

De Psychiater en de Eerste Lijn

door J. van Londen

Voorwoord

Sprekend over geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn mag U van mij, in mijn huidige departementale positie, verwachten dat ik dit onderwerp wil benaderen vanuit het belang van de gezondheidszorg in zijn geheel. Als doelstellingen van het beleid van het departement van Volksgezondheid voor de middellange en langere termijn wil ik vermelden:

- 1 bevorderen en bewaken van de kwaliteit van gezondheidszorg, waaronder begrepen de ontwikkeling van patiëntenrechten in de gezondheidszorg;
- 2 systeembeheersing, corrigeren van onevenwichtige groei binnen het systeem;
- 3 bevorderen van samenhang in de gezondheidszorg;
- 4 kostenbeheersing;
- 5 preventie, waaronder ook het beteugelen van het proces van vermedicalisering van klachten en menselijke nood;
- 6 regionalisatie, decentralisatie, democratisering;
- 7 bevordering van het tot stand komen van een beroepenstructuur;
B.I.G. – Voorbereiding Wetsontwerp t.a.v. *Beroepen in de Gezondheidszorg*;
man-power-planning;
opleidingen in de gezondheidszorg;
- 8 bevordering van een structuur van het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg.

Tegen deze achtergrond wil ik de volgende beleidsdoelstellingen voor de *geestelijke* volksgezondheid vermelden:

- 1 Bevorderen van de kwaliteit van de zorg. De kwestie van de patiëntenrechten. De nadere Memorie van Antwoord B.O.P.Z. verschijnt binnenkort. De Staatssecretaris heeft de Tweede Kamer toegezegd, vooruitlopend op de regeling van patiëntenrecn-

Schrijver is Directeur-Generaal van de Volksgezondheid. Hij hield deze voordracht t.g.v. het Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, d.d. 27 en 28-4-1979, te Lunteren.

- ten in het algemeen, die van de psychiatrische patiënten vast te willen regelen.
- 2 Wegwerken van de relatieve achterstand van de geestelijke gezondheidszorg t.o.v. de somatische gezondheidszorg, door prioriteiten te leggen bij nieuwbouw psychiatrische ziekenhuizen, binnen het bouwplafond. Verbetering van het leefklimaat van de chronische patiënten.
 - 3 Het bevorderen van een nieuwe structuur in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die een betere fundering van de functies van de ambulante geestelijke gezondheidszorg mogelijk maakt, en de samenhang binnen de a.g.g.z. bevordert. Regionalisering, decentralisatie, deconcentratie enerzijds en bundeling anderzijds.
 - 4 Bevorderen van de samenhang tussen intra- en extramurale hulpverlening in de a.g.g.z.
 - 5 Bevorderen van samenhang tussen g.g.z. en eerste lijn, openbare gezondheidszorg. Bevorderen samenhang g.g.z. – welzijnszorg, in het kader van de harmonisatie.
 - 6 Het bevorderen van duidelijkheid van plaats, taak en functie van de psychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg.
 - 7 Het scheppen van structuur op het gebied van de tussenvoorzoningen, en het ophelderen van onduidelijkheden in de financiering hiervan.

Bij lang niet alle klachten is het gezondheidszorgsysteem aangegeven de totale hulpverlening op zich te nemen, noch daartoe toegegerust. Bij het wege van die klachten speelt de eerstelijns een belangrijke rol; zij kan daarin geholpen worden door de geestelijke gezondheidszorg. In mijn betoog zal ik de samenhang eerste lijn – geestelijke gezondheidszorg benaderen vanuit de eerste lijn en vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Ik zal ingaan op de problemen die er m.i. nog liggen op beide terreinen. Bovendien zal ik trachten in te gaan op kritiek zoals die is geuit o.a. door de N.V.P. op de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de Commissie Van Londen). Niet dat de Commissie mij hiertoe heeft geautoriseerd, noch dat daar in de Commissie reeds over is gesproken: De G.C.A.G.G. wordt dus geenszins door mijn opmerkingen gecommitteerd; wel zal ik uiteraard als voorzitter verantwoording aan de Commissie afleggen, over wat ik hier heb gezegd. Voorts zal ik trachten in te gaan op de begrippen geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie; om te trachten een nadere bijdrage te leveren aan de discussie die daarover gaande is.

Beleidslijnen treft U verder niet expliciet maar impliciet in mijn betoog aan. U dient mijn betoog te plaatsen tegen de achtergrond van de doelstellingen, zoals die door het departement onder woorden worden gebracht. Op het begrip kostenbeheersing zal ik hier vandaag niet ingaan. Ik verwijs daarvoor naar de recente brief van staatssecretaris Veder-Smit aan de Tweede Kamer, in antwoord op de motie Lubbers tijdens de behandeling van Bestek '81.

Een gezondheidszorg van goede kwaliteit is een groot cultuurgoed, dat zorgvuldig beheerd moet worden – door ons allen. Dat

is geen taak van de overheid alléén, noch van de overheid bij uitstek. Dat het recht op gezondheidszorg vrijwel verwoord kan worden als een sociaal-grondrecht geeft de overheid wél bepaalde plichten en taken. Dit ter algemene inleiding. Ik kom hier uitvoeriger op terug.

Inleiding

Soms bekruipt me wel eens de angst, en zeker heb ik er zorg over, dat we in de gezondheidszorg te veel verlangen van de eerste lijn, en zo niet té veel, dan het vele toch te vlug. Zijn we niet bezig een te zware claim op de eerste lijn te leggen?

In de *eerste plaats*: we doen net alsof samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn reeds de gewoonste zaak zijn, terwijl de feitelijke situatie is dat het aantal samenwerkingsverbanden weliswaar groeiende is, maar dat het geheel toch een erg teer kasplantje is.

In de *tweede plaats* hopen en verwachten we van de zgn. versterking van de eerste lijn een betere en meer integrale hulpverlening *thuis*, waardoor door de patiënt minder, en in elk geval minder lang beroep behoeft te worden gedaan op de intramurale zorg. Van de eerste lijn wordt dus een grote actieve bijdrage verwacht in de kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Met name het verwijspatroon zou door de eerste lijn nog steviger in de hand gehouden kunnen worden.

In de *derde plaats* verwachten we (en met wij bedoel ik voortdurend de gemeenschap, en ook de overheid), juist in de eerstelijns hulpverlening een integrale visie op mens en maatschappij gerealiseerd te zien; een visie die door veel auteurs over de eerste lijn als 'holistisch' wordt beschreven. Zo belangrijk wordt de visie op de eerstelijnsgezondheidszorg geacht, dat functies en behoeften van de eerste lijn in de doelstellingennota van het op te richten Academisch Ziekenhuis Maastricht een alles bepalende rol zullen spelen. Deze nota staat echter – zoals U weet – volledig ter discussie, zodat nog afgewacht moet worden toe deze tenslotte tevoorschijn zal komen, afgewogen tegen de basisfilosofie van de Medische Faculteit Maastricht.

In de *vierde plaats* verwachten we dat juist *ook* in de hulpverlening in de eerste lijn de mondigheid van de hulpvrager optimaal recht kan worden gedaan, zodat niet alleen samenwerking binnen de eerste lijn maar ook samenwerking tussen eerste lijn en hulpvrager gerealiseerd kan worden. Nú vragen wij ook nog eens de aandacht voor samenwerkingsproblematiek tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg. Laurijssens, Blanken, Freriks, Holtmaat, Pon en Sorgdrager beschreven onlangs de problemen van de eerste lijn in 'Huisarts en Wetenschap' (1979). Ik kom in mijn betoog nog een aantal malen op dit belangrijke artikel terug. Nu reeds wil ik hier vermelden dat hun belangrijkste kritiek op dit moment is: '*Er zit geen lijn in de eerste lijn*'. Oorzaken daarvan zijn, zeggen de auteurs:

– 'er is geen gezamenlijke visie,

- er komt geen samenhangend vestigingsbeleid,
- verschillen in juridische status blijven bestaan,
- een adequate financiering voor samenwerking ontbreekt,
- de planning wordt van bovenaf opgelegd’.

De vragen die ik aan de orde wil stellen, binnen het kader van dit voorjaarscongres, zijn:

- 1 *Wie* werkt met *wie* samen als we spreken van g.g.z. en eerste lijn?
- 2 Wat is de legitimering van die samenwerking?
- 3 Welke samenwerkingsvormen zijn denkbaar?
- 4 Welke methodieken, en welke probleemvelden lenen zich het best of het eerst voor samenwerking psychiater en eerste lijn, c.q. geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn? Kunnen afspraken worden gemaakt?
- 5 Welke belemmeringen doen zich voor?

Het onderwerp van dit voorjaarscongres is pikant: ‘*dé* psychiater en *hét* eerste echelon’. Ik wijs op het gebruik van de bepaalde lidwoorden ‘*dé*’ en ‘*hét*’, suggererend dat de inhoud van beide gehanteerde begrippen bepaald is. Het thema van mijn inleiding, uitgewerkt in bovengenoemde 5 vragen, zal zijn dat dit in mijn opvatting niet juist is. Het pikante van de situatie is nu, naar mijn gevoel, dat in de eerstelijnsgezondheidszorg en allelijns geestelijke gezondheidszorg vergelijkbare, ja zelfs parallel lopende problemen, bestaan. In de eerste lijn wordt getoed met de problematiek in relatie huisartsgeneeskunde ~ integrale gezondheidszorg en integrale gezondheidszorg ~ welzijnszorg. In de geestelijke gezondheidszorg bestaat het onderscheid psychiatrie – geestelijke gezondheidszorg, en geestelijke gezondheidszorg – welzijnszorg.

Om nu te komen tot het onderwerp van vandaag, *dé* psychiater en *hét* eerste echelon, zal ik trachten dit te benaderen uit de vergelijkende probleemstelling. Het wordt nl. hoog tijd, dat we ons verder bezinnen op de relatie gezondheidszorg – welzijnszorg, omdat door totale identificatie van beide begrippen de maatschappij nog verder vermedicaliseerd dreigt te geraken, en de gezondheidszorg belast wordt met een problematiek, waarvoor zij het probleemoplossend vermogen niet beheerst. Samenwerking: o.k. – en principeel juist, maar geen vervaging. De tijd is voorbij dat van een ‘mental health movement’ werd verwacht dat zij kon bijdragen tot vrede door middel van een bijdrage tot het geluk of de zaligheid van mensen. Wel kan het wegwerken van grote verschillen in gezondheidszorg tussen rijk en arm, ontwikkeld en onderontwikkeld, zulk een bijdrage tot vrede leveren, in die zin dat dan één van de prikkels tussen ‘haves’ en ‘haves-not’ wordt weggenomen. Dit is de achtergrond van de recente Alma Ata-declaratie van de WHO en UNICEF, over primary health care. Het thema benader ik dus vanuit de relaties: (a) psychiatrie – geestelijke gezondheidszorg – welzijnszorg en (b) huisartsgeneeskunde – integrale eerstelijnsgezondheidszorg – welzijnszorg.

Voor wat betreft de omschrijvingen psychiater en eerste lijn, ga ik te rade bij de professie zelf. Voor het begrip psychiater verwijs ik

naar de nieuwsbrief van de N.V.P.: 'Nieuws en mededelingen' van april 1979. De daar op blz. 2 en 3 gegeven definitie neem ik over. De nieuwsbrief bevat het commentaar van de N.V.P. op het interimrapport van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Voor wat betreft het begrip eerstelijnsgezondheidszorg baseer ik mij op het artikel van Laurijssens e.a.: 'Samenwerking in de eerste lijn' in Huisarts en Wetenschap (1979). Over de definities zullen we dus waarschijnlijk geen verschil van mening krijgen, over de onderbouwing mogelijk wél.

Wie werkt samen met wie?

De geestelijke gezondheidszorg

De Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg heeft, zoals in deze kring genoegzaam bekend, een interimrapport uitgebracht over samenwerking binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Na een lange voorgeschiedenis met rapporten van de zijden van de koepels in de geestelijke gezondheidszorg, later zelf gebundeld in de N.C.G.V. en de N.V.A.G.G., en de bestaande secties psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeginrichtingen van de N.Z.R., met rapporten ook van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, en van het departement, achte de vorige staatssecretaris, de heer Hendriks, de tijd gekomen om te trachten van de theoretische fase in de operationele fase te komen. Uitgaande van het harmoniemodel op het stuk van organiseren werd de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg breed samengesteld: hulpverleners – intramuraal, extramuraal –, zelfstandig gevestigde psychiaters, maatschappelijke dienstverlening; bestuurders en uitvoerders tezamen met financiers.

Voorwaar een ambitieuze uitgangstelling. De eerste poging van de Commissie is een toetsing van de gemeenschappelijk gebruikte terminologie, – een toetsing of elkaars eerder geformuleerde uitgangspunten nog wel conform zijn aan de moderne opvattingen over hulpvragen en hulpverlening in de gezondheidszorg, met name de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De hulpvragers in de geestelijke gezondheidszorg zijn *niet* expliciet in de Commissie vertegenwoordigd. Dit is voor mij een punt van zorg, dat ik nog wel in de Commissie ter sprake wil brengen. De fondsen zijn tot op zekere hoogte wel vertegenwoordigers van de hulpvragers.

In mijn opvatting en inschatting van wat er in de eerste fase in de Commissie is gebeurd, is het zo dat men gemeenschappelijk gezocht heeft naar het kenmerkende van de geestelijke gezondheidszorg, en daaruit afgeleid het karakteristieke van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit blijkt heel wat minder gemakkelijk te zijn, en ook minder voor de hand te liggen, dan men aanvankelijk zou denken. Dit zou wel eens de oorzaak kunnen zijn van de 'vaagheid', die als voornaamste kritiekpunt naar voren

komt. Oorzaak: een kenmerkende, theoretische grondslag voor geestelijke gezondheidszorg, een eenduidige wetenschapstheorie is er niet, of als er al zo'n theorie bestaat, wordt hij niet gemeenschappelijk aanvaard. Het ontbreken van zo een vanzelfsprekende, en ook taak- en functiebepalende wetenschapstheorie, kan ik met de volgende voorbeelden illustreren.

(a) De eerstelijns geneeskunde ambieert een integrale *gezondheidszorg* te bieden; daaronder wordt in elk geval mede begrepen psycho-sociale zorg. Men heeft steeds de grootste moeite te omschrijven welk deel van de integrale gezondheidszorg dat nu eigenlijk is, of welk deel dat van de geestelijke gezondheidszorg is. Het is een ondeelbaar zijn van de mens, en vervolgens de interdependentie van mens en milieu, die maken dat men in de gezondheidszorg, om ziekte en de menselijke reactie(s) op ziekte te begrijpen, aan *alle* aspecten van het menselijk bestaan aandacht moet geven, en ook een zekere mate van deskundigheid daarop moet ontplooiën. In die zin is geestelijke gezondheidszorg . . . gezondheidszorg, en is er te weinig wetenschaps-theoretische aanleiding om somatische van psychische gezondheidszorg te scheiden. En dus is het streven van de eerste lijn naar integrale gezondheidszorg legitiem.

(b) De Structuurnota (1974) van staatssecretaris Hendriks gaat uit van een integrale visie op gezondheidszorg: wanneer daarin sprake is van openbare gezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, en tweedelijnsgezondheidszorg, is daarin alleen plaats voor een aparte categorie geestelijke gezondheidszorg (0de, 1ste en 2de lijn) als men bereid is tot dichotomiseren van soma en psyche. De indeling van de structuurnota, dat realiseer ik me heel goed, hanteert een terminologie (echelonnering), die elders op een wat andere manier wordt gebruikt (Querido), en dus is er wel wat verwarrend gesticht (Gersons).

Als men ertoe overgaat, om allerlei redenen, toch geestelijke gezondheidszorg als aparte taak te onderscheiden, dan staat deze verticaal op de echelons van de Structuurnota, en dan is het consequent om te onderscheiden:

- openbare geestelijke gezondheidszorg,
- 1ste lijns geestelijke gezondheidszorg,
- 2de lijns geestelijke gezondheidszorg,

met voor alle drie zeer grote connecties met de algemene gezondheidszorg. Geen scheiding, maar *onderscheiding*. Zo zijn er ook binnen de geestelijke gezondheidszorg weer categorieën aan te duiden, die als één circuit functies omvatten van openbare, 1ste en 2de lijn. Ik denk aan de zorg voor alcoholisten en drugspatiënten, aan epilepsie-patiënten, en aan rond-leeftijd-gegroepeerde diensten: kinder- en jeugdgeestelijke gezondheidszorg, psychogeriatric. Kortom, de Structuurnota trekt wel de grote lijn, en gaat uit van de integrale gezondheidszorg, maar komt dan toch in moeilijkheden, in elk geval al met de geestelijke gezondheidszorg.

Nu zijn die problemen wel op praktische wijze oplosbaar. . .

Het ontbreken van één eigen echte wetenschapstheorie in de gees-

telijke gezondheidszorg, heeft als het ware invloed gehad op de geneeskunde. Men is, wellicht op al te gemakkelijke gronden, de begrippen geneeskunde en gezondheidszorg dooréén gaan gebruiken.

Binnen de geneeskunde, (de ziektebestrijding) was specialisering vanzelfsprekend; zo hebben de psychiaters een vanzelfsprekende en begrijpelijke plaats in de geneeskunde: ze zijn geneeskundige specialisten, als ze zich bij hun leest houden, opereren ze bovendien wetenschappelijk verantwoord. Maar ze zijn merkwaardige 'specialisten', omdat ze zich niet specialiseren op de integrale mens. Aan die oorspronkelijke geneeskunde ligt dan ook wél een wetenschapstheorie ten grondslag die, zolang maar toegepast binnen het medisch model, betrouwbaar is, en in hoge mate voorspellende waarde heeft. Maar met de intrede van een integrale geneeskunde vanuit een holistische visie op mens en maatschappij voldoet die geneeskundige wetenschapstheorie niet meer. De stappen van geneeskunde naar integrale geneeskunde, en van integrale geneeskunde naar gezondheidszorg zijn – wetenschappelijk gezien – enorm groot.

En om het nog moeilijker te maken: de stappen van gezondheidszorg naar welzijnszorg zijn – wetenschappelijk gesproken – wellicht niet te maken. En toch heeft iedereen de overtuiging dat die soorten hulpverlening moeten samenwerken. Het doen samen vloeien kan echter problemen geven t.g.v. deskundigheidsvervaging en begripsverwarring.

De Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg nu, heeft – zij het dat het er allemaal erg onopvallend, en in elk geval erg vanzelfsprekend lijkt te staan – wel degelijk geformuleerd waarop de geestelijke gezondheidszorg-deskundige nu wel *deskundige* moet zijn. Het kenmerkende is dan dat geestelijke gezondheidszorg, net zo als de 1ste lijn overigens maar dan anders geconcentreerd, drie wetenschapsgebieden moet toepassen, om adequaat en specifiek specialistische hulp te kunnen verlenen, namelijk:

- de geneeskunde, en daarin de psychiatrie,
- de psychologie, en met name sociale psychologie,
- de sociologie.

Net zo als bij de eerste lijn hoort men dan ook – en ook de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg heeft dat gedaan – de stelling verkondigen dat geestelijke gezondheidszorg in zijn volle omvang in samenwerkingsverband moet worden uitgeoefend. Men spreekt dan altijd – ik geloof wat te gemakkelijk – van 'teamverband', als men nog van samenwerking of overleg zou moeten spreken.

Ten onrechte – naar mijn hier mogelijk wat primair gestelde reactie – zet zich de N.V.P. in haar eerder genoemde brief af tegen wat zij noemt een 'reducerende indeling tussen psychiater en geestelijke gezondheidszorg', die door de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg zou worden gesuggereerd. De psychiater zou worden gereduceerd tot een biologisch deskundige.

Dat heeft de G.C.A.G.G. niet bedoeld en niet gewenst. De G.C.A.G.G. heeft de drie wetenschapsgebieden opgesomd, waarop de *geestelijke gezondheidszorg* zich beweegt. De kwestie van meer of minder goed is niet aan de orde.

De Commissie gaat er, conform de N.V.P., vanuit dat psychiaters geregistreerde *medische* specialisten zijn. Het is juist, zoals de N.V.P. in haar nieuwsbrief zegt, dat ook de 'psychiater op grond van zijn vorming en deskundigheid deze drie gebieden gezamenlijk (gedoeld wordt op medisch-biologisch, psychologisch, sociaal), *voorzover het nodig is voor de adequate zorg voor de psychiatrische patiënt*, beheerst en kan overzien.' Des Pudels kern zit dan ook in de begrippen 'psychiatrische patiënt' en voor zover nodig voor de 'adequate zorg'. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen geneeskunde en gezondheidszorg. We stuiten hier op dezelfde problematiek als de huisarts heeft: welke gebieden binnen en buiten de geneeskunde moet hij beheersen om een goede huisarts te zijn, die betrouwbare huisartseneeskunde én een goede gezondheidszorg levert?

De huisarts *kán* verkiezen individueel te werken en er naar te streven zoveel kennis en vaardigheid te verwerven dat hij in ieder geval naar zijn eigen kritische oordeel in staat is integrale geneeskunde – op het niveau van de eerste lijn – te leveren. De huisarts kan óók verkiezen om de kennis en de kunde, die hij op alle aspecten van het menselijke leven heeft verworven: somatisch, psychisch en geestelijk, religieus, en sociologisch, dienstbaar te maken door middel van een samenwerkingsverband met mensen, die zich op basis van studie en ervaring in die aspecten – *op zich* – hebben bekwaamd. Er komt dan steeds meer care in de cure: gezondheidszorg.

Ik zeg niet dat de eerste een minder goede huisdokter zal zijn dan de tweede, of dat de resultaten minder zouden zijn. Ik zeg wél dat het verlangen om sámen te werken in de eerste lijn tegemoet komt en zijn basis vindt in een verlangen in de maatschappij, levend bij velen, maar *niet* bij allen, naar een holistische mensbenadering en naar een maatschappij met kleine schaalementen. In een voordracht over de eerste lijn, gepubliceerd in *Medisch Contact*, heb ik dit verlangen als *romantisch* aangeduid en gesignaleerd dat dit vanuit een opleving van de romantiek in de maatschappij heel goed begrepen kan worden.

Men zoekt naar zinvolle verbanden tussen ziekte en gezondheid, tussen gezondheid en welzijn, en tussen ziekte en welzijn. Te vaak echter wordt de kortsluiting gemaakt dat de relatie ziekte/welzijn alleen een negatieve kan zijn, en de relatie gezondheid en welzijn alleen een positieve relatie.

De psychiater – medisch specialist – staat voor hetzelfde dilemma: hij *kán* verkiezen dit medisch-specialisme onafhankelijk uit te oefenen; dan heeft hij, daar ga ik vanuit, door opleiding en ervaring zoveel faciliteiten te bieden, dat hij de *psychiatrische patiënt* – inderdaad adequaat – hulp kan bieden. Maar men moet dan wel een poging doen te omschrijven wat dat is; beide begrippen; en

dat doet de N.V.P. *niet*.

Hij kan, net zoals de huisarts, verlangen – op basis van een holistische mensvisie – zijn kundigheid en ervaring in te passen in het mozaïek van kundigheden en ervaringen van geschoolden in gedragswetenschappen en religie. Dat wordt bedoeld als de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg spreekt over het pakket van de geestelijke gezondheidszorg: de uitkomst van de ingebrachte deskundigheden en ervaringen in het team, is groter en anders dan de optelling van de individuele factoren zou doen verwachten: dat is het kenmerk van het holisme.

Ik maak het volgende onderscheid: *de* geestelijke gezondheidszorg is het complex van functionarissen en structuren die specifieke geestelijke gezondheidszorghulp verstrekken op gespecialiseerd niveau, en die in staat zijn tot gespecialiseerd onderzoek (eventueel); *geestelijke gezondheidszorg* is een onderdeel van gezondheidszorg dat door samenwerking van geschoolden op verschillende wetenschappelijke disciplines tot stand komt, en dat zich richt op het bevorderen van de psychische gezondheid. *Psychiatrie* is een geneeskundig specialisme; *dé* psychiatrie is een geneeskundig voorzieningssysteem, dat zich richt op het herstel van psychische ziekten en de voorkoming daarvan.

De Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg wenst nadrukkelijk zich niet pejoratief uit te laten over de individueel werkende deskundige, zij het maatschappelijk werkende, arts, wijkverpleegkundige, psychiater of psycholoog, maar stelt, de overigens nog te bewijzen hypothese, dat het samenwerkingsverband iets *anders* te bieden heeft, dan de individuele werker. De hypothese moet onderbouwd worden door een nieuwe wetenschapstheorie.

De N.V.P. doet in haar brief, en dat stelt me van de Vereniging wel enigszins teleur, zelf geen enkele poging om aan te geven wat het wetenschappelijk paradigma van de psychiatrie eigenlijk is. Zonder dit zijn de sweeping statements over de vaagheid van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, die eerlijk erkent met deze problematiek te worstelen, ronduit teleurstellend.

Nu heeft de G.C.A.G.G. op dit moment een werkgroep die de relatie bestudeert tussen de *ambulante geestelijke gezondheidszorg* en de *eerstelijnszorg*. (De G.C.A.G.G. wijdt dus wel degelijk haar aandacht aan de eerste lijn, maar heeft daar nog niet over gepubliceerd (Polak)). Voor alle duidelijkheid wil ik hier stellen, dat wat ik vandaag hier verkondig, *niet* het standpunt van die werkgroep is of behoeft te zijn, en ik wens ook niet de werkzaamheden van de groep te doorkruisen met allerlei uitspraken van de voorzitter van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg!

De vraag *wie* met *wie* (vraag 1) heb ik dus van de zijde van de geestelijke gezondheidszorg hierboven trachten te benaderen: geestelijke gezondheidszorg is een terrein van de *gezondheidszorg*, die beoefend wordt door functionarissen in samenwerkingsver-

band. Die samenwerkingsverbanden hebben thans nog allerlei welbekende namen en eigen doelgroepen, zoals M.O.B.'s, S.P.D.'s, LM-bureaus, maar ze zouden in de toekomst óók op andere wijze kunnen worden gegroepeerd, zoals in de R.I.A.G.G.'s, en dan vervolgens weer nieuwere verbanden tussen R.I.A.G.G.'s en intramurale zorg: R.I.G.G.'s. Dan zouden naar mijn opvatting de samenwerkingsverbanden een makkelijker en eenduidiger samenwerkingsaanbod of -verzoek kunnen doen aan de eerste lijn. Er is méér sprake van schaalverkleining ten gevolge van regionaliseren, dan schaalvergroting door de bundeling (Lit).

Hoe is hierin nu de positie van de vrijgevestigde psychiater? Door middel van zijn vrije vestiging geeft de vrijgevestigde psychiater te kennen zijn beroep anders op te vatten dan de psychiater in dienstverband, zij het intramuraal, zij het extramuraal werkzaam. In de eerste plaats onderscheidt de vrijgevestigde psychiater zich daardoor – en hij komt daarin overeen met de vrijgevestigde huisarts – dat hij beleid (bestuur) en uitvoering in één hand heeft. Hij bepaalt zélf hoe zijn hulpaanbod zal zijn: aan *wie* hij hulp geeft, en met wie hij eventueel wil samenwerken. Hij is, zoals gezegd, een medisch specialist. Velerlei – waaronder zeer beproefde – samenwerkingsvormen tussen medisch specialist en de eerste lijn, en vooral daarin de huisarts, zijn mogelijk. Denkbaar is ook dat de vrijgevestigde psychiater part-time werkt in dienstverband, intramuraal of extramuraal (zie ook de brief van de N.V.P.).

Een veel groter aandeel van psychiaters is werkzaam in dienstverband dan bij enige andere categorie medische specialisten, uitgezonderd de sociaal-geneeskundigen. Van oudsher zit de hang naar het dienstverband er bij de psychiaters dus wel ingebakken. Het zou de moeite lonen zich eens te verdiepen waarom dat zo is, en die gegevens te bestuderen als men voor het vraagstuk van het werken van specialisten in dienst van het ziekenhuis komt te staan. In onze pluriforme maatschappij is de behoefte aan dienstverlening ook pluriform. Het feit echter dat het recht op gezondheidszorg welhaast een sociaal grondrecht is geworden, noopt ertoe dat de overheid er op toe ziet dat de voorwaarden worden geschapen dat dat recht ook vergolden kan worden. Zorg voor een rechtvaardige distributie, consensus over de aard van de zorg en de omvang van de verstrekking, is het gevolg van dat sociale grondrecht. Pluriformiteit en gereglementeerde gezondheidszorg staan met elkaar enigszins op gespannen voet, zoals bijvoorbeeld op het terrein van de psychotherapie blijkt. Het is U duidelijk, dat ik als overheidsdienaar de regels van de samenleving heb te dienen en te bewaken; zonodig *mede* te helpen ontwerpen, samen met het particulier initiatief (p.i.). Nadrukkelijk wil ik echter wel stellen dat ik voldoende respect heb voor de pluriformiteit van onze samenleving, ja zelfs die liefheb, om te trachten te vermijden dat alles uniform wordt geregeld. Maar . . . zekere regels moeten er zijn, hoewel er ook ruimte moet zijn voor een gevarieerd hulpaanbod, dat tegemoet komt aan de gevarieerde behoefte. Men mag echter de eis stellen dat de variatie rationeel is, en solide wetenschappelijk on-

derbouwd kan worden.

Welnu – eerste lijn – ik heb getracht te schetsen wie Uw samenwerkingspartners zouden zijn in de g.g.z. en welke problemen ze hebben. Het is waarachtig niet ten onrechte dat er gidsen zijn ontworpen voor eerstelijns- en andere zorgers voor verkenningen in de geestelijke gezondheidszorg.

De eerste lijn

Maar eerste lijn, is het nu wel zo duidelijk, wie en wat U bent? Neen, toch immers ook niet!

Ik keer terug tot het eerder gememoreerde artikel in 'Huisarts en Wetenschap'. wat verstaan de auteurs – allen eerstelijns-deskundigen – onder eerste lijn? 'Onder de eerste lijn verstaan wij werkers en voorzieningen, die algemene hulp bieden aan mensen in hun eigen milieu, gevestigd zijn in een duidelijk begrensde gebied (wijk, dorp of stad) en rechtstreeks – zonder verwijzing – toegankelijk zijn. Wij denken hierbij aan huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, vroedvrouwen en leid(st)ers gezinsverzorging. Verder rekenen wij tot de eerste lijn hulpverleners en voorzieningen die niet rechtstreeks door de bevolking benaderd (kunnen) worden, maar wel werkzaam zijn binnen lokale grenzen en in het eigen milieu van de bevolking. Voorbeelden zijn fysiotherapeuten, diëtisten en kraamverzorgsters.

Binnen dit geheel beschouwen wij de 'driepoot' huisarts-wijkverpleegkundige-maatschappelijk werker als een bijzondere categorie. Het criterium van algemene hulp vindt hier namelijk zijn breedste toepassing. Bovendien zijn de functies binnen de driepoot niet scherp afgebakend, waardoor de betreffende disciplines in het bijzonder zijn aangewezen op onderlinge samenwerking. Behalve over samenwerking (in dubbel opzicht: tussen hulpverleners en hulpvragers en tussen hulpverleners onderling) handelt dit rapport ook over de structurele belemmeringen voor samenwerking; dat zijn belemmeringen die voortkomen uit de posities die mensen innemen. In het geval van samenwerking tussen hulpverleners onderling gaat het daarbij vooral om de belemmeringen die de gescheiden ontwikkeling van de afzonderlijke disciplines in de eerste lijn met zich brengt.'

In dit artikel wordt de kwestie van systeemverwarring gelukkig niet over het hoofd gezien. Ik citeer nu tweemaal letterlijk: 'Concreet gezegd, betekent dit dat wij bij samenwerking in de eerste lijn niet uitgaan van de taken van de huisarts als een zelfstandig pakket, maar van het functioneren van de huisarts als onderdeel van de eerste lijn' (blz. 63) en 'de eerste lijn als een gemengd systeem van gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening, dat als geheel bepalend is voor de plaats die iedere discipline afzonderlijk daarin inneemt.' (blz. 63).

De eerste lijn wordt derhalve gezien als een optelsom, waarvan het resultaat meer is dan de grootte van de delen zou doen verwachten, van: geneeskunde, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

De auteurs onderscheiden nu de volgende vormen van samenwerking binnen de eerste lijn:

- (1) overlegmodel;
- (2) teammodel;
- (3) gemeenschapsmodel.

Het overlegmodel is a.h.w. de meest losse vorm van samenwerking. Elk lid behoudt zijn eigen *individuele verantwoordelijkheid* voor zijn aandeel in de hulpverlening. Bij het teammodel is dat anders. Als de overleggroep zou overgaan tot het afspreken van regels, ontstaat het teammodel. Een volwaardig teamverband betekent in elk geval dat gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulp wordt aanvaard. (Volgens de N.V.P.-brief kan dat niet). De derde vorm gaat nog een hele stap verder: daar aanvaarden ook de hulpvragers (wijk, buurt) verantwoordelijkheid voor de hulp die geboden wordt: bijvoorbeeld al of geen avond-spreekuur.

Volgens de auteurs zijn er nog te veel structurele belemmeringen:

- machtsongelijkheid tegenover gelijkwaardigheid;
- plannen van de beleidsmakers, – onderling verschillend;
- geen lijn in de eerste lijn;
- en enkele andere belemmeringen.

Het zou mij te ver voeren in te gaan op al deze factoren. Ik zou willen wijzen op de pogingen die V&M en CRM doen om Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Kaderwet te harmoniseren, met name op het gebied van planning.

Het gaat hier echter vandaag om de vraag: wie is dat eigenlijk – de eerste lijn? Met wie werkt dan de psychiater, werken de leden van het geestelijke gezondheidszorg-team samen? Welnu – als het er is – met de leden van groeps- of geassocieerde praktijken, van het home-team, of de leden van het gezondheidscentrum. Het eerste opereert niet in en vanuit één gebouw, het tweede wel. Als dat team samenwerking met een ander hulpsysteem wil aangaan, dan kan dat, hap-hazard – én gestructureerd.

Ik zou mijn betoog nu kunnen eindigen met een wat lapidaire conclusie: er is nog géén aanvaarde g.g.z.-structuur, er is nog géén eerstelijns-structuur in realiteit overal aanwezig, dus samenwerkingsstructuren zijn nog niet aan te brengen. Vandaar ook mijn wat zorgelijk begin: we doen alsof er al een eerstelijns zorg gestructureerd en wel klaar ligt, en we beginnen die te belasten met allerlei taken. Daar komt een zorg bij; in de psychiatrie en in de g.g.z. is ook niet alles even helder en duidelijk. Conclusie moet natuurlijk zijn dat de eerste lijn alle kansen moet krijgen om te ontstaan; ook daarin zal pluriformiteit aanvaard moeten worden. Individueel werkenden in los-vaste overlegverbanden, home-teams en gezondheidscentra. En de g.g.z. zal verder gestructureerd *dienen* te worden.

Ik behoef hier wellicht niet nader in te gaan op het waaróm van het streven naar samenwerkingsverbanden: het is nogmaals het geloof in, de verwachting van, de hogere kwaliteit van de zorg; de som is méér dan de optelsom van de delen. Overigens, terzijde, het streven naar een sterke combinatie van openbare gezondheidszorg

en eerste lijn is mondiaal: zie de primary health-doelstellingen van de W.H.O.: 'health for all in the year 2000.'

De eerste lijn doet dus zélf ook, zoals ik betoogde, geestelijke gezondheidszorg, zoals ook de districtsgezondheidsdiensten openbare geestelijke gezondheidszorg behoren te verstrekken, naast het gegeven dat psychiater en g.g.z. op de eerste lijn, d.w.z. dicht daarbij kunnen functioneren. Nu is de vraag: wát doet de eerste lijn aan geestelijke gezondheidszorg, en waar zijn de aanknopingspunten te vinden voor samenwerking met de alle-lijns g.g.z.?

Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Aangezien het de eerste lijn juist gaat om integrale zorg, dóet zij per definitie geestelijke gezondheidszorg. Maar hoe?

Experimenteel is hier en daar geprobeerd meerdere deskundigheid uit de gedragswetenschappelijke sfeer in te bouwen in de eerste lijn. Ik doel op het opnemen van de psycholoog in de eerste lijn. Maar ook brengt de g.g.z. wel diensten naar de eerste lijn toe, zoals crisisinterventie. Ook zijn er – ik wijs op een project in Amsterdam – voorbeelden van psychologen die zelf eerstelijns hulp organiseren en verstrekken. Trouwens, de JAC's waren ook dergelijke voorbeelden in de eerste lijn, zoals ook – de N.V.P. wijst daar terecht op – pogingen zijn gedaan in de kinder-, jeugd- en bejaarden-g.g.z., hulp naar de eerste lijn te brengen. De 'driepoot' verstrekt zélf psychosociale hulp, op niet-gespecialiseerd niveau.

Wat is de legitimering van de samenwerking?

Ik wil proberen een paar hypotheses te formuleren, die ik overigens niet kan bewijzen. Ik zou ze als provocaties in Uw midden willen leggen, en als poging de samenwerking eerste lijn – g.g.z. te legitimeren.

1 – Hoe meer een huisarts geïnteresseerd is in de psychosociale aspecten van de huisartsengeneeskunde, hoe meer hij (1) nascholingen, demonstraties, teambesprekingen zal bezoeken, hoe meer hij congressen op dat gebied bezoekt, en hoe meer hij leest op dat terrein; (2) hoe meer hij geneigd zal zijn in *teamverband* te werken, om integrale gezondheidszorg te leveren; en (3) hoe meer hij geneigd zal zijn overleg of andere samenwerking met dé g.g.z., inclusief de vrij-gevestigde psychiater te entameren. Hoe meer interesse de huisarts heeft voor psychosociale zorg, hoe meer hij er dus van weet.

2 – Hoe meer wéét de huisarts heeft van psychosociale zorg, hoe méér hij zal *verwijzen* naar dé g.g.z.

3 – Hoe meer interesse de huisarts heeft voor de psychosociale zorg, hoe beter het team waarin hij werkt functioneert, en hoe beter de maatschappelijk werker zich met geneeskunde en geneeskundige kan identificeren, en vice versa.

4 – Hoezeer ook in de eerste lijn *gezondheidszorg* en *maatschappelijke dienstverlening* samengaan en samen moeten gaan, des te meer moet het team oppassen de hulpvrager niet toch verder in

het medische kanaal te dirigeren. De eerste lijn dient bijzonder goed te selecteren, voor verwijzing naar de tweede lijn. Verwijzen naar maatschappelijke dienstverlening is nodig.

5 – De eerste verwijzing naar de tweede lijn dient dan ook eigenlijk nog een eerstelijns gebeuren te zijn, hetgeen impliceert een veel nauwere samenwerking tussen polikliniek en eerste lijn in de somatische geneeskunde, en tussen polikliniek, a.g.g.z. en eerste lijn. 'De rode kaart van Kastelein!' (Discussie Leerling/Kastelein).

6 – De eerste lijn moet niet het enige antwoord zijn op acute *welzijnsnood*. Zij wordt dan a.h.w. een onderdeel van het proces dat elke acute welzijnsnood in gezondheidszorg vertaald wordt, dat ondanks het feit dat nu juist de eerstelijnszorg dát wil voorkomen. Als er geen ander antwoord is dan een 24-uurs-bereikbaarheid in de gezondheidszorg, door de ziekte-kosten-verzekering betaald, dan wordt het risico op *vermedicaliseren* van de hulpvraag nog groter dan hij al is.

Het is op deze punten dat m.i. de samenwerking eerste lijn-g.g.z. winst kan opleveren, als ik zo oneerbiedig de kwaliteitsverbetering mag noemen, die we nastreven, en het begrip preventie hier mag introduceren.

Welke samenwerkingsvormen zijn denkbaar?

(1) Hap-hazard, *ongestructureerd* overleg: psychiater – huisarts – op traditionele en goede gronden; psychiater – maatschappelijk werker van home-team en gezondheidscentrum, op basis van onderling contact zoeken; psychiater met home-team of gezondheidscentrum, op uitnodiging van één van beiden, met een stelsel van (summiere) afspraken.

(2) *Gestructureerd* overleg tussen eerstelijns en (a.) g.g.z.

De eerstelijns vormen:

- vrijevestigde huisarts,
- overleg-model,
- teammodel,
- gemeenschapsmodel,

en de g.g.z. vormen:

- overlegmodel (samenwerking met behoud van eigen identiteit, zoals MOB, SPD, ziekenhuis)
- R.I.A.G.G.
- R.I.G.G.

kunnen onderlinge afspraken maken op nader te noemen terreinen. De manieren van samenwerkingen hangen natuurlijk samen mét, en áf van wat er zich in een bepaald gebied aan g.g.z. en eerste lijn heeft gevormd. Uit dat contact tussen de respectievelijke werkvormen dat het best vanuit de voet kan groeien – het fraaist vanuit het gemeenschapsmodel eerste lijn – en dat niet vanuit de overheid opgelegd kan worden (wél gestimuleerd), kunnen dan één of meer vormen van samenwerking ontstaan.

Als er ergens *schaal*problemen zijn, dan juist hier. De Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg suggereert

juist niet dat grótere diensten betere zorg verlenen dan kleinere, maar suggereert wél dat gestructureerde samenhang beter is dan ongestructureerde. Het is een management-probleem om hier tot de kleine schaal te komen en bureaucratie te vermijden.

Op welke terreinen kunnen afspraken worden gemaakt?

- Verwijzen en consult – hoe, en met welke informatie –,
- vormen van consultatie,
- werkoverleg en gezelligheidsontmoeting,
- crisisinterventie,
- acute psychiatrie en polikliniek,
- kinder- en bejaardenzorg (geronto-psychiatrie, zeer terecht wees de N.V.P. op deze commissie van de G.C.A.G.G.), zijn bij uitstek terreinen waarop onderlinge hulpafspraken gemaakt kunnen worden, en ook regelingen kunnen worden getroffen. Uit deze regelingen spreekt dan ook de *gezamenlijke verantwoordelijkheid* van eerste lijn en g.g.z. voor het *hulpaanbod* (uiteraard niet voor wat de individuele werker presteert). Een conflictregeling behoort tenslotte ook duidelijk te worden getroffen.

Welke belemmeringen doen zich voor?

Na het uitvoerige bovenstaande betoog behoef ik hier eigenlijk niet op in te gaan. Zowel bij de eerste lijn als bij g.g.z. bestaan nog uitvoerige groei-problemen; ook bestaan er grote verschillen van inzicht hoe er gegroeid moet worden. Dát er samenwerking zal zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg, binnen de eerste lijn en tussen geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn, is – geloof ik – wel ieders wens. G.g.z. kan de eerste lijn helpen onderscheid te maken tussen welzijnsnood en gezondheidsklachten, en kan de eerste lijn helpen de goede verwijzingen te vinden.

Financiële en wettelijke barrières? Als men maar de regel '*structuur volgt functie*' bewaakt, dan zullen langzamerhand alle beleidsbepalende en financierende organen wel dé weg, of wegen, weten te vinden. Het gaat om de optimale functie t.b.v. de patiënt of cliënt.

Idealen zijn er toch om na te streven? Als er geen wenkend perspectief zou zijn dat ons inspireert, hoe saai en spanningsloos zou het leven zijn. Aan Ben Goerion wordt het gezegde toegeschreven: 'wie niet in wonderen gelooft, is geen realist'. Wij zijn toch realisten? Welnu dan!

Literatuur

- Kastelein, A. (1979), Een rode kaart voor Leerling. *Medisch Contact*, 34, nr. 16, blz. 513.
- Laurijssens e.a. (1979), Samenwerking in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap*, Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap, nr. 2.

De Psychiater en de Eerste Lijn

- Leerling, R. J. (1978), Een alternatieve eigen bijdrage. *Medisch Contact*, 33, nr. 50, blz. 1571.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1979), *Nieuws en Mededelingen*, nr. 8, april 1979.
- Veder-Smit, Mevr. E. (1979), Gespreksnotitie van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, betreffende de geestelijke volksgezondheid, t.b.v. overleg met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, voorjaar 1979. (Bij het inzenden van dit artikel nog niet gepubliceerd.)