

PSYCHOLOGEN BINNEN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG TE ALMERE?
EEN ADVIES

P. Verhaak
J. Dronkers
V. Schrijnemaekers
Oktober 1988

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

INHOUDSOPGAVE	pag
1. ADVIESAANVRAGE	5
2. KNELPUNTEN BINNEN DE EERSTELIJNSZORG, AAN WELKE OPLOS- SING EEN PSYCHOLOOG EEN BIJDRAGE ZOU KUNNEN LEVEREN	7
2.1. Inleiding	7
2.2. Inhoudelijke knelpunten	7
2.3. Procedurele knelpunten	9
3. KUNNEN PSYCHOLOGEN HUIDIGE LACUNES IN DE EERSTELIJNS- GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VULLEN?	10
3.1. Inleiding	10
3.2. Nascholing: training in gespreksvoering en inter- persoonlijke vaardigheden	11
3.3. Systematische feedback	13
3.4. Consultatie	14
3.5. Eerstelijnspsychologen	17
3.6. Detachering/liaison	20
4. MENINGEN VAN HULPVERLENERS IN ALMERE	22
5. AANBEVELINGEN	26
5.1. Overwegingen	26
5.2. Advies	27
LITERATUUR	29

1. ADVIESAANVRAGE

Het NIVEL is in het najaar 1987 door de Eerstelijns Vereniging Almere (EVA) benaderd met de vraag of het mogelijk was een advies uit te brengen over eventuele inschakeling van psychologen ter ondersteuning van de hulpverleners in de Almeerse gezondheidscentra. Hierbij werd niet gedacht aan een nieuwe hulpverlener maar aan een functionaris op stafniveau die een rol bij de hulpverlening zou kunnen spelen. Om hierover de gedachten nader te kunnen bepalen werd aan het NIVEL gevraagd om hieraan een onderbouwing te geven.

Het NIVEL heeft overwogen dat het over de volgende relevante informatie kan beschikken:

- documentatie op het gebied van 'eerstelijnspsychologen', voortkomend uit eerdere activiteiten op dit gebied;
- documentatie op het gebied van de knelpunten die de eerstelijnszorg op het gebied van de GGZ ondervindt.

Deze informatie zou met het oog op de adviesaanvraag geactualiseerd en gespecificeerd kunnen worden; aangevuld met interviews met hulpverleners uit de Almeerse centra, en vertegenwoordigers van RIAGG Almere zou dit een advies opleveren op basis van:

- een overzicht van knelpunten in eerstelijns psychosociale hulpverlening en mogelijke oplossingen die psychologen volgens de literatuur kunnen bieden;
- reacties van hulpverleners op de gesignaleerde problematiek en aangedragen oplossingen die psychologen te bieden hebben.

Hiermee ging de EVA akkoord.

Het NIVEL heeft ter onderbouwing van het hier uitgebrachte advies de volgende activiteiten ondernomen.

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- Bijdrage van de psychologie aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit heeft, naast dit advies, geresulteerd in de derde, volledig herziene en uitgebreide uitgave van 'de psycholoog in de eerstelijns - een bibliografie'.
- Knelpunten in de eerstelijnszorg met betrekking tot psychosociale problematiek.

Dit literatuuronderzoek is aangevuld met een aantal interviews met psychologen die elders in Nederland in gezondheidscentra werkzaam zijn (vier) en met maatschappelijk werkers uit dezelfde centra (drie). Hierop zijn hoofdstuk 2 en 3 gebaseerd.

Met hulpverleners uit de elf gezondheidscentra (elf huisartsen, zeven maatschappelijk werkers, drie fysiotherapeuten en vier wijkverpleegkundigen) zijn (soms telefonisch) interviews en groepsgesprekken gevoerd. Ook zijn vertegenwoordigers van de RIAGG geïnterviewd. Hierop is hoofdstuk 5 gebaseerd.

Zo opgezet komen in hoofdstuk 2 de problemen aan de orde die men ondervindt binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. In hoofdstuk 3 worden de interventies die als mogelijke oplossingen worden gezien geëvalueerd. In hoofdstuk 4 komt aan de orde in hoeverre de gesignaleerde problemen en oplossingen in Almere van toepassing zouden zijn. Het is mogelijk dat bepaalde in de literatuur vermelde deugdelijke interventies binnen Almere minder wenselijk geacht worden.

Op basis van deze gegevens formuleren we in hoofdstuk 5 een advies.

2. KNELPUNTEN BINNEN DE EERSTELIJNSZORG, AAN WELKE OPLOSSING EEN PSYCHOLOOG EEN BIJDRAGE ZOU KUNNEN LEVEREN

2.1. Inleiding

De overgrote meerderheid van psychosociale problematiek wordt - als er al een hulpvraag uit voortvloeit - in de eerstelijns gepresenteerd en behandeld (Goldberg en Huxley, 1980). In de Nederlandse gezondheidszorg met huisarts en AMW als enige generalistische hulpverleners die zich met geestelijke gezondheidszorg bezighouden, is dit overduidelijk het geval: geschat wordt dat meer dan 90% van alle aangeboden psychische problematiek niet verder komt dan de eerstelijns.

In een ideaal-typische gedachtengang, zoals de Nota Geestelijke Volksgezondheid die bijvoorbeeld schetst (WVC, 1984), wordt psychische problematiek in de eerstelijns gediagnostiseerd en zo mogelijk behandeld; indien dit een meer specialistische tussenkomst vereist, dient de eerstelijns gericht te verwijzen.

Genoemde nota constateert een aantal knelpunten, die voor deze ideaal-typische situatie belemmerend werken. Een onderscheid wordt in deze gemaakt tussen de kwaliteit van de hulpverlening en de organisatie van de hulpverlening. Dit onderscheid, in inhoudelijke problemen en procedurele problemen, zullen we in het onderstaande aanhouden.

2.2. Inhoudelijke knelpunten

Veel psychische problematiek in de eerstelijns blijft onopgemerkt, aldus een punt van kritiek op het functioneren van de eerstelijns, die toch als belangrijk filter tussen algemene hulpvraag en meer specialistische hulpverlening wordt beschouwd (vergelijk Goldberg en Huxley, 1980). In de eerste plaats kan in dit opzicht gewezen worden op de grote variatie tussen artsen in de mate waarin ze klachten als psychosociaal beoordelen (Shepherd e.a., 1966; Verhaak, 1986). Interviewtechnieken en persoonskenmerken van huisartsen blijken bepalend voor de mate waarin de arts een psychisch oordeel uitspreekt (Marks, Goldberg en Hillier, 1979; Verhaak, 1986). Het vermoeden dat zo'n grote spreiding in oordelen erop wijst dat een deel van de artsen stelselmatig psychische problematiek mist, wordt bevestigd door

diverse onderzoeken. Goldberg en Blackwell (1970), Schulberg e.a. (1988), Hooper e.a. (geciteerd in Goldberg e.a., 1983) komen allen tot de conclusie dat de huisarts slechts een deel van de problematiek die in een gestandaardiseerd psychiatrisch interview naar voren komt, ontdekt. Omgekeerd is de overeenstemming met de standaard dat iemand géén case is, erg groot. Met andere woorden: de sensitiviteit van de huisartsen voor psychische problemen is niet zo groot, de specificiteit daarentegen wel: als de huisarts zegt dat iemand een 'geval' is, is dat meestal zo.

De waardering van deze onderzoeksresultaten dient genuanceerd te zijn. Goldberg (1982) verdeelt het psychisch probleemaanbod in drie categorieën: de klassieke psychiatrische problemen, 'psychological distress not requiring specific intervention' en 'psychological distress requiring specific intervention'. In de eerste categorie is het probleem niet zozeer gelegen: deze worden in het algemeen herkend en doorverwezen. Tot de tweede categorie rekent Goldberg alle psychische ongemakken die minder ernstig zijn, de voorbijgaande reacties op levensgebeurtenissen, de mensen die geen hulp willen voor hun psychisch ongemak (we praten hier niet over de psychiatrische gevallen) en mensen wier ongemak voortvloeit uit niet te veranderen levensomstandigheden. Het negatief effect van het niet benoemen van deze problemen lijkt beperkt, vooropgesteld dat de huisarts een in zijn algemeenheid steunende attitude ten toon spreidt. De derde categorie bevat problemen die vaak door somatische problematiek gemaskeerd wordt, waarbij niet-herkenning tot chronisch klaaggedrag en vermijdbaar ongemak voor de patiënt leidt. De belangrijkste subgroep hierbinnen wordt gevormd door de depressieve stoornissen.

Niet herkenning van psychische klachten wordt vaak veroorzaakt door onvoldoende interviewcapaciteiten van de huisarts. De aandacht is zowel gevestigd op algemene interviewvaardigheden die nodig zijn om psychische achtergronden van problemen op te sporen (vergelijk bijvoorbeeld Lipkin, 1985) als op specifieke vragen die de huisarts kan stellen teneinde bijvoorbeeld depressies of alcoholmisbruik uit te sluiten.

Een volgend knelpunt is gelegen in een adequate behandeling van opgespoorde psychische problemen. Hiertoe voelen vele huisartsen zich niet zo goed in staat en dit gevoel van competentie staat ook rechtstreeks in relatie tot de probleembehandeling (Verhaak, 1986). Een

groot probleem bij de huisarts waar het om de behandeling van psychische problemen gaat is het tijdsprobleem (Broome en Kat, 1981). Daarnaast wordt nogal eens melding gemaakt van de arts-patiënt relatie: kenmerkend voor het werk van de huisarts is dat hij onvoorwaardelijk hulp verleent. Dit maakt het afsluiten van therapeutische contracten, waarin opgenomen de sanctie dat de hulpverlening beëindigd zal worden bij niet nakomen van afspraken, een moeilijke zaak (vergelijk Lamberts, 1984).

Een laatste inhoudelijk knelpunt is gelegen in de gerichte verwijzing van de patiënt. Met name door RIAGG's wordt regelmatig geklaagd over het peil van de indicatiestelling door de huisarts.

2.3. Procedurele knelpunten

Huisartsen, geïnterviewd over hun relatie met de AGGZ, uiten kritiek op de aansluiting tussen eerste- en tweedelijns: er is vaak sprake van wachtlijsten na een eerste intake-gesprek. Maar in een minderheid van de gevallen is er sprake van een voortgangsrapportage en/of een terugrapportage. Huisartsen doorzien de structuur van een RIAGG ook niet altijd even goed (vergelijk Visser en De Ridder, 1987; De Ridder en Visser, 1987). Omgekeerd is er de RIAGG-kritiek dat huisartsen als groep onbereikbaar zijn, en dat de rapportage van huisarts naar RIAGG ook nogal eens te wensen over laat.

De meeste problemen lijken volgens Visser en de Ridder terug te voeren te zijn op schaalverschillen en cultuurverschillen tussen de twee echelons, waarbij het een het ander versterkt. Een RIAGG heeft gemiddeld met ± 100 huisartsen te maken. De huisarts en AMW'er zijn afkomstig uit een 'doe-cultuur', de psychotherapeut en psychiater in een RIAGG uit een meer beschouwende cultuur. De huisarts en maatschappelijk werker bekijken problematiek vanuit een generalistische en noodgedwongen oppervlakkige visie, de AGGZ-specialist vanuit een specialistische visie.

Het schaalverschil tussen ELZ en AGGZ als knelpunt brengt met zich mee dat het bepaalde oplossingen in de weg kan staan. Een consultatie-liaison relatie tussen een organisatie als een RIAGG en alle huisartsen die dat RIAGG bedient is niet mogelijk zonder eerst een voorbereiding op RIAGG of huisartsen of beide toe te passen. In het onderhavige geval 'Almere' is dit al enigszins geschied doordat hier sprake is van een duidelijke eerstelijnsorganisatie.

3. KUNNEN PSYCHOLOGEN HUIDIGE LACUNES IN DE EERSTELIJNS-GGZ HULPVERLENING VULLEN?

3.1. Inleiding

In de literatuur is uitgebreid aandacht besteed aan de soms gebrekkige wijze waarop in de ELGZ psychische problematiek wordt opgemerkt en behandeld. Dit kwam in hoofdstuk 2 aan de orde.

Regelmatig wordt ook melding gemaakt van innovatieve ingrepen om het probleemoplossend vermogen van de ELGZ te vergroten. We inventariseren in dit hoofdstuk deze interventies, voor zover psychologen daarbij een zinnige rol kunnen spelen.

Het gaat daarbij om verbetering van de case finding door huisartsen, om een beter case management van eenmaal vastgestelde problematiek en om een verbetering van de aansluiting tussen de ELGZ en AGGZ.

Een deel van dergelijke verbetering zou gevonden kunnen worden in nascholing van huisartsen: nascholing in interviewvaardigheden, in detectie van specifieke problemen en eventueel in case management.

Een tweede voorstel dat in de literatuur wordt aangegeven is het geven van **gerichte feedback** met betrekking tot mogelijke diagnose.

Een andere manier om verbeteringen tot stand te brengen - een aanpak die eveneens een educatieve kant heeft - is om huisartsen met een meer GGZ-achtige manier van denken in aanraking te brengen. Dit kan geschieden door consultatie, verricht door GGZ-specialisten, onder andere psychologen.

De drie hierboven genoemde interventies hebben het karakter van een min of meer afgeronde ingreep, uit te voeren door bijvoorbeeld een psycholoog. Men kan echter ook denken aan de inschakeling van een zogenaamde 'eerstelijnspsycholoog', waarmee een 'programma' wordt aangeduid waarbinnen zich allerlei ingrepen kunnen afspelen.

Eerstelijnspsychologen, die primair kortdurende behandeling uitvoeren, kunnen ook consultatie geven, daarnaast kan men veronderstellen dat van de samenwerking een zekere educatieve waarde uitgaat die huisartsen meer GGZ-minded maken. Eerstelijnspsychologen zullen ook een direct effect op het probleemmanagement en probleemdetectie hebben, doordat ze deze functie voor een deel uit handen van huisartsen nemen.

Een vijfde mogelijkheid is het aangaan van een nauwere samenwerkingsrelatie tussen ELGZ en AGGZ. Deze formule zit dicht tegen consultatie aan, maar men kan ook andere activiteiten gebruiken om de tweedelijns meer bij de eerste te betrekken.

Dit hoofdstuk is opgebouwd als een matrix. We onderscheiden de vijf hierboven genoemde interventies waarbij psychologen betrokken kunnen zijn en gaan per interventie na wat het effect ervan op de in hoofdstuk 2 onderscheiden knelpunten is. Niet iedere interventie is toegesneden op alle knelpunten.

In schema 3.1 staat aangegeven op welke van de onderscheiden knelpunten de vijf interventiemogelijkheden zijn toegesneden.

Schema 3.1.: knelpunten en mogelijke oplossingen ervoor

	diagnostiek/ opsporing	behandeling	procedurele problemen ELZ/AGGZ
nascholing (3.2)* +		+	
systematische feedback (3.3)	+		
consultatie (3.4)	+	+	(+)
eerstelijns- psycholoog (3.5)	(+)	+	(+)
detachering/ liaison (3.6)	(+)	+	+

* tussen haakjes de betreffende paragraaf

+ : primair beoogd effect

(+): mogelijk neveneffect

3.2. Nascholing: training in gespreksvoering en interpersoonlijke vaardigheden

Gebrek aan vaardigheden in vaststelling en behandeling van psychische problemen wordt als belangrijk knelpunt in de GGZ, zoals de eerstelijns die biedt, gezien. (Na)scholing op dergelijk gebied ligt voor de hand en is, blijkens het volgend overzicht, ook haalbaar.

Uit een literatuuroverzicht van Burns e.a. (1983) blijkt dat trainingen in communicatie en interpersoonlijke vaardigheden aan de universiteiten het best ontwikkeld zijn (beter dan het onderwijs in de

gedragmatige achtergronden en psychosociale aspecten van ziekten, beter ook dan training in herkenning en behandeling van psychosociale problemen). De meeste onderwijsprogramma's bevatten dergelijke onderdelen, gericht op:

- interpersoonlijke processen;
- informatie vergaren;
- informatie geven;
- counseling technieken.

Onderwijs wordt gegeven met behulp van video, acteurs, rollenspelen, en ten slotte supervisie over behandeling van 'echte patiënten'.

Dergelijke programma's worden beschreven door Goldberg e.a. (1983): videofeedback over communicatie + feedback over 'gemiste diagnoses', Gask, Goldberg en Millar (1987) (19 sessies van twee uur waarin in groepen audiobanden van elkaar werden besproken, alsmede een relevant cursusboek werd doorgenomen) en Bensing en Sluijs (1985) (videofeedback in zes groepssessies).

Er zijn programma's ten behoeve van de opleiding ontwikkeld waarin getracht wordt de diagnostische vaardigheden van aanstaande artsen te verbeteren. France e.a. (1979) beschrijven een reeks van colleges + supervisie, Howe (1982) het Psychosocial Systems Review, dat bestaat uit een gestructureerd interview gekoppeld aan een behandelplan.

Een aantal van dergelijke (na)scholingsprogramma's is geëvalueerd: meestal geschiedde dit door de prestaties van twee groepen artsen of studenten te beoordelen, bijvoorbeeld door een aantal contacten op audio- of videoband vast te leggen en te observeren. Vervolgens krijgt de ene groep een training, de andere niet, soms is de feedback geïnspireerd op het gedrag dat de betreffende student tijdens de voormeting toonde. Een nameting moet dan uitwijzen of het gewenste gedrag bij de experimentele groep meer is toegenomen dan bij de controlegroep.

Goldberg (1983) en Gask e.a. (1987) melden een toename in herkenning van psychische klachten en een verbeterde gesprekstechniek. Hooper (1984) kan dit niet repliceren.

Bensing en Sluijs (1985) lieten zien dat artsen wel empathisch gedrag leerden (met name vanuit een slechte uitgangshouding) maar moeite bleven houden met de verdere behandeling van problemen (vergelijk de resultaten van het Psychosocial Systems Review hieronder). De diverse scholingsprogramma's hebben maar een beperkt effect: bij France e.a. verbeterden de diagnostische vaardigheden niet. Wel stelden artsen na de training betere behandelplannen op. Met behulp

van het Psychosocial Systems Review (Howe, 1982) leerde men op de lange duur beter informatie te vergaren, maar dit leidde niet tot doelgerichte diagnostiek.

Conclusie

Nascholing en opleidingsprogramma's waarin artsen geleerd wordt beter te interviewen en meer aandacht voor psychosociale problemen te krijgen bereiken op zich het beoogde effect. Of de huisarts daarmee ook meer psychotherapeutische technieken leert beheersen is de vraag.

Het karakter van dergelijke programma's vereist dat er een institutioneel kader voorhanden is, waarbinnen een dergelijke training gegeven kan worden. De beschreven programma's hebben een cursorisch karakter en zijn niet van dien aard dat een in een gezondheidscentrum aanwezige psycholoog dat er wel bij kan doen. De tijdsinvestering is niet gering en komt bovendien niet onmiddellijk ten goede aan directe hulpverlening (in tegenstelling tot bijvoorbeeld consultatie). Geïnterviewde eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers in gezondheidscentra geven dan ook aan dat huisartsen voor nascholing door hen geen tijd willen inruimen, en dat zij dat dus ook niet doen of zouden willen doen.

Het lijkt daarom aanbeveling te verdienen om deze mogelijkheden van psychologische technieken te benutten op de plaatsen waar dit aanbod al gedaan wordt: universitaire instituten, Post Academisch Onderwijs Geneeskunde en commerciële trainingsinstanties.

3.3. Systematische feedback

Teneinde huisartsen te helpen bij case finding is voorgesteld hen systematisch feedback te geven naar aanleiding van scores van patiënten op screeningsinstrumenten (Shapiro e.a., 1987; Goldberg e.a., 1983; Schulberg e.a., 1985; Schulberg, 1987; Kamerow, 1987; German e.a., 1987).

Het gebruik heeft meestal een onderzoeksmatig karakter, waarbij screening gebruikt wordt om potentiële gevallen te selecteren en de arts hierover feedback te geven. Het resultaat lijkt te zijn dat met name bij groepen waarbij veel psychische problematiek onontdekt blijft (ouderen, negers, mannen) een groter aantal psychische klachten wordt opgemerkt (Shapiro en German). Het over-all effect is marginaal.

Campbell (1987) tekent bezwaar aan tegen een dergelijk gebruik, met als argumentatie de volgende punten: de prevalentie in algemene populaties is zodanig dat er, in combinatie met de relatief geringe specificiteit van screeningstesten, betrekkelijk weinig extra problemen ontdekt worden; de behandelingsmogelijkheden in de ELGZ zijn gering; vroegtijdige opsporing heeft slechts nut bij depressieve klachten, bij veel andere psychosociale klachten (gezinsproblemen, persoonlijkheid, psychoneuroses) valt er weinig vroegtijdig te doen. Hiertegenover staat dan de schade die gescreeende patiënten wordt aangedaan, en het niet voldoen van psychische problemen aan de normen van de Canadese task force voor Preventie om voor vroegtijdige opsporing in aanmerking te komen.

Conclusie

Psychologen zouden in principe wellicht een bijdrage aan dergelijke - in het algemeen al tamelijk twijfelachtige - screening kunnen leveren; in de praktijk doen ze dit niet. Huisartsen hebben niet zo'n behoefte aan een dergelijke functie van psychologen (Eastman en McPherson, 1982) en psychologen blijken het in hun huidige praktijk ook niet zo uit te voeren.

Wel doen psychologen die met huisartsen samenwerken diagnostiek bij naar hen verwezen cliënten. Dit is geen screening, hooguit assessment bij reeds door de huisarts gescreeende patiënten. De indruk van psychologen met een jarenlange ervaring in de eerstelijns, is dat in het algemeen huisartsen in de loop der tijd gericht gaan verwijzen, met andere woorden nauwkeuriger screenen. Dit is echter nooit onderzoeksmatig vastgesteld. We komen hierop terug in 3.5.

3.4. Consultatie

Een van de mogelijkheden om het probleemoplossend vermogen van de ELGZ te vergroten is consultatie door GGZ-specialisten.

Dit geschiedt in Engeland sinds een aantal jaren door psychiaters die in een zogenaamde liaison-attachment service aan eerstelijnssettings werden toegevoegd (Strathdee, 1987). De helft van dezen beperkten zich overigens tot puur klinische activiteiten. Een kwart van hen werkte op consultatieve basis, waarbij de Balint-methode nogal eens werd genoemd. Hierin staat het persoonlijk functioneren van de arts centraal.

Burns e.a. (1983) beschrijven de zogenaamde 'Linkage programs', waarbij in de Verenigde Staten een mental health deskundige aan ge-

zondheidscentra worden toegevoegd. In rurale gebieden geven deze meestal consultatie, in stedelijke gebieden plegen ze nogal eens vooral behandeling op zich te nemen.

Eisen die aan deze Linkage-medewerkers gesteld moeten worden hebben minder met hun academische graad dan met hun mental health consultation skills, flexibele werkwijze en onderhandelingsvaardigheden te maken. Linkage programs houden in:

- directe behandeling door consultant;
- consultatie/educatie;
- coördinatie.

Daniëls en Linn (1984) beschrijven de psychiatrische consultatie die in een Medical Ambulatory Care Center, verbonden aan de universiteit van California, verstrekt werd door een maatschappelijk werker met voortgezette opleiding en het hoofd van de verpleging. De voornaamste thema's die met deze consultatiegevers besproken werden, zijn:

- hulp bij evaluatie van patiënt;
- hulp bij verwijzing;
- exploreren van gevoelens van hulpverlener ten aanzien van patiënt;
- bespreking van psychiatrische behandeling;
- geven van interviewvaardigheden.

In 21% van de besprekingen werd de patiënt gezien. Ongeveer 90 hulpverleners konden gebruik maken van hun diensten, 63 deden dat ook feitelijk in een periode van vijfeneenhalve maand.

Hoewel het gebruik van de consultatiemogelijkheid wijd verspreid is, nam 17% van de consultatievragers 50% van de consultaties voor hun rekening.

Bensing e.a. (1980) beschrijven een consultatie-experiment, waarbij deelnemers en bijeenkomsten van te voren vaststonden. Een consultatieteam (psychiater, psycholoog, algemeen maatschappelijk werker) kwam wekelijks twee uur bijeen met een groep van zeven huisartsen. Het enthousiasme van de artsen achteraf voor dit experiment was niet bijster groot. Er zijn ook samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen waarbij consultatie een op vaste tijdstippen met vaste deelnemers gefixeerde activiteit is.

Van Kempen (1981) geeft als consultatieve activiteiten van eerstelijnspsychologen aan:

- consultatie tijdens teamvergadering;
- open spreekuur psycholoog: één uur per arts om samen met psycholoog te werken;
- één uur per week supervisie voor arts-assistent.

In het experiment psychosociale hulpverlening in Breda werd een werkelijkse bijeenkomst georganiseerd tussen psychosociale team (psycholoog, maatschappelijk werker, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) en de acht deelnemende huisartsen. Deze werd besteed aan intake, rapportage en consultatieve activiteiten; de deelnemers waren tevreden.

In het algemeen worden bij onderzoek positieve effecten van consultatie aangetroffen.

Strathdee's psychiaters zeiden dat onder invloed van de samenwerking de klinische standaard hoger werd, dat zij, als GGZ-deskundigen, over meer achtergrondinformatie beschikten, dat er gemakkelijker en vroegtijdiger verwezen werd, en dat opnamen voorkomen konden worden. Niet duidelijk wordt of zij ook bijdroegen aan een verbetering van de relatie met andere instellingen.

De huisartsen zeiden dat het verwijsproces verbeterde, dat ze meer adequate feedback kregen en meer kennis over psychische problemen kregen. De samenwerking leidde volgens hen niet tot afname van ziekenhuisopnamen.

Medway (1985) toont effect van consultatie op consultees en cliënten aan in een meta-analyse (55 studies). Effectsize (effect vergeleken met controlegroep) op consultee is .55, op cliënt .39. Mental health consultation heeft het grootste effect op consultee, behavioural en organizational consultaties hebben evenveel effect op cliënt als mental health consultation.

Bensing e.a. vonden geen effect en ontevredenheid bij artsen met consultatie.

Smith, Manson en Ray (1986) constateerden geen verandering in de functionele status van de cliënt over wie consultatie was gegeven, maar vonden een aanzienlijke daling in medische consumptie na consultatie.

Conclusie

Consultatie is een haalbare zaak, zowel om in de praktijk te brengen als gerekend naar de effecten ervan. Consultatie als vrijblijvende mogelijkheid wordt niet door iedere hulpverlener benut: in die omstandigheid maakt een klein deel van de potentiële consultatievragers onevenredig veel gebruik van deze mogelijkheid; in die omstandigheid laten consultatiegevers in spe zich er ook toe verleiden om hun klinische activiteiten te laten prevaleren. Zo'n beeld krijgen we ook van ondervraagde eerstelijnspsychologen die in principe zeggen bealngstelling te hebben voor consultatie.

In de praktijk van Nederlandse eerstelijnspsychologen besteedt 60% geen tijd aan consultatie (De Rooy e.a., in voorbereiding), hetgeen verklaarbaar is omdat het geen declareerbare activiteit is. Dit ligt anders wanneer de psycholoog in een dienstverband werkzaam is.

3.5. Eerstelijnspsychologen

In principe kan een eerstelijnspsycholoog consultatie geven, nascholen en screenen. Kijken we echter naar de praktijk, zoals deze uit jaarverslagen en onderzoek naar voren komt (vergelijk bibliografie, Schrijnemaekers, 1988) dan zien we het volgende:

De positie van de psycholoog is niet zelden vergelijkbaar met bijvoorbeeld die van een fysiotherapeut. Hij onderhoudt met een aantal artsen goede contacten, krijgt patiënten van ze verwezen, rapporteert kort terug over het resultaat, en heeft tussendoor incidentele contacten. Soms functioneert hij in een home-team, maar dit lijkt een minderheid. In weinig verslagen wordt het als zodanig genoemd, en uit inventarisaties van home-teams komt slechts zelden de participatie van psychologen naar voren. In slechts vijf procent van teams waarin AMW met huisarts of wijkverpleegkundige samenwerkt participeren psychologen. Bilateraal contact met een psycholoog heeft 30 procent van de huisartsen. De gemiddelde overlegduur in dergelijke gevallen is nog geen twee uur per maand (Visser en De Ridder, 1987).

Uit de inventarisatie van activiteiten van eerstelijnspsychologen, die in 1988 door het NIVEL is uitgevoerd, komt naar voren dat ongeveer 40% van de psychologen die vrijgevestigd in de ELZ werkzaam zijn consultatie geeft. Voor ongeveer 10% is dat meer dan vier uur per maand.

75% besteedt tijd aan diagnostiek/indicatiestelling. In de meeste gevallen zal dit betrekking hebben op de verwezen cliënt. Van screening van populaties door eerstelijnspsychologen is ons niets bekend. Nascholing van huisartsen is evenmin een activiteit die uit deze inventarisatie naar voren kwam. De voornaamste activiteiten van de onderzochte groep zijn naast diagnostiek, therapie en het voeren van adviesgesprekken. In deze zin betekent deze functie dat probleembehandling wordt overgenomen, daarmee een aantal knelpunten op dit gebied bij de huisarts wegnemend; het zou tevens een deel van de druk op de relatie ELZ-AGGZ kunnen wegnemen omdat de ELZ minder vaak de AGGZ nodig zou hebben.

Het effect van kortdurende psychologische behandeling, zoals bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen geven, is in een aantal studies onderzocht.

Met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg wordt erop gewezen dat kortdurende psychologische behandeling, in een vroeg stadium gegeven, tot afname van allerlei vormen van klaaggedrag - zowel somatisch als psychisch - leidt. De overzichtsstudie op dit gebied van Mumford e.a. (1984) omdat 56 studies, waarvan er 24 op een (Amerikaanse) eerstelijnssetting (HMO, 'Health service centre', Fee for service health clinic, outpatient clinic, en dergelijke) betrekking hebben. Als psychologische ingrepen die in deze studies onderzocht worden, worden counseling, (kortdurende) psychotherapie, instructie, diagnostisch bezoek, en éénmaal, psycho-analyse genoemd. De onderzochte effecten, afname van ziektekosten, frequentie van doktersbezoek, ziekteverzuim, prescriptie, en laboratorium-gebruik, zijn in vrijwel alle studies groter voor de experimentele groep dan voor de controlegroep.

Bij de interpretatie van de resultaten van de in deze overzichtsstudie opgenomen onderzoeken zijn echter nogal wat kanttekeningen te maken. In de eerste plaats worden nogal wat soorten ingrepen en soorten effecten over één kam geschoren. Voorts is het moeilijk op basis van de summiere informatie om de onderzochte onderzoeken op hun wetenschappelijke merites te beoordelen. Dit zijn algemene bezwaren die tegen de methode van meta-analyse zijn in te brengen (vergelijk Maes, 1987). Daarnaast kan op basis van de informatie die wel voorhanden is, kritiek geleverd worden op de interpretatie. De ingreep 'kortdurende psychologische interventie' wordt als geslaagd beoordeeld, wanneer het relatieve verschil tussen voor- en nameting bij de experimentele groep groter is dan bij de controlegroep. Met deze werkwijze worden experimentele ingrepen waarna medische consumptie afneemt maar ver boven het niveau van een constante controlegroep blijft, als positief bestempeld; ingrepen waarna de consumptie toeneemt worden positief beoordeeld indien de consumptie bij de controlegroep relatief meer toeneemt; door het ontbreken van informatie over significantie van verschillen worden kleine effecten die aan toeval zouden kunnen worden toegeschreven tot geslaagde uitkomsten verklaard. Wanneer we de resultaten van deze overzichtsstudies zo met een kritisch oog bekijken dan is onze conclusie dat in ongeveer de helft van de gevallen die op de eerstelijns betrekking hadden een kortdurende psychologische interventie de medische consumptie

(en dus de kosten) deed dalen tot een gemiddeld niveau, en dat dit in de andere helft niet het geval was.

Een andere reden om enigszins terughoudend te zijn in de verwachtingen omtrent kortdurende psychologische hulpverlening is het verschil in setting tussen de Amerikaanse en de Nederlandse gezondheidszorg. Waar de Amerikaanse structuur weinig remmingen kent op het gebruik van medische voorzieningen, is de Nederlandse erop afgestemd om overbodige consumptie in de tweedelij n te voorkómen door middel van de huisarts. Het zou daarom kunnen zijn dat de te behalen 'winst' in de tweedelij n in Nederland sowieso geringer is.

De beperkte Nederlandse gegevens op dit terrein lijken daarop te wijzen: zowel Smits en Huygen (1976) als Verhaak (1979) constateren een sterke toename van medische consumptie vóór kortdurende psychotherapie, gevolgd door een afname daarna; het niveau blijft ver boven het niveau van doorsnee-controlegroepen.

Randomized controlled trials in het Verenigd Koninkrijk, wat structuur van de gezondheidszorg betreft vergelijkbaar met Nederland, leveren een tegenstrijdig beeld op (Kamerow en Burns, 1987): tweemaal een positief effect op huisartsbezoek en voorgeschreven psychofarmaca, eenmaal geen effect.

Het effect dat zo'n samenwerking op andere hulpverleners zou hebben is nauwelijks onderwerp van onderzoek geweest. Verhaak (1979) ging na in hoeverre het gedrag van negen huisartsen die met een eerstelij nspsycholoog hadden samengewerkt, ten opzichte van patiënten met psychische problemen veranderd was. Een aantal artsen ging, toen ze met een eerstelij nspsycholoog gingen samenwerken, meer klachten als 'psychisch' beschouwen. Dit effect was niet blijvend. Vijf van de negen artsen gingen in hun gesprekken met patiënten meer in op psychische aspecten van klachten. Voorschrijf- en verwijscijfers veranderden niet.

Conclusie

Integrale opname van een psycholoog in het team zal vooral een extra behandelmogelijkheid scheppen met korte lijnen naar de huisarts. In de praktijk is niet gebleken dat dit ook de relatie met de AGGZ zal bevorderen - in de praktijk leidt het ook wel tot problemen met AMW of RIAGG - maar het zal de behoefte aan AGGZ-contact verminderen. Als behandelmogelijkheid zou het in een aantal gevallen een alternatief voor huisartsenhulp kunnen zijn. In hoeverre het een alternatief voor AMW is, is niet uit onderzoeksresultaten op te maken. Ge-

zien de gerichtheid op behandeling zal consultatie of nascholing door psychologen maar een marginale activiteit blijven.

3.6. Detachering/liaison

Pincus (1987) beschrijft een aantal modellen om ELGZ en GGZ beter te integreren:

- ELGZ trekt een consultant van buiten aan;
- geïntegreerd 'family health care team';
- mental health education van ELGZ-werkers.

Pincus benadrukt drie typen elementen:

- contractuele elementen: formele en informele afspraken tussen ELGZ en GGZ-circuits;
- functionele elementen: vormen van samenwerking rond cliënten: taakverdeling, afbakening en dergelijke;
- leerelementen: gericht op verbetering van kennis en houding van ELGZ-medewerker.

Voor zover integratie vooral gericht is op kennisoverdracht, consultatie of advies, zijn deze activiteiten in de paragrafen 3.2 en 3.3 beschreven. Met detachering van GGZ-medewerkers in de ELZ kunnen echter ook contractuele elementen nagestreefd worden. Hoewel detachering gepaard zal moeten gaan met inhoudelijke activiteiten, zijn in diverse studies ook de effecten op procedureel gebied besproken. Voorbeelden van detacheringsprogramma's zijn de liaison attachments van psychiaters in eerstelijnssettings (Strathdee, 1987) in Engeland en de reeds in paragraaf 3.4 beschreven linkage programs in de Verenigde Staten.

De helft van de door Strathdee geïnterviewde psychiaters die in een 'liaison attachment' model werkten, beperkten zich tot klinische activiteiten. Ongeveer een kwart werkte op consultatieve, Balint-achtige wijze. Bij een aantal werd consultatie en supervisie steeds belangrijker.

Ook Burns e.a. (1983) merken naar aanleiding van de linkage projecten op dat bij een deel van deze projecten de voor de coördinatie bedoelde linkage worker zich toch vooral op behandeling ging toeleveren.

Over het effect van de liaison attachment, meldt Strathdee het volgende: De psychiaters zeiden dat onder invloed van de samenwerking de klinische standaard hoger werd, dat zij, als GGZ-deskundigen,

over meer achtergrondinformatie beschikten, dat er gemakkelijker en vroegtijdiger verwezen werd, en dat opnamen voorkomen konden worden. Niet duidelijk wordt of zij ook bijdroegen tot een verbetering van de relatie met andere instellingen.

De huisartsen zeiden dat het verwijsproces verbeterde, dat ze meer adequate feedback kregen en meer kennis over psychische problemen kregen. De samenwerking leidde volgens hen niet tot afname van ziekenhuisopnamen.

Prindaville e.a. (1983) concluderen dat linkage programs de toegankelijkheid van de GGZ vergroot en de fragmentatie verkleint.

Conclusie

De programma's die beschreven zijn, bevatten, in Pincus' terminologie, meer functionele en leerelementen, dan dat het contractuele nu echt aan bod komt. Bovendien is de opstelling van officiële vertegenwoordigers van AMW en AGGZ (Joint en NVAGG) ten opzichte van vrijgevestigd psychologen - bijvoorbeeld naar aanleiding van de Nota Geestelijke Gezondheidszorg (1985) - zodanig dat te verwachten valt dat een psycholoog die niet vanuit een gevestigde GGZ-instantie gedetacheerd is weinig kan van slagen als 'linkage worker' zal hebben.

4. MENINGEN VAN HULPVERLENERS IN ALMERE

Teneinde inzicht te krijgen in de mening van in Almere werkzame hulpverleners omtrent aanvullende hulp door psychologen zijn interviews en telefonische gesprekken gevoerd met 11 huisartsen, zeven maatschappelijk werkers, drie fysiotherapeuten en vier wijkverpleegkundigen uit de 11 Almeerse gezondheidscentra en met een aan het RIAGG verbonden psycholoog.

Aan de geïnterviewden werden de mogelijkheden die psychologen te bieden hebben, zoals in hoofdstuk 3 beschreven, voorgelegd. Daarnaast is er het gegeven dat het op basis van morbiditeitsgegevens niet waarschijnlijk lijkt dat in Almere sprake is van minder psychosociale problematiek dan in vergelijkbare Nederlandse gemeenten. Hierbij speelt het AMW in de Almeerse gezondheidscentra een prominente rol. Uit een uitwerking van de JOINT-registratie door de EVA (1987) komt naar voren dat het aantal cliënten dit in 1987 gebruik maakte van het maatschappelijk werk, ruim boven het landelijk gemiddelde lag. Exclusief de korte contacten deed 3,4% van de bevolking een beroep op het maatschappelijk werk tegen 1,9% landelijk (1986). In Almere blijkt meer (66%) relationele en individuele problematiek bij het AMW aangemeld te worden dan in de rest van Nederland (52%) en wordt door het AMW meer tijd besteedt aan groepswerk (12,8% versus 4,2%).

Omtrent de behoefte aan versterking van de ELZ door één of meer psychologen werd in de interviews verschillend geoordeeld. Behoefte in kwantitatieve zin is afhankelijk van het soort wijk waarin men werkzaam is. In de ene praktijk worden meer psychische en sociale problemen gepresenteerd dan in de andere. Dit is wijkgebonden, maar behoefte aan al dan niet meer psychosociale opvang is ook afhankelijk van de huidige grootte van de verschillende centra. In sommige centra oordeelt men dat men nu het psychosociale probleemaanbod aankan, maar dat dit anders zal worden wanneer het centrum eenmaal volgroeid is.

De behoefte in kwalitatieve zin is in de eerste plaats afhankelijk van de discipline van de ondervraagde hulpverlener. Bij het AMW is geen animo te bespeuren voor uitbreiding van gezondheidscentrumteams met psychologen; eventuele uitbreiding zou in hun ogen even

goed maatschappelijk werkers kunnen betreffen. Taken die voor een psycholoog in de centra gesuggereerd werden (consultatie, kortdurende behandeling), horen volgens het AMW bij de RIAGG thuis. Het AMW wordt door hen als de generalistische GGZ-voorziening bij uitstek gezien. Psychologen zijn meer op het individuele en op gedrag gericht, het AMW is gewend vanuit een holistische visie systeemgericht te werken. Met name is het AMW gekant tegen behandeling door psychologen en tegen een directe toegankelijkheid van de psycholoog.

De huisartsen verkondigen voor een deel de mening dat de huidige opvang door het AMW voldoet. Negen van de 11 geïnterviewde huisartsen vullen dit echter aan met de opvatting dat een psycholoog in het centrum een welkome aanvulling zou betekenen voor die patiënten met wie het AMW niet verder komt. Een aantal huisartsen verwijst nu dan ook al naar de in Almere aanwezige eerstelijnspsycholoog. Ook zou de problematiek in de ene wijk meer AMW-achtig zijn, in de andere meer iets voor een psycholoog. Hierbij speelt mee dat de huisartsen bij de RIAGG niet verzekerd zijn van hulpverlening door een psycholoog wanneer ze dat nodig achten. Maatschappelijk werk en sociaal-psychiatisch verpleegkundigen bij het RIAGG zouden in deze optiek te veel hooi op hun vork nemen. Ook speelt mee dat men niet tevreden is over de toegankelijkheid van en terugrapportage (feedback) door het RIAGG. Vooral aan contact tijdens behandeling door het RIAGG ontbreekt het. Een derde argument van huisartsen voor een psycholoog in de eerstelijns en tegen het RIAGG is gelegen in de stigmatisering die van een verwijzing naar het RIAGG uit kan gaan.

De meest uitgesproken huisartsenmening vóór een psycholoog is dat deze er "gewoon als extra discipline bij moet. In het centrum". Gesteld wordt dat nu de fysiotherapeut diens werk opknapt.

De mening over de wenselijke omvang van extra psychologische ondersteuning loopt uiteen van enkele uren tot een halve week per week.

Bij fysiotherapeuten wordt een behoefte opgemerkt aan de mogelijkheid een psycholoog te kunnen consulteren en eventueel te kunnen verwijzen. Fysiotherapeuten en huisartsen hebben geen begeleiding op het gebied van psychosociale problematiek zoals het AMW en de wijkverpleging.

Letten we vervolgens op het soort activiteiten dat van een psycholoog verwacht wordt.

Nascholing wordt vrij unaniem afgewezen. De argumenten hiertegen zijn het gebrek aan tijd, dat in allerlei toonaarden wordt verkon-

digd, het gebrek aan behoefte aan nascholing onder verwijzing naar het bestaande aanbod, en de rare functie die het geven van nascholing als teamlid zou hebben.

Ook screeningsactiviteiten verwacht men niet van een psycholoog. Een huisarts is daar tamelijk expliciet over: "diagnostiek van eerste-lijnpsycholoog is niet nodig. Dan liever van een psychiater".. Overigens wordt wel geopperd dat een psycholoog in de eerstelijnssteams tot betere indicatiestelling zou leiden.

Een of andere vorm van consultatieve activiteit zien de meeste ondervraagden wel voor een psycholoog weggelegd. Zoals gezegd, opteerden fysiotherapeuten hiervoor. Ook wijkverpleegkundigen zien wat in deze mogelijkheid, maar hun voorkeur gaat uit naar een orthopaedagoog.

Voor het AMW is de psycholoog als consultatiegever eigenlijk de enige zinvolle invulling, waarbij sommigen aandringen op ontwikkelingspsychologische deskundigheid.

De huisartsen zijn in dit opzicht het meest verdeeld: sommigen achten consultatie 'heel belangrijk' en benadrukken het belang van gestructureerd overleg, anderen willen het pertinent niet als systematiek: hij moet alleen 'aanspreekbaar' zijn.

Verdergaand dan consultatie zijn de ideeën van huisartsen dat een psycholoog als supervisor of co-therapeut optreedt. Dit laatste ziet minstens één algemeen maatschappelijk werker ook als mogelijkheid.

De psycholoog als verbindingsschakel tussen ELZ en AGGZ wordt als mogelijkheid geopperd. De bij dat gesprek aanwezige maatschappelijk werker vreest in zo'n geval dat de psycholoog toch 'een eigen winkel zal beginnen'.

Hoewel over de liaisonfunctie van de psycholoog door niet zoveel geïnterviewden wat gezegd wordt, worden er door velen suggesties gedaan over de mogelijke inbedding van psychologen. Zowel een groot aantal huisartsen als maatschappelijk werkers zien wat in de constructie waarbij de RIAGG in de verschillende gezondheidscentra spreekuur houdt (liefst door psychologen). Een dergelijke constructie bestaat naar zeggen van de hulpverleners in de gezondheidscentra slechts in enkele centra, en de frequentie van de contacten wordt thans te laag geacht. De aanspreekbaarheid en herkenbaarheid van de RIAGG wordt daarmee vergroot, in de behoefte van huisartsen aan psychologische adviezen wordt voorzien en er is geen sprake van de door het AMW gevreesde nieuwe hulpverlener.

Het zal sommige huisartsen die een behandelend eerstelijnspsycholoog in het centrum willen niet ver genoeg gaan; het is tevens de vraag

of consultatie vanuit het RIAGG niet zal verzanden in behandeling,
zoals in het verleden ook wel geschiedde.

5. AANBEVELINGEN

5.1. Overwegingen

Op grond van de hier verzamelde informatie formuleren we de volgende overwegingen:

1. Er is in het algemeen behoefte aan inhoudelijke ondersteuning van de ELZ met betrekking tot diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van psychosociale problemen.
2. Er is behoefte aan een 'korte lijn' tussen generalistische en specialistische hulpverlening. Dit houdt procedureel gesproken in dat de generalist wil weten naar wie hij verwijst, hoe de specialistische behandeling verloopt, en wat de afloop daarvan is. Ook het vragen van advies respectievelijk het geven van consultatie zal pas geschieden wanneer er sprake is van persoonlijke contacten over en weer.
3. In Almere is sprake van een relatief groot aanbod van psychische en sociale klachten. Daarnaast worden bij relatief veel lichamelijk geformuleerde klachten psychische aspecten door de huisartsen opgemerkt.
Voor de opvang van deze problemen wordt erg veel gebruik gemaakt van de diensten van het AMW.
4. Deze opvang wordt door een deel van de huisartsen voldoende geacht, een deel zou hiervoor, naast het AMW, ook meer specifiek gerichte psychologische hulp in de ELZ willen benutten.
5. Het contact tussen gezondheidscentra en RIAGG wordt door de ELZ-hulpverleners momenteel als onvoldoende aansluitend op de behoeften in de wijk gekwalificeerd.
6. De meest zinnige ondersteuning die psychologen in de eerstelijns te bieden hebben zijn gelegen in de functies consultatie en kortdurende behandeling. Wanneer ze zo'n functie vervullen - dus, wanneer ze een inhoudelijke taak hebben - is het daarnaast mogelijk dat ze het contact met de tweedelijns mede onderhouden. In Almere zal per centrum bekeken moeten worden welke invulling het meest zinvol is.
7. Wanneer men wil voorkomen dat inschakeling van psychologen uiteindelijk tot een nieuw behandelcircuit leidt zal men moeten waken voor een te vrijblijvende taakomschrijving. Dit vanwege de volgende redenen:
 - Hulpverleners in het algemeen (en psychologen dus ook) hebben

een natuurlijke neiging tot hulpverleners en zullen vrije ruimte daar ook mee gaan vullen.

- Vrijblijvende consultatie- of adviesituaties leiden ertoe dat een relatief kleine groep potentiële consultatie/adviesvragers daar een buitensporig groot gebruik van zullen maken.
- Eerstelijnsbulpverleners, in casu huisartsen, hebben voldoende probleem aanbod om een psycholoog met een vage opdracht aan het behandelen te zetten.

5.2. Advies

Het voorgaande in overweging nemend, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de opvang van psychosociale problematiek in de ELZ te Almere aandacht behoeft. Waar het om directe opvang hiervan in de eerstelijns gaat lijkt het AMW ter plaatse daar ruimschoots in te voorzien. Er zijn echter centra waarbij door de huisartsen ten behoeve van specifieke problemen psychologische deskundigheid in het gezondheidscentrum wenselijk wordt geacht. Daarnaast wordt de aansluiting ELZ-AGGZ problematisch gevonden.

Een advies- of consultatiemogelijkheid voor huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen wordt door velen zinvol geacht. Dit kan op verschillende manieren verwezenlijkt worden. Het minst ver gaand is een verbetering van de samenwerking tussen gezondheidscentra en RIAGG. Verdergaand is om daar een psycholoog als 'liaisonfunctionaris' voor in het leven te roepen. Deze kan vanuit het RIAGG of vanuit de gezondheidscentra werken. Deze liaisonfunctionaris zou zijn werkzaamheden als volgt kunnen invullen.

De centra zouden één à drie dagdelen de beschikking kunnen krijgen over een psycholoog en per centrum kunnen onderhandelen over de nadere invulling hiervan: over de taak (uitsluitend een consultatie/adviesfunctie dan wel mede een behandelfunctie), over de tijdsinvulling (mede afhankelijk van grootte en specifieke wijkproblematiek) en over de achtergrond van de psycholoog. Vooropgesteld moet worden dat de psycholoog in vaste gestructureerde overlegvormen (een deel van) zijn functie uitoefent. De consultatiefunctie zou voor een van te voren vastgestelde minimale hoeveelheid tijd per week gega randeerd moeten zijn.

De psycholoog zou daarnaast in ieder centrum de taak van contactpersoon met de AGGZ moeten onderhouden.

Teneinde procedures van de AGGZ inzichtelijker te maken en de bekendheid van AGGZ en ELZ over en weer te vergroten zou deelname van

een dergelijke functionaris aan zowel RIAGG- als gezondheidscentrum-overlegorganen te overwegen zijn. Hierbij zijn dan twee constructies mogelijk:

een RIAGG-psycholoog zou spreekuur kunnen houden in een aantal gezondheidscentra en daar ook deel moeten nemen aan patiëntenbesprekingen. Hierbij zouden vaste afspraken moeten gelden. Er zou ook gestreefd kunnen worden naar een soort 'omgekeerde detachering': een bij EVA in dienst zijnde psycholoog 'bedient' drie tot vier gezondheidscentra en is vanuit de eerstelijns twee dagdelen in de week 'gedetacheerd' bij de RIAGG.

In 1989 zou bij wijze van experiment met één psycholoog bij drie centra in één wijk plus de RIAGG begonnen kunnen worden. Een onderzoeksmatige begeleiding is hierbij niet uitgesloten opdat na één of twee jaar op basis van de bevindingen in de drie centra besloten kan worden of zo'n experiment op grotere schaal toepassing zou kunnen vinden. Een en ander zou ook landelijk gesproken beleidsrelevant zijn, gelet op de voornemens die in de Nota Geestelijke Volksgezondheid zijn neergelegd en gelet op de huidige activiteiten van de gemengde commissie ELZ/AGGZ die met deze problematiek belast is.

LITERATUUR

- BENSING, J.M., R. KLUVER, H. SCHUT, e.a. Konsultatie-project Eindhoven. Utrecht: NHI, 1980
- BENSING, J.B., E.M. SLUIJS. Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Social Science and medicine*; 20, 1985, no. 7, p. 737-747
- BROOME, A.K., B.J.B. KAT. Would more mental illness services help general practitioners manage their difficult patients? *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 31, 1981, mei, p. 303-307
- BURNS, B.J., J.D. BURKE, L.D. OZARIN. Linking health and mental health services in rural areas. *International journal of mental health*; 12, 1983, no. 1-2, p. 130-143
- BURNS, B.J., J.E. SCOTT, J.D. BURKE, L.G. KESSLER. Mental health training of primary care residents: a review of recent literature (1984-1981). *General Hospital Psychiatry*; 5, 1983, no. ..., p. 157-169
- CAMPBELL, T.L. Is screening for mental health problems worthwhile in family practice? An opposing view. *Journal of Family Practice*; 25, 1987, no. 2, p. 184-187
- DANIELS, M.L., L.S. LINN. Psychiatric consultation in a medical clinic: what do medical providers want? *General Hospital Psychiatry*; 6, 1984, p. 196-202
- EERSTELIJNS VOORZIENING ALMERE. Uitwerking Joint-registratie EVA, 1987, Almere: EVA; 1988
- FRANCE, R.D., J.L. HOUP, C.S. ORLEANS, P.J. TRENT. Teaching psychotherapy interventions to family practice residents. A controlled study. *American Journal of Psychiatry*; 136, 1979, p. 1596-1597
- GASK, L., D. GOLDBERG, A.L. LESSER, T. MILLAR. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*; 22, 1988, no. 2, p. 132-138
- GASK, L., G. McGRATH, D. GOLDBERG, T. MILLAR. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Medical Education*; 21, 1987, no. 4, p. 362-368
- GERMAN, P.S., S. SHAPIRO, E.A. SKINNER, e.a. Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers. *Journal of the American Medical Association*; 257, 1987, no. 4, p. 489-493

- GOLDBERG, D. The concept of a psychiatric "case" in general practice. *Social Psychiatry*; 17, 1982, p. 61-65
- GOLDBERG, D., J.J. STEELE, C. SARITH, L. SPIVEY. Training family practice residents to recognize psychiatric disturbances. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health, 1983
- GOLDBERG, D.P., B. BLACKWELL. Psychiatric illness in general practice. *British Medical Journal*; ..., 1970, no. .., p. 439-443
- GOLDBERG, D., P. HUXLEY. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Londen: Tavistock, 1980
- HOWE, G.W., J.T. TAPP, M. JACKSON. Training family physicians in behavioral aspects of primary care: the psychologist's role. *Professional psychology*; 13, 1982, no. 6, p. 806-813
- KAMEROW, D.B. Is screening for mental health problems worthwhile in family practice? An affirmative view. *Journal of Family Practice*; 25, 1987, no. 2, p. 181-184
- KAMEROW, D.B., B.J. BURNS. The effectiveness of mental health consultation and referral in ambulatory primary care: a research lacuna. *General Hospital Psychiatry*; 9, 1987, no. 11, p. 111-117
- KEMPEN, W.R. VAN. De psycholoog in de eerste lijn, 8 jaar ervaring in het gezondheidscentrum 'Jan van Zutphenstraat' te Haarlem. *Medisch Contact*; 36, 1981, no. 31, p. 942-946
- LAMBERTS, H. Psychotherapie: geen taak van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*; 27, 1984, suppl. H&W), p. 13-15
- LIPKIN, M. The medical interview and related skills. IN: Branch, W.T.: *Office Practice of Medicine*, W.B. Saunders Company, 1987
- MAES, S. Hoe rekbaar is een meta-analyse? *Gezondheid en Samenleving*; 8, 1987, no. 1, p. 46-47
- MARKS, J.N., D.P. GOLDBERG, V.F. HILLIER. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine*; 9, 1979, no. 2, p. 337-353
- MEDWAY, F.J., J.F. UPDYKE. Meta-analysis of consultation outcome studies. *American Journal of Community Psychology*; 13, 1985, no. 5, p. 489-505
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984
- MUMFORD, C., H.J. SCHLESINGER, G.V. GLASS, C. PATRICK, T. CUERDON. A new look at evidence about reduced costs of medical utilization following mental health treatment. *The American Journal of Psychiatry*; 141, 1984, no. 10, p. 1145-1158
- PINCUS, H.A. Patient-oriented models for linking primary care and mental health care. *General Hospital Psychiatry*; 9, 1987, p. 95-101

- PINCUS, H.A., J.J. STRAIN, J.L. HOUP, L.H. GISE. Models of mental health training in primary care. *Journal of American Medical Association*; 249, 1983, no. 22, p. 3065-3068
- PRINDAVILLE, G.H., L.H. SIDWELL, D.E. MILNER. Integrating primary health care and mental health services: a succesful rural linkage. *Public health reports*; 98, 1983, no. 1, p. 67-72
- PSH, Stichting voor psychosociale hulpverlening in de eerstelij. Jaarverslagen 1979, 1980. Breda: 1979, 1980
- RIDDER, D. DE, J. VISSER. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelij en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NcGv en NIVEL, september 1987
- SCHRIJNEMAERS, V. De psycholoog en de eerstelij. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1988
- SCHULBERG, H.C., B.J. BURNS. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *General Hospital Psychiatry*; 10, 1988, p. 79-89
- SCHULBERG, H.C., M.McCLELLAND. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *General Hospital Psychiatry*; 9, 1987, p. 1-10
- SCHULBERG, H.C. Screening procedures in psychiatric care. A practice whose time has come. *Medical Care*; 25, 1987, no. 12, (suppl.), p. S103-S105
- SCHULBERG, H.C., M. SAUL, M.McCLELLAND, e.a. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch. Psychiatry*; 42, 1985, no. 12, p. 1164-1170
- SHAPIRO, S., P.S. GERMAN, E.A. SKINNER e.a. An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. *Medical Care*; 25, 1987, no. 4, p. 327-339
- SHEPHERD, M., B. COOPER, A.C. BROWN, e.a. *Psychiatric illness in general practice*. Londen: Oxford University Press, 1966
- SMITH, G.R., R.A. MONSON, D.C. RAY. Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized control study. *New England Journal of Medicine*; 314, 1986, p. 1407-1413
- SMITS, A., F.J.A. HUYGEN. Gezinstherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg: een poging tot evaluatie. *Huisarts en Wetenschap*; 19, 1976, no. 10, p. 373-378
- STRATHDEE, G. Primary care-psychiatry interactions: a British perspective. *General Hospital Psychiatry*; 9, 1987, p. 102-110
- VERHAAK, P.F.M. Een evaluatie van de samenwerking huisarts-psycholoog in Capelle a/d IJssel. Utrecht: NHI, 1979
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986

VISSER, J., D. DE RIDDER. Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, NcGv, 1987