

De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling – 15 jaar later

door C.J. Trimbos

Artikelen die over 'ontwikkelingen' gaan, lenen zich bijzonder goed om na een aantal jaren nog eens onder de loep genomen te worden. Zeker als het gaat om een gebied als de geestelijke gezondheidszorg, dat voortdurend aan veranderingen onderhevig is.

Ook bij toekomstige jubilea van dit tijdschrift zou een herbezinning op de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zinvol kunnen zijn. Wat is er de afgelopen jaren terechtgekomen van de destijds bestaande verwachtingen en welke nieuwe en mogelijk onvoorziene ontwikkelingen zijn inmiddels op gang gekomen?

Iets beschrijven dat in ontwikkeling is, is een soort balanceren tussen verleden en toekomst. Dat wil ik dan ook doen in dit commentaar op een 15 jaar oud artikel 'De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling': eerst enige kanttekeningen geven bij een zestal thema's die toen belangrijk leken en daarna een zestal thema's bespreken, dat thans naar mijn mening in de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) opvalt, waarbij evenals toen ook nu de nadruk zal liggen bij de ambulante GGZ (AGGZ).

De thema's van 15 jaar geleden

In 1968 – in een tijd van sterk gestegen welvaart en van een nadrukkelijke, soms radicale, vernieuwingsdrang – stond ook de GGZ in het teken van de vernieuwing. Vijftien jaar later is het sociaal-economische en culturele klimaat aanzienlijk gewijzigd, maar de noodzaak tot vernieuwing is nog precies dezelfde. We spreken nu van 'herstructurering van de GGZ'. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de thema's die destijds enige op gang zijnde ontwikkelingen aangaven, voor een groot deel ook thans nog actueel zijn. Hieronder volgen ze nog eens met een kort commentaar.

Regionalisatie. De in 1968 geformuleerde wensen voor een geregionaliseerde herverkeveling van de bestaande lappendeken van de

Schrijver is sedert 1968 hoogleraar in de Preventieve en Sociale Psychiatrie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en sedert 1976 voorzitter van het bestuur van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, gevestigd te Utrecht.

GGZ zijn vrijwel gerealiseerd door het per 1 januari van dit jaar in werking treden van het RIAGG-bestel. Een belangrijk onderdeel van die wensen: betere integratie van intra- en extramurale zorg (het RIGG-idee) blijft echter nog te wensen over; een zorgelijk aspect van het huidige beleid, dat verderop nog ter sprake komt.

Sleutelfiguren. De verwachting dat sleutelfiguren. 'care taking agents' in het kader van de mantelzorg een belangrijke rol zouden kunnen spelen in het 'nulde' echelon van de GGZ is nauwelijks gerealiseerd. Al zijn er de nodige experimenten met 'vrijwilligers' geweest, toch is het erachter liggende idee van de deprofessionalisering in de GGZ (zoals in sommige 'alternatieve' voorzieningen) niet aangeslagen. Dat is wel begrijpelijk want de GGZ is zo moeilijk, dat de allerbeste professionals ervoor nodig zijn.

Communicatie. De invloed van Gerald Caplan, die in de zestiger jaren in ons land enige seminars gaf, voedde de verwachting dat via zijn 'mental health consultation', gebaseerd op de 'crisistheorie', een nieuw tijdperk voor de AGGZ was aangebroken. Deze verwachting is ten dele uitgekomen, omdat zowel theoretisch (v. Ravenzwaay, Gersons) als praktisch de consultatiemethode verder werd uitgewerkt. Maar meer dan een (belangrijke) aanwinst voor het arsenaal GGZ-voorzieningen is de consultatie toch niet geworden. En ook Caplans crisistheorie is van beperkt belang gebleken in de praktijk van de crisisopvang: in de acute psychiatrie en in de crisisopvangcentra. (Beide vooralsnog beperkt tot de grote steden.)

Preventie. Dit begrip is misschien wel het meest populaire in de GGZ, reeds vanaf de beginjaren van de 'mental hygiene movement'. Maar evenzeer moet worden vastgesteld dat een effectieve GGZ-preventie op grotere schaal nog tot de vrome wensen behoort. Ook het nu meer dan tien jaar oude instituut van de 'preventiefunctionarissen' in de AGGZ heeft niet voor een doorbraak kunnen zorgen. Zolang we nog zo betrekkelijk weinig weten van de oorzaken en voorwaarden van psychiatrisch deviant gedrag is het ook wel erg moeilijk preventieprogramma's te ontwikkelen van eenzelfde importantie als in de somatische gezondheidszorg. In een helder artikel heeft Hodiamont onlangs in dit tijdschrift nog eens laten zien hoe uiteenlopend zelfs de opvattingen zijn over wat een 'psychiatrisch geval' is. Dat maakt psychiatrische epidemiologie en de daarop stoelende preventieactiviteiten erg moeilijk.

Wetenschappelijk onderzoek. Op dit terrein is gelukkig in de afgelopen paar decennien veel tot ontwikkeling gekomen. Als men het in 1970 verschenen overzicht 'Psychisch hygiënisch onderzoek in Nederland' (E. Dekker) legt naast een soortgelijk overzicht uit 1982 (NcGv reeks no. 44) dan is de snelle groei van dit onderzoek duidelijk. In de afgelopen 15 jaar ontwikkelden zich aan een aantal medische faculteiten afdelingen sociale psychiatrie, die geleidelijk aan een onderzoeksprogramma met onderling verschillende accenten opbouwden. Ook in andere (sub)faculteiten kreeg het GGZ-onderzoek veel meer aandacht. De afdeling onderzoek van het NcGv toonde een voorspoedige groei met een grote en belangrijke 'output'. Dit beantwoordt enigszins aan mijn pleidooi van 15 jaar gele-

den voor een Nederlandse vorm van het 'National Institute of Mental Health'.

Mede onder invloed van de Beleidsnota Universitair Onderzoek (BUOZ-nota) sloten de onderzoekers op het terrein van de sociale psychiatrie zich aaneen in een 'werkgemeenschap sociale psychiatrie' naar het model van de Stichting Fundamenteel Geneeskundig Onderzoek (ZWO). Daardoor is de sociale psychiatrie thans vertegenwoordigd in Commissie 7 ('gezondheidswetenschappen') van Fungo. Alles bijeen een hoopvolle ontwikkeling, die hopelijk niet ontijdig zal worden afgebroken nu de TVC-operatie onze universiteiten teistert.

Daarbij is het verstandig te bedenken dat van alle gebieden in de moderne geneeskunde het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie het minst voorstelt. De erfenis van een meer retorische dan wetenschappelijke psychiatrie van de vorige generatie psychiaters is nog steeds volop aanwezig.

Planning. Ook op het terrein van planning, structurering en organisatie van de GGZ is in 15 jaar veel gebeurd. Niet zo zeer, dat we een beleid gekregen hebben dat - zoals destijds bepleit - anticipeert op de toekomst en afgestemd is op de sociale evolutie, alswel dat er in deze jaren überhaupt een GGZ-beleid tot stand is gekomen. Symbolisch daarvoor was dat in februari van dit jaar de Tweede Kamer voor het eerst een langdurig serieus debat aan het psychiatriebeleid wijdde. Dit overheidsbeleid bleek onder andere uit een reeks nieuwe wetten (AWBZ, WVG, Kaderwet en binnenkort de BOPZ en de BIG) en maatregelen van bestuur (RIAGG-besluit, Huisvesting Psychiatrie), die de GGZ niet onbelangrijk hebben geherstructureerd.

De (eenzame) Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid vormde samen met de Inspecteurs van het Staatstoezicht een nieuwe Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in de afgelopen 15 jaar sterk in kwaliteit en kwantiteit groeide.

Ook in de particuliere sfeer deden zich ingrijpende veranderingen voor. Na moeizaam overleg fuseerde in 1972 de Nat.Fed.v. Geestelijke Volksgezondheid met de katholieke, protestantse en algemene landelijke GGZ-bureaus om spoedig daarna uiteen te vallen in de NVAGG en het NcGv. De (meestal gemeentelijke) overheid trok zich terug uit de praktijk van de AGGZ en bracht haar SPD's en andere diensten, samen met de particuliere SPD's, MOB's, LGM-bureau's en IMP's, onder in de als zelfstandige stichtingen functionerende RIAGG's. Een door haar snelheid en doortastendheid hoogst ongebruikelijke ontwikkeling in de GGZ, met alle voordelen (en ook nadelen) vandien..

Tot zover het korte commentaar en aanvulling op een zestal ontwikkelingsthema's van 15 jaar terug. In de jaren daarna heeft een aantal van die thema's nieuwe accenten gekregen en zijn er nieuwe ontwikkelingen begonnen die in 1968 door mij nog niet als zodanig zijn onderkend.

Enige thema's van nu

Uit de veelheid van min of meer actuele aandachtsvelden in de GGZ heb ik er een zestal gekozen, waarvan ik aanneem dat ze over 15 jaar een bepaalde ontwikkeling zullen hebben doorgemaakt. Gezien de limiet van 2500 woorden door de redactie gesteld zullen ze slechts compact worden omschreven.

Het GGZ-beleid. In tegenstelling tot 15 jaar geleden is er thans een duidelijk overheidsbeleid, dat gelukkig meer omvat dan de recente besnoeiingen en bezuinigingen, die de gehele gezondheidszorg treffen. In minstens tweërlei opzicht is het GGZ-beleid, dat over het algemeen waardering verdient, toch zorgwekkend.

Mijn eerste zorg betreft het ontbreken van een geïntegreerd GGZ-beleid. Er is zelfs sprake van drie soorten beleid: een intra-muraal beleid (zeer gematigde deïstitutionalisatie), een extra-muraal beleid (RIAGG-organisatie) en een nog pas in de kinderschoenen staand beleid ten aanzien van de zogenaamde tussenvoorzieningen. Dit driesporenbeleid is het gevolg van het uitblijven van een definitieve keuze: ofwel voor het zogenaamde 'Engelse model', ofwel voor het zogenaamde 'Queridomodel'. In het 'Engelse model' is de gehele (ook ambulante) GGZ gecentreerd rond de psychiatrische inrichting; in het 'Querido-model' ligt het hoofddaccent van de GGZ in de ambulante zorg en is de psychiatrische inrichting een van de op duidelijke indicatie door de AGGZ in te schakelen behandelingsvormen. In beide modellen is een geïntegreerd GGZ-beleid mogelijk. Het huidige beleid is echter gekenmerkt door een ontbreken van die integratie. Immers voor de drie genoemde sectoren zijn zogenaamde functies vastgesteld, in een arbitraire poging om het moderne arsenaal aan hulpverleningsmogelijkheden te ordenen. Van het gewenste substitutiebeleid komt dan ook weinig terecht. Zo is de dagbehandeling ingedeeld bij de functies van het APZ, terwijl er goede (naar mijn mening zelfs betere) argumenten zijn om de dagbehandeling te organiseren binnen het domein van de tussenvoorzieningen of de AGGZ.

Het gevolg van dit niet geïntegreerde beleid is dat een drietal afzonderlijke circuits aan het ontstaan is, met eigen patiëntenvoorkeur, eigen bolwerkvorming en rivaliteit ten detrimente van de patiënt.

Een tweede zorg is de te verwachten invloed van de decentralisatie, zoals in de WVG vastgelegd is. Lagere overheden gaan dan het GGZ-beleid voeren. Over de mogelijkheden en ambities van al deze gemeentelijke en provinciale bestuurders om op eigen houtje een goed GGZ-beleid te realiseren ben ik pessimistisch. De herstructurering van de GGZ in de toekomst zal voor een belangrijk deel afhangen van het substitutievermogen van de AGGZ en de tussenvoorzieningen (b.v. de substitutiebereidheid van de RIAGG's en de mogelijkheden die daartoe geboden worden). Dat de in de gehele westerse wereld op gang zijnde deïstitutionalisatie (annex substitutie) voor de grenzen van Nederland zou ophouden is moeilijk in te zien.

Het medisch model. Reeds in de vorige eeuw toen waanzin en krankzinnigheid als ziekte werden geconcipieerd en gerubriceerd in medisch nosologische categorieën, is er een discussie ontstaan over de juistheid om bepaalde vormen van gestoord gedrag als ziekte en dus als object voor medische (psychiatrische) interventie aan te duiden. Aan deze discussie hebben in de zeventiger jaren opnieuw velen deelgenomen, vooral ook na het verschijnen van het boek 'Models of madness' (Osmond en Siegler). Freud had, juist tijdens het hoogtepunt van het nosologisch denken, voor het eerst een flinke bres in het ziektemodel van de psychische stoornis geslagen. Van alle artsen waren de psychoanalytici wel het verst af geraakt van de traditionele medische gezagsrol (zich uitend in het voorschrijven van een behandeling of in het gemandateerd toepassen van dwangmaatregelen). Het al of niet toebedelen van de ziekenrol door de arts is een kernaspect van het medisch model. De huidige opvattingen over de actieve rol van de patiënt die zelf verantwoordelijkheid draagt voor het nagestreefde herstel heeft het medische model uitgehouden. In de AGGZ is de psychiater zo een hulpverlener geworden, naast vele anderen en zonder het medisch gezag (en macht) van weleer.

De successen van behandelstrategieën die niet op een ziektemodel stoelen en wel worden aangeduid als alternatieve voorzieningen (de therapeutische gemeenschap in Belmont Hospital van Maxwell Jones was daarvan een der eerste en meest sprekende voorbeelden), brengen het medisch model (en de consequenties ervan) nog verder in diskrediet.

De huidige stand van de discussie over het medische en andere modellen in de psychiatrie is op heldere en genuanceerde wijze uiteengezet in een recent boek van Giel ('Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding in het medisch model en in andere modellen'). Ik verwacht dat deze discussie, die het hart van een medische psychiatrie raakt, nog wel geruime tijd zal voortgaan.

De psychiatriekritiek. De kritiek op het doen en laten van psychiaters is allerminst een eigentijds verschijnsel. Naarmate het aantal publicaties over de geschiedenis van de psychiatrie - vooral in de laatste jaren - toeneemt, komen er ook meer historische teksten van patiënten ter beschikking waarin deze kritiek onverbloemd geformuleerd wordt. En iedere psychiater weet dat die kritiek ook in onze dagen allerminst verstomd is. (Corry van Eyck, Evelyn Paull, de Gekkenkrant, om slechts enige voorbeelden te noemen).

Wat echter wel een vrij nieuw verschijnsel genoemd moet worden, is de kritiek van psychiaters zelf. Beginnend met het Londense congres 'The dialectics of liberation' (1967) heeft zich een zogenaamde antipsychiatrie ontwikkeld met nogal verschillende Engelse, Franse, Amerikaanse en Italiaanse vertakkingen. Ik heb daarvan in 1978 een uitvoerig overzicht gegeven.

Inmiddels is het begrip antipsychiatrie weer aan het verdwijnen. We spreken thans liever van kritische of alternatieve psychiatrie, want de kritische instelling van veel psychiaters op hun vak is met het

verbleken van de term antipsychiatrie allerminst verdwenen. Zoals de 'oude' antipsychiatrie belangrijke bijdragen leverde aan processen als democratisering, deinstitutionalisering, vermaatschappelijking, demedicalisering en humanisering van de psychiatrie, is naar mijn mening van de huidige kritische psychiatrie ook het nodige te verwachten voor de toekomstige herstructurering van de GGZ.

De differentiatie. De wetenschappelijke verdieping van de huidige psychiatrie verloopt langs de drie fundamenteel onderscheiden wegen van de biologische, psychologische en de socioculturele wetenschappen. Dit heeft in de USA al geleid tot het modebegrip: 'biopsychosocial psychiatry'. De all-round zenuwarts van nog niet zo lang geleden is opgegaan in een steeds meer gedifferentieerde groep psychiatrische specialisten. Die differentiatie is reeds zo sterk dat onlangs een moeizaam tot stand gekomen opleidingsschema voor psychiaters werd aangenomen, waarin met zoveel mogelijk psychiatriedifferentiaties rekening gehouden is. Toch zal de specialisatie doorgaan en een uniforme opleiding voor psychiatrie onmogelijk gaan maken. Zoals de medische faculteiten nog slechts 'basisartsen' opleiden zal de psychiatriespecialisatie zich moeten gaan beperken tot 'basispsychiaters'. Voor de Vereniging van psychiatrie-assistenten was dit enige jaren geleden-aanleiding om er een studiedag aan te wijden: hoe moet het met ons in de toekomst nu we het totale veld van de GGZ niet eens meer kunnen overzien?

De voortschrijdende differentiatie en specialisatie tracht men te ondervangen door een streven naar integrale psychiatrie, door toepassing van de General Systems Theory of door een zogenaamde holistische benadering. Wat dit streven voor de toekomst zal opleveren is vooralsnog een raadsel. Mijn idee is dat (sub- of super-)specialisatie onstuitbaar is en dat we er ook in de praktijk mee zullen moeten leren leven.

Wie het huidige arsenaal aan behandelingsmogelijkheden in de GGZ overziet: de niet aflatende stroom chemische middelen die als psychofarmaca voorgeschreven worden; de steeds verder differentiërende stroom van psychische beïnvloedingsmethoden, die we als psychotherapie aanduiden; en de langzamerhand op gang komende stroom van sociodynamische behandelvormen ('The community as a doctor' à la Rapoport), zal enerzijds verheugd zijn dat de tijden van het therapeutisch nihilisme voorbij zijn, maar anderzijds niet zonder zorg zijn over de polypragmasie waartoe deze ontwikkelingen zullen leiden.

De cliëntenbeweging. Er is geen land ter wereld waarin de cliëntenbeweging zulk een invloed op de herstructurering van de GGZ heeft als in ons land. Haar invloed is duidelijk bespeurbaar in de ontwikkeling van de patiëntenraden en van het instituut van patiëntenvertrouwenslieden, in het streven naar betere rechten voor de patiënt, in acties ten behoeve van de deinstitutionalisatie, in de argumentatie tegen het oprichten van speciale afdelingen voor zogenaamde sterk gestoorde en agressieve patiënten etc. De cliëntenbond

afficheert zich graag (en terecht) als een soort kwaad geweten van de GGZ. En al ervaren we haar activiteiten weleens als een lastige horzel in onze GGZ-pels, belangrijker is dat deze beweging een duidelijke participant in de huidige GGZ-vernieuwing is geworden. De WVG biedt daartoe gelukkig de mogelijkheden. We weten in ieder geval wat men wil: 'De cliëntenbond vindt dat er een volstrekt andere opbouw van de GGZ moet ontstaan, waarbij de belangen en wensen van de cliënt centraal staan en niet de bescherming van de maatschappij, het organisatorisch belang van instellingen of het werknemersbelang van hulpverleners'.

Nieuwe 'doelgroepen'. Het RIAGG kent afdelingen voor jeugdigen, voor volwassenen en voor bejaarden. Specifieke doelgroepen zoals verslaafden of psychisch gestoorde delinquenten horen niet op een RIAGG thuis en worden door andere voorzieningen geholpen. In een levende maatschappij komen echter steeds nieuwe doelgroepen naar voren, die een typische geestelijke-gezondheidsproblematiek vertonen en verzorgingsbehoefstig worden. In deze jaren zijn dat bijvoorbeeld: de etnische minderheden (vooral tweede-generatieproblematiek), de chronische (jeugd)werklozen, de psychosociale aspecten van chronisch zieke en terminale patiënten of van vrijwillige euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Moeten voor deze en andere groepen zorgbehoevenden nieuwe GGZ-voorzieningen gecreëerd worden? Enige voorzichtigheid lijkt hier geboden. Een tweetal voorbeelden moge dit toelichten: Het eerste betreft de GGZ bemoeienis met de highrisk-group 'ongehuwde moeder en haar kind'. Daarover was in de 50'er jaren - mede onder invloed van Bowlby's theorie over 'maternal deprivation' - heel wat te doen. In Amsterdam kwamen we zelfs tot een druk bezocht 'Bureau Moederzorg' binnen het kader van de ambulante GGZ en we bepleitten het oprichten van zulke bureaus bij onze zusterinstellingen. In 1956 trad echter de adoptiewet in werking. Daarna kwam met de pil de acceptatie van de geboortenregeling op grote schaal, gevolgd door de abortus provocatus en door snel veranderende sekse- en seksattitudes. Het probleemveld 'ongehuwde moeder en haar kind' werd gereduceerd tot incidentele hulpverlening. Ons bureau verdween weer.

Een tweede voorbeeld betreft de ontwikkeling van consultatiebureaus voor homoseksualiteitsproblemen. Het idee was deze bureau te koppelen aan de bestaande bureaus, voor levens- en gezinsmoeilijkheden. De snelle emancipatie van de homoseksuele (en lesbische) minderheid heeft de plannen voor een landelijk net van GGZ-voorzieningen voor deze risicogroep (gelukkig) overbodig gemaakt.

Of differentiatie van de psychosociale hulpbehoefte ook tot differentiatie van GGZ-voorzieningen zal leiden is dus allerminst te voor-

ontwikkelingen blijft voorbehouden aan de volgende chroniqueur van 'De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling', bijvoorbeeld op het eind van deze eeuw.

Literatuur

- Caplan G. (1964) *Principles of preventive Psychiatry*, New York
- Dekker E. (1970) *Psychohygiënisch onderzoek in Nederland*, Uitg. Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Gersons B.P.R. (1977) *De konsultatie methode in de preventieve psychiatrie*, Alphen a/d Rijn.
- Giel R. (1982) *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen a/d Rijn.
- Hodiamont, P.P.G. (1983) Het 'wat' in de psychiatrische epidemiologie. *Tijdschr. Psychiatrie* 25, 391-405.
- Kerkhof P.van (1982) De geestelijke volksgezondheid in onderzoek 1970 - 1980 *NCGV-reeks* no. 44, Utrecht.
- Ravenzwaay J.F. van (1972) *Consultatie in de G.G.Z.* Meppel.
- Trimbos, C.J.B.J. (1968) De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling, *Voordrachtenreeks* 10, 69-81.
- Trimbos, C. (1978) *Antipsychiatrie, een overzicht*. Deventer.