

Korte bijdrage

Cultuurverschillen binnen een integrerende GGZ-instelling

*door P.P.G. Hodiament, M.W. Berting en
W.J.M. van Hezewijk*

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een onderzoek naar professionele waardenpatronen van hulpverleners in de klinische en de sociale psychiatrie. Intramuraal werkende hulpverleners prefereren het invaliditeits- respectievelijk het medische c.q. sociale model, ambulante medewerkers hebben geen duidelijke voorkeur. De implicaties van deze bevindingen voor het fusieproces van een APZ en een RIAGG worden besproken.

Inleiding

Onze geestelijke gezondheidszorg is lang verdeeld geweest in een extramuraal en een intramuraal kamp. Pas de laatste jaren zien we zorgaanbieders het initiatief nemen tot de oprichting van geïntegreerde instellingen. Zo ontstond in 1993 de Stichting GGZ Midden-Brabant uit PC Jan Wier en de RIAGG Midden-Brabant. Het is de oudste fusie in zijn soort. De relatief snelle (bestuurlijk-directionele) fusie aan de top werd gevolgd door een geleidelijk 'bottom-up'proces van steeds intensievere samenwerking. Voor de weg van de geleidelijkheid was gekozen op grond van de indruk dat het samenwerkingsverband instellingen betrof met heel verschillende hulpverlenersculturen. Dergelijke verschillen kunnen een bron van conflicten zijn en als zodanig interfereren met de professionele samenwerking.

Dit artikel beschrijft een beleidsondersteunend onderzoek naar mogelijke cultuurverschillen bij GGZMB, dat begin 1996 werd uitgevoerd, drie jaar na de fusiedatum, maar ruimschoots vóór de vorming van de zorgcircuits uit de diverse hulpverlenersgroeperingen. Doel van het onderzoek was het formuleren van beleidsadviezen voor het bevorderen van de integratie tussen intra- en extramurale psychiatrie.

Hulpverlenersculturen

Binnen de geestelijke gezondheidszorg voorzien hulpverlenersculturen in een bepaalde manier van denken over de problemen van de patiënt.

Als de mentale programmering op dit gebied eenmaal vastligt, is een wijziging daarvan onder invloed van een reorganisatie frustrerend. Een veranderingsproces zal immers een gevoel van controleverlies initiëren, dat kan leiden tot star vasthouden aan bestaande waarden en normen. Ons uitgangspunt was dan ook dat de fusiepartners uit de intra- en extramurale psychiatrie samenhangende hulpverlenersmodellen zouden moeten ontwikkelen om te komen tot een volwaardig samenwerkingsverband met een eigen identiteit. Voor de operationalisering van deze hulpverlenersmodellen hebben we gebruikgemaakt van de 'models of madness' die door Siegler en Osmond zijn opgesteld. Elk van de door hen geformuleerde modellen geeft zijn eigen waardering aan een aantal dimensies, die men aan psychische deviantie kan onderscheiden. De acht modellen zijn het *psychoanalytische*, het *sociale*, het *psychedelische*, het *samenzweringens*-, het *gezinsinteractie*-, alsmede het *medische*, het *morele* en het *invaliditeitsmodel*.

In het kader van dit artikel laten we het samenzweringensmodel en het psychedelische model buiten beschouwing, omdat deze visies op deviantie nauwelijks meer gangbaar zijn. Voor een beschrijving van de overige modellen zij verwezen naar de oorspronkelijke publicatie van Siegler & Osmond (1976) en de bespreking daarvan door Giel (1985).

De verschillende modellen van Siegler & Osmond weerspiegelen verschillende waarden en normen met betrekking tot 'deviantie'. Zij zijn nevensgeschikt en kunnen los van elkaar worden beschreven. Onlangs hebben Tyrer & Steinberg (1993) een poging gedaan deze modellen vanuit een psychiatrisch-inhoudelijke visie te ordenen. Hun rangschikking van laag tot hoog probleemniveau luidt respectievelijk: het sociale model, het psychodynamische model, het gedragsmodel en het ziektemodel. De modellen van Siegler & Osmond verhouden zich bij Tyrer & Steinberg dus als behandelingsmodaliteiten van steeds complexer wordende problematiek die voor steeds minder mensen van toepassing zijn. Gezien het feit dat de problematiek in ernst en complexiteit toeneemt met de mate van 'muralisering' (Wing e.a. 1976), zou men de scheidslijn tussen klinische en ambulante psychiatrie in de visie van Tyrer & Steinberg tussen niveau twee en drie kunnen leggen. De klinische psychiatrie zou bij haar opgenomen patiënten dus globaal het medische en het gedragsmatige model hanteren, de ambulante psychiatrie bij haar ambulante cliënten het psychodynamische en het sociale model. De chronische of 'care'-sector valt buiten deze indeling omdat deze patiënten vaak als 'uitbehandeld' gelden. Op deze categorie patiënten is per definitie het *invaliditeitsmodel* van toepassing. Het lijkt redelijk te veronderstellen dat dit model vooral in de verblijfssector van het psychiatrisch ziekenhuis wordt gehanteerd. Het *gezinsinteractiemodel* past evenmin in de probleemhiërarchie van Tyrer & Steinberg. Waar opname wordt gezien als een ziekteversterkende factor, zal het gezinsinteractiemodel vooral toepassing vinden in een ambulante setting.

Vraagstelling

We hebben onderzocht welke professionele waarden- en normenpatronen c.q. modellen binnen GGZMB de voorkeur hebben van de medewerkers van de RIAGG enerzijds en het APZ anderzijds.

Gezien de literatuur verwachtten wij een verschil, waarbij de medewerkers van de *klinische* setting bij voorkeur het medische, het gedragsmatige en het invaliditeitsmodel, en de medewerkers van de *ambulante* setting het psychoanalytische, het sociale en het gezinsinteractiemodel zouden hanteren. De functionele samenstelling van beide settings in aanmerking genomen, zagen wij geen reden om de verwachting met betrekking tot de spreiding van de modellen bij te stellen. Wij troffen namelijk geen specifieke voorzieningen aan die deze verdeling zouden kunnen beïnvloeden zoals een depotpolikliniek bij de RIAGG, werkend vanuit het invaliditeitsmodel.

Methode

Procedure – Na de fusie tussen APZ Jan Wier en RIAGG Midden-Brabant werden de respondenten uitgenodigd om vragenlijsten in te vullen over de hulpverlenerscultuur, de organisatiecultuur en de arbeidsmotivatie (Berting 1996). We beperken ons hier tot een antwoord op de centrale vraag of de hulpverleners, afkomstig uit de RIAGG dan wel het psychiatrisch ziekenhuis, *verschillen* in waardenopvattingen met betrekking tot de geleverde geestelijke gezondheidszorg.

Respondenten – Van de 301 hulpverleners van GGZMB (182 van het APZ en 119 van de RIAGG) die werden verzocht deel te nemen aan het cultuuronderzoek, hebben in totaal 156 personen (respons 52%) vergelijkbare gegevens geleverd over hun visie op de onderzochte hulpverlenersmodellen.

Instrumentarium – Om de professionele waarden (de afhankelijke variabelen) te meten is een instrument ontwikkeld op basis van de modellen van waaruit men conform Siegler & Osmond het begrip psychische/psychiatrische stoornis kan benaderen.

Voor elke van de volgende dimensies werden de geldende opvattingen binnen elk van de zes modellen in stellingen geëxpliciteerd: de omschrijving of diagnose van het probleem, de oorzaak ervan, de interpretatie van het vertoonde gedrag, de behandeling, de prognose, de rol van de hulpverleners en van het ziekenhuis/instelling, de rechten en plichten van de patiënt/cliënt, en het uiteindelijke doel dat vanuit het model werd nagestreefd. De respondent diende aan elke opvatting een gewicht toe te kennen, variërend van 1 = 'een opvatting die nooit wordt gehanteerd' tot 7 = 'een opvatting die vaak wordt gehanteerd'.

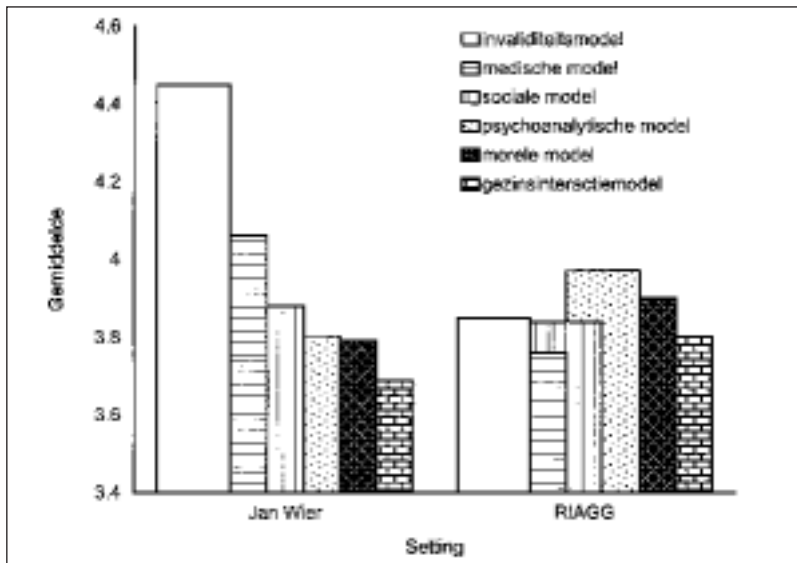
De scores op de verschillende dimensies werden per model gesommeerd tot een schaalscore. Door deze sommatie werd een intervalniveau voor de afhankelijke variabelen verondersteld, die het toepassen van een ANOVA rechtvaardigt. De schaalscores reflecteren de mate waarin de verschillende hulpverlenersmodellen worden gehanteerd. De *interne consistentie* (Cronbach's alfa) van de schalen varieerde van .72 voor het medische model tot .57 voor het psychoanalytische model.

Data-analyse – Verschillen in voorkeur bij het hanteren van bepaalde hulpverlenersvisies door respondenten tussen de klinische en ambulante setting werden onderzocht met behulp van een ANOVA met herhaalde metingen. Als significantieniveau voor de resultaten hebben we 5% aangehouden.

Resultaten

Bij een vergelijking tussen de hulpverleners van het APZ en de RIAGG werden significante verschillen gevonden met betrekking tot de mate waarin het invaliditeitsmodel wordt aangehangen ($F(5, 740) = 5.05, p = .000$) (figuur 1).

Figuur 1: De mate waarin de hulpverlenersmodellen worden aangehangen binnen Psy-



chiatrisch Centrum Jan Wier en RIAGG

De hulpverleners van het APZ verkozen het invaliditeitsmodel en het medische model boven de andere modellen. De hulpverleners van de RIAGG hadden geen duidelijke voorkeur voor een bepaald hulpverle-

nersmodel (tabel 1).

Tabel 1: De gemiddelde score geeft aan in welke mate de hulpverlenersmodellen worden aangehangen door de 156 hulpverleners van de GGZ Midden-Brabant. De schaalscores lopen van 1 tot en met 7. De score 1 staat voor 'model wordt nooit gehanteerd'; de score 7 staat voor 'model wordt vaak gehanteerd'

Hulpverlenersmodel	Jan Wier		RIAGG	
	Gemiddelde SD		Gemiddelde SD	
Invaliditeitsmodel	4.45 ^a	.85	3.85	.85
Medische model	4.06 ^b	.90	3.76	1.01
Sociale model	3.88 ^c	.79	3.84	.95
Psychoanalytische model	3.80 ^c	.78	3.97	.78
Morele model	3.78 ^c	.84	3.90	.76
Gezinsinteractiemodel	3.69 ^d	.74	3.80	.91

N.B. Gemiddelden die geen gelijke superscript-letters hebben, verschillen significant van elkaar (t-toets voor afhankelijke steekproeven; $p \leq .05$)

De ANOVA met herhaalde metingen liet zien dat er eveneens verschillen zijn in hulpverlenersvisie (afhankelijke variabele) tussen de verschillende functiegroepen (onafhankelijke variabele) binnen de GGZMB ($F(15, 740) = 1.69, p = .049$).

Artsen/specialisten nemen over het algemeen het medische model en het invaliditeitsmodel als uitgangspunt. Psychologen en psychotherapeuten herkennen hun opvattingen het beste in het psychoanalytische, invaliditeits- en morele model. De maatschappelijk werkenden hantieren op eclectische wijze de verschillende hulpverlenersmodellen. Verpleegkundigen kunnen zich het beste vinden in het invaliditeitsmodel. Het gezinsinteractiemodel wordt door alle functiegroepen af en toe gehanteerd bij de zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen. We vonden overigens geen interactie-effecten tussen de functiegroep waartoe men behoort (arts/psycholoog/maatschappelijk werkende/verpleegkundige) en de setting (klinisch/ambulant) waar men werkt ($F(15, 740) = 1.17, p = .293$). Een verband tussen de keuze van het model en het geslacht van de hulpverlener vonden we evenmin. Alleen het psychoanalytische model gaf een positief verband te zien met de leeftijd van de hulpverlener. Leeftijd verklaarde 5% van de variantie in de score op het psychoanalytische model.

Discussie

Wanneer we consequenties verbinden aan dit resultaat, dienen we terughoudend te zijn met uitspraken over de *externe* validiteit of mogelijkheid tot generalisatie naar andere settingen. Wat betreft de *interne*

validiteit geldt een respons van 52% in sociaal-wetenschappelijk onderzoek als acceptabel. Bovendien hebben we geen reden om aan te nemen dat de resultaten een scheef beeld geven van de professionele culturen binnen GGZMB. De interne consistentie van het meetinstrument is redelijk, maar voor verbetering vatbaar.

Hoe dit ook zij, we vonden inderdaad een verschil in behandelingsvoorkeuren tussen de klinisch en ambulant werkzame hulpverleners. Dat de hulpverleners in het ziekenhuis het invaliditeitsmodel respectievelijk het medische model prefereerden, past bij de problematiek van een psychiatrisch ziekenhuis. Tot onze verrassing vertoonden de ambulant werkzame hulpverleners geen structurele voorkeur. Hoe is deze laatste bevinding te verklaren? De mogelijkheid bestaat dat de patiëntenpopulatie van de RIAGG, anders dan wij verwachtten, niet beperkt is tot de onderste twee niveaus van psychische gestoordheid in het model van Tyrer & Steinberg, maar meerdere niveaus en probleemcategorieën omvat. In dat geval zou het kunnen zijn dat de individuele hulpverlener van de RIAGG een model kiest op grond van de specifieke kenmerken van de patiënt en diens levensomstandigheden. Hij of zij past het model aan bij de situatie, de cliënt en diens problematiek, en levert dus zorg op maat. Het is echter niet uitgesloten dat de individuele hulpverlener de genoemde modellen laat voor wat zij zijn en in de praktijk zijn eigen gang gaat. Een dergelijke attitude kan tot grote problemen leiden wanneer ons adagium werkelijkheid wordt 'dat de ambulante hulpverlener de regie houdt, ook indien de cliënt in de kliniek geraakt'. Naar wij hopen zullen de inmiddels geformeerde multidisciplinaire transmuraal werkende behandelteams eventuele eigenzinnigheden van hulpverleners echter neutraliseren en geïsoleerde posities van hulpverleners én hulpvragers doorbreken.

Alles welbeschouwd menen wij te mogen concluderen dat het verschil tussen sociale en klinische psychiatrie binnen GGZMB weliswaar bestaat, maar kleiner is dan we verwacht hadden. Een nadere analyse van de aard van dit verschil is in de beleidsontwikkeling meegenomen. De bevindingen van dit onderzoek mogen dan niet spectaculair zijn, op metaniveau hebben zij, naar onze mening, een belangrijke invloed gehad. Het gaat dan om een factor die, volgens Van Andel (1996), de kans op het slagen van een fusie vergroot: aandacht van het management voor cultuurverschillen c.q. de ontwikkeling van een gemeenschappelijk denkkader.

Summary: 'Models of madness' in a dynamic psychiatry

This study examined the discrepancy between the patterns of values and standards of professionals in the clinical and community (or social) mental health service. The professionals in clinical psychiatry prefer the impaired and medical or social models, the professionals in community psychiatry don't show a clear preference. The discussion focusses on the theoretical and practical implications of these findings to a merger of

clinical and social psychiatry.

Literatuur

- Andel, H. van (1996). *Handboek Beleidspsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Berting, M.W. (1996). *Organisatiecultuur, hulpverlenerscultuur en arbeidsmotivatie GGZ Midden-Brabant*. Intern rapport. Katholieke Universiteit Brabant.
- Giel, R. (1985). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan den Rijn: Samsom Staf-leu.
- Siegler, M., & Osmond, H. (1976). *Models of madness, Models of medicine*. New York: Harper & Row.
- Tyrer, P., & Steinberg, D. (1993). *Models for mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wing, J.K. (1976). A technique for studying psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples. *Psychological Medicine*, 6, 665-671.

~~P.P.G. Hodiamont, zenuwarts en A-opleider Psychiatrie GGZ Midden-Brabant, als mede vakgroep Psychologie, Katholieke Universiteit Brabant. M.W. Berting, psycholoog, vakgroep Psychologie, Katholieke Universiteit Brabant. W.J.M. van Hezewijk, psychiater en directeur behandelen GGZ Midden-Brabant. Correspondentieadres: prof. dr. P.P.G. Hodiamont, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen.~~

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-12-1997.