

Van psychiatrische ziekte naar mentale gezondheid, over het vak, de patiëntenzorg en de vereniging: een persoonlijke indruk

Speech van Niels Mulder direct na overdracht NVvP voorzitterschap van Elnathan Prinsen, uitgesproken tijdens NVvP-voorjaarscongres, 11 mei 12.00 uur

Beste collega's,

Dank Birit voor je introductie en Elnathan voor dit document en voor al het goede werk wat je voor de Vereniging hebt gedaan! Jouw rustige, afgewogen en tegelijkertijd bevlogen houding zijn denk ik heel goed geweest in deze vaak best lastige tijden. We komen daar later op een gepast moment nog uitgebreid op terug!

Dank ook bestuur en ledenraad voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik kijk uit naar de komende periode, maar voordat ik daarover iets ga vertellen, wil ik eerst graag kort met jullie terugblikken.

Dit terugblikken in de geschiedenis van de psychiatrie wil ik doen aan de hand van een boek uit 2019 door Owen Whooley, socioloog bij de universiteit van New Mexico, die dit boek is weliswaar schreef vanuit een Amerikaanse context, maar met veel verwijzingen naar de Europese geschiedenis.

De titel van het boek van Whooley is "On the heels of Ignorance. Psychiatry and the politics of not knowing."

On the heels of ignorance, zou je kunnen vertalen als: "op de hielen van onwetendheid". Hiermee bedoelt hij de verschillende bewegingen of stromingen in de psychiatrie, die menen "bijna" het raadsel psychiatrische aandoening te hebben opgelost, dan wel denken een passende oplossing voor psychiatrische problemen te hebben gevonden.

Whooley beschrijft hoe iedere beweging zich kenmerkt door psychiaters die stellig geloven in hun ideeën en daar ook soms absolute waarde aan hechten.

Ik noem hier een paar van die bewegingen in vogelvlucht.

Als eerste de periode van de grote psychiatrische ziekenhuizen buiten de stad, die begon in de 19^e eeuw. Verschillende psychiaters vonden dat patiënten het beste uit waren met rust, reinheid en regelmaat en in deze setting het meest konden profiteren van de veelal experimentele behandelingen.

Begin 1900 komt Freud dan met een geheel ander paradigma. Zijn theorieën over de psychoanalyse kregen veel vervolg, ook buiten Europa. De bloeitijd van de psychoanalyse is weliswaar voorbij, maar ook nu nemen velen kennis van zijn werk en gebruiken deze inzichten in de praktijk.

Dan is er in de jaren 70/80 van de vorige eeuw de beweging van de antipsychiatrie, vooral als reactie op de grote psychiatrische instituten, met vertegenwoordigers in Nederland als Jan Foudraïne met zijn boek "wie is van hout". De antipsychiatrie legt sterk de nadruk op het belang van autonomie en trekt het bestaan van een psychiatrische ziekte in twijfel.

Parallel hieraan komen in de jaren zestig de eerste psychiatrische medicijnen op de markt en herleeft een biologische visie. Wanneer we de hersenen doorgronden, dan gaan we weten wat psychiatrische aandoeningen zijn en hoe we ze kunnen behandelen, zo was de gedachte. Deze beweging werd nog verstrekt door de opkomst van de genetica.

Ondertussen blijken de verbanden tussen genen en psychiatrische aandoeningen veel complexer dan gedacht en ook staan gevonden verbanden tussen hersenstructuren, hersenfuncties en gedrag ter discussie, zoals beschreven in een recente Nature publicatie.

En dan is er de opkomst van het DSM-classificatiesysteem, gevolgd door discussies over classificeren versus dimensioneel denken, en het creëren van diagnostische categorieën met veel overlap; deze discussies voeren we nog steeds.

Ook in de zorg voltrokken zich grote veranderingen.

Zo kennen veel landen een sterke afbouw van bedden, de de-institutionalisering. Dit was vooral een gevolg van bezuinigingen, en ten dele een gevolg van een veranderende visie op de psychiatrie, zoals "beter worden doe je thuis".

Ook in Nederland zijn de afgelopen jaren bedden afgebouwd, en dit gaat nog steeds door, bijvoorbeeld de afbouw van bedden voor klinische psychotherapie.

Deze afbouw van bedden is maar ten dele gepaard gegaan met een verschuiving van klinische middelen naar ambulante zorg, die dan ook steeds meer voor de kiezen krijgt.

Belangrijk probleem bij deze verschuivingen van kliniek naar ambulant is dat er geen sturing is geweest die ervoor heeft gezorgd dat afbouw van klinische capaciteit gelijke tred heeft gehouden met de opbouw van de ambulante capaciteit.

Dit meer algemene gebrek aan landelijke sturing op ggz-beleid levert nog steeds problemen op, bijvoorbeeld bij het oplossen van wachtlijsten, en de versnippering in de zorg, zoals bij de Kinder- en Jeugd Psychiatrie.

In de afgelopen decennia ontwikkelden zich ook talrijke vormen van psychosociale behandelingen, en psychotherapieën, met soms fors scholenstrijd, die nu wel grotendeels beslecht lijkt.

Tenslotte, sinds het begin van deze eeuw kennen we de herstelbeweging, het werken met ervaringsdeskundigheid en het gedachtegoed van de positieve gezondheid volgens Machteld Huber.

Wat kenmerkt nu veel van deze bewegingen in de psychiatrie?

Het zijn vaak pogingen om het fenomeen psychiatrische aandoening te duiden, de oorzaken te vinden, en behandelingen te ontwikkelen of te verbeteren.

Voortrekkers van deze bewegingen hebben de neiging hun ideeën te verabsoluteren, als waarheid te beschouwen, bijvoorbeeld over wat een bepaalde psychiatrische aandoening is, of breder, de biologische visie op de psychiatrie, of juist het tegenovergestelde, de sociale psychiatrie.

Maar waarom nu de titel van het boek van Whooley: "Op de hielen van onwetendheid, een psychiatrie van het niet weten?"

Daar zal ik zo op ingaan, maar eerst wil ik iets vertellen over mijn persoonlijke ervaringen ten aanzien van mijn eigen onwetendheid en wat gemaakt heeft dat ik zo enthousiast ben over ons vak en mijn werk als psychiater.

In 1994 ben ik gepromoveerd op een proefschrift met de titel "Psycho-immunology of HIV-infection". We onderzochten in hoeverre psychosociale factoren een invloed hadden op het beloop van de Hiv-infectie en op het immuunsysteem. Ook onderzochten we of we met behulp van psychotherapie het beloop van de Hiv-infectie positief konden beïnvloeden.

Ondanks dat het spannend en destijds in mijn ogen veelbelovend onderzoek was, in de frontlinie van de HIV-epidemie, bleken de resultaten tegen te vallen. Het was allemaal nog veel ingewikkelder dan ik dacht. En op het moment dat de eerste Aidsremmers op de markt kwamen, verloor het onderzoek aan relevantie.

Voor mij een belangrijke les in de onverwachte wendingen en de weerbarstige kant van de wetenschap, maar ook in het plezier dat ik hieraan beleefde.

Tijdens mijn aios-periode was ik er dan ook van overtuigd dat ik consultatief psychiater wilde worden om dit type onderzoek voort te zetten.

Maar het is anders gelopen. Ik was nog onwetend over andere delen van de psychiatrie, en tijdens mijn stage sociale psychiatrie in Rotterdam veranderde mijn kijk op het vak.

Deze veranderende kijk heeft voor mij veel te maken met wat emeritus-hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, professor Johan Mackenbach, in 2008 beschreef in zijn artikel met de titel "Politics is nothing but medicine at a larger scale", gebaseerd op een uitspraak in 1848 van Virchow, de uitvinder van de cellulaire pathologie, en ook bestrijder van de tyfus epidemie destijds.

Virchow beschreef de relatie tussen honger, ondervoeding en deze ziekte en bepleitte sociale hervormingen om deze ziekte tegen te gaan.

"Dokters zijn de natuurlijke advocaten van arme mensen" was ook één van Virchow's uitspraken. Mackenbach beschrijft verder in zijn artikel de verbanden tussen maatschappelijke situaties en het optreden van ziektes en wat wij als dokters hieraan kunnen doen, waaronder natuurlijk het behandelen van zieke mensen, maar ook het bekleden van beleidsfuncties, bedrijven van politiek activisme, of het tonen van politiek leiderschap om ervoor te zorgen dat maatschappelijke misstanden, die aanleiding geven tot ziekte, worden opgeheven. Vormen van preventie dus.

Vertaald naar de huidige tijd zouden we bijvoorbeeld bij de COVID maatregelen of andere grote overheidsmaatregelen kunnen pleiten voor een "mentaal effectrapportage" analoog aan een "milieueffectrapportage" bij grote bouwprojecten, zoals de NVvP en Elnathan ook hebben gedaan door het aandacht vragen voor de effecten van de lockdowns op de mentale gezondheid van jongeren.

Nu terug naar een "Psychiatry of not knowing", waarom deze ondertitel van het boek van Whooley?

Waar staan we nu met ons vak, bij het 150-jarig bestaan van onze Vereniging. Weten we inmiddels al wat een psychiatrische aandoening is, of die eigenlijk wel bestaat en waardoor die wordt veroorzaakt en wat kunnen we er dan aan doen?

Ja, we weten een heleboel meer dan 150 jaar geleden en nee, we weten nog lang niet alle antwoorden op deze vragen.

Op het gevaar af sterk te simplificeren denk ik dat we uit een tijd komen dat er een sterke discussie was over het ontstaan van psychiatrische aandoeningen: is dit Nature of is dit Nurture: is het aanleg of opvoeding?

Inmiddels weten we veel meer over de biopsychosociale determinanten van psychiatrische aandoeningen, en het is nu wel duidelijk dat het "Nature AND Nurture" is. Maar we weten nog lang niet hoe precies zit en exact wanneer, wat, voor welke aandoening, verantwoordelijk is.

Net als bij veel somatische aandoeningen trouwens, en daar hoeven we ons als vak dus ook helemaal niet voor te schamen. We zitten, om met Whooley te spreken, de onwetendheid dus nog steeds op de hielen.

De les die we wat mij betreft kunnen leren uit deze geschiedenis van "not knowing" is dat we als psychiatrie deze complexiteit erkennen en samen met andere disciplines zoals, even heel snel – natuur- en scheikundigen, biologen, neurobiologen, fysiologen, informatica specialisten, technisch ontwerpers, neurologen en andere somatisch specialisten, pedagogen, psychologen, sociologen, filosofen en ethici – en dan ben ik waarschijnlijk nog niet eens volledig - werken aan kennis over de oorzaken, gevolgen, behandelingen en preventie van psychiatrische aandoeningen: om met Birit te spreken: Team Based Science in volle omvang dus!

Het is een beetje complex al die samenwerking, dat geef ik toe, maar onvermijdelijk om verder te komen.

Onze plaats als psychiaters, te midden van al deze collega's is wat mij betreft dat wij kenners zijn van mensen met psychiatrische ziektebeelden, en de psychische, somatische en sociale aspecten kunnen overzien en wegen.

We zijn behandelaars, en soms ook onderzoekers, maar steeds in de wetenschap dat we andere disciplines hierbij nodig hebben.

Terug naar mijn eigen onwetendheid.

Een van de bepalende momenten voor mijn keuze om als psychiater in ACT en later in FACT-teams te gaan werken was een gebeurtenis tijdens mijn stage acute psychiatrie.

Wij gingen op huisbezoek bij een jonge psychotische man, waarvan we een melding hadden gekregen dat hij al zijn huisraad op straat aan het gooien was.

Eenmaal aangekomen bij zijn huis, lag er van alles op straat, waaronder een doos met een heleboel LP's, waarvan ik er veel ook zelf had. Mensen liepen langs en namen zo nu en dan wat mee, en zo zochten ze ook in de doos met LP's. Shocking vond ik dat. De jongen was inmiddels verdwenen en zijn deur stond open. Ik vroeg mij af hoe dit had kunnen gebeuren. Waarom hadden we dit niet kunnen voorkomen?

Bemoeizorg bestond er wel maar het was mondjesmaat beschikbaar, terwijl de term nota bene beschreven was in een promotieonderzoek in Rotterdam door Henrie Henselmans.

Autonomie van patiënten was bij een aantal psychiaters belangrijker dan het gevaar voor sociale teloorgang.

Ik realiseerde me dat je hier verschillend over kon denken. Dit is afhankelijk van je mensbeeld, kijk op psychiatrische aandoeningen en een visie op autonomie en wilsbekwaamheid, maar soms ook iemand z'n politieke voorkeur. Verder zijn wetten zoals de BOPZ en nu de Wet verplichte ggz multi-interpretabel. Ik constateerde ook dat er weliswaar onderzoek bestond op dit gebied, maar nog heel weinig in Nederland en dat resultaten uit buitenlands onderzoek nog nauwelijks hun weg hadden gevonden naar de Nederlandse psychiatrie.

Al met al voor mij genoeg reden om m'n onderzoeksactiviteiten te verleggen van de consultatieve psychiatrie naar de sociale psychiatrie.

Zo heeft ieder van ons denk ik zijn persoonlijke redenen om te kiezen voor dit vak, en mogelijk ook het onderzoek of beleidswerk wat hij doet. We proberen samen het vak verder te brengen, onze klinische ervaringen om te zetten in onderzoeksvragen en bevindingen uit onderzoek te vertalen naar beleid en patiëntenzorg, maar dit is een trage en weerbarstige cyclus. We zijn inmiddels een eindje gevorderd, maar wanneer we weer 150 jaar verder zijn zullen we ons vast beseffen hoe weinig we wisten anno 2022.

Tot zover over het vak.

Wat valt er te zeggen over de patiëntenzorg?

Wat mij betreft is dit een verhaal van een half vol dan wel een halfleeg glas.

We zien een toename aan patiënten bij de POH en in de enkelvoudige zorg, en er is waarschijnlijk een toenemende complexiteit bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, al beschikken we de laatste jaren over te weinig goede gegevens hierover. Ook is er discussie over de getallen die gaan over het ontwikkelen van de aantallen patiënten in de gespecialiseerde ggz.

Duidelijk is dat er wachtlijstproblemen zijn. We hebben met elkaar geen goede analyse over hoe dit komt, en er bestaat geen eenvoudige oplossing. Mogelijk doen meer mensen een groter beroep op de ggz, er zijn personeelstekorten, soms is er te veel versnippering in de zorg, en de ggz krijgt in mijn ogen ook te weinig financiële prioriteit, daar waar de budgetten voor de somatiek soms meer zijn gestegen.

Het is natuurlijk zaak om te proberen het beroep op de ggz te verminderen, bijvoorbeeld door meer in te steken op eHealth, en het uitbreiden van het aantal herstelacademies, maar ook door het oplossen van sociale problemen en er eerder bij te zijn, maar ondertussen staat de toegang tot zorg, en de kwaliteit van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen onder druk.

Het is de vraag of de toename van het aantal mensen dat hun weg vindt naar de ggz, en dan met name naar de POH en de ggz voor enkelvoudige problemen, een goede ontwikkeling is, of dat er sprake is van toenemende medicalisering van wat we normale variatie in mentaal welbevinden kunnen noemen.

Duidelijk is dat voorzorg, preventie of, om met prof. Scheerder te spreken, mentale gezondheidsbescherming, sterk op de achtergrond is geraakt en dit biedt waarschijnlijk nog tal van onbenutte mogelijkheden.

Goede ontwikkelingen in dit opzicht zijn bijvoorbeeld de @Ease inloopcentra voor jongeren in sommige steden, de Thrive gezonde stad beweging In Amsterdam, of de projecten waarbij wordt gekeken naar mogelijke bijkomstige psychische aandoeningen bij mensen met sociale problemen zoals schulden.

Gemeentes zijn toenemend verantwoordelijk voor dit soort taken en deze door de overheid gewenste decentralisatie heeft tot sterke verschillen tussen gemeentes geleid.

Wat mij betreft is deze “Mythe van het nut van decentralisering” aan een herwaardering toe, en hebben gemeentes veel meer gemeenschappelijk dan dat er verschillen zijn. Ook gemeentes hebben baat bij richtlijnen over wat effectieve interventies zijn, zodat niet iedere gemeente het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.

Zoals gezegd, eenvoudige oplossingen zijn er niet, en een stelselwijziging zit er niet direct aan te komen.

Door middel van bijvoorbeeld netwerkpsychiatrie, met patiënten in de regie waar kan, met directe samenwerking met naasten en onze collega’s uit het sociale domein, met zoveel mogelijk deze samenwerking in aanwezigheid van de patiënt, kunnen een aantal van deze problemen worden opgelost, zoals we bijvoorbeeld proberen bij het doorbraakproject netwerkpsychiatrie bij verschillende instellingen in het land.

We hebben inmiddels talrijke richtlijnen en zorgstandaarden, die ieder op zich goede behandeling en zorg omschrijven, maar de kunst zal zijn om ze voldoende in samenhang met elkaar te brengen, implementeerbaar en financieerbaar te maken voor de dagelijkse praktijk.

Voor de toekomst verwacht ik dat het belang van psychische gezondheid steeds duidelijker zal worden. Op scholen, bv gegeven in de vorm van het vak mentale gezondheid, maar ook door de voorwaarden te scheppen voor het psychisch en sociaal gezond opgroeien van kinderen. Recent is hiervoor ook MindUS gestart voor en door jongeren met psychische problemen en met koningen Maxima als erevoorzitter.

Als psychiaters kunnen we het belang van investeren in mentale gezondheid niet genoeg benadrukken bij de diverse overlegtafels waar wij aanwezig zijn, zoals we ook steeds proberen te doen vanuit de NVvP.

De psychiater is hierbij bij uitstek de expert bij het herkennen van de interactie tussen de biopsychosociale factoren, inclusief oog voor gender en culturele achtergrond, en wat effectieve manieren kunnen zijn om deze problemen op te lossen en mensen weerbaarder te maken. Wij doen dit met elkaar, in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de Volwassenen en Ouderen psychiatrie, zo mogelijk zonder schotten daartussen, samen met onze collega’s in de consultatieve, neuro-, en de forensische psychiatrie en met onze universitaire collega’s en vrijgevestigden als partners in de zorg.

Plezier in het werk is daarbij een belangrijke voorwaarde, met goede ondersteuning en passende waardering, waardoor we als collega's met elkaar de zorg verbeteren en voor continuïteit zorgen, overdag en buiten kantooruren.

Onze vereniging, tenslotte, biedt hiervoor bij uitstek een podium.

Binnen en buiten onze vereniging voeren we met elkaar het gesprek over psychiatrische aandoeningen, wat ze zijn, hoe ze ontstaan, en wat goede manieren zijn om ze te voorkomen en hoe mensen die eraan lijden te behandelen, vanuit de wetenschap en de ervaring dat er niet een waarheid bestaat en er meerdere wegen zijn die leiden naar mentale gezondheid.

Daarbij ga ik proberen de door vereniging uitgezette lijn voort te zetten, omdat ik het ermee eens ben, en vanwege het belang van continuïteit. Ik hoop om samen met jullie als collega's, ieder vanuit zijn eigen visie, achtergrond en werkplek, ons vak verder te ontwikkelen, de patiëntenzorg nog beter te maken en vooral ook samen veel werkplezier te beleven.

Dank jullie wel.