

# Loopbaanmogelijkheden (en beperkingen) voor toekomstige psychiaters

## Door bewuste keuze naar integratie

P. J. A. VAN PANHUIS

**SAMENVATTING** De opleiding tot psychiater biedt bouwstenen de latere beroepsuitoefening aan te laten sluiten bij individuele mogelijkheden en voorkeuren. De huidige organisatie van de psychiatrische zorg biedt kansen dit ook te verwezenlijken. Een bedreiging voor de professionele ontwikkeling is de vaak zeer beperkte gelegenheid die psychiaters nog krijgen zelf patiënten gedurende een langere termijn te behandelen. Die mogelijkheid bestaat nog wel in de zelfstandige praktijkvoering. Gepleit wordt voor een combinatie van werkzaamheden in grote instituten en parttime in een eigen praktijk. Aangedrongen wordt op een grotere betrokkenheid van psychiaters als beroepsgroep bij de ontwikkeling van GGZ-beleid en de inzet van de psychiatrie bij het omgaan met maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de betekenis van psychiatrische ziekte voor veiligheid en arbeidsgeschiktheid.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 277-281]

**TREFWOORDEN** beroepsuitoefening, carrièreplanning, institutionalisering, onafhankelijkheid

De inhoudsopgave van dit themanummer werd de auteurs toegezonden. Wanneer de bijdragen onder elkaar staan, is zichtbaar dat het vak van en de opleiding tot psychiater veel invalshoeken, invloeden en tegenstellingen kennen. Dat biedt een boeiend perspectief op een dynamische loopbaan. Zo is het mogelijk door zelf keuzes te maken de loopbaan aan te laten sluiten bij de eigen mogelijkheden, voorkeuren en persoonlijke ontwikkeling. Naast inhoudelijke factoren spelen 'externe krachten' en invloeden een rol. In de psychiatrie is dit meer het geval dan in andere medische specialismen. Dit komt doordat de psychiatrie voor een belangrijk deel in dienstverband wordt beoefend en daarnaast een maatschappelijke rol speelt in de custodiale taak (beveiliging bieden aan de samenleving), die altijd verbonden is geweest met de asielfunctie. Externe krachten kunnen een beperking betekenen voor loopbaanontwikkeling en plezier in het

werk. Wanneer men zich van de eigen positie in dit krachtenveld bewust is, blijft er ten aanzien van eventuele beperkingen voldoende speelruimte. De bedoeling van dit artikel is daaraan bij te dragen.

### DE OPLEIDING: VAN STAGES EN ONDERDELEN NAAR EIGEN INTEGRATIE

De opleiding bestaat uit technisch-theoretische vorming en uit het leren werken met patiënten in een meester-gezelrelatie. Soms is de voornaamste invalshoek daarbij die van 'het brein' (waarbij stroomlijnen functioneel worden gedefinieerd, vaak in neurobiologische modellen), op andere momenten ligt de nadruk meer op het paradigma van 'de geest' (model voor beleevingsmatige en emotionele aspecten van het menszijn). Kenmerkend voor de psychiatrie is dat deze benaderingen elkaar in voortdurende wis-

selwerking aanvullen. Arts-assistenten in opleiding moeten leren die wisselwerking te hanteren in hun patiëntencontacten. Die moeten daarnaast diepgaand genoeg zijn om de evidence-based wetenschappelijke kennis met de realiteit van de kliniek te verbinden. Tevens moet in die patiëntencontacten het werkmateriaal gevonden worden voor de psychotherapieopleiding die in de specialisatie is geïntegreerd. Die integratie is belangrijk voor de vorming van de eigen persoon als instrument in het werken met patiënten.

Een van de eigen keuzes die assistenten kunnen maken, is de mate waarin zij binnen het instituut waar zij werken (tijd)ruimte weten te creëren om zich in al deze verschillende facetten te verdiepen en om ze tot een eigen individuele stijl te integreren. Op deze, in de opleiding reeds voelbare, tegenstelling 'individuele beroepsbeoefenaar' - 'functionaris in een instituut' wordt in dit artikel nader ingegaan.

Binnen de opleiding kan ook nog op een andere manier richting worden gegeven aan de verdere loopbaan van medisch specialist. Bedoeld worden de wetenschappelijke activiteiten in de opleiding. Hierin (en niet alléén hierin) bestaat een verschil tussen de psychiatrie en andere specialismen. In andere vakken stromen veel assistenten via een onderzoeksplaats in of gaan tijdens de opleiding onderzoek doen. Na hun registratie blijven zij dikwijls enkele jaren in de opleidingskliniek, ronden hun onderzoek af, promoveren én verdiepen daarnaast hun klinische vaardigheden. De integratie van de 'evidence uit het onderzoek' en de 'vaardigheid' van het klinisch werk krijgt zo meer dimensie. In verhouding tot andere specialismen vinden de psychiatrieopleidingen meer buiten de academische setting plaats en promoveren er maar weinig psychiaters (Rooijmans 1999). De cultuur om wetenschap en vaardigheid creatief en individueel te synthetiseren, blijft daardoor in de psychiatrie dus beperkt. Wetenschappelijk onderzoek traint bovendien in onafhankelijk denken en het niet te gemakkelijk voor waar of 'gegeven' aannemen van allerlei zaken. Dit is een vaardigheid die

klinisch werkende psychiaters maar al te hard nodig hebben.

#### DE BEROEPSPRAKTIJK

Wat betreft het loopbaantraject van net gespecialiseerde of aankomende psychiaters is het denkbaar dat dat langer zal zijn dan dat van de huidige generatie. Feit is dat het merendeel van de studenten geneeskunde tot het vrouwelijk geslacht behoort. Een steeds groter deel van de professie zal dus uit vrouwen bestaan. Feit is eveneens dat vrouwen, en in toenemende mate ook mannen, werk en zorg voor een gezin willen en moeten combineren. Niet iedere afgestudeerde zal dus gedurende een volledige loopbaan full-time voor werk beschikbaar zijn. In het beleid ten aanzien van de numerus fixus voor de geneeskundestudie is daarmee onvoldoende rekening gehouden. Een algemeen tekort aan artsen is dan ook te verwachten. Deze tendens zal bovendien door de vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende stijgende zorgbehoefte worden versterkt. Voor een taalgevoelig vak als de psychiatrie kan dit niet snel worden opgelost door buitenlandse specialisten in te zetten. Daarbij komt dat de manpowerplanning die destijds in opdracht van de NVVP werd uitgevoerd, haar doel niet bereikt heeft. De algemene effecten zullen zich in de psychiatrie daardoor nog sterker doen gelden, met een te verwachten toenemende druk op psychiaters om hun loopbaan te verlengen. Het is verstandig hier tijdig rekening mee te houden en een gefaseerde loopbaan te plannen.

*Onafhankelijk medisch specialist of functionaris (Recent ingeschreven) psychiaters zullen in overgrote meerderheid gaan werken in een gefuseerde of in een fusieproces verwikkelde (regionale) GGZ-instelling. Dankzij deze fusies wordt de scheiding tussen ambulante en klinische werkvormen opgeheven. Een voordeel voor de patiëntenzorg is de continuïteit van zorg. Continuïteit is belangrijk bij psychiatrische ziekten en gebreken, die immers in meerderheid chronisch zijn.*

Voor psychiaters kan dit fusiebeleid het voordeel hebben dat zij in één instelling ambulant en klinisch kunnen werken. Omdat voorheen gescheiden werkvormen (als sociale psychiatrie, psychotherapie en ouderenpsychiatrie) worden gecombineerd, ligt het voor de hand om ook in vakinhoudelijke zin pluriform werkzaam te kunnen zijn en meer bekwaamheden te ontwikkelen dan vroeger, toen men daarvoor 'verschillende banen' moest nemen.

Wellicht heeft dit verregaand 'doorgeorganiseerd' worden van de GGZ naast voordelen ook beperkingen voor een evenwichtige loopbaanontwikkeling van psychiaters. Steeds meer gaan psychiaters in deze mega-instituten deel uitmaken van de 'functie' psychiatrie. Als zodanig moeten zij begrijpelijkerwijs efficiënt worden ingezet. Dit gebeurt niet meer in de 'multidisciplinaire teams' van de jaren zeventig, maar, de hiërarchie lijkt terug van weggeweest, in de rol van 'playing captain'. In de praktijk betekent dit vaak dat zulke functionarissen voornamelijk over patiënten praten met andere 'werkers', en slechts beperkt met patiënten kunnen of mogen praten. Zo worden opgedane kennis en ervaring uitgehold. Wanneer een psychiater voldoende diep wortel heeft geschoten in de enige voedingsbodem die zich daarvoor eigent, de praktijk, kan hij wel enige uitholling van kennis verdragen. Bij 'voldoende' is te denken aan vijf jaar klinische ervaring, de termijn die SRC hanteert voordat opleidingsbevoegdheid kan worden toegekend, waarvan dan de helft is opgedaan in directe patiëntenzorg. Relatief weinig 'onderhoud' is dan voldoende om het vak 'in de vingers te houden'. Wanneer echter pas gespecialiseerde psychiaters, nog kwetsbaar en onzeker in hun professionele identiteit, niet toekomen aan verdieping van hun klinische ervaring, betekent dit een bedreiging voor hun professionele ontwikkeling. Het is evenmin gewenst dat juist geregistreerde psychiaters uitgebreid en zonder op hun beurt weer gecoacht te worden, worden belast met supervisie in plaats van zelf toe te komen aan verdere specialisatie of wetenschappelijk onder-

zoek. De 'vlucht weg van de patiënten' en 'het beleid in' (Kubie 1971) biedt voor de op zich begrijpelijke gevoelens van onmacht en onzekerheid die hier kunnen optreden slechts een schijnoplossing. Het gevolg ervan is immers dat de nog onervaren psychiater vervreemdt van de 'ambachtelijke' kern van het vak. Hiermee wordt overigens niet bedoeld dat het ongewenst is dat de (meer) ervaren psychiater doorgroeit naar beleids- of onderwijstaken. Management en opleiding zijn heel natuurlijke vervolgstadia in een carrière.

Voor de patiëntenzorg kunnen de zojuist geschetste ontwikkelingen even funest uitwerken als voor de loopbaan van psychiaters. De resultaten van recent onderzoek zijn eensluidend in de conclusie dat de combinatie van medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling bij de meeste psychiatrische ziekten en gebreken (inclusief persoonlijkheidsstoornissen; Gabbard 1999) de beste resultaten oplevert. Ook bij het voorschrijven, begeleiden en controleren van medicatie bepaalt 'de dans van overdracht en tegenoverdracht' de uitkomst van de behandeling in belangrijke mate (MacKenzie e.a. 1999; Cameron e.a. 1999).

Met deze ontwikkeling in de wetenschap in gedachten kan men zich afvragen of de indeling in vier beroepenclusters in de GGZ: medisch, gedragswetenschappelijk, agogisch en verpleegkundig (Hutschemaekers 1999), niet een gekunstelde poging is om grip op de klinische werkelijkheid te krijgen. De psychiater in de GGZ-instituten nieuwe stijl 'doet' de medicatie, terwijl de (goedkopere) spv'er het gesprekje met de patiënt voert. In *Beroepen in de gezondheidszorg* (Hutschemaekers 1999) valt niet te lezen hoe tot continuïteit van zorg te komen. Evenmin wordt aangegeven hoe splijtende dynamiek kan worden vermeden die in het systeem is ingebouwd. Met andere woorden: er is niet aan gedacht hoe men kan vermijden therapeutische (werk)relaties en 'compliance' te verspelen. De psychiater die in dit geïnstitutionaliseerde krachtenspel werkt, lijkt zich té vaak te schikken in zijn (func-

tionele) lot. Er is na alle fusies immers slechts een beperkt aantal grote werkgevers overgebleven. Veranderen van de ene naar de andere mega-instelling levert weinig verschil in functie en perspectief op.

Toch bestaan ook hier alternatieven. Wat is immers een elegantere en evenwichtigere beroepsuitoefening dan in een instituut te werken en daarnaast enkele dagen per week in een eigen praktijk of samen met directe collega's zelf patiënten te onderzoeken en behandelen. Zeker nu de zelfstandige vestiging in regionale samenwerkingverbanden vorm krijgt en het mogelijk is hierin parttime te werken, blijft het gevaar beperkt te verzanden in een eigenaardige ongecorrigeerde stijl van werken, die soms aan vrijgevestigden wordt toegeschreven.

Het is daarbij wel te wensen dat zelfstandig gevestigden zich niet alleen toeleggen op psychotherapeutisch werk in engere zin. Mensen met bijvoorbeeld een stemmingsstoornis of vooral met een (chronisch) psychotisch beeld zijn, mits een redelijke mate van ziektebesef en daarmee samenhangende therapiecompliance bestaat, gebaat bij een langdurige relatie met één en dezelfde hulpverlener die in staat is geïntegreerde zorg ('praten en pillen') te bieden. Ook in de kinderpsychiatrie kan men zich voorstellen dat (bijvoorbeeld bij kinderen met een aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis) geïntegreerde behandeling door één persoon in een aantal gevallen voordelen biedt. In dergelijke langdurige eigen patiëntencontacten leren psychiaters ook iets wat zij in hun opleiding niet kunnen leren, namelijk hoe patiënten mét hun ziektebeelden zich in de loop der jaren ontwikkelen.

Wanneer men alle bemoeienis door niet-professionals met de uitoefening van ons beroep, die véél verder gaat dan bij elk ander medisch specialisme, beschouwt, komt het verlangen op naar meer en een effectievere inbreng van de beroepsgroep in de ontwikkeling van lokaal en landelijk GGZ-beleid.

## DE PSYCHIATER IN HET MAATSCHAPPELIJK SPANNINGSVELD

Hoewel de context van de maatschappij altijd een rol speelt in de behandeling van de psychiatrische patiënten, is die toch het meest voelbaar in de forensische psychiatrie. Ook hier liggen mogelijkheden om anders dan alleen in een grote GGZ-instelling de eigen loopbaan vorm te geven. Per jaar worden meer dan vijfduizend gedragskundige en psychiatrische strafrechtelijke rapporten gemaakt. Bovendien gaan veel bestuursrechtelijke zaken over de betekenis van psychiatrische ziekten of gebreken voor iemands vermogen arbeid te verrichten. Psychiaters die vooral de 'breedte' in hun werk zoeken, vinden hier een interessant werkveld. Er ligt echter ook een spanningsveld, omdat vanuit vakmatige deskundigheid adviezen worden gegeven die maatschappelijke implicaties hebben. Deze implicaties zijn dermate belangrijk dat zij niet alleen door de opvatting van individuele beroepsbeoefenaars bepaald mogen worden. De beroepsgroep als geheel (de NVvP) dient consensusstandpunten te ontwikkelen over psychiatrische stoornissen in relatie tot maatschappijbeveiliging en/of over de betekenis die psychiatrisch lijden heeft voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering (Van Panhuis 1999). Standaarden daarvoor dienen niet door de politiek bepaald te worden zonder dat de mening van de beroepsgroep bekend is en, beter nog, bij het beleid betrokken wordt. Het gaat ten slotte over onze patiënten en over onze professionele competentie.

## CONCLUSIE

Dit nummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* onderstreept hoeveel mogelijkheden de psychiatrie biedt aan iedere individuele psychiater om zijn beroepsleven boeiend in te richten. De sterke bemoeienis van de overheid en zorgverzekeraars met de vormgeving van de GGZ kan beklemmend gaan werken, niet alleen voor de zorg zelf, maar ook voor degenen die zorg verlenen.

Deze bijdrage laat zien dat dit laatste voor psychiaters niet zo onontkoombaar hoeft te zijn als het lijkt. Niet slechts de inhoud van hun loopbaan, maar ook de vorm die deze krijgt, kunnen zij voor een belangrijk deel zelf bepalen.

LITERATUUR

Cameron, P.M., Leszcz, M., Abbass, A., e.a. (1999). The practice and roles of psychotherapies: A discussion paper. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, suppl. 1, 4-17.

Gabbard, G.O. (1999). Voordracht 6e ISSPD Congress Genève, 14-18 september 1999.

Hutschemackers, G. (1999). Chaos in het beroepenveld. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 355-364.

Kubie, L.S. (1971). The retreat from patients. *Archives of General Psychiatry*, 24, 98-106.

MacKenzie, K.R., Leszcz, M., Bechuk, W., e.a. (1999). Guidelines for the psychotherapies in comprehensive psychiatric care: A discussion paper. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, suppl. 1, 18-31.

Panhuis, P.J.A. van (1999). Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie. Psychiatrische aspecten. In B.M.C. Raes & F.A.M. Bakker (red.), *Psychiatrie in het Nederlands recht* (pp. 195-202). Deventer: Gouda Quint.

Rooijmans, H.G.M. (1999). Proefschriften van psychiaters in kaart gebracht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 171-173.

AUTEUR

P. J. A. VAN PANHUIS is ressortscoördinator van de Forensisch Psychiatrische Dienst te 's-Hertogenbosch, tevens consultant bij het Forensisch Psychiatrisch Cluster van de GGZ Eindhoven en in deeltijd werkzaam als vrijgevestigd psychiater.

Correspondentieadres: Leeghwaterlaan 14, 5223 BA Den Bosch.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-1-2000.

**SUMMARY** Careeropportunities (and limitations) for future psychiatrists. Through conscious choice to integration – P.J.A. van Panhuis –

*The training of psychiatrists offers building stones to let the exertion of the profession later on match their individual possibilities and preferences. The current organisation of psychiatric care offers opportunities to realise this. A threat to the professional development is the often very limited opportunity for psychiatrists to treat patients themselves for a longer period of time. In private practice this is still possible. Recommended is a combination of holding a job in a big institution for mental health and a part-time private practice. A greater involvement of psychiatrists as a group is insisted upon with regard to the development of mental health policy and the use of psychiatry in the face of social problems, e.g. when it concerns the meaning of mental illness with respect to safety and ability to work.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 277-281]

**KEYWORDS** careerplanning, independence, institutionalisation, psychiatric practice