

## Heeft beleidspsychiatrie toekomst?

R.J.A. TEN DOESSCHATE, S.P. BANGMA, P.J.M. KOOPMAN

**SAMENVATTING** De rol van de psychiater als beleidspsychiater werd geëxpliciteerd in de Profielschets van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996), waarin de psychiater gekenschetst werd als de 'playing captain' van het multidisciplinaire team. In de Herziene Profielschets (2005) wordt die rol niet meer genoemd en is de psychiater vooral medisch specialist. Door de brede acceptatie van het CanMEDS-concept van competentiegericht opleiden is management- of beleidspsychiatrie één van de zeven kerncompetenties van het medisch psychiatrisch beroep. In de toekomstige competentiegerichte opleiding zullen de managementcompetenties voldoende aandacht krijgen; daarmee kan de psychiater in Nederland ook weer playing captain worden en heeft de beleidspsychiatrie weer toekomst.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 151-155]

**TREFWOORDEN** beleidspsychiatrie, managementcompetentie, opleiding, profielschets

De website van dit tijdschrift ([www.tijdschrift-voorpsychiatrie.nl](http://www.tijdschrift-voorpsychiatrie.nl)) vermeldt de inhoud sinds 1995, en geeft op 'beleidspsychiatrie' 18 treffers. Slechts één van de betreffende artikelen (Mulder 2005) vermeldt 'beleidspsychiatrie' bij de trefwoorden. Dit zegt overigens niet alles, want Van Ewijk (2000) met 'De toekomst van de psychiatrische centra' wordt niet vermeld, omdat het woord 'beleidspsychiatrie' ontbreekt, terwijl het daar wel over gaat. Dit artikel schreef Van Ewijk om de uitkomst van de voorspellingen te bezien die D. Jacobs nu meer dan 35 jaar geleden deed in zijn beleidspsychiatrisch artikel: 'De toekomst van de psychiatrische centra' uit 1972.

Een citaat uit de samenvatting van het artikel van Van Ewijk geeft aan dat het voorspellen door Jacobs niet in alle opzichten vlekkeloos was: 'Een aantal ontwikkelingen werd correct voorspeld, bijvoorbeeld de in toenemende mate gestelde eis tot wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrische praktijk en de grotere rol van het moderne management in het bestuur van psychiatrische ziekenhuizen. Toename van wettelijke eisen en bureaucratische handhaving werd in

1972 niet voorspeld. Uitgaande van de tegenwoordige ontwikkelingen voorspelt de auteur het einde van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland door het opgaan in somatische ziekenhuizen, met als resultaat het verlies van autonomie en verschraving in verscheidenheid en kwaliteit van zorg.' Dat maakt duidelijk dat voorspellen niet eenvoudig is, ook niet voor de beleidspsychiatrie.

Waarom bestaat er bijvoorbeeld geen 'beleidsinterne geneeskunde' en wel beleidspsychiatrie? Dit laatste heeft te maken met de context waarbinnen de psychiatrie zich afspeelt. Veel medisch specialisten zijn vooral praktiserend medisch specialist. Hun werkplek is de spreekkamer of de OK; er wordt daar voor zover nodig samengewerkt met anderen.

In de psychiatrie is dat anders. De meeste psychiaters zijn werkzaam in en vanuit een multidisciplinair team. Deze teams vormen een onderdeel van een organisatorische eenheid en deze maakt deel uit van grotere en maatschappelijke netwerken etc. We onderscheiden voor de beleidspsychiatrie dan ook drie invalshoeken: ten eerste die van

de patiëntenzorg (operationeel), ten tweede die van de zorginstelling (tactisch) en ten derde die van (inter)nationaal of politiek niveau (strategisch).

#### ONTWIKKELING IN DE TIJD

Van Andel (2007) beschrijft in het boek *Psychiatrie in georganiseerd verband* de vijftigjarige ontwikkeling van de rol van de psychiater. Volgens Van Andel was de psychiater rond 1960 een medisch specialist, werkzaam in het psychiatrisch ziekenhuis, of vrijgevestigd, of een combinatie daarvan. Eind jaren zestig kwam daar de klad in door de ontwikkeling van de antipsychiatrie, zoals Gemma Blok (2004) zo mooi beschreven heeft in haar boek *Baas in eigen brein*. Van Andel schrijft over deze periode dat de positie van de psychiater in de knel kwam. Voorheen was de geneesheer-directeur de baas en de psychiaters hadden een daarvan afgeleid gezag. Later werd de psychiater teamlid; de psychiater had geen bestuurlijke rol meer.

Na het einde van de periode van de antipsychiatrie in de jaren tachtig, verkreeg de psychiater in de teams geleidelijk de positie van 'playing captain'. In de eerste *Profielschets Psychiatrie* (1996) legde de profielcommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onder leiding van Van Tilburg deze claim duidelijk neer. Zoals Van Tilburg stelde in een interview: 'Wij definiëren een psychiater vooral als een medicus, die het biopsychosociale model hanteert en een leidinggevende positie in de ggz inneemt' (Nijssen e.a. 2007).

'Een leidinggevende positie in de ggz', die dus gebaseerd kan zijn op inzichten vanuit beleidspsychiatrie. De NVvP kent mede daarom ook een sectie Beleidspsychiatrie. Deze sectie definieert beleidspsychiatrie op de website [www.psychiatrienet.nl](http://www.psychiatrienet.nl) als volgt: 'Beleidspsychiatrie is een hulpwetenschap in de psychiatrie die zich in de eerste plaats richt op onderzoek naar en onderwijs in het beleidsmatig functioneren van psychiaters, individueel of in samenwerking met patiënten, andere hulpverleners, leidinggevend en op instellings-, regionaal en overheidsniveau. In de tweede plaats worden vooral in beleidsmatige en organisatori-

sche zin instellingen bestudeerd, waarin psychiaters werkzaam zijn. Uitgangspunten ten aanzien van de beide genoemde onderdelen zijn het maken en het realiseren van behandelbeleid, tezamen met patiënt en hulpverleners'.

De sectie Beleidspsychiatrie van de NVvP is actief en er worden cursussen gegeven én gevolgd. Zie ook de website van de NVvP: [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net), kopje 'platform', dan 'beleidspsychiatrie' en vervolgens 'beleidsplan 1999-2004'. Het woord 'beleidspsychiater' levert bij Google nog 63 hits op, met name wordt daarbij verwezen naar vacatures voor 'beleidspsychiaters'.

In de *Herziene Profielschets Psychiater* echter, die in 2005 tot stand kwam onder voorzitterschap van Koerselman, wordt de rol van de psychiater teruggebracht tot die van 'basis' medisch specialist. Van Andel (2007) zegt daarover: 'Beleidspsychiatrische aspecten komen nauwelijks meer aan de orde. Hoewel de verwarring die door de fusies was opgeroepen, grotendeels is verdwenen en de positionering van de psychiater duidelijker is geworden, blijft het nodig om aan de aspecten van het professioneel leiderschap aandacht te besteden, zowel op het operationele als ook het strategische beleidsniveau. Dat gebeurt in de schets veel te weinig. Een psychiater kan als lid van een team geen macht uitoefenen. Als professioneel leider zal hij gezag moeten opbouwen. Dat is gebaseerd op deskundigheid, wijsheid en eventueel overwicht. In principe wordt het gezag erkend en verleend, maar het zal voortdurend opnieuw veroverd moeten worden. Afgeleid van de arts-patiëntrelatie is de psychiater verantwoordelijkheid voor de inpassing van de activiteiten van andere hulpverleners in de totaliteit van een behandelplan, dat als contract kan worden beschouwd met wederzijdse verplichtingen. Volgens de profielschets kan dit alleen gelden voor patiënten die door een psychiater zijn gezien.' Dit laatste aspect is ook in het Tijdschrift door één onzer (Ten Doesschate 2006) aan de orde gesteld.

Onduidelijk is waar deze 'beleidsvrees' bij de samenstelling van de tweede profielschets vandaan komt. Zou het feit dat, tussen het tot stand komen van de eerste en de tweede profielschets, er een aantal andere erkende specialisten tot de multidisciplinaire teams is toegetreden, hierbij een rol

spelen? We doelen op de specialisatieopleidingen tot klinisch psycholoog (artikel 14, Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg; Wet BIG) en tot psychiatrisch verpleegkundig specialist. De psychiater is plotseling niet meer de enige specialist in het multidisciplinaire team. De vraag is ook of dat geleid heeft tot het opgeven van de captainsrol.

Reeds in 1994 (rapport Commissie-Biesheuvel) werd duidelijk dat de reguliere medisch specialisten zich niet behoren te onttrekken aan de managementaspecten van hun beroepsuitoefening; zij maken immers prominent deel uit van de zorgorganisatie. A fortiori geldt dit wanneer de medisch specialisten in hun functie ook expliciete managementtaken kennen. Wanneer wij management één op één vertalen met beleid, dan zal beleidspsychiatrie een duidelijke plaats houden in het beroep van psychiater.

## TOEKOMST

De toekomst van de beleidspsychiatrie hangt naar onze mening samen met de affiniteit van de betreffende categorie specialisten met dit thema, de competenties op dit terrein, en de mate waarin er vanuit de organisatie een beroep op wordt gedaan. Omdat de specialisten niet kunnen weten wat zij missen doordat betreffende kennis ontbreekt, achten wij het elementair dat deze competenties worden verankerd in het beroepsprofiel en in de eindtermen van de opleiding.

In toenemende mate worden opleidingen van professionals, werkzaam in de gezondheidszorg, gebaseerd op gedefinieerde competenties en eindtermen. In dezen speelt de Canadese Royal College of Physicians and Surgeons met de *CanMEDS 2005 Physician Competency Framework* (2005) wereldwijd een belangrijke rol. Volgens dit document zijn kerncompetenties van artsen en specialisten in zeven rollen samen te vatten; in de vertaling van de Orde van Medisch Specialisten: medisch handelen (*medical expert*), communicatie (*communicator*), samenwerking (*collaborator*), organisatie (*manager*), maatschappelijk handelen (*health advocate*), kennis

en wetenschap (*scholar*) en professionaliteit (*professional*).

Nu is er natuurlijk discussie mogelijk of de woorden ‘organisatie’ (of ‘manager’) en ‘beleidspsychiatrie’ dezelfde betekenis hebben. Volgens de eerder genoemde definitie van de sectie Beleidspsychiatrie heeft het woord ‘beleidspsychiatrie’ mogelijk een ruimere betekenis. Binnen het beperkte kader van dit artikel gaan wij hieraan voorbij.

## BELEIDSCOMPETENTIES PSYCHIATERS

Over welke beleidscompetenties zouden psychiaters dienen te beschikken? In de *Herziene Profielschets Psychiater* van de NVvP komen onder organisatie een aantal beleidspsychiatrische aspecten aan de orde. Psychiaters hebben volgens de profielschets een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van hun praktijkorganisatie. Zij zetten zich onder alle omstandigheden in om te bevorderen dat voldoende middelen kunnen worden ingezet om evenwichtig tegemoet te komen aan de eisen die in het kader van patiëntenzorg, scholing en externe activiteiten aan hen en hun medewerkers worden gesteld. Psychiaters dragen er zorg voor dat alle verslaglegging tijdig en adequaat plaatsvindt. Zij zorgen er door eigen inzet en het aansturen van medewerkers voor dat er een therapeutisch behandelklimaat is, dat respect en veiligheid in brede zin bevordert. Psychiaters bevorderen ook dat eventuele medewerkers kunnen werken volgens de standaarden van hun professie. Voorts hebben psychiaters een inspanningsverplichting om in samenwerking tot een zo goed mogelijke praktijkorganisatie te komen en zij moeten in staat zijn een behandelteam zodanig te leiden dat de verschillende professionele bijdragen van medewerkers aan de behandeling doelmatig worden georganiseerd. Ten slotte zijn psychiaters wat betreft het vaststellen van het behandelplan en het uitvoeren daarvan de centrale figuren voor de patiënten voor wie zij de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid dragen.

**Europese opleidingseisen** In een werkgroep van de sectie Psychiatrie van de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) zijn competentiegerichte opleidingseisen in ontwikkeling. Ten tijde van het schrijven van dit artikel is de manager als volgt gedefinieerd: psychiaters functioneren als managers wanneer zij elke dag beslissingen nemen in de dagelijkse praktijk die te maken hebben met middelen, medewerkers, taken, beleid en hun privéleven. Zij doen dit in het kader van individuele patiëntenzorg, praktijkorganisatie en in de bredere samenhang van het gezondheidszorgsysteem. Op die manier hebben psychiaters het vermogen nodig om prioriteiten te stellen en op een effectieve manier taken uit te voeren middels teamwork met collega's, en systematische besluiten te nemen, wanneer zij middelen inzetten. Als managers nemen

psychiaters een leidende positie in binnen de context van hun professionele organisatie en het gezondheidszorgsysteem. In tabel 1 zijn de competenties weergegeven die de UEMS in de opleiding verwerkt wil zien (Ten Doesschate, schriftelijke mededeling 2008).

Het is jammer dat noch in de *Herziene Profiel-schets*, noch in de Europese opleidingseisen gekozen is voor een meer systematische benadering van de beleidspsychiatrische aspecten van het vak. Het was logisch geweest een onderscheid te maken naar operationeel, tactisch en strategisch niveau.

## CONCLUSIE

Wij constateren dat in het door de CanMEDS losgemaakte discussie over managementcompetenties of zo men wil beleidspsychiatrie één van de

TABEL 1 Competenties die de psychiater-manager in de opleiding dient te verwerven volgens de sectie Psychiatrie van de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

- 1 Tijd en middelen op een zodanig effectieve manier kunnen gebruiken dat er een balans ontstaat tussen patiëntenzorg, inkomsten, activiteiten buiten het werk en het privéleven; vereiste competenties:
  - Prioritering aanbrengeven in werkbelasting op basis van ernst, mate van handicap en urgentie.
  - Op een adequate manier taken en verantwoordelijkheden delegeren.
- 2 Op een adequate manier middelen met betrekking tot gezondheidszorg en opleiding kunnen alloceren; vereiste competenties:
  - De essentiële principes begrijpen van financiën en managementmiddelen.
  - De gezondheidszorgstructuur begrijpen op nationaal, regionaal en lokaal niveau.
  - In staat zijn het belang in te zien van een juiste allocatie van gezondheidszorgmiddelen en daarbij het evenwicht vinden tussen effectiviteit, efficiency en toegankelijkheid, naast patiëntenzorg.
  - Middelen inzetten en richtlijnen baseren op *evidence*.
- 3 Effectief en efficiënt kunnen werken in de gezondheidszorgorganisatie; vereiste competenties:
  - Leiden en implementeren van veranderingen in de gezondheidszorg.
  - In staat zijn tot het plannen van gezondheidszorg, bijv. opstellen van werkroosters.
  - In staat zijn effectief te onderhandelen tussen diverse belangen die gepaard gaan met middelenallocatie.
  - *Evidence-based* richtlijnen kunnen implementeren in de klinische praktijk.
  - Participeren in *clinical audit* om voortdurend de kwaliteit van het werk te verbeteren.
  - De principes van risico-management en *clinical governance* begrijpen.
  - Kunnen omgaan met klachten van patiënten, hun omgeving en de staf.
  - Kennis hebben van de belangrijkste wetten die betrekking hebben op de geestelijke gezondheidszorg.
  - In staat zijn om de persoonlijke ontwikkeling van collega's en andere beroepsbeoefenaars te verbeteren middels effectieve feedback en support.
- 4 Informatie- en communicatietechnologie (ICT) kunnen gebruiken om de patiëntenzorg te verbeteren, alsmede bij- en nascholing middels dit soort media; vereiste competenties:
  - In staat zijn om patiëntgerelateerde databases effectief te gebruiken.
  - In staat zijn om ICT te gebruiken om daarmee de patiëntveiligheid te bevorderen, zoals registers van fouten en *near accidents* (FONA) en van het gebruik van dwang en drang.
  - In staat zijn middels ICT informatie te verzamelen en begrip hebben van de basis van medische informatica.

kerncompetenties van het medisch beroep en dus ook van de psychiater is geworden. Daardoor heeft de beleidspsychiatrie zeker toekomst.

## LITERATUUR

- Andel, H. van, & Können, E.E. (2007). *Psychiatrie in georganiseerd verband, De psychiater op de wenteltrap van beleid en tijd*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland 1965-1985* (proefschrift). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Doesschate, R. ten & Hubben, J.H. (2006). De multidisciplinair werkende psychiater in de Herziene Profielschets Psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 389-393.
- Ewijk, W. van, (2000). De toekomst van de psychiatrische centra. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 23-28.
- Frank, J.R. (2005). The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework, Better standards, Better physicians, Better Care. Ottawa: The Royal college of Physicians and Surgeons of Canada. <http://rcpsc.medical.org/canmeds/canMEDS2005/index.php>.
- Jacobs, D. (1972). De toekomst van de psychiatrische centra. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 14, 85-101.
- Mulder, W., Dekker, J., & Gijssbers van Wijk, C.M.T. (2005). De tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam, ervaringen met grootste delijke acute opnames. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 383-389.

- Nijssen, M., A. Beekman, W. Hoogendijk, e.a. (2007). *The playing captain, liber amicorum voor Willem van Tilburg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2005). *Herziene Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

## AUTEURS

- R.J.A. TEN DOESSCHATE is psychiater, werkzaam bij Adhesie GGZ, Deventer.
- S.P. BANGMA is medisch socioloog en bedrijfseconoom, werkzaam bij Adhesie GGZ, Deventer.
- P.J.M. KOOPMAN is verpleegkundige, werkzaam bij Adhesie GGZ, Deventer.
- De auteurs vormen tezamen de directie van Adhesie GGZ, Deventer.
- Correspondentieadres: R.J.A. ten Doesschate, Adhesie, Postbus 5003, 7400 GC Deventer.
- E-mail: r.tendoesschate@adhesie.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 29-4-2008.

## SUMMARY

Is there a future for administrative psychiatry? – R.J.A. ten Doesschate, S.P. Bangma, P.J.M. Koopman –

*The role of the psychiatrist as administrator was first defined in the psychiatrist profile of the Dutch Psychiatric Association (1996). According to that profile the psychiatrist was the 'playing captain' of a multidisciplinary team. However, this phraseology was no longer used in the revised profile (2005); there the psychiatrist had become primarily a medical specialist.*

*As a result of the broad acceptance of the CanMEDS competence-based training, the management of psychiatry has now become one of the seven core skills of the psychiatric profession.*

*Competence-based training in the future will put more emphasis on management skills, the psychiatrist will once more become a 'playing captain' and there will again be a future for administrative psychiatry.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 151-155]

**KEY WORDS** administrative psychiatry, management competence, profile, training