

Kanttekeningen bij de rol en plaats van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg

door B. P. R. Gersons

Om de rol van de psychiater in het ruime veld van de geestelijke gezondheidszorg te bepalen, is het nuttig om een aantal factoren de revue te laten passeren, die hier een beperkende dan wel ver sluierende invloed op uitoefenen. Over de nuttige *rol* die de psychiater ten aanzien van het eerste echelon kan innemen is reeds veel opgemerkt op dit congres. Alle verwachtingen en wensen, zoals consultatie, nauwe samenwerking, adviezen etc. wil ik daarom niet herhalen, maar nu Uw aandacht vragen voor een aantal factoren, die van groot belang zijn voor de haalbaarheid van al deze verwachtingen omtrent de psychiatrie. Ik zou dat willen aanduiden als de *plaats* die de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg kan innemen.

1 – De eerste factor betreft de *passiviteit* van de psychiatrie, ten aanzien van onderzoek naar de plaats van de psychiater in dit geheel. Ik citeer van Londen in zijn toespraak 'Rol en taak van de huisarts' waarin hij stelt, dat het 'de plicht van de huisartsen en hun wetenschappelijke instituten is innoverend bezig te zijn, bewust – en niet passief volgend – te reageren op behoeften'. Dit geldt evenzeer voor de psychiaters. Het is opvallend, dat onderzoek naar de vormgeving van de geestelijke gezondheidszorg vrijwel exclusief buiten de psychiater om plaats vindt. Met name de psychiatrie afdelingen aan onze Nederlandse universiteiten besteden nauwelijks aandacht aan de meso- en macro-aspecten van ons vakgebied, vooral wanneer het gaat om de organisatorische vormgeving. De onderzoeksresultaten zoals vermeld in de literatuur zijn afkomstig van sociologen en psychologen behorende tot Huisartseninstituten of tot sociaalwetenschappelijke instellingen. Ik meen dat dit in zijn beperktheid een slechte zaak is, die ertoe

Schrijver is psychiater bij de afd. Psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam en bij de afd. Geestelijke Hygiëne van de G.G. & G.D. te Amsterdam, en leider Projectgroep Sociale en Preventieve Psychiatrie. Dit artikel is een bewerkte weergave van het coreferaat bij de hiervoor gepubliceerde lezing van J. van Londen op het voorjaarscongres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie, 27-28 april 1979, Lunteren.

leidt, zoals ik nog verder zal aantonen, dat de psychiater een speelbal wordt in een reductionistisch proces.

2 – De tweede factor betreft een noodzakelijke heldere omschrijving van de taak van de psychiater. De Gemengde Commissie voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg onder voorzitterschap van collega van Londen, heeft immers in haar Interim-rapport aangegeven, dat de geestelijke gezondheidszorg een taak is die door veel méér personen en instellingen, zoals kruisverenigingen, politie en bejaardentehuizen behartigd wordt dan alleen door die voorzieningen die specifiek deze taak in hun vaandel voeren. Dit was overigens al eerder bekend. Querido heeft in 1967 juist op grond van deze konstatering het zgn. echelonneringsmodel ontwikkeld. Zeer belangrijk is het daarom dat de commissie wijst op de noodzaak de interdependentie tussen al deze personen en instituten te onderzoeken. Want als velen zich met deze taak van geestelijke gezondheidszorg bezig houden, hoe is dan hun relatie, hoe hebben zij hun werkgebieden op elkaar afgestemd en ten opzichte van elkaar afgegrensd.

U begrijpt hoezeer hier het belang naar voren komt dat de psychiater zijn taak en daarmee zijn interdependentie nauwkeurig beschrijft. Dat dit zo moeilijk is, komt door een voortdurende neiging tot *actief reductionisme* van de eigen rol door de psychiater. Zo kennen we nu de I.M.P.-psychiater gereduceerd tot psychotherapeut, de inrichtingspsychiater die soms twijfelt tussen groepsleider en psychopharmacoloog, en de SPD-psychiater die de rol van maatschappelijk verkeersagent krijgt. Dit reductionisme beperkt daarmee de unieke rol van de psychiater, die juist bepaald wordt door de gecompliceerde samenkomst van psychische, somatische en sociale factoren, samengevat in het begrip *integrale benadering*.

3 – De derde factor, – en we moeten weer even een trapje hoger –, betreft de invloed van de financiering op de plaats van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg. In het rapport van de commissie van Londen meen ik tussen de regels door dit motief te hebben aangetroffen op de volgende wijze. De konstatering dat vele anderen aan de geestelijke gezondheidszorg deelnemen lijkt nl. de aandacht af te leiden van een *dubbelstructuur*, die zich nu ontwikkeld heeft in die geestelijke gezondheidszorg, en u heeft daar al veel over gehoord op dit congres. Dat is de dubbelstructuur van de financiering. De intramurale zorg met de extramurale poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters worden gefinancierd via het *verrichtingenstelsel* van de Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. De extramurale geestelijke gezondheidszorg, zoals S.P.D. en M.O.B. en ook semimurale instellingen zoals crisiscentra worden betaald via de A.W.B.Z., een budget financiering die zich richt op het *aantal behandelde personen* en niet op verrichtingen. Ik zie nog even af van andere financieringen zoals de I.M.P.'s via de A.A.W., de L.G.V. bureaus via C.R.M., en de

C.A.D.'s via Justitie. Het gaat vooral om de twee verschillende vormen van financiering, de één via verrichting, de ander via aantallen personen, waardoor in feite een goede kostenbeheersing en daarmee tevens de beheersing van het gehele systeem van geestelijke gezondheidszorg via de financiering tot dusverre onmogelijk is. Het is dan ook een logische en ook een goede zaak, dat de overheid tracht de financiering en daarmee het systeem te beheersen. De huidige dubbelstructuur is immers niet anders in te dammen dan via de noodrem: ik bedoel vacature-stops en het mondigemaat bekijken van nieuwe subsidieaanvragen. Hiervoor lijkt een spel ontwikkeld te zijn tussen Ministerie (Vomil) en Ziekenfondsraad. Het Ministerie kaart iets aan, de Ziekenfondsraad is terughoudend met als resultaat een experiment dat na een paar jaar doodloopt.

Met het te verwachten verdwijnen van de dubbelstructuur van de financiering lijkt tevens het laatste uur geslagen te hebben voor de vrijgevestigde psychiater. De reactie op het rapport van Londen van de Ned. Ver. voor Psychiatrie is misschien daarom vrijwel exclusief daaraan gewijd. Een zwaktebod mijns inziens, omdat het niet dient te gaan om de financiering, maar om de betekenis van een 'vrije' psychiater voor de volksgezondheid.

4 – De vierde factor is uitsluitend kwantitatief, nl. welk aandeel levert de psychiater in de totale mankracht aan geestelijke gezondheidszorg. Het rapport 'Uitbreiding van ambulante geestelijke gezondheidszorg' van het N.C.G.V. ten behoeve van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid laat zien dat in de traditionele instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zo'n 10 % van het personeel psychiater is. Op 1 psychiater treft men 2 maatschappelijk werkenden aan, 1½ SPV en 2 psychologen, waaronder ook pedagogen en andragogen zijn meegerekend. Niet zo'n slecht team op het eerste gezicht. Maar in dit rapport wijst men er met nadruk op dat *de groei van het aantal psychiaters gering is en dat het steeds moeilijker zal worden om de psychiater-uren te vullen!*

Aanwijzingen hiervoor zijn (met alle voorbehoud overigens) te vinden in gegevens over de Amerikaanse situatie. Hoewel het absolute aandeel van psychiaters in CMHC's van 1970-1975 steeg met liefst 50 % nam het aandeel van de psychiaters in effectieve hulpverleningstijd in deze periode af met 37 %. Dit werd mede veroorzaakt doordat:

(a) het aantal centra's (CHMC's) meer dan verdubbeld werd in 5 jaar. (In principe biedt een *schaalverkleining* in Nederland naar populaties van 100 à 200.000 ook zulke perspectieven);

(b) het niet-medische hulpverlenende personeel zich verdrievoudigde;

(c) het aantal *part-time* werkende psychiaters opmerkelijk toenam, een verschijnsel wat ook al in het N.C.G.V. rapport vermeld staat.

Uit cijfers uit het recente rapport van Dijk betreffende 'de rechts-

positie van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen' blijkt bovendien dat het aantal psychiaters in de ziekenhuizen nauwelijks toeneemt terwijl het sociaal-wetenschappelijk personeel verdrievoudigd is in 4 jaar. De commissie van Dijk uit dan ook zijn bezorgdheid over de nauwlettendheid van de medische behandeling in deze ziekenhuizen. Nu zou het mijns inziens onjuist zijn uit deze getallen te concluderen dat de medische behandeling verslechtert. Het rapport van de commissie van Dijk laat juist zien dat deze behandeling bepaald niet overal even goed is. Ik wil hier echter afzien van de kwaliteit, maar er op wijzen dat de relatieve deelname van psychiaters in het systeem van de geestelijke gezondheidszorg zowel intra- als extramuraal aan het afnemen is, en in niet geringe mate. Het aantal psychologen en maatschappelijk werkenden neemt veel sneller toe. Een groeiend tekort aan psychiaters tekent zich nu reeds af.

5 – De vijfde factor betreft het in teams werken. De relatief sterke toename van niet-medische hulpverleners, op zich noodzakelijk en erg welkom, heeft echter tevens in zijn uitwerking een wig gedreven tussen huisarts en psychiater. We zien nu dat zich rond deze twee medische beroepsbeoefenaren vrijwel identieke teams gevormd hebben van psychologen en maatschappelijk werkenden, en – op zich veel duidelijker – resp. wijkverpleegsters en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Het is goed te zien dat het probleem van de interdependentie in de geestelijke gezondheidszorg onontwarbaar geworden lijkt, mede door deze dubbele teamstructuur van deels dezelfde disciplines. Maatschappelijk werkenden hebben dan soms nog als onderscheid de Voortgezette Opleiding, maar psychologen hebben toch veelal dezelfde opleiding. Vandaar dat het dan ook niet hoeft te verbazen dat de discussie over de 'Psycholoog in de eerste lijn' zo eindeloos lijkt. Hoort hij nu in de eerste of de tweede lijn? Er bestaat geen echte óf-óf situatie. Met van Es ben ik van mening, dat de psycholoog in het oorspronkelijke echelonneringsmodel van Querido *per definitie een tweede-lijner* is. Hij verleent immers hoog-gespecialiseerde hulp.

6 – De zesde factor waarvoor ik uw aandacht wil vragen is het *reductionistische proces* t.a.v. de psychiater. En ik doel dan nu op een *passief reductionisme* zoals ook de huisarts dit ondergaat. Allereerst wordt opgemerkt dat het werken in een team niet eenvoudig is, dat de verantwoordelijkheid onduidelijk ligt, maar dat het werken in een team veel mogelijkheden biedt door bundeling van kennis en ervaring, voor een uiteindelijk betere hulpverlening. En vanuit mijn persoonlijke ervaring onderschrijf ik dit. Echter deze verrijkingskanten hebben hun tegenhangers in hetgeen van Es het reductieproces noemt. De huisarts, altijd al de somatische mindere van zijn grote broer, de specialist, verliest het nu ook op sociaal en psychologisch terrein. De huisarts Querido heeft dit onlangs in Medisch Contact treffend beschreven en er ook op gewezen, dat de huisarts steeds meer *discontinu* t.o.v. de patiënt

wordt. De huisarts vergeet haast zijn unieke kanten nl. dat hij *integrale* geneeskunde en continue zorg kan en dient te verlenen. Zoals de Amerikaan Borus dat voor de psychiater stelt, zo geldt evenzeer voor de huisarts dat het kernpunt in zijn beroepsuitoefening bepaald wordt door de unieke samenkomst van de drie peilers van ons welzijn, onze lichamelijke gezondheid, ons geestelijk welzijn en onze sociale situatie. Het is dus zowel de taak van de huisarts als van de psychiater deze integratie te bewaken en te verzorgen. De andere determinant die hen verbindt, is het zorgdragen voor de *continuïteit*. Van de 'wie tot het graf'. Caplan stelde onlangs zelfs de eis aan de psychiater: 'never close a case'. Het is zonder meer duidelijk dat het dienstverband, zoals dat in gezondheidscentrum en GGZ-organisatie geldt of gaat gelden, het gevaar in zich draagt de discontinuïteit te vergroten doordat de turnover van het personeel erdoor vereenvoudigd wordt en dus wat betreft de psychiaters en huisartsen kan gaan toenemen.

7 – De laatste factor betreft de *rolonduidelijkheid* van de psychiater. Hiermee wordt bedoeld dat de psychiater vaak zonder zich dit bewust te zijn, zijn rol in een bepaald werkverband niet omschrijft. Vooral in het werken in teamverband levert dit grote problemen op. Uit het voorgaande bleek reeds dat de psychiater in het team vrijwel op elk gebied ervaring en kennis deelt met andere teamleden, uit welke hoek zij ook komen. Vaak betekent dit dat de psychiater – soms automatisch vanuit zijn medische verantwoordelijkheid – de leiding naar zich toetrekt. Bekijken we zo'n multidisciplinair team vanuit de rolafgrenzing dan is de psychiater vaak (1) teamleider, (2) uiteindelijk verantwoordelijke voor de behandeling, (3) mede-behandelaar t.o.v. andere teamleden. Tot nu toe, afgezien van het laatste, lijkt dit nog wel te doen, maar zeer vaak is de psychiater ook nog eens (4) supervisor t.o.v. andere teamleden en wanneer het zo uitkomt tijdelijk (5) therapeut van ingestorte teamleden. Kortom een 'manusje van alles', die voor de andere teamleden dan weer collega-behandelaar is, dan weer supervisor, therapeut, teamleider, en ook nog vaak beleidvoerder in de organisatie.

Deze opsomming is niet bedoeld als pleidooi om dan maar één ding te gaan doen of als een aanklacht tegen de machtspositie van de psychiater. Waar het hier om gaat, is dat door de psychiater vaak onbedoeld voorbijgegaan wordt – juist vanuit zo'n veelheid aan rollen – per situatie expliciet te maken welke rol hij in die situatie inneemt. Met andere woorden wat men van hem kan verwachten. Dit bepaalt dan mede een *heldere werkrelatie per situatie* met de andere teamleden. Veel conflicten, zoals die aan de orde zijn in GGZ-teams, worden vaak geweten aan machtsstrijd tussen de disciplines en ideologische verschillen. Naar mijn mening is het ontbreken van een taakgericht rolonderscheid vaak de oorzaak van deze meestal heilloze conflicten.

Als ik tenslotte dit alles mag samenvatten, dan valt op te merken dat:

- *het relatieve aandeel* van de psychiaters in de geestelijke gezondheidszorg duidelijk afneemt, terwijl de behoefte aan psychiaters vanuit de schaalverkleining sterk groeit;
- dat er een *actief reductionisme* en een *passief reductionisme* ten aanzien van de *rol* van de psychiater is op te merken;
- dat de betekenis van de psychiater verder dreigt af te brokkelen door de *rolonduidelijkheid* in het teamverband;
- en dat alleen *integraal* en *continu* uitgeoefende psychiatrie door rol-duidelijke psychiaters die helderheid verschaft aan alle deelnemers in het veld van de geestelijke gezondheidszorg, die we nu door alle eerder genoemde factoren uit het oog dreigen te verliezen.

Daarvoor is het mede noodzakelijk dat met name de universitaire psychiatrie zich, in samenwerking met sociaal wetenschappers, veel actiever gaat bezig houden met het meso- en macro-niveau van de psychiatische voorzieningen cq. de geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

- Borus, J. F. (1978), Issues critical to the survival of community mental health. *Am. J. Psychiatry* 135, 1029-1033.
- Commissie van Dijk (1979), *Rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Gemengde Commissie voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (1978), *Interim-Rapport*, Leidschendam.
- Grinten, T. E. D. v. d., en G. H. Klijsma (1978), *Uitbreiding van ambulante geestelijke gezondheidszorg*. N.C.G.V., Utrecht.
- Poeisz, J. J. (1978), *Medische Specialisten in Nederland 1972-1977*. N.Z.I. Utrecht, 1978.
- Winslow, W. W. (1979), The changing role of psychiatrists in community mental health centers. *Am. J. Psychiatry*, 136, 24-37.