

**NVSPV JUBILEUMCONGRES, 2^E DAG,
10 DECEMBER 2004
SAMENVATTING**

Zeker bij een jubileumcongres zal menige beroepsgroep zelfvoldaan kijken naar eigen positie en belangen, maar hoe opmerkelijk en toch ongemerkt anders was de aanpak van **Jeanne Derks** in haar korte openingstoespraak: zij riep op tot oriëntatie op de maatschappelijke eisen die aan het vak gesteld worden, met inbegrip zelfs van de controversiële roep om meer dwang en drang. “De patiënt centraal” is zo geen holle kreet. Dat de beroepsgroep de eigen ontwikkeling consciëntieus ter hand genomen heeft blijkt wel uit de publicatie van ‘het boek’.

Ook voor **prof Schnabel** was de reflectie op de identiteit het startschot: wat brengt een club die 25 jaar prominent bestaat ertoe zich af te vragen wat de fundamentele identiteit van het vak (sociale psychiatrie) is? Die vraag moet bezien worden tegen de achtergrond van de maatschappelijke ontwikkeling waarin de sociale psychiatrie in een zwakke positie is geraakt. Het vak, en elke verwijzing naar sociale causaliteit, is uit de gratie geraakt. Alleen wat eenvoudig ‘meetbaar’ is telt bij machthebbers. Wat niet meetbaar heet te zijn is ‘dus’ niet wetenschappelijk, en verliest daarmee de universitaire- en onderzoeksstatus (ten behoeve van bijvoorbeeld de biologische psychiatrie). Er wordt neergekeken op een ‘doe-vak’ in de samenleving en – o ironie – dat is nu juist waar de samenleving om vraagt! Zo is de sociale psychiatrie veronachtzaamd als het ‘minst wetenschappelijke’, maar intussen wel het meest ‘ambulante’ en maatschappelijke deel van de psychiatrie...

Hoopvol is in dat verband het beeld dat **prof van Os** schetste. Hij suggereert dat de sociale causaliteit wellicht een revival gaat doormaken, nu uit onderzoek de sterke correlatie zichtbaar wordt tussen (ernstige) psychiatrische stoornissen enerzijds en sociale ongelijkheid anderzijds. Met moet dan denken aan zaken als een lage sociale status, sociale uitsluiting en discriminatie, en grote sociale stress en tegenslag. Dit soort onderzoeksgegevens wordt weer publicabel! Door besef te kweken van de samenhang tussen bijvoorbeeld het behoren tot een gemarginaliseerde minderheid en de kans op het ontwikkelen van een psychiatrische ziekte kan wellicht de aandacht vergroot worden voor ‘het contextuele effect’. En daarmee zou de combinatie sociale cohesie / sociale controle versterkt kunnen worden met een afname van ernstige psychiatrische ziekten als mogelijk gevolg.

Op indringende wijze is het probleem van sociale uitsluiting zichtbaar gemaakt door **mw Meeuwissen**. Methodisch onderzoek naar sociaal isolement en eenzaamheid toont de impact, en het belang van de verwerking, van negatieve levensgebeurtenissen. Sociaal isolement en psychiatrische ziekte lijken wel gelijk op te gaan. Bedenk dan dat zo’n 6% van de bevolking, grofweg driekwart miljoen mensen, sociaal geïsoleerd is, en de omvang van het probleem begint te dagen. Ronduit verbijsterend is het dat de helft van de bevolking zichzelf onvoldoende sociaal vaardig acht... terwijl sociale steun onontbeerlijk is om zich in het leven staande te houden: sociale steun ‘buffert’ stress. Wie sociaal geïsoleerd is heeft niemand om mee te overleggen, om hulp en raad te vragen, en dat is niet alleen schrijnend maar ook riskant voor de geestelijke gezondheidstoestand.

De onderbouwing van de uitsluitingsfenomenen werd gegeven door **prof Wolf**. Zij gebruikt de term “uitburgering”. Die ziet men in de meest gemarginaliseerde groepen, vooral die op straat leven: verslaafden en prostituées. Het is onzin dat die ervoor ‘kiezen’: zij blijken overwegend erg ongelukkig met hun bestaan en willen hulp: maar dan eenvoudig en praktisch. Ironisch genoeg halen ze die voornamelijk uit hun eigen ‘randgroep’, want daar is die nog relatief het gemakkelijkst te krijgen. De hulpverlening is namelijk wel bereikbaar en van goeden wille, maar geeft die hulp maar ‘een beetje’. De samenhang tussen de hulpvormen wordt immers gedicteerd door de organisatie van de hulpverleners, die over en weer exclusieprocedures hanteren, die terug te voeren zijn op eisen van kwaliteit, financiering, en allerhande wet- en regelgeving – waarmee zodoende het ontwikkelen van soepele, vraaggestuurde zorg stelselmatig gehinderd wordt.

De heer Sidali wees nog op een onderbelicht aspect van deze problematiek: de cumulatie van risicofactoren bij allochtonen, en des te meer naarmate zij minder ingeburgerd, meer ‘vervreemd’ zijn – of als zodanig ervaren worden. Alle genoemde factoren komen versterkt door wanneer men gediscrimineerd, onbekend en onbegrepen is – waarbij een zelfgenoegzaam zelfbeeld van Nederland als baken van tolerantie ons zand in de ogen dreigt te strooien. De marginalisatie resulteert niet allen in hetgeen door de eerdere sprekers werd aangetoond: grotere kans op psychiatrische stoornissen, maar tevens op overdiagnostiek. Wat onbegrepen is wordt als vanzelf als pathologisch geduid. De zorg voor meer kennis vereist dus prioriteit.

De meest spraakmakende aanpak, juist omdat die op kennis gebaseerd is en methodisch van aard is, is ACT.

Dr van Weeghel kijkt even welwillend als kritisch naar wat ACT pretendeert en wat het waarmaakt. Is het de Gouden Standaard voor bemoeizorg of een hype? Dat het zwaartepunt al gauw op crisis- en ziektebestrijding komt te liggen is wellicht het meest principiële tekort van ACT. Wanneer ziekte en crisis de rationale van aandacht zijn, ligt de ontwikkeling van afhankelijkheid om het hoekje van de deur. Deze blikrichting is met name defensief, terwijl de betrokkene vooral gebaat lijkt te zijn met een offensieve aanpak: werk, inkomen en dergelijke. Hoe zou ACT het herstel (een persoonlijk proces van meer greep krijgen) en rehabilitatie kunnen bevorderen? Van Weeghel noemt een reeks effectieve maatregelen waarbij enkele als bij uitstek kansrijk gelden, uitgaande van de erkenning dat strategieën gespreid moeten worden ingezet en dat ACT niet alles alléén kan: bijvoorbeeld het toevoegen van een ervaringswerker, het opbouwen van een steunsysteem en ‘illness management and recovery’.

Hoe dat gaat in het Verenigd Koninkrijk, en met name in een échte wereldstad – Londen – vertelden **M. Coffey** en **B. Hannigan**. Hoopvol is dat Community Health Care in Groot-Brittannië staat in de topdrie van prioriteiten van de gezondheidszorg. De problemen zijn enorm – maar herkenbaar: de aansluiting tussen 1^e en 2^e lijnszorg, afstemming tussen professies onderling, samenwerking tussen intra- en extramuraal, om enkele belangrijke te noemen. Grote gevolgen hebben stigmatisering en discriminatie. Er is een proces van extramuralisering – heel herkenbaar – met ‘transinstitutionalisering’ – al even herkenbaar. Aantallen ziekenhuisbedden en strafcellen zijn communicerende vaten. Voor mensen die gemarginaliseerd zijn dreigt een psychiatrische stoornis, voor psychiatrische

patiënten dreigt gevangenisstraf, om het scherp te stellen.

Er is ook in het VK een sterke lobby die veel meer dwangtoepassing bepleit met als paradox: méér Community Treatment en tegelijk méér dwang. Dat draagt ertoe bij dat het ideologische containerbegrip “modernization” dat nu het credo voor grote veranderingen is, de werkers voor enorme, intrinsiek conflicterende eisen stelt.

Dat vereist een veel fundamentele benadering van de vragen waar de sociale psychiatrie zich voor gesteld ziet.

Prof Baart heeft het aangedurfd de eisen die aan een SPV gesteld mogen worden te bezien vanuit de “presentiebenadering”. Die blijkt wonderwel te passen op een vak (sociale psychiatrie) dat als essentie en identiteit heeft: ‘present – zijn’. Een aandachtige betrokkenheid op de ander is het noodzakelijk vertrekpunt, een vragende houding in plaats van: “hier is mijn methode”. Een goede SPV moet ten eerste barmhartig zijn – zich kunnen laten onderbreken door wat de aandacht vraagt ook als je met iets verstandigs bezig bent. Ten tweede moet de SPV wijs én kundig zijn – weten wat er is (aan kennis) en wat moet worden gedaan. Daarbij moet hij/zij – ten derde – aandachtig kijkend te werk gaan en ten vierde weldoend zijn: niet alleen ‘evidence based’ maar ook ‘probaat’. Daarbij hoort, ten vijfde, dat hij/zij ‘latend’ moet kunnen zijn: de ander laten, het ingrijpen laten, als dat nodig is – maar niet verlaten! Ten zesde moet de SPV, zowel duvelstoejager als zachtmoedig, in relatie zijn en blijven, daarbij aanvaardend dat die relatie nu eenmaal volstrekt scheef is.

Het present – zijn, zelfs als de ander daar zelf niet om vraagt, is in de vorm van ‘bemoeizorg’ een gewaardeerd concept geworden.

Dr Henselmans, die aan de wieg van dit concept stond, keek terug op wat ervan geworden is. Het lijkt soms wel Haarlemmerolie: hét middel tegen álle kwalen... Het is zowel succesvol als diffuus geworden. Dan zullen tenslotte allerhande hooggespannen verwachtingen on vervuld blijven. Zeker, het is niet voor niets een succes: de netwerkgerichtheid is sterk verbeterd, en de praktijk is ingebed in de organisatie. Maar de resultaten laten zich niet eenvoudig documenteren – en dat is overigens ook nog bedroevend weinig geprobeerd.

Enkele zaken die verbetering behoeven zijn in elk geval duidelijk: bemoeizorg moet niet worden gezien of gebruikt als oplossing voor alle problemen. Voorts moet de bemoeizorg beter: ingebed in de organisatie en meer op ‘productie’ gericht zijn – het aantal ‘face-to-face-contacts’ moet omhoog om geloofwaardig te blijven. Bemoeizorg kan niet (langer) op zichzelf staan en het betrekken van partners brengt de vraag naar de regie boven. Macht en het bestieren van de OGGZ zijn echter gevaarlijke thema’s...

Intussen rammelt de samenleving aan de deur, met een sterk focus op ‘overlast’ en op flexibel optreden daarin – zonder overigens de veiligheidswaarborgen te geven die de SPV dan behoeft (bijvoorbeeld omdat de eis van optreden op gespannen voet staat met de privacywetgeving). En dan is de cirkel rond: de paradox waar de dag mee begon wordt weer zichtbaar. De eisen vanuit de samenleving zijn vooral gericht op flexibel, niet-defensief, actief optreden, op ‘gewoon aanpakken’ in de samenleving. Maar ‘afgerekend’ wordt er langs de bureaucratische, de juridische, de financiële en de ‘wetenschappelijke’ meetlat, waarbij slechts lijkt te tellen wat tel- en meetbaar is.

Deze tweede dag van het Jubileumcongres toonde aan dat de beroepsgroep deze paradox onder ogen durft te zien en zich proactief opstelt ten aanzien van de eisen die de samenleving stelt – ook als die soms tegenstrijdig zijn. Dat schept hoop en verwachting voor de volgende 25 jaar...

Mr drs R.H. Zuiderhoudt, dagvoorzitter



Mension™ medical refresher
Badhoevedorp, Januari 2005

©2005 Mension™ medical refresher, Alexander Snijdewind

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n).

©2005 Compilation: Mension™ medical refresher, Alexander Snijdewind

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior permission in writing from the proprietor(s).