

De invloed van vermaatschappelijking op de opleiding tot psychiater

P.P.G. HODIAMONT

SAMENVATTING In het kader van de vermaatschappelijkingsideologie neigt de psychiatrie tot opschuiven in de richting van de eerstelijnsgezondheidszorg en tot een voorkeur voor ambulante en transmuraal functioneren. De consequenties van deze tendensen voor de psychiatrische opleiding worden besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 241-244]

TREFWOORDEN eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, opleiding tot psychiater, vermaatschappelijking

Het begrip 'vermaatschappelijking' heeft zich de laatste jaren een prominente plaats verworven in het beleidsjargon ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Wat de term precies inhoudt, is niet eenvoudig te omschrijven. Vermaatschappelijking lijkt een grootste gemeenschappelijke deler van enkele doeleinden die traditioneel werden nagestreefd door de sociale psychiatrie. Zoals bekend, staat sociale psychiatrie voor de sociale oriëntatie van het denken in de psychiatrie. Zij richt zich vooral op sociale fenomenen in relatie tot het ontstaan, de verschijningsvormen en de gevolgen van psychiatrische stoornissen. De sociaal-psychiatrische oriëntatie manifesteert zich in een gezondheidsbeleid streven, in een bepaalde behandelingsvisie en in een bepaalde vorm van wetenschappelijk onderzoek.

Het gezondheidsbeleid streven heeft als doel: continuïteit van zorg op maat in de minst restrictieve setting, zo kort als mogelijk en zo lang als nodig is. Met andere woorden: het gaat om een humane, op de rechten en behoeften van het individu afgestemde zorg, zo dicht mogelijk bij de open samenleving, die de plaats is waar de problemen ontstaan en zichtbaar worden.

De sociaal-psychiatrische behandelingswijze sluit daarbij aan. Zij richt zich niet zozeer op de bestrijding van symptomen, maar vooral op de

sociale integratie van chronische patiënten en verbetering van de kwaliteit van hun leven.

Het wetenschappelijk domein, ten slotte, betreft de betekenis van sociale factoren voor psychische gezondheid en ziekte en de mogelijkheden daarin in te grijpen. Inhoudelijk maakt de sociale psychiatrie daarbij gebruik van concepten uit de (sociale) psychologie, sociologie en culturele antropologie. Voor haar methodiek leunt zij op de epidemiologie.

De gezondheidsbeleid visie van de sociale psychiatrie is niet alleen gemeengoed geworden, zij lijkt tot leidend principe te zijn verheven in de organisatie van de GGZ. Een en ander heeft grote gevolgen voor de opleiding van toekomstige psychiaters. De meest ingrijpende zullen hier aan de orde komen. Het betreft de verschuiving van de psychiatrie naar de eerstelijnsgezondheidszorg en de vorming van transmurale instellingen.

VERSCHUIVING NAAR DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Uit epidemiologisch onderzoek is bij herhaling gebleken dat 90% van de psychiatrische problematiek in West-Europa niet verder komt dan de eerstelijnszorg (Goldberg & Huxley 1980; Dilling & Weyerer 1984; Giel e.a. 1989). Van de veel

voorkomende en duidelijk met de kwaliteit van het leven interfererende angststoornissen, bijvoorbeeld, ziet men slechts 7,5% in de gespecialiseerde GGZ (Ormel e.a. 1996). Als dit alleen de ernstige gevallen betrof en de rest spontaan of door ingrijpen van de huisarts verbeterde, dan zou dat geen probleem zijn. Angststoornissen hebben echter de neiging chronisch te worden. Verder herkennen huisartsen minder dan de helft van de gevallen en behandelen deze minderheid bovendien specifiek. Het grootste deel blijft dus niet-herkend en onbehandeld ze met alle gevolgen van dien. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor andere psychiatrische stoornissen. De hoop dat zij spontaan zullen verbeteren blijkt over het algemeen ijdel. Tot 80% van de stoornissen duurt langer dan één jaar, ongeveer 60% duurt zelfs langer dan vijf jaar. De consequenties van deze stoornissen in termen van sociaal dysfunctioneren zijn minstens zo ernstig als die veroorzaakt door somatische aandoeningen. Desondanks wordt slechts 25% van de patiënten psychiatrisch behandeld. Gegeven het sociaal-psychiatrisch ideaal van zorg, zo dicht mogelijk bij huis voor degenen die dat nodig hebben, ligt versterking van de eerstelijnszorg voor de hand. In de beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg staat dit streven dan ook centraal. Omdat het effect van nascholing in diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen op den duur bij huisartsen niet beklijft, zou het in de rede liggen structurele samenwerkingsprojecten op te zetten tussen de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde GGZ. Door de inzet van GGZ-consulenten in Canada bleek het aantal in de huisartspraktijk gediagnosticeerde en behandelde psychiatrische stoornissen toe te nemen en het aantal verwijzingen naar ambulante psychiatrische instellingen te verminderen (in: Van der Wurf 1999). Bovendien kregen de consultgevende psychiaters meer gevoel voor de aselechte psychiatrische problematiek zoals die zich in de huisartspraktijk afspeelt. Essentieel voor een dergelijke samenwerking is het vermogen tot communicatie tussen de psychiater-specialist en de huisarts-generalist. Trai-

ning in die vaardigheid lijkt dan ook een conditio sine qua non voor toekomstige psychiaters. Twee aspecten verdienen daarbij bijzondere aandacht: de (in de praktijk van de psychiatrie, respectievelijk de huisartsgeneeskunde uiteenlopende) verklaringsmodellen voor psychiatrische stoornissen, in termen van hun oorzaak, begin, beloop, pathofysiologie en behandeling; en ook de diplomatie van het intercollegiale contact. Wat het eerste aspect betreft zou de benadering van de Amerikaanse psychiater en cultureel antropoloog Kleinman (1980) goede diensten kunnen bewijzen. Zijn analyse van de arts-patiëntrelatie als een transactie tussen hun respectievelijke verklaringsmodellen is zonder veel moeite toe te passen op de psychiater-huisartsrelatie. Het tweede aspect vergt ervaring in het onderkennen en hanteren van 'interpunctieproblematiek' en dus training in systeem- en communicatietheorieën. Een stage consultatieve psychiatrie in de eerstelijnszorg, voorafgegaan door een grondige training in de juist genoemde vaardigheden, is mijns inziens van groot belang voor een verdere vermaatschappelijking van de psychiatrie.

DE VORMING VAN TRANSMURALE INSTELLINGEN

Transmurale instellingen vormen het voorlopig eindpunt van een proces dat in de loop van de jaren tachtig is ingezet met de introductie van het functiegerichte denken. Vóór die tijd heerste het instituutsdenken en bepaalde de organisatievorm van de GGZ het aanbod. Omdat dit aanbod duidelijk tekortschoot uit het oogpunt van continue en flexibele zorg voor de psychiatrische patiënt, werd het concept gelanceerd van 'de GGZ als één systeem'. De overheid trachtte dit concept te realiseren door de samenwerking tussen de instituten te bevorderen in het verband van de Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Met het terugtrekken van de overheid namen de zorgaanbieders het initiatief over en vonden steeds meer fusies plaats, vooral tussen algemeen psychiatrische ziekenhuizen en

Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Als logische volgende stap geldt het slechten van de binnenmuren van de gefuseerde instellingen c.q. het opheffen van het onderscheid tussen intra- en extramurale organisatiecompartimenten en de vorming van een transmurale organisatie. Daarmee is het bovengeschetste zorgideaal echter nog niet verwezenlijkt. Op korte termijn impliceert het verdwijnen van de categorieën kliniek, polikliniek en ambulatorium voor met het oude systeem vergroeide medewerkers immers een 'Umwertung aller Werte' met alle aanpassingsmechanismen van dien. Voorzover deze medewerkers deel uitmaken van de opleidingsstaf, zullen de assistenten daarvan zeker de gevolgen voelen. Bovendien loopt de regelgeving voor de opleiding onvermijdelijk achter bij de realiteit. Een voorbeeld is de voor een transmurale organisatie moeilijk te hanteren eis dat de assistent minimaal twaalf en maximaal achttien maanden poliklinisch werkzaam is, met de daaraan inherente veronderstelling dat hij de rest van zijn basisopleiding doorbrengt in de kliniek. Wat te doen met de verplichte stage sociale psychiatrie, nu niet alleen de natuurlijke basis van deze stage, de RIAGG, maar ook de daarvoor erkende opleider dreigt te verdwijnen in het grotere verband van de transmurale (opleidings-)instellingen? Waar, wanneer en van wie leert de assistent die typisch sociaal-psychiatrische vaardigheden zoals het beoordelen van de noodzaak tot dwangopname in het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg, ambulante crisisinterventie, huisbezoeken en de omgang met niet-psychiatrische sociale hulpverleningsinstanties? Een op de tijdgeest afgestemde opleiding vergt dus van de staf een progressieve opleidingsinstelling, van de opleider creativiteit om assistenten binnen de bestaande kaders op te leiden voor de toekomst, en van het Consilium Psychiatricum de visie om recht te doen aan enerzijds de beproefde tradities van de psychiatrische opleiding en anderzijds de legitieme vragen van de (Europese) gemeenschap.

CONCLUSIE

De beschreven opname van het sociaal-psychiatrische gedachtegoed in de hoofdstroom van de psychiatrie heeft voor- en nadelen. Als voordeel valt te noemen het feit dat bepaalde gezondheidspolitieke idealen, zoals zorg in de minst restrictieve setting, meer kans maken op verwezenlijking. Als een nadeel geldt de mogelijkheid dat deze idealen worden gebruikt om sociaal-economische doeleinden, zoals kostenbesparing, te realiseren. Hoe het ook zij, als denkbeelden worden opgenomen in een bredere gedachtestroom, raken zij verdund. Om deze verdunning te voorkomen is een specifiek sociaal-psychiatrische 'denktank' onontbeerlijk.

De psychiatrie zal altijd gevoelig blijven voor maatschappelijke ontwikkelingen en invloeden. Assistenten moeten daarvan doordrongen worden en van hun opleiders de vaardigheden leren om op die ontwikkelingen in te spelen. Het hedendaagse motto 'psychiatrie dicht bij huis' wordt geoperationaliseerd in termen van een adequate ambulante zorgverlening en ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze programmapunten verdienen dan ook een belangrijke plaats in de nieuwe opleidingsstructuur. Daarnaast is ten minste een aandachtsfunctionaris nodig als hoeder van de sociaal-psychiatrische idealen en als doorgever van de traditionele kennis, kunde en kunst op dat gebied.

LITERATUUR

- Dilling, H., & Weyerer, S. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen*. In H. Dilling, S. Weyerer & R. Castell (red.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Giel, R., Ormel, J., Koeter, M.W., e.a. (1989). Social factors determining permeability of filters in the Goldberg-Huxley model. In D. Goldberg & D. Tantam (red.), *Social psychiatry and public health*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Goldberg, D.P., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London: Tavistock.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Ormel, J., Sytema, S., & Oldehinkel, A.J. (1995). Epidemiologische aspecten van angst. In J.A. den Boer & H.G.M. Westenberg (red.), *Leerboek Angststoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Wurf, F. van der (1999). Extramurale liaison-psychiatrie. *De Psychiater*, 6, 13.

AUTEUR

P.P.G. HODIAMONT is als A-opleider psychiatrie verbonden aan de Stichting GGZ Midden-Brabant en als hoogleraar

sociale psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Brabant. Hij vertegenwoordigt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in de Medisch Specialisten Registratie Commissie.

Correspondentieadres: prof. dr. P.P.G. Hodiament, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-2-2000.

SUMMARY The effect of the ideology of socialization on the training of psychiatric residents – P.P.G. Hodiament –

The ideology of socialization forces psychiatry towards affiliation with primary care and to the formation of ambulatory and transmurally operating institutions. We discuss the consequences of these tendencies for training of psychiatric residents.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 241-244]

KEYWORDS primary mental health care, psychiatric residency training, socialization