen als die
Teilnehmer in der Gruppe
B. Dies könnte auf eine
Unterschiedlichkeit in den
Fähigkeiten der Teilnehmer
in den beiden Gruppen
hindeuten. Wir müssen dies
weiter untersuchen, um
die Ursachen dafür zu
finden.

IX DE FINANCIERING VAN DE PSYCHOLOOG.

IX 1. Inleiding.

"Verrichtingen van de psycholoog mogen alleen worden betaald, indien er een verwijzing door een specialist aan vooraf is gegaan"; "De psycholoog moet in het ziekenfondspakket", "Kliënten moeten iets betalen voor hulp door de psycholoog, anders zijn ze slecht gemotiveerd". Ziedaar een aantal willekeurige uitspraken over de financiële regelingen die van toepassing zijn voor het werk dat de psycholoog in relatie tot huisartsen verricht. Deze financiële regelingen staan op vrij brede schaal ter discussie, waarbij de ondertoon van deze discussie meestal een van onvrede is: het feit dat een cliënt niet rechtstreeks of op verwijzing van de huisarts en met vergoeding van het ziekenfonds een psycholoog kan consulteren, zou het voor de psycholoog bijna onmogelijk maken om zich echt in te zetten ter versterking van de eerste lijn.

Financiering van de werkzaamheden die de psycholoog in relatie tot de huisarts uitvoert schijnt al met al een heet hangijzer te zijn. Reden genoeg om in dit hoofdstuk enige nadere analyses uit te voeren op de relatie tussen de wijze waarop dit werk wordt betaald enerzijds en onderwerpen als bijvoorbeeld de hoofdfunctie van de psycholoog, het al dan niet prolongeren van de samenwerking met de huisartsen en de inhoud van het werk van de psycholoog anderzijds. Concrete vragen daarbij zijn dan bijvoorbeeld "breken gebrekkig gefinancierde samenwerkingsrelaties vaker af?" of "is de betaling van therapie slecht geregeld, terwijl dit niet voor deskundigheidsbevordering van de huisarts geldt?".

IX 2. De honorering van het werk van de psycholoog.

Zowel in de vragenlijsten als in de telefonische interviews werd aan de respondenten gevraagd hoe de werkzaamheden, die zij in relatie tot of ten behoeve van huisartsen verrichtten betaald werden. De respondenten kregen bij de vraag naar de financiering zeven benoemde categorieën en één categorie "financiering door anderen" voorgelegd. Men kon indien nodig meerdere categorieën noemen.

Aangezien ons over de financiering van 28 in de vragenlijsten beschreven vaste relaties met huisartsen niets bekend is, hebben de gegevens in tabel IX 1. betrekking op 399 samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog.

Bij 354 werkcontacten (89%) was slecht één categorie van toepassing. We kunnen dus stellen dat de samenstelling van de financiering bij de meeste vaste relaties tussen huisartsen en psychologen niet complex genoemd kan worden. Binnen 37 werkcontacten werden de werkzaamheden uit twee bronnen gefinancierd (hierbij moet worden aangetekend dat ook de afwezigheid van financiering als "bron" wordt aangemerkt). Bij de overige werkcontacten werden 3 categorieën aangekruist.

Voor de werkzaamheden van de psycholoog die in 399 vaste relaties met huisartsen werden uitgevoerd, zijn dus 452 financieringsbronnen genoemd.

In de telefonische interviews hebben de respondenten beschreven hoe de 201 activiteiten die zij in wisselende relaties met huisartsen uitvoerden betaald werden. Voor 157 activiteiten (78%) was één financieringsbron van toepassing. Veertig (20%) werden op twee manieren gefinancierd. Opvallend is dat bij deze groep 22 maal de combinatie "gefinancierd door de thuisbasis van de psycholoog" en "gefinancierd door anderen" werd genoemd. Het komt bij deze gevallen er meestal op neer dat de "anderen" behandelde cliënten zijn. De vier resterende activiteiten kenden drie financieringsbronnen. Voor de ruim 200 werkzaamheden van de psychologen die in wisselende relaties met huisartsen werden uitgevoerd, zijn dus in totaal 249 financieringsbronnen genoemd.

Hoe de werkzaamheden van de psycholoog werden betaald, staat in onderstaande tabel weergegeven. We richten ons daarbij op de samenwerkingscontacten die op één manier worden gefinancierd. In de beschrijving van deze tabel zal wel steeds kort worden ingegaan op het aantal keren dat de betreffende financieringsbron in combinatie met andere mogelijkheden is genoemd.

Financieringsbron	vaste relaties		wisselende relaties	
	N	%	N	%
1. niet gefinancierd	109	31%	9	6%
2. huisarts	13	4%	5	3%
3. groepspraktijk/gezondheidscentrum	7	2%	-	-
4. thuisbasis psycholoog	145	41%	112	71%
5. ministerie VOMIL	9	2%	-	-
6. ziekenfondsen	8	2%	-	-
7. speciale subsidies	6	2%	1	1%
8. anderen	57	16%	30	19%

Tabel IX 1.: Overzicht van de financiering van de werkzaamheden van de psycholoog, zoals beschreven in de vragenlijsten - linker gedeelte van de tabel - en in de telefonische interviews - rechter gedeelte van de tabel-.

Wanneer de aandacht allereerst wordt gericht op de werkzaamheden die binnen vaste relaties met (groepen) huisartsen worden uitgevoerd, blijkt dat in 41% van de werkcontacten de financiering wordt verzorgd door de instelling waar de psycholoog zijn hoofdfunctie vervult. In 16 werkcontacten betaalt men slechts een gedeelte van de bezigheden van de psycholoog en worden overige activiteiten anderszins gefinancierd.

Voor 109 werkcontacten geldt dat de activiteiten van de psycholoog "pro deo" plaatsvinden. In 18 gevallen worden bepaalde gedeeltes van het werk niet betaald. Een en ander houdt in dat bij bijna een derde van de vaste relaties tussen huisarts en psycholoog gesproken kan worden van geen *) of slechts een beperkte honorering.

Twintig werkcontacten worden volledig betaald door eerstelijnswerkers. De mogelijkheden "huisarts" en "groepspraktijk/gezondheidscentrum" worden daarnaast nog 21 maal genoemd, waarvan één keer gezamenlijk.

Volgens de respondenten worden de werkzaamheden binnen acht werkcontacten volledig door de ziekenfondsen vergoed. De ziekenfondsen worden voorts nog 13 maal in combinatie met een andere mogelijkheid genoemd. We vermoeden dat deze categorie nogal geflatteerd uit de bus komt: bij 5% van de vaste relaties huisarts-psycholoog zou dan immers sprake zijn van (onder andere) een financiële inbreng door de ziekenfondsen. Alhoewel op een enkele plaats in het land inderdaad een dergelijke regeling is getroffen, hebben wij geen reden om te veronderstellen dat dit al op zo grote schaal gebeurt. We nemen dan ook aan dat onze vraagstelling enigszins te wensen heeft overgelaten; het was verstandiger geweest als duidelijk was vermeld dat niet werd bedoeld op particuliere ziektekostenverzekeringen die vrijwillig afgesloten kunnen worden en waarbij soms psychologische verichtingen onder de dekking vallen.

Speciale subsidies - bijvoorbeeld via de stimuleringsregeling of via het preventiefonds - staan volledig borg voor zes werkcontacten, terwijl daarnaast binnen 10 werkcontacten een gedeelte van de activiteiten aldus wordt gefinancierd.

Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zou - aldus de respondenten - de activiteiten van de psycholoog binnen negen werkcontacten volledig voor zijn rekening nemen. Voor zover bekend, is er echter slechts één vaste relatie tussen een psycholoog en een aantal huisartsen, waarbij eerstgenoemde door het Ministerie VOMIL wordt gesubsidieerd.. We vermoeden dat onze vraagstelling ook wat betreft deze mogelijke financieringsbron enigszins onduidelijk is geweest.

Rest ons een korte beschouwing te wijden aan de categorie "financiering door anderen" die bij bijna een vijfde van de werkcontacten worden genoemd: in 57 werkcontacten wordt de psycholoog volledig en in 20 werkcontacten gedeeltelijk op deze manier betaald.

De specificatie van deze categorie behelst soms meerdere personen en/of instanties, hetgeen tot gevolg heeft dat in totaal 97 "anderen" worden genoemd: de cliënt (38x), gemeente of bedrijf (16x) en 43 x een scala aan mogelijke andere financiers.

In de telefonische interviews hebben de respondenten verteld op welke wijze activiteiten die binnen steeds wisselende relaties met huisartsen plaatsvinden gehonoreerd worden.

Het gaat hier dus om de betaling van bijvoorbeeld therapie op verwijzing van steeds andere huisartsen of trainingen die worden georganiseerd voor steeds nieuwe groepen huisartsen.

Bijna driekwart van de activiteiten die binnen wisselende relaties worden uitgevoerd, worden geheel (112) of gedeeltelijk (34) betaald door de thuisbasis van de psycholoog.

*) Overigens moet hierbij worden bedacht dat ook de regionale L.C.C.-groepen (zie ook pagina 8.) vallen onder de niet gefinancierde vaste relaties. Een vrij groot deel van het bestand aan psychologen is bij ons aangemeld door de Landelijke Contact Commissie Huisarts - Psycholoog.

Dat deze werkgevers op hun beurt soms weer geld van anderen (bijvoorbeeld via de A.W.B.Z. of van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen of van het Ministerie van VOMIL) ontvangen voor deze honorering, is door de onderzoekers buiten beschouwing gelaten.

Dertig activiteiten worden volledig en 34 activiteiten (in totaal bijna een derde van de in de interviews besproken activiteiten) gedeeltelijk door "anderen" gefinancierd. Meestal zijn deze andere financiers cliënten - 45 maal genoemd -; vrij vaak springt ook de gemeente - 21 maal genoemd - bij. Mogelijke andere financiers zijn 28 maal genoemd.

Negen activiteiten ten behoeve van wisselende (groepen) huisartsen worden geheel gratis uitgevoerd; dit geldt 13 maal voor een gedeelte van de betreffende werkzaamheden. Activiteiten worden in wisselende relaties dus minder frequent niet vergoed dan wanneer zij zijn ingebed in een relatie met een bepaalde (groep) huisartsen.

De resterende mogelijke financieringsbronnen zijn in de interviews niet of nauwelijks genoemd en worden hier dan ook niet verder besproken.

Er is geconstateerd dat werkzaamheden die zijn ingebed in vaste relaties met huisartsen, vooral door de thuisbasis van de psycholoog of helemaal niet worden betaald. Werkzaamheden in relatie tot steeds andere huisartsen worden ook merendeels door de thuisbasis van de psycholoog betaald. De tweede plaats wordt hier ingenomen door "anderen", die voor een vrij groot gedeelte uit patiënten bestaan. Het voorgaande geeft genoeg houvast om nader in te gaan op de relatie tussen de honorering van de psycholoog en andere aspecten van de samenwerking met huisartsen.

In het vervolg van dit hoofdstuk zullen we niet alle mogelijke financieringsbronnen blijven hanteren, maar ons richten op vier hoofdgroepen:

- de onbetaalde activiteiten
- de door eerstelijns hulpverleners gehonoreerde werkzaamheden (de oorspronkelijke categorieën 2 en 3); deze groep is vrij klein, maal wel interessant omdat de partners in de samenwerking voor de honorering zorg dragen.
- de door de thuisbasis van de psycholoog via de reguliere salariering gehonoreerde bezigheden.
- de door cliënten, gemeente, ziektekostenverzekeringen e.d. betaalde activiteiten.

We houden ons in de analyse steeds bezig met de uit één bron betaalde werkzaamheden. Gezien de hier beschreven keuzes, (zie ook hoofdstuk V 4.) kunnen de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens enigszins afwijken van de elders genoemde aantallen. Procentueel is er overigens sprake van slechts minimale verschillen.

IX 3. De relatie tussen de financiering van de samenwerking en de hoofdfunctie van de psycholoog.

De manier waarop de financiering van de psycholoog wordt geregeld kan door vele factoren bepaald worden.

Eén daarvan betreft de hoofdfunctie die de psycholoog vervult ten tijde van zijn contact met huisartsen. Zo is het voorstelbaar dat werkzaamheden van vrij gevestigde respondenten vaak betaald worden door patiënten, terwijl de werkers in de ambulante geestelijke gezondheidszorg daar eventueel minder aanspraak op hoeven maken.

In deze paragraaf zal het dus vooral gaan om de vraag: "Wie betaalt de in relatie tot huisartsen uitgevoerde werkzaamheden, wanneer de respondenten een bepaalde hoofdfunctie vervullen?"

Een dergelijke vraag is ons inziens van belang als men wil zoeken naar goede financiële regelingen voor de werkzaamheden die psychologen in relatie tot de eerste lijn kunnen uitvoeren. Wanneer deze honorering bij bepaalde hoofdfuncties van de psycholoog nauwelijks via bestaande instellingen/kanalen verloopt, maar meestal afwezig is, of ad hoc met patiënten, sociale dienst of huisartsen moet worden geregeld, is het immers niet ondenkbaar dat hiervan een remmende werking uitgaat.

Aangezien zowel de financiering (zie IX 2.) als de hoofdfuncties die ten tijde van de samenwerkingscontacten werden uitgevoerd (zie ook VII 2.) nogal variëren, afhankelijk van de vraag of het gaat om vaste, min of meer continuë relaties met huisartsen dan wel om activiteiten die binnen contacten met steeds andere huisartsen worden uitgevoerd, zullen de gegevens uit de vragenlijsten en de telefonische interviews in het hiernavolgende allereerst afzonderlijk worden behandeld.

Vaste relaties met huisartsen: het verband tussen de financiering en de hoofdfunctie.

Voor wat betreft de vaste relaties met huisartsen, gelden de volgende gegevens:

financieringsbron	hoofdfuncties *) tijdens de start van vaste relaties							
	fr.	amb.	som.	ps.	gem.	ond.	welz.	ov.
1. niet gefinancierd	51%	15%	54%	33%	-	42%	28%	29%
2. eerstelijns hulpverleners	9%	2%	8%	5%	-	7%	11%	7%
3. thuisbasis psycholoog	14%	77%	23%	41%	(6)	29%	33%	43%
4. anderen	26%	6%	15%	21%	-	22%	28%	21%
N	35	87	13	61	6	45	18	14

Tabel IX 2.: Overzicht van de financiële regelingen welke van toepassing zijn op vaste relaties met huisartsen, uitgesplitst naar de hoofdfunctie van de bij het werkcontact betrokken psycholoog.

- *) fr. = free lance
 amb. = A.G.G.Z.-instelling
 som. = intramuraal: somatisch
 ps. = intramuraal: G.G.Z.
 gem. = gemeente/bedrijf
 ond. = onderwijsinstelling
 welz. = beleids- en/of onderzoeksinstelling ten behoeve van welzijnszorg
 ov. = overige

Inspectie van bovenstaande tabel maakt duidelijk dat wercontacten waarbij bijvoorbeeld free lancers betrokken zijn uit andere bronnen worden gefinancierd dan werkcontacten die bijvoorbeeld door psychologen uit de ambulante gezondheidszorg worden onderhouden.

Bij de beschrijving van deze verschillen zullen de uitspraken - ter bevordering van de leesbaarheid - worden geformuleerd op psycholoogniveau *) , alhoewel men zich daarbij moet realiseren dat de analyses op werkcontact niveau hebben plaatsgevonden.

We zien bij de vrij gevestigde psychologen dat de helft van de vaste relaties met huisartsen pro deo geschiedt, terwijl in een kwart van de gevallen sprake is van financiering door anderen (bijvoorbeeld cliënten, gemeente e.d.) De free lancers blijken vaker onbetaalde werkcontacten te onderhouden dan de psychologen die werkzaam zijn bij een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Dat free lancers verhoudingsgewijs weinig door hun thuisbasis betaald worden is niet zo merkwaardig: groepspraktijken of andere samenwerkingsvormen tussen vrij-gevestigde psychologen komen niet zo veel voor.

De respondenten uit de A.G.G.Z.-instellingen worden in driekwart van de gevallen door hun thuisbasis betaald voor het werk dat zij in vaste relaties tot huisartsen verrichten. Dit percentage blijkt erg hoog te zijn, wanneer we het vergelijken met dat van de andere psychologen tesamen: 33%. Geheel verbazingwekkend hoeft dit gegeven echter niet te zijn. We zagen immers in hoofdstuk VII 2. dat werkzaamheden door psychologen die uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg relatief het meest puur en alleen in het kader van de hoofdfunctie worden onderhouden (90% van de in totaal door hen aangeknoopte werkcontacten tegen een algemeen percentage van ca. 70%). En financiering door de thuisbasis gebeurt - vergeleken met de overige financieringsmogelijkheden - relatief vaker wanneer werkcontacten in het kader van de hoofdfunctie plaatsvinden.

De A.G.G.Z.-psychologen worden - vergeleken met de meeste overige respondenten - minder vaak door "anderen", zoals cliënten e.d., betaald voor de verrichte diensten.

Bij de ziekenhuispsychologen wordt in de helft van de gevallen geen honorarium berekend, terwijl de betaling van ruim 20% van de vaste relaties met huisartsen in de normale salariering wordt verrekend. Zij verschillen in deze van de psychologen die werkzaam zijn in de A.G.G.Z. Verschillen met psychologen die elders hun thuisbasis hebben, zijn - mede vanwege het geringe aantal - niet significant.

Voor psychologen die in de intramurale G.G.Z. werken geldt dat een vrij fors aantal van de werkcontacten door de thuisbasis of helemaal niet gefinancierd wordt, terwijl de "andere financiers" een vijfde deel van de werkcontacten voor hun rekening nemen.

Ook psychologen-docenten onderhouden vrij veel werkcontacten waar geen vergoedingen tegenover staan. De onderwijsinstelling waaraan zij zijn verbonden en de "andere financiers" staan elk borg voor de betaling van ongeveer een kwart van de binnen vaste relaties met huisartsen uitgevoerde werkzaamheden.

*) Wij verwijzen hiervoor naar hoofdstuk V 3.

Wisselende relaties met huisartsen: het verband tussen de hoofdfunctie en de financiering.
 Uit de telefonische interviews verkregen we de volgende gegevens:

financieringsbron	hoofdfuncties *) tijdens activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen						
	fr.	amb.	som.	ps.	ond.	welz.	ov.
1. niet gefinancierd	0%	3%	31%	13%	0%	-	0%
2. eerstelijns hulpverleners	5%	2%	0%	0%	4%	(2)	0%
3. thuisbasis psycholoog	11%	89%	56%	74%	84%	(2)	77%
4. anderen	84%	6%	13%	13%	12%	-	23%
N	19	63	16	15	25	4	13

Tabel IX 3.: Overzicht van de financiële regelingen welke van toepassing zijn op activiteiten die plaatsvinden in relatie tot steeds andere huisartsen, uitgesplitst naar de hoofdfunctie die de respondenten tijdens de start van deze activiteiten vervulden.

- *) fr. = free lance
 amb. = A.G.G.Z.-instelling
 som. = intramuraal: somatisch
 ps. = intramuraal: G.G.Z.
 ond. = onderwijsinstelling
 welz. = beleids- en/of onderzoeksinstelling ten behoeve van welzijnszorg
 ov. = overige

Eén categorie die in de vragenlijst - zij het niet erg frequent - werd genoemd, zien we in deze tabel niet meer terug. Psychologen die werkzaam zijn bij een bedrijf, hebben niet gerapporteerd over activiteiten die ten behoeve van wisselende (groepen) huisartsen worden verricht. Zij participeren alleen in vaste relaties.

Tabel IX 3. schotelt ons een vrij gedifferentieerd beeld voor, dat wij - analoog aan het relaas in de voorgaande paragraaf - psycholooggebonden beschrijven.

De free lanciers worden voor hun activiteiten in steeds wisselende relaties bijna altijd door "anderen" betaald: meestal zijn dit patiënten of ziektekostenverzekeraars en soms springt de gemeentelijke sociale dienst bij. Dat free lanciers - ook in vergelijking met hun elders gestationeerde collega's - zo frequent op deze manier betaald worden, zal ook samenhangen met de inhoud van hun activiteiten. Ze doen in hun relaties tot steeds andere huisartsen voornamelijk aan psychodiagnostiek en therapie: beide sterk cliënt-gerichte activiteiten (vergelijk paragraaf VII 5.).

De respondenten voor wie een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg als thuisbasis fungeert, worden voor bijna al hun activiteiten binnen wisselende relaties door de eigen instelling betaald (deze instelling kan een groot deel van de kosten overigens vaak weer verhalen op de A.W.B.Z.). Zij verschillen in deze significant van de intramuraal werkende respondenten.

De ziekenhuispsychologen worden voor ruim de helft van hun activiteiten door hun thuisbasis betaald. Wat bij deze groepering opvalt, is het feit dat bijna een derde van de werkzaamheden in wisselende relaties niet gefinancierd wordt. Ze verschillen wat dit betreft duidelijk van de overige respondenten.

De pro deo activiteiten van de overige respondenten komen overigens merendeels op het conto van de andere groep intramurale respondenten, die werkzaam zijn in psychiatrische inrichtingen, psychotherapeutische gemeenschappen en dergelijke. Deze groepering wordt verder voor bijna driekwart van de activiteiten door de eigen instelling betaald.

De respondenten die zijn verbonden aan universiteiten, sociale academies en dergelijke zijn eveneens niet afhankelijk van derden voor de financiering van het merendeel van hun activiteiten. Ruim 80% van de genoemde werkzaamheden worden door de onderwijsinstelling gehonoreerd.

Grote lijnen: het verband tussen de hoofdfunctie van de psycholoog en de financiering van zijn werkzaamheden in vaste en wisselende relaties tot huisartsen.

We zagen dat bij de financiering van de vaste relaties een aantal alternatieven frequent wordt genoemd: 47% van de werkcontacten wordt financieel gedekt door de thuisbasis van de psycholoog en bij 31% van de werkcontacten wordt geen financiële vergoeding gegeven. In 17% van de werkcontacten wordt de inbreng van de psycholoog betaald door de patiënten de bijstand, ziektekostenverzekeringen, en dergelijke, terwijl de 1e lijns hulpverleners in 5% van de gevallen voor de honorering zorg dragen.

Bij een uitsplitsing naar hoofdfunctie van de psychologen die betrokken zijn bij deze vaste relaties, blijken vooral twee groeperingen af te wijken van de algemene lijn:

de free-lancers werken verhoudingsgewijs vaker pro deo, terwijl de ambulante werkende psychologen relatief vaker door de eigen A.G.G.Z-instelling worden betaald.

Wanneer de beschouwing zich richt op activiteiten die in wisselende relaties worden uitgevoerd, zien we wat betreft de financiering een ander beeld. Vermoedelijk hangt de andere wijze van financiering samen met het feit dat bij wisselende relaties veel minder sprake is van een persoonlijke component: het gaat hier niet om min of meer continue relaties waarin onderlinge affiniteiten en dergelijke kunnen meespelen, maar om systematische activiteiten waarbij de personen op wie deze bezigheden zich richten niet of nauwelijks ter zake doen.

We zien dan ook dat bij wisselende relaties de "thuisbasis van de psycholoog" als financier duidelijk de boventoon voert (72%). Betaling van activiteiten door cliënten, gemeenten en dergelijke neemt met 19% een tweede plaats in. Niet gefinancierde activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen komen nauwelijks voor. Psychologen lijken wel bereid om onbetaald werk te doen voor huisartsen, maar alleen wanneer dit in een vaste relatie gebeurt.

Ook bij de wisselende relaties vallen een aantal afwijkingen van de algemene trend te constateren wanneer elke hoofdfunctie afzonderlijk onder de loep genomen wordt: de free-lancers worden verhoudingsgewijs vaak door patiënten, sociale diensten van gemeenten en dergelijke betaald, terwijl de ziekenhuispsychologen ook veel onbetaalde activiteiten binnen wisselende relaties uitvoeren.

Ter afsluiting van de analyses op de relatie tussen de hoofdfunctie van de respondent en de wijze waarop zijn werkzaamheden in vaste dan wel wisselende relaties worden gehonoreerd, willen we nog wijzen op het feit dat ruwweg geschatst eigenlijk slechts twee thuisbases duidelijk blijken te differentiëren.

De ambulante psychologen zijn in beide soorten relaties nauwelijks loonafhankelijk, terwijl dat voor de free-lancers juist in hoge mate geldt: zij worden of niet betaald (vaste relaties) of rechtstreeks betaald door de mensen die - op verwijzing van huisartsen - van hun diagnostische of therapeutische activiteiten gebruik maken. Binnen de groep respondenten die een hoofdfunctie in de hulpverlenende sector hebben, is dus sprake van een groot verschil in de manier van financiering. Dit verschil kan ons inziens onder meer consequenties hebben voor bijvoorbeeld de toegankelijkheid van deze hulpverleners of het verloop van het hulpverleningsproces.

IX 4. De relatie tussen de financiering en de inhoud van het werk van de psycholoog.

Geruchten doen de ronde dat het voor de psycholoog bijna onmogelijk is om zich in te zetten ter versterking van de eerstelijns gezondheidszorg. De - of misschien moeten we zeggen: het gebrek aan - financiële regelingen zouden hier debet aan zijn. Voor niets gaat de zon op.

Dat het niet zó bar gesteld is met de betaling van werkzaamheden die in vaste dan wel wisselende relaties met huisartsen plaatsvinden, is reeds enigszins aan de orde gekomen in IX 2. Nu we echter in het vorige hoofdstuk hebben kunnen constateren dat de respondenten in relaties tot huisartsen een grote verscheidenheid aan soorten activiteiten ontlooiën, is het wel de moeite waard om te analyseren of de soorten werkzaamheden onderling verschillen wat betreft het financieringspatroon. Als variant op het "de-vervuiler-betaalt"-fenomeen, zouden we bijvoorbeeld kunnen veronderstellen dat de huisarts vaker betaalt wanneer er sprake is van deskundigheidsoverdracht dan wanneer de psycholoog directe hulpverlening aan patiënten beoefent, of dat de individuele patiënt vooral voor de financiering zorgdraagt wanneer het gaat om diagnostiek of therapie.

Naast deze loonafhankelijke financieringssystemen - de psycholoog wordt betaald door zijn "afnemers" - loopt een vrij groot deel van de geldstroom naar de met huisartsen samenwerkende respondenten via de thuisbasis van de psycholoog. Het is echter de vraag of alle werkzaamheden verhoudingsgewijs min of meer gelijkmatig via dit kanaal worden vergoed of dat bepaalde activiteiten er in deze uitspringen.

Zowel de financiering als de inhoud van het werk van de psycholoog kennen een aantal accentverschillen, die samenhangen met de vraag of het gaat om min of meer continuë relaties met huisartsen dan wel om activiteiten die binnen contacten met wisselende huisartsen plaatsvinden. De gegevens uit de vragenlijsten en de telefonische interviews zullen in het vervolg van deze paragraaf dan ook allereerst afzonderlijk behandeld worden. Bij onderstaande analyse richten we ons op de in het hoofdstuk "werkzaamheden van de psycholoog" geanalyseerde categorieën: diagnostiek, therapie, consultatie en bij- en/of nascholing.

Vaste relaties met huisartsen: het verband tussen de inhoud en de financiering van het werk van de psycholoog.

In het vorige hoofdstuk hebben wij ons bij de beschrijving van de werkzaamheden die psychologen binnen vaste relaties met huisartsen uitvoeren, voornamelijk gericht op relaties, waarin slechts één soort activiteit werd verricht. Ook hier zal deze werkwijze worden gevolgd, aangezien slechts dán is na te gaan of bijvoorbeeld de afwezigheid van financiering te maken heeft met de diagnostische of met de therapeutische werkzaamheden van de psycholoog.

De gegevens betreffende de financiering van de werkzaamheden laten wij hieronder volgen:

financieringsbron	werkzaamheden van de psycholoog			
	bijscholing	consultatie	therapie	diagnostiek
I niet gefinancierd	28%	36%	36%	50%
II eerstelijns hulpverleners	32%	4%	0%	0%
III thuisbasis psycholoog	28%	54%	32%	40%
IV anderen	12%	6%	32%	10%
N	25	50	38	20

Tabel IX 5.: Overzicht van de financiële regelingen die van toepassing zijn op vaste relaties met huisartsen, waarin één bepaalde activiteit wordt uitgevoerd.

De onderlinge verschillen tussen de vier activiteiten even buiten beschouwing latend, blijkt de betaling van de meeste bezigheden binnen vaste relaties met huisartsen te verlopen via de instelling waar de psycholoog zijn hoofdfunctie vervult. De aldus gehonoreerde activiteiten worden echter op de voet gevolgd door werkzaamheden waar geen financiële vergoeding tegenover staat. Twintig werkcontacten worden door "anderen" (gemeente, patiënten, ziektekostenverzekering, e.d.) betaald, terwijl in 10 gevallen de bij samenwerking betrokken eerstelijns werkers borg staan voor het honorarium van de psycholoog.

De vergoeding voor door de psycholoog gegeven trainingen ten behoeve van vaste groepen huisartsen ontbreekt in ruim een kwart van de gevallen, terwijl een ongeveer even hoog percentage geldt voor de eerstelijns hulpverleners als voor de thuisbasis van de psycholoog. Vooral wat betreft de financiële inbreng van de bij de samenwerkingsrelatie betrokken eerstelijns werkers wijken de scholingsactiviteiten af van de overige activiteiten. De onkosten die verbonden zijn aan vaste consultatie-relaties worden eigenlijk alleen maar door de thuisbasis van de consultatiegever (54%) of helemaal niet (36%) vergoed. Financiering vanuit andere bronnen komt slechts sporadisch voor. Bij vergelijking van consultatieve met andersoortige activiteiten valt het op dat deze gevalsgebonden vorm van kennisoverdracht relatief het meest frequent door de thuisbasis van de psycholoog wordt betaald: bij de overige activiteiten nemen de instellingen waaraan de respondenten zijn verbonden gemiddeld in 33% van de gevallen de gemaakte kosten voor hun rekening. De respondenten hebben gerapporteerd over 38 vaste relaties waarin alleen therapie op verwijzing van de betreffende huisarts plaatsvindt. Veertien maal (36%) worden de therapieën gratis gegeven. In de resterende gevallen worden de onkosten vooral verhaald op de thuisbasis van de therapeut (32%) of op de personen die de behandeling ontvangen (32%): deze patiënten betalen uit eigen zak, dieren declaraties in bij hun ziektekostenverzekeraars of kloppen aan bij sociale diensten en dergelijke.

Wat betreft deze betaling door "anderen" verschillen de therapeutische werkzaamheden van de overige activiteiten, waar deze financieringsbron in 8% van de gevallen wordt ingeschakeld.

In de laatste groep werkcontacten leggen de respondenten zich toe op de psychodiagnostiek: met behulp van psychometrische technieken vormt de psycholoog zich een beeld over daartoe door de huisarts verwezen patiënten, waarna over de bevindingen aan de huisarts wordt gerapporteerd. Soms vindt deze beeldvorming overigens ook alleen plaats naar aanleiding van een beschrijving van de in het werkcontact participerende huisarts. De helft van de diagnostische activiteiten wordt op geen enkele manier betaald, terwijl de financiering in 40% van de gevallen verloopt via de normale salariering vanuit de thuisbasis van de psycholoog. De betaling van de diagnostische activiteiten verschilt overigens - onder andere vanwege het vrij kleine aantal - niet significant van de manier waarop de andere werkzaamheden worden gefinancierd.

Ter afsluiting van de bespreking van de manier waarop bepaalde activiteiten in vaste relaties worden gefinancierd, lijkt het ons zinvol om nog even in te gaan op het onderscheid tussen de deskundigheidsbevorderende werkzaamheden als training en consultatie enerzijds en de op directe hulpverlening gerichte werkzaamheden als diagnostiek en therapie anderzijds (vergelijk de schema's op pagina 44.).

We zien dat de bij de samenwerking betrokken eerstelijns werkers alleen voor de betaling

zorgdragen als het gaat om werkcontacten waarin aan deskundigheidsbevordering wordt gedaan. Het onderscheid tussen activiteiten die te maken hebben met kennisoverdracht en activiteiten die gericht zijn op directe hulpverlening, is verder nauwelijks interessant: consultatie en bij- en/of nascholing alsmede diagnostiek en therapie verschillen daarvoor qua financiering onderling te sterk.

Wisselende relaties met huisartsen: het verband tussen de inhoud en de financiering van het werk van de psycholoog.

De aandacht richt zich nu niet meer op bezigheden van de psycholoog, welke zijn ingebed in vaste relaties met huisartsen, maar op activiteiten die min of meer continu worden uitgevoerd ten behoeve van steeds andere (groepen) huisartsen. De mogelijke invloed van het persoonlijke element in de onderlinge relatie op de wijze van financiering is nu dus beduidend minder.

Diagnostiek, therapie, consultatie en bij- en/of nascholing ten behoeve van steeds andere huisartsen of groepen huisartsen worden als volgt gefinancierd:

financieringsbron	wisselende relaties: werkzaamheden van de psycholoog			
	bij-scholing	consultatie	therapie	diagnostiek
I niet gefinancierd	21%	6%	0%	0%
II eerstelijns-hulpverleners	17%	0%	2%	0%
III thuisbasis psycholoog	50%	82%	68%	75%
IV anderen	12%	12%	30%	25%
N	24	17	41	20

Tabel IX 6.: Overzicht van de financiële regelingen die van toepassing zijn op activiteiten die in relatie tot wisselende (groepen) huisartsen worden uitgevoerd.

Tweederde van de activiteiten die de respondenten in steeds wisselende werkcontacten ten toonspreiden, worden via de reguliere salariering van de betreffende psycholoog gefinancierd. Zij zijn in deze loonafhankelijk. Voor de resterende werkzaamheden is men qua honorering afhankelijk van derden. Meestal zien we dan dat cliënten e.d. voor de vergoeding zorgdragen. Soms resulteert het in betaling door huisartsen en soms vindt er helemaal geen financiële tegemoetkoming voor de activiteiten plaats. De manier waarop de verschillende soorten werk gefinancierd worden varieert nogal: de helft van de trainingsactiviteiten wordt door de thuisbasis van de psycholoog betaald, terwijl bijna een kwart van de psychologen gratis bij- en nascholingsactiviteiten verrichten.

Consultatieve, therapeutische en diagnostische activiteiten worden merendeels betaald door de instelling waar de respondent zijn hoofdfunctie vervult. De kleine onderlinge verschillen tussen deze drie werksoorten wat betreft de financiering zijn niet significant.

Eén en ander komt erop neer dat wat betreft de financiering van activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen een scheidslijn moet worden getrokken tussen bij- en/of nascholing aan de ene kant en de overige soorten bezigheden aan de andere kant. Vergeleken met de overige werkzaamheden worden trainingsactiviteiten significant vaker door huisartsen of helemaal niet betaald en duidelijk minder vaak door de thuisbasis van de psycholoog.

Samenvatting: de inhoud en de financiering van het werk van de psycholoog.

Vrij uitgebreid is tot nu toe ingegaan op de manier waarop diagnostiek, therapie, consultatie en bij- en/of nascholing binnen vaste dan wel wisselende relaties wordt gefinancierd.

In de vaste relaties blijken de betalingsvormen bij bijna elke activiteit verschillend gehanteerd te worden: trainingen worden verhoudingsgewijs vaker door de huisartsen en minder vaak door de thuisbasis van de psycholoog betaald, terwijl consultatie en therapie verhoudingsgewijs vaker door de thuisbasis respectievelijk andere financiers (cliënten, gemeente e.d.) worden vergoed.

Bij de wisselende relaties komt een duidelijke tweedeling naar boven. Consultatie, therapie en diagnostiek worden alle op gelijkesoortige wijze gefinancierd. Bij de bij- en nascholingsactiviteiten was men relatief vaker op de huisartsen en de goedwillendheid van de psycholoog (pro deo werk) aangewezen.

Zodra consultatie, therapie en diagnostiek niet meer zijn voorbehouden aan min of meer persoonlijke relaties tussen huisarts en psycholoog maar als systematische activiteit ten behoeve van een brede doelgroep worden uitgevoerd, is de betaling van de psycholoog merendeels via geïnstitutionaliseerde kanalen gewaarborgd. Honorering door anderen dan de thuisbasis van de respondent komt dan bij deze activiteit slechts 19 maal (een kwart

van de gevallen) voor. Het merendeel van deze anderszins gehonoreerde activiteiten ten behoeve van wisselende huisartsen wordt uitgevoerd door vrij gevestigde psychologen. De bij- en/of nascholing wordt zowel bij de vaste als bij de wisselende relaties relatief vaak hetzij niet hetzij door de huisartsen gefinancierd. Men is het dus - ook als deze activiteit een min of meer systematisch onderdeel van de beroepsuitoefening betekent - nogal eens afhankelijk van niet geïnstitutionaliseerde financieringsmogelijkheden.

Al met al kunnen we vaststellen dat de organisatie van de financiering van activiteiten ten behoeve van huisartsen (en daarmee ook de kans op wildgroei) nog te wensen over laat, zolang het mogelijk is dat de ene psycholoog gratis werkt, de ander zijn eigen prijs bepaalt en een derde wordt betaald door zijn thuisbasis.

IX 5. De evaluatie van de financiering.

Als men erin is geïnteresseerd om een duidelijker beeld te krijgen van de situaties waarin financiering een rem kan zijn op onderlinge samenwerking, kan vanuit een aantal perspectieven met deze materie worden omgegaan. Zo is in de paragrafen IX3. en IX4. bekeken of er op feitelijk niveau gesproken kan worden over gebrekkige financiering, wanneer de samenwerkingscontacten worden uitgesplitst naar de thuisbasis van de psycholoog of de inhoud van de activiteiten. Daarbij is ingegaan op vragen als: "worden free lancers vaker uit andere bronnen of vaker helemaal niet betaald dan psychologen die in een intramurale setting werkzaam zijn?" of "wordt therapie op verwijzing van de huisarts op een andere - eventueel meer gebrekkige - manier betaald dan het geven van consultatie aan de huisarts?".

Beoordeling van de financiële regelingen welke van toepassing zijn voor werk dat psychologen ter ondersteuning van de eerste lijn uitvoeren, kan ook worden toevertrouwd aan de psychologen zelf. Daartoe zijn in dit doorlichtingsproject vragen gesteld met betrekking tot de tevredenheid over de financiering en de veranderingen die men voorstaat op het gebied van de samenwerkingscontacten met huisartsen. We moeten er hier overigens op wijzen dat het onderwerp "tevredenheid met de financiering" mogelijk bij respondenten soms verwarring heeft gewekt. Deze term maakt immers niet geheel duidelijk of de onderzoeken doelen op het inkomen (vindt de respondent dat hij genoeg krijgt voor het door hem geleverde werk?) dan wel op de manier waarop betaling van de activiteiten verloopt. (werkt het financieringssysteem bevredigend?).

De financiering kan ook worden geëvalueerd door te analyseren of bepaalde betalingsvormen een dusdanige remmende werking hebben op de samenwerking dat vaker sprake is van het afbreken of stopzetten van de werkcontacten. In deze paragraaf zullen de laatste twee vormen van evaluatie centraal staan. Bekeken zal worden of de financieringsbronnen door de respondenten verschillend gewaardeerd worden en of bepaalde vormen van financiering lijken te predisponeren tot een (vroegtijdige) beëindiging van samenwerkingscontacten tussen huisartsen en psychologen.

In de vragenlijsten, waar werd gerapporteerd over vaste relaties met huisartsen, zijn de vragen over financiering, tevredenheid en prolongatie van de samenwerking enigszins anders beantwoord dan in de telefonische interviews, waar activiteiten die in wisselende relaties met huisartsen plaatsvinden, centraal stonden. In deze paragraaf zullen beide soorten gegevens dan ook allereerst afzonderlijk behandeld worden.

IX 5.1. Vaste relaties met huisartsen: evaluatie van de financiering.

Tevredenheid over de financiering.

Ten aanzien van een vrij groot aantal werkcontacten (68 = 16%) is geen beoordeling over de financiering gegeven. Het is mogelijk dat een aantal psychologen van wie het werk door de thuisbasis of anderszins zonder meer betaald werd, deze vraag voor hen niet van toepassing achtte. Bij 20 werkcontacten is zelfs expliciet deze aantekening gemaakt; in negen gevallen werd de psycholoog dan door de thuisbasis betaald.

De financiering van de vaste relaties met huisartsen wordt niet onverdeeld gunstig beoordeeld. Over 18 respectievelijk 19% van de werkcontacten is men in dit opzicht zeer respectievelijk redelijk tevreden, terwijl men in 17% en 12% van de gevallen zeer respectievelijk redelijk ontevreden is. Over veel werkcontacten (34%) velt men wat betreft de financiering een neutraal oordeel.

In onderstaande tabel worden de tevredenheidsoordelen per financieringsbron weergegeven. De tevredenheidsoordelen zijn enigszins hergroepeerd. De categorieën zeer en redelijk tevreden alsmede de categorieën zeer en redelijk ontevreden worden in het hiernavolgende betoog samengenomen. De mening van de respondenten over de financiering kan dus variëren op de dimensie: tevreden - neutraal - ontevreden.

financieringsbron	vaste relaties: tevredenheid over de financiering			
	tevreden	neutraal	ontevreden	totaal
- niet gefinancierd	14%	30%	56%	80
- eerstelijns hulpverleners	70%	15%	15%	20
- thuisbasis psycholoog	34%	54%	12%	125
- anderen	55%	7%	38%	53
totaal	35%	35%	30%	278

Tabel IX 7.: Tevredenheid met de financiering van het werk, uitgesplitst naar de feitelijke financiering van deze werkcontacten.

Bron: vragenlijsten.

Uit deze tabel blijkt duidelijk dat men bij niet gefinancierde werkcontacten meestal ontevreden is of een neutraal oordeel uitspreekt. Deze werkcontacten verschillen hierin duidelijk van de vaste relaties, waar wel op een of andere manier sprake is van honorering (neutraal of ontevreden 86% versus 57%). Het meest opvallend is dat er nog 11 niet betaalde werkcontacten met huisartsen bestaan, waar men wél tevreden is over de financiering. Klaarblijkelijk vindt men het binnen sommige vaste relaties niet nodig om voor verrichte werkzaamheden vergoed te worden.

De hoge ontevredenheid bij niet gefinancierde werkcontacten weerspiegelt zich ook in het feit dat hier relatief het meest frequent veranderingen in de financiering wenselijk worden geacht. We treffen hier uitspraken aan als "de psycholoog moet in het ziekenfondspakket".

Bij vaste relaties die door de erin participerende eerstelijns werkers wordt betaald, is men merendeels tevreden over de financiering. Men is hier duidelijk vaker tevreden dan wanneer de thuisbasis de betaling verzorgt of er helemaal geen sprake is van vergoedingen. Er worden dan ook nauwelijks veranderingen op dit vlak wenselijk geacht. Wanneer de thuisbasis van de in de vaste relaties participerende psycholoog zorg draagt voor de betaling, spreekt men in meer dan de helft van de gevallen een neutraal oordeel uit, terwijl men met betrekking tot een derde van de werkcontacten tevreden is. Indien de door de thuisbasis gefinancierde contacten worden vergeleken met de andere vaste relaties tussen huisarts en psycholoog, blijkt men niet vaker tevreden te zijn over de financiering. Het grote verschil ligt in de categorie neutrale oordelen. Dat men - zoals in het begin van deze paragraaf geconstateerd moest worden - over veel werkcontacten wat betreft de financiering neutraal oordeelt, is dan ook vooral terug te voeren op deze groep werkcontacten: de financiering van het werk verloopt via de normale salariëring en behoeft derhalve naar de mening van de respondenten niet geëvalueerd te worden. Bij de door de thuisbasis gefinancierde werkcontacten zijn dan ook relatief weinig wensen op het gebied van de honorering vermeld. De geformuleerde wensen betreffen overigens voornamelijk een of andere vorm van betaling door cliënten of huisartsen (een soort "eigen risico"). Men hoopt door middel van een dergelijke kleine eigen bijdrage de motivatie enigszins te verhogen en dichtslibben van de eigen voorzieningen te voorkomen.

Resten ons de vaste relaties met huisartsen, waarbij cliënten, ziektekosten verzekeraars, gemeentelijke diensten e.d. zorg dragen voor het honorarium van de psycholoog. Neutrale oordelen over de financiering kennen de respondenten hier nauwelijks. Bij 55% van de werkcontacten is men tevreden en bij 38% van de werkcontacten is men ontevreden over de wijze van financiering. Een vrij duidelijk tweestromenland: men is - vergeleken met de anderszins gefinancierde werkcontacten tesamen - zowel vaker tevreden als vaker ontevreden over de financiering (.10 > p > .05 *).

Bij deze groep werkcontacten worden overigens vaker veranderingen gewenst dan op grond van de algemene verdeling te verwachten valt. Een interpretatie van de constatering dat men hier òf tevreden òf ontevreden is over de financiering, waarbij min of meer neutrale oordelen nagenoeg ontbreken, is nauwelijks te geven. Het is immers niet na te gaan of het oordeel van de respondent vooral wordt bepaald door bijvoorbeeld de inhoud van het werk of de door de psycholoog beklede hoofdfunctie òf dat vooral meespeelt wie nu exact voor de kosten moet opdraaien (p.e.: negatieve evaluatie als patiënten uit eigen zak moeten betalen versus positieve evaluatie als de sociale dienst of een ziektekostenverzekeraar borg staat voor het honorarium).

* Het laatste verschil is met andere woorden niet significant; de toevalskans is echter zodanig dat zeker van een indicatie kan worden gesproken.

Voortbestaan van de werkcontacten.

In het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog" zijn alleen psychologen benaderd die de facto met huisartsen hebben samengewerkt. In hoeverre mogelijke gebreken in het honoreringstelsel toenaderingspogingen tussen huisartsen en psychologen reeds in het prille begin hebben doen stranden is door ons niet nagegaan - en waarschijnlijk in zijn algemeenheid ook nauwelijks te onderzoeken -. Wel kan in het doorlichtingsproject worden gezocht naar eventuele samenhangen tussen financieringsbronnen enerzijds en het beëindigen van werkcontacten anderzijds. Zo valt te verwachten dat samenwerkingsrelaties vooral afbreken wanneer werkzaamheden niet betaald worden, terwijl hen juist een lange levensduur beschoren is wanneer de betaling van dit werk via de reguliere salariering van de psycholoog verloopt.

financieringsbron	vaste relaties: voortbestaan van vaste relaties			
	ja	nee	sluimerend	totaal
- niet gefinancierd	45%	36%	19%	106
- eerstelijns hulpverleners	16%	74%	10%	19
- thuisbasis psycholoog	46%	32%	22%	144
- anderen	53%	29%	18%	56
totaal	45%	35%	20%	325

Tabel IX 8.: Voortbestaan van vaste relaties met huisartsen, uitgesplitst naar de manier waarop werkcontacten worden gefinancierd.

We zien dat ruim een derde van de werkcontacten waarover is gerapporteerd, beëindigd is. Twintig procent lijdt aan een sluimerend bestaan, terwijl bijna de helft van de vaste relaties met huisartsen nog steeds normaal in gang is.

Inspectie van tabel IX 8. leert dat één groep werkcontacten vrij sterk van deze algemene lijn afwijkt: vaste relaties waarin de 1e lijns partners van de psycholoog voor de honorering zorg dragen worden in 74% van de gevallen beëindigd. Bij de overige werkcontacten ligt dit percentage veel lager.

De financieringssystemen die zo op het oog vrij veel respectievelijk vrij weinig uitnodigen tot het continueren van werkrelaties met huisartsen blijken op dit punt niet te differentiëren. Zowel bij de door de thuisbasis van de psycholoog als bij de niet of door patiënten, ziektekostenverzekeringen e.d. gefinancierde werkcontacten zien we een beëindigingspercentage van ongeveer dertig procent en een sluimerpercentage van rond de twintig procent.

Vaste relaties: de evaluatie van de financiering.

Met behulp van drie maten is geprobeerd de verschillende honoreringssystemen die van toepassing zijn op werk dat de psycholoog in vaste relaties met huisartsen verricht, te evalueren.

Bij afwezigheid van financiering is men ontevreden en worden veel veranderingen op dit vlak gewenst. Werkcontacten die door eerstelijns hulpverleners of uit bijzondere fondsen worden vergoed, krijgen van de respondenten een positieve beoordeling; men staat dan ook nauwelijks veranderingen voor. Wanneer de thuisbasis van de psycholoog zorg draagt voor de financiering houdt men zich in de evaluatie van dit aspect van het werken met huisartsen enigszins op de vlakte.

We constateerden hier een relatief hoge hoeveelheid neutrale tevredenheidsoordelen en een vrij lage proportie financieringswensen. Zodra cliënten e.d. voor de financiering van het werk van de psycholoog moeten worden ingeschakeld, valt een scheiding van geesten te constateren. Neutrale oordelen komen nauwelijks voor: men is of tevreden of ontevreden en formuleert vrij vaak wensen met betrekking tot de financiering.

Het al dan niet voortbestaan van de samenwerking heeft - wanneer gesproken wordt over vaste relaties huisarts - psycholoog - ons inziens niets te maken met de manier waarop de betreffende werkcontacten worden betaald. Veronderstellingen op dit vlak worden alle door het materiaal tegengesproken: niet gefinancierde contacten - waarover men dus qua honorering ontevreden is - hebben een even grote kans op voortbestaan als werkcontacten die via het reguliere loon van de psycholoog worden betaald. We komen zelfs op het oog onverklaarbare constructies tegen als: men is relatief vaak tevreden over de financiering van door eerstelijns werkers betaalde werkzaamheden, maar men breekt tegelijkertijd verhoudingsgewijs het meest frequent de relatie af.

We vermoeden dat het al dan niet prolongeren van vaste relaties tussen huisartsen en psychologen veeleer afhankelijk is van bijvoorbeeld de inhoud van het werk dat de psycholoog in een dergelijke relatie uitvoert (vergelijk VIII 8.2.). Zo weten we dat eerstelijns

hulpverleners voornamelijk voor de betaling zorgdragen wanneer het gaat om bij- en/of nascholing van de kant van de psycholoog. En vaste relaties, waarin een sociale wetenschapper deskundigheidsoverdracht uitvoert ten behoeve van een bepaalde groep huisartsen, kennen meestal een tevoren vastgestelde duur. Bijvoorbeeld: basis-training - half jaar in de praktijk uitproberen - vervolgtraining - het geleerde wederom mee terug nemen in de praktijk - wekelijkse avondbijeenkomsten gedurende twee maanden - afsluiting.

IX 5.2. Wisselende relaties met huisartsen: evaluatie van de financiering.

In de telefonische interviews zijn de respondenten uitgebreid ingegaan op aspecten van activiteiten die ten behoeve van of in relatie tot steeds andere (groepen) huisartsen worden uitgevoerd. Ook daar zijn de kwesties van de financiering, de tevredenheid met de getroffen financiële regelingen, gewenste of gesuggereerde veranderingen en het al dan niet voortduren van de betreffende werksoort ter sprake gekomen.

Tevredenheid over de financiering.

Op de betreffende vraag hebben de onderzoekers 194 antwoorden gekregen. Uit de reacties van de respondent bleek ten aanzien van een vrij groot aantal activiteiten (42 = 21%) dat men de vraag niet van toepassing achtte: de bezigheden werden volledig via de normale salariëring door de thuisbasis gehonoreerd en men vond het niet opportuun om daarover een oordeel in termen van "tevredenheid" uit te spreken.

De tot onze beschikking staande tevredenheidsoordelen over de financiering van de activiteiten variëren vrij sterk. Bij 30 en 25% van de activiteiten zijn de respondenten zeer respectievelijk tevreden over de financiering. De financiering van 18% van de activiteiten laat een zeer wrange nasmaak achter, terwijl men in 14% van de gevallen redelijk ontevreden is. Over 13% van de werkzaamheden laat men zich in neutrale termen uit.

In tabel IX 9. worden de tevredenheidsoordelen per financieringsbron weergegeven *).

financieringsbron	wisselende relaties: tevredenheid over de financiering			
	tevreden	neutraal	ontevreden	totaal
- niet gefinancierd	50%	13%	37%	8
- eerstelijns hulpverleners	(2)	-	(2)	4
- thuisbasis psycholoog	73%	15%	12%	73
- anderen	41%	7%	52%	29
totaal	62%	12%	26%	114

Tabel IX 9.: Tevredenheid over de financiering van het werk, uitgesplitst naar de manier waarop deze bezigheden worden gehonoreerd.

Bron: telefonische interviews.

Met betrekking tot de helft (4) van de niet gefinancierde activiteiten heeft men zich tevreden betoond met de financiering, terwijl men zich op dit gebied over drie activiteiten in negatieve termen uitliet. Deze verdeling van de tevredenheidsoordelen komt niet geheel overeen met onze verwachtingen. We vermoedden oorspronkelijk dat men over de afwezigheid van enige vergoeding uitgesproken ontevreden zou zijn.

Psychologen die niet betaalde activiteiten uitvoeren, wensen overigens verhoudingsgewijs ook niet vaker veranderingen op het financiële vlak.

Een vrij groot aantal activiteiten wordt financieel gedekt door de instelling die voor de psycholoog als thuisbasis fungeert. In bijna driekwart van de gevallen is men tevreden over de financiering. De satisfactie in dezen ligt duidelijker hoger dan bij de op een andere wijze vergoede werkzaamheden.

Men heeft dan ook relatief weinig wensen. Soms wordt gezegd dat het goed zou zijn als ook de cliënt enigszins in de kosten zou bijdragen of dat men het prettig zou vinden als niet zoveel administratief werk ten behoeve van de vergoedingen moest worden uitgevoerd.

Wanneer cliënten, gemeentelijke sociale diensten e.d. zorg dragen voor de honorering van de werkzaamheden van de psycholoog, blijkt men in meer dan de helft van de gevallen (52%) ontevreden te zijn. De aldus gefinancierde activiteiten verschillen wat dit betreft van de door de thuisbasis betaalde activiteiten.

Men wenst vrij veel veranderingen: "minder trammelant naar de cliënten", "financiering nodig voor psychotherapie en diagnostiek", "psychologen (lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie" in het ziekenondspakket", en dergelijke.

*) De totaalpercentages wijken hier enigszins af van de hierboven gegeven cijfers, aangezien alleen die tevredenheidsoordelen zijn meegeteld, waarbij ook informatie over de financieringsbron voorhanden was.

Prolongeren van activiteiten ten behoeve van steeds andere huisartsen.

Wanneer een psycholoog een bepaald soort werkzaamheden binnen steeds wisselende relaties met huisartsen uitvoert, wordt een dergelijke activiteit bijna nooit (10%) geheel uit het takenpakket van de betreffende respondent geschrapt. Negentig procent van de activiteiten werd ten tijde van het afnemen van de telefonische interviews nog steeds uitgevoerd.

Deze verhouding tussen het continueren en het geheel staken van een bepaalde werksoort kan bij bepaalde financieringsbronnen anders liggen. Wanneer de wijze van honorering door de respondent negatief wordt beoordeeld, zou dit er immers op de duur toe kunnen leiden dat hij geheel ophoudt met de betreffende activiteit.

Slechts één financieringsbron verschilt in dit opzicht significant van de rest: wanneer activiteiten niet gefinancierd worden - het gaat hier om een aantal van 9 - worden ze vaker volledig uit het takenpakket van de psycholoog verwijderd (33%) dan wanneer de psycholoog anderszins wordt betaald voor zijn werkzaamheden.

Door de thuisbasis van de psycholoog gehonoreerde activiteiten worden in 6% van de gevallen afgebroken, terwijl dit percentage voor activiteiten die door cliënten e.d. betaald worden, 17% bedraagt.

Wisselende relaties: de evaluatie van de financiering.

De financiering van het werk dat psychologen binnen steeds wisselende relaties met huisartsen verrichten, is met behulp van drie soorten gegevens geëvalueerd: is men tevreden over de financiering, wenst men op dit vlak veranderingen en worden activiteiten bij een bepaald honoreringssysteem vaker geheel gestaakt?

Niet betaalde activiteiten blijken in de helft van de gevallen toch een tevreden oordeel over de financiering op te leveren. Wanneer de instelling waar de psycholoog zijn hoofdfunctie vervult, de betaling van de werkzaamheden verzorgt is men veel vaker tevreden dan wanneer andere financieringsbronnen moeten worden ingeschakeld. Ten aanzien van deze groep activiteiten worden dan ook vrij weinig veranderingen gewenst.

Het minst tevreden is men wanneer cliënten, de bijstand, ziektekostenverzekeringen e.d. moeten worden ingeschakeld. Men wenst dan ook vrij veel veranderingen in de trant van "psychologische verrichtingen moeten door het ziekenfonds betaald worden".

Het geheel staken van een bepaalde soort werkzaamheden komt niet zo vaak voor. Dit geldt voor bijna alle financieringsbronnen. Alleen de niet gefinancierde activiteiten worden minder vaak geprolongeed. Het valt op dat de groep activiteiten waarover men qua financiering het minst tevreden was (cliënten e.d. betalen) zich op dit vlak niet van de anderszins gefinancierde activiteiten onderscheidt.

IX 5.3. Samenvatting.

In het voorgaande is minitueus beschreven hoe de verschillende manieren waarop activiteiten binnen vaste dan wel wisselende relaties met huisartsen gefinancierd worden, door de respondenten gewaardeerd worden. In deze samenvatting willen we ons uitsluitend richten op drie soorten financieringssystemen:

- er is geen sprake van een vergoeding
- cliënten, ziektekostenverzekeringen, de bijstand, het bedrijf waarbij de patiënt werkt, e.d. moeten zorg dragen voor het honorarium van de psycholoog
- de activiteiten van de psycholoog worden via zijn normale salaris verrekend.

Bij de vaste relaties bleken niet-gehonoreerde activiteiten voornamelijk negatief gewaardeerd te worden: in meer dan de helft van de gevallen is men ontevreden over de financiering en worden veel veranderingen gewenst. Bij de wisselende relaties is men in ruim een derde van de gevallen ontevreden en valt deze groepering niet op in het aantal geformuleerde wensen.

Wanneer activiteiten door cliënten e.d. worden vergoed zien we ook een tamelijk grote groep ontevreden: in vaste relaties komen we op een percentage van 38% ontevreden oordelen. Wanneer het gaat om systematische activiteiten die in relatie tot steeds andere huisartsen worden verricht blijkt men in meer dan de helft van de gevallen redelijk tot zeer ontevreden te zijn en worden vaak veranderingen gewenst: de psycholoog moet in het ziekenfondspakket.

De meest genoemde financieringsbron - de thuisbasis van de psycholoog - roept bij de respondenten vrij weinig ongenoegen op. Een vrij groot aantal vindt het geven van een tevredenheidsoordeel over de financiering zelfs niet zo erg toepasselijk. Wanneer wel een dergelijk oordeel is geformuleerd blijken zowel voor de vaste als voor de wisselende relaties 12% van de oordelen aan de negatieve kant van de schaal te zitten. Uit de - relatief weinig - geformuleerde gewenste veranderingen krijgen we een indruk van de oorzaak van dit stukje ontevredenheid: sommige respondenten vinden dat de cliënten eigenlijk niet geheel gratis van de voorzieningen gebruik zouden moeten kunnen maken. Zij staan een kleine eigen bijdrage voor ter verhoging van de motivatie.

Het al dan niet prolongeren van vaste dan wel wisselende werkcontacten met huisartsen lijkt niet of nauwelijks afhankelijk te zijn van de wijze waarop de financiering geregeld is. Zowel bij de vaste als bij de wisselende relaties zien we dat de financieringsbron waarover men het minst tevreden is een normaal aantal beëindigde relaties of gestaakte activiteiten oplevert. Alleen wanneer niet-betaalde activiteiten in wisselende relaties zijn ingebed wordt relatief vaak met de werkzaamheden opgehouden.

Al met al komt dit echter nauwelijks voor.

Het ontbreken van de veronderstelde relaties tussen "slechte" financiering enerzijds en ophouden met de samenwerking anderzijds doet ons vermoeden dat het niet zozeer de financiering op zich is die de grootste belemmering vormt voor het continueren van samenwerkingscontacten tussen huisarts en psycholoog.

IX 6. Samenvatting.

In dit hoofdstuk is de financiering van de werkzaamheden van de psycholoog vanuit een aantal perspectieven benaderd; achtereenvolgens lieten wij de thuisbasis van de psycholoog, de inhoud van zijn activiteiten en de evaluatie van de financiering de revue passeren. Het algemene financieringspatroon kan met behulp van deze invalshoeken enigszins gedifferentieerd worden.

Vaste relaties met huisartsen, waarin een heel scala aan werkzaamheden kan worden uitgevoerd, worden in bijna de helft van de gevallen (44%) door de thuisbasis van de psycholoog betaald. Pro deo contacten vormen hier eveneens een vrij grote groep (29%), terwijl in 16% van de gevallen cliënten, gemeentes en dergelijke voor de financiering zorg dragen.

Wanneer activiteiten in steeds andere relaties met huisartsen worden uitgevoerd, blijkt de betaling van de psycholoog merendeels (71%) via de normale salariering te verlopen. Cliënten, de bijstand, ziektekostenverzekeraars en dergelijke zijn in 19% van de gevallen verantwoordelijk voor de honorering van de psycholoog, terwijl pro deo werk nauwelijks meer voorkomt (6%).

De financiering van de diagnostiek, therapeutische en consultatieve activiteiten verloopt ongeveer volgens het hierboven geschetste stramien. Bij een onderlinge vergelijking zien we een aantal verschillen. Deze gelden echter alleen voor activiteiten die zijn ingebed in vaste relaties tussen huisarts en psycholoog. Consultatie wordt binnen werkcontacten in bijna de helft van de gevallen betaald door de thuisbasis van de psycholoog; bij diagnostiek en therapie ligt het aandeel van de thuisbasis duidelijk lager. Therapie wordt voor bijna een derde deel gehonoreerd door patiënten, de bijstand en ziektekostenverzekeraars; deze financiers komen bij consultatie en diagnostiek veel minder vaak voor. Bij en/of nascholing aan huisartsen verschilt qua financiering duidelijk van de overige soorten bezigheden.

Alhoewel de thuisbasis van de psycholoog ook hier vrij vaak voor de honorering zorg draagt, komt dit toch veel minder voor dan bij de resterende werkzaamheden. We zien daarentegen een vrij hoog aandeel van de eerstelijns werkers: de trainers betalen voor de door hen bezochte cursussen. Uit de telefonische interviews komt, tot slot, naar voren dat bijna een kwart van de psychologen die zich vaker bezig houden met het overdragen van algemene hulpverleningstechnieken en -principes, hiervoor geen vergoeding krijgen.

De hoofdfunctie van de psycholoog blijkt in een aantal gevallen sterk te bepalen hoe de financiering verloop. Vooral de free lancers en de respondenten die werkzaam zijn bij een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg spreiden op dit vlak een duidelijk verschil ten toon. De ambulante psychologen worden meestal betaald door de instelling waar zij aan verbonden zijn. De vrij gevestigde psychologen onderhouden vaak onbetaalde werkcontacten, terwijl zij er bij de wisselende relaties juist uitspringen wat betreft de honorering door cliënten, gemeentelijke diensten en dergelijke.

De drie meest genoemde financieringsbronnen (thuisbasis betaalt, geen honorering, betaling door cliënt e.d.) blijken bij de respondenten nogal verschillende reacties op te roepen. Financiering door de thuisbasis levert vrij vaak een neutraal evaluatief oordeel bij de respondenten op. Men wenst dan ook niet zoveel veranderingen op het vlak van de betaling.

Over de niet gefinancierde vaste relaties is men ontevreden. Men uit hier vaak de wens om tot veranderingen te komen.

Bij activiteiten die worden betaald door patiënten, de bijstand en dergelijke, zien we eveneens vrij veel wensen op het vlak van de financiering. De honorering van deze bezigheden wordt in de telefonische interviews waar de wisselende relaties met huisartsen ter sprake kwamen vrij negatief beoordeeld. Wanneer we ons richten op vaste relaties, is men - vergeleken met de anderszins gefinancierde werkcontacten - zowel vaker tevreden als vaker ontevreden. Een neutraal oordeel komt bijna niemand over de lippen.

Om eventuele remmende factoren voor de samenwerking op het spoor te komen, hebben we gekeken naar de relatie tussen de wijze van betaling en het al dan niet prolongeren van de samenwerking. De gegevens die deze analyse heeft opgeleverd, maken duidelijk dat de wijze waarop de psycholoog voor zijn werk gehonoreerd wordt in elk geval niet rechtstreeks van doen heeft met het afbreken van de samenwerking: financieringsbronnen waarover men het minst tevreden is, leveren een normaal aantal beëindigde relaties of gestaakte activiteiten op.

SECRET

The following is a summary of the information received from the various sources mentioned in the report. It is intended to provide a general overview of the situation and to highlight the key points of interest.

The information received from the various sources is consistent in its general findings. It indicates that the situation is complex and that there are a number of factors which are influencing the outcome.

The following are the main points of interest which have been identified in the course of the investigation. These points are discussed in more detail in the body of the report.

The first point of interest is the fact that the information received from the various sources is consistent in its general findings. This suggests that the information is reliable and that the situation is as described.

The second point of interest is the fact that there are a number of factors which are influencing the outcome. These factors are discussed in more detail in the body of the report.

The third point of interest is the fact that the information received from the various sources is consistent in its general findings. This suggests that the information is reliable and that the situation is as described.

The fourth point of interest is the fact that there are a number of factors which are influencing the outcome. These factors are discussed in more detail in the body of the report.

The fifth point of interest is the fact that the information received from the various sources is consistent in its general findings. This suggests that the information is reliable and that the situation is as described.

The sixth point of interest is the fact that there are a number of factors which are influencing the outcome. These factors are discussed in more detail in the body of the report.

The seventh point of interest is the fact that the information received from the various sources is consistent in its general findings. This suggests that the information is reliable and that the situation is as described.

The eighth point of interest is the fact that there are a number of factors which are influencing the outcome. These factors are discussed in more detail in the body of the report.

The ninth point of interest is the fact that the information received from the various sources is consistent in its general findings. This suggests that the information is reliable and that the situation is as described.

SECRET

SLOTBESCHOUWING.

Psychologen verrichten in vrij grote getale, met zeer verschillende opleidingsachtergronden, vanuit een heel scala aan hoofdfuncties en op vele manier gefinancierd de meest uiteenlopende activiteiten ten behoeve van huisartsen. Een volzin vol wanordelijkheid, zo lijkt het. In het project "Doorlichting Samenwerking Huisarts - Psycholoog" is geprobeerd iets meer inzicht te verkrijgen in de samenwerkingsvarianten tussen deze beide disciplines door aan zoveel mogelijk bij samenwerking betrokken psychologen informatie te vragen. Bij de verwerking van deze informatie is de aandacht vooral gericht geweest op de doctoraal-opleiding, de hoofdfunctie ten tijde van de samenwerking, de inhoud van het werk en de financiering van deze activiteiten (zie ook de - groene - samenvattingen van de betreffende hoofdstukken).

De doctoraalopleiding en de hoofdfuncties zijn te beschouwen als een soort achtergrond voor het werk dat de psycholoog uitvoert in relatie tot huisartsen. Uit de bespreking van beide thema's is duidelijk geworden dat noch de genoten doctoraalopleiding, noch de dagelijkse werkkring van de psycholoog zeer specifiek predisponeren tot of diagnostiek of therapie of consultatie of bij- of nascholing ten behoeve van huisartsen.

Slechts 2 groeperingen vallen hier duidelijk op: (1) ontwikkelingspsychologen doen relatief vaker diagnostiek dan klinici en sociaal psychologen en (2) psychologen die werkzaam zijn bij een instelling die zich niet richt op directe hulpverlening, geven verhoudingsgewijs vaker bij- en nascholing aan huisartsen. Het feit dat wij met alle analyses die we hebben uitgeprobeerd noch bij de thuisbasis van de psycholoog, noch bij zijn doctoraalopleiding - die overigens naar de mening van de respondent ook niet erg aansluit op het werken ten behoeve van huisartsen - een samenhang met de inhoud van het werk aantreffen, is toch wel enigszins merkwaardig.

Het lijkt er immers op dat de samenwerking inhoudelijk nauwelijks op rechtstreekse wijze wordt bepaald door hetgeen de psycholoog vanuit zijn achtergronden te bieden heeft.

(We laten hier de eventueel door een aantal psychologen gevolgde postdoctorale opleiding buiten beschouwing).

Een groot gedeelte van het rapport is gewijd aan de bespreking van de werkzaamheden van de psycholoog. De aandacht is hier merendeels gericht geweest op vier thema's: psychodiagnostiek, therapie, consultatie en bij- en nascholing. Het lijkt erop dat de diagnostiek ten behoeve van de huisarts de grootste bloeitijd heeft gehad.

Therapie op verwijzing van de huisarts wordt daarentegen juist gekenmerkt door een hoge mate van stabiliteit, dit ondanks de onvrede over de financiering en de organisatie van de samenwerking. Deze continuïteit geldt ook voor de consultatie-activiteiten, maar heeft daar een enigszins andere dimensie: inhoudelijk vinden hier wel vrij veel ontwikkelingen plaats. Algemene deskundigheidsbevordering neemt binnen de samenwerking een geheel aparte plaats in. Bij- en nascholing blijkt in een snelle ontwikkelingsgang te verkeren: er is in het verleden veel gewijzigd en men formuleert ook veel toekomstplannen en suggesties voor veranderingen.

Ook op het gebied van de financiering is de bij- en nascholing nogal een buitenbeentje: het is de enige activiteit waar de eerstelijns hulpverleners zelf vaak voor de honorering van de psycholoog zorgen. In de meeste gevallen - en dit geldt des te sterker wanneer een activiteit niet aan één bepaalde huisarts of huisartsengroep is gebonden - verloopt de betaling van de psycholoog via zijn normale salariëring. Wat dit betreft vormen psychologen die werkzaam zijn bij een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, en vrij gevestigde psychologen duidelijk tegenpolen: de laatste groepering wordt binnen vaste relaties vrij vaak niet betaald, terwijl men bij wisselende relaties vaak door cliënten, gemeentelijke sociale diensten e.d. betaald wordt.

Hoewel men misschien zou verwachten dat samenwerkingsrelaties die gebrekkig gefinancierd worden eerder kans lopen (voortijdig) afgebroken te worden bleek dit in onze analyses geenszins het geval te zijn. De discriminerende factor ligt waarschijnlijk een fase eerder: wanneer psychologen eenmaal besluiten onbezoldigd werd te willen verrichten heeft een dergelijk project - dat overigens in geen der gevallen erg tijdsintensief blijkt te zijn - niet minder overlevingskansen dan een goed gefinancierd project. (De vraag is alleen hoeveel psychologen hierdoor afvallen).

Al met al zijn de startvragen van het onderzoek nog lang niet beantwoord. Het blijft, ook na deze inventarisatie, onduidelijk welke psycholoog bestemd is tot het doen van wat voor soort werk. Ook de taakafbakening van psychologen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van collega's uit andere disciplines blijft een onopgelost probleem: ieder type psycholoog blijkt alle soorten werkzaamheden te verrichten, hoewel die inhoudelijk gezien niet veel met elkaar te maken hebben.

Een ernstig probleem, want voor de huisartsen blijft de psycholoog op deze manier een mistige figuur zonder enige kwaliteitswaarborg,

Hier lijkt een belangrijke taak weggelegd voor de universitaire opleidingsinstituten en de beroepsorganisaties. Het is een taak voor de universiteit om zorg te dragen voor

een betere identificatiemogelijkheid. Het probleem van de kwaliteitswaarborg zal daarentegen eerder door de beroepsorganisaties moeten worden aangepakt. Het lijkt daarbij belangrijk dat niet alleen de therapeutische activiteiten van de psycholoog van een garantieregel worden voorzien, maar dat de kwaliteitswaarborg zich uitstrekt tot het hele brede scala van activiteiten die de psycholoog ten behoeve van de eerste lijn blijkt uit te voeren. Maar dat is niet het enige.

Behalve over hun doctoraalopleiding zijn ook veel psychologen slecht te spreken over de organisatiestructuur, waarin zij hun werk moeten verrichten en over de financieringswijze van hun werkzaamheden. Dus ook voor de overheid, de ziekenfondsen en de instanties van waaruit de psychologen opereren is er werk aan de winkel.

Het ziet er naar uit dat er de komende jaren op al deze fronten inspanningen moeten worden geleverd, teneinde de psycholoog - zowel inhoudelijk als structureel - een betere en vooral duidelijker plaats te geven in het gezondheidszorg-systeem.

.....

LITERATUURLIJST.

- Bazelman, J. N. Wijfels, *Psychologen in de tweedelijnsgezondheidszorg, met name in de algemene ziekenhuizen*, Metamedica, 1976, vol. 55, pag. 214.
- Beeck-Rondach, A.H.M. van, e.a., *De huispsycholoog, een droombeeld?* Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1973, vol.51, pag. 718.
- Bensing, J., *De psycholoog in de eerste lijn; modderbad of aderlating?* Medisch Contact, nr. 17, 32e jrg., 29 april 1977.
- Bergsma, J., *De huisartsen en de ziekenhuispsycholoog: een praktijkervaring*, Huisarts en Wetenschap, 1972, vol.15, pag. 428.
- Berkestijn, T.M.G. van, *Huisarts en Psycholoog, verslag van de Tweede Landelijke Contactdag Huisartsen en Psychologen*, Medisch Contact, 1974, vol.29, pag.1631.
- Caplan, G., *The theory and practice of Mental Health Consultation*. New York, 1970.
- Caplan, R.B., *Helping the helpers to help*. New York, 1972.
- Drijber, S.B., *Contactdag Huisartsen - Psychologen, september 1971*. Huisarts en Wetenschap, vol.15, pag. 119, 1972.
- Folkersma, F.A. en C.J. Senten, *De samenwerking tussen huisartsen en psychologen in de welzijnszorg*. Vakgroep Klinische Psychologie, R.U. Leiden, juni 1974.
- Gill, K., *Landelijke Studiedag samenwerking huisarts psycholoog in de eerste lijn*. Huisarts en Wetenschap, 1974, vol. 17, pag. 387.
- Hosman, C en J. Swarte, *Aan het front van de psychische problematiek*, uitgegeven onder auspiciën van het N.C.G.V., Utrecht, december 1973, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Hout, W.P. van den, *Een psycholoog in een eerste echelonsteam? Een bittere noodzaak!* Huisarts en Wetenschap, 1975, vol.3, pag. 115.
- *Huisarts - Psycholoog, verslag landelijke bijeenkomst, 14 september 1974 te Woutschoten*, de Psycholoog, jrg. IX, 1974, pag. 481.
- Ibelings, J., *Contacten huisartsen - psychologen; stand van zaken eind 1973*. Huisarts en Wetenschap, 1974, vol.17, pag. 267.
- Kerkhof, P.D., *Referaat: "De huispsycholoog, een droombeeld?"*, Huisarts en Wetenschap, 1974, vol.17, pag. 74.
- Kok, A.F.W., *Samenwerking tussen huisarts en psycholoog, verslag van de landelijke studiedag*. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1974, nr.11, pag. 555.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. *De plaats van de medicus in het eerste echelon*. discussienota van de commissie eerste echelon. Uitgebracht in opdracht van het hoofdbestuur van de K.N.M.G., Utrecht, september 1975. Zie ook Medisch Contact, vol.5, januari 1976.
- Kossman, H.A., *Huisarts en geestelijke gezondheidszorg, twee schema's*. Medisch Contact, 1972, pag. 31.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, *Het Woutschotenrapport, rapport over de Taak van de huisarts*. Utrecht, 1963.
- Nederlands Huisartsen Instituut, *De psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg*, Utrecht, 1973.
- Nederlands Huisartsen Instituut, *Samenwerking in varianten: een bundel interviews*.
- Ravenzwaay, F. van, *Konsultatie in de geestelijke Gezondheidszorg*. Meppel, 1972.
- Veldhuyzen van Zanten, R.C., *Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen Medische Psychologie van of in contact met het Nederlands Huisartsen Genootschap in de periode 1957 tot eind 1965 + supplementen*.
- Wit, L.J.M. de, *Samenwerking huisarts - psycholoog, verslag uitgebracht door een midden-limburgse consultatiegroep*, de Psycholoog, jrg. XI, nr.9, 1976, pag. 399.
- Wijgerden-Nix, E.G. e.a., *Interim-rapport van een werkgroep samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts*. Huisarts en Wetenschap, 1976, vol.19, pag.217.
- Zeeuwen, A.M. en W. Zwanikken, *Psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg*. Metamedica, 1973, vol.3. pag.366.
- Zijl, B.M. van der, *Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijkse praktijkvoering van elkander verwachten?* Huisarts en Wetenschap, 1972, vol.15, pag.425.

