

De psychiater: clinicus en manager?

Het spanningsveld
tussen klinisch
denken en manage-
mentdenken

J. VANDENBERGHE

'Je kunt tijd niet in dagen
meten zoals geld in dollars,
omdat iedere dag weer anders
is.' (Jorge Luis Borges)

De basis van psychiatrie is de therapeutische relatie met de psychisch lijdende mens. Zonder deze werkalliantie is *cure* noch *care* mogelijk, psychotherapie noch adequate psychiatrische begeleiding of medicamenteuze therapietrouw. Deze relatie tot stand laten komen en in stand houden is een kunst gebaseerd op kunde. De terminologie die we in deze context gebruiken verradt hoe weerbarstig en oncontroleerbaar dit proces is: betrokkenheid, hechting, engagement, vertrouwensrelatie, authenticiteit, laten gebeuren (*Gelassenheit*), mee dragen en verdragen. Psychiaters werken op een heel individuele manier met mensen, niet met psychiatrische stoornissen. En mensen zijn altijd deels onkenbaar, waardoor diagnostiek een onvermijdelijk tentatief proces is, hoofdzakelijk gebaseerd op communicatie en interpretatie. Ook het therapeutische proces is grillig en moeilijk planbaar. Het kent geen duidelijke dosis-responsverhouding zoals vele psychofarmaca. De patiënt ondergaat de behandeling niet, maar maakt haar mee, op zijn tempo, schipperend tussen weerstand en wens tot verandering, tussen emotie en ratio, waardoor de omweg vaak de kortste weg is. Een arts die psychiater wordt, laat activisme deels achter zich en ontwikkelt attitudes als onbevangenheid, niet-wetende en niet-(ver)oordelende openheid, geduld en tolerantie voor chaos, onmacht en oncontroleerbaarheid.

Deze klinische logica bepaalt het intieme proces tussen psychiater en patiënt. Maar vele psychiaters werken samen, in ziekenhuizen of in ambulante centra. Interdisciplinariteit verbreedt de benadering en verbetert zo de patiëntenzorg. De overheid ondersteunt deze organisaties en bijhorende zorgcircuits met subsidies en vergoedingen. Organisaties en geldstromen functioneren echter volgens heel andere principes dan hierboven beschreven. Termen als *human resource management*, projectwerking, audit, resultaatgerichte strategie, efficiëntie en kwaliteitscontrole passen in een heel andere logica: de organisatie- beleids- of managementlogica, die voortdurend poogt behoeften en middelen op elkaar af te stemmen. De basis hiervan is plannen en sturen; de instrumenten zijn meting, analyse en controle; de benadering is rationeel en doelgericht.

De streefdoelen van management en kliniek vertonen overeenkomsten: organisaties respectievelijk mensen (bege)leiden en helpen veranderen, zorgzaam en respectvol, rekening houdend met weerstanden en beperkingen. Beide logica's zoeken een evenwicht tussen 'bottom-up-' en 'top-downbenadering', in voortdurende afstemming. Het uiteindelijke doel van klinisch werk is wel emancipatorisch, bottom-up dus: mensen zelf laten bepalen welke richting de verandering uitmoet. En dat is vaak richting groei van autonomie-inverbondenheid en vrijheid, soms richting acceptatie van, en leren leven met verlies en beperkingen.

De methode en taal van management en van kliniek, zoals hierboven beschreven, liggen echter mijlenver uit elkaar. De taal van planning, strategie, efficiëntie, metingen en collectieve ethiek is een andere taal dan de taal van empathie, ont-moeting en individuele ethiek. De ggz worstelt met deze modelincongruentie. Een studiedag, georganiseerd door de Vlaamse Centra Geestelijke Gezondheidszorg CGG-Vlaams-Brabant Oost en Andante op vrijdag 17 oktober 2008, is hieraan gewijd (zie de agenda op www.vvn-vvp.be).

Managers en klinici ... : hoe kunnen we elkaars taal en logica beter begrijpen, in de wetenschap dat beide nodig zijn voor een goede zorg en voor een optimale aanwending van de beperkte middelen? Hoe kunnen we een evenwicht vinden tussen management en klinisch werk? Moet een psychiater manager én clinicus zijn? Welke managementmodellen zijn bruikbaar in de ggz?

Een te ver doorgedreven managementlogica houdt gevaren in: voor de concrete zorg, voor het therapeutische proces én voor de persoon van de hulpverlener. Veel klinici vrezen dat managementdenken zal leiden tot meer aandacht voor technische dan voor relationele aspecten van psychiatrische zorg. Er is ook het risico op interferentie met het delicate therapeutische proces én op toename van werkstress en burn-out bij hulpverleners. De Leuvense filosoof Herman de Dijn (2002, 2005) waarschuwt dat gerichtheid op resultaten verlamdend kan werken, en dat de kern van de zorg dreigt te worden verdrongen door systemen en procedures. De relatie tot de zorgbehoevenden verdwijnt hierdoor naar de achtergrond. Hij waarschuwt voor het moderne verlangen van beheersing van het leven, de illusie het oncontroleerbare te kunnen controleren, het niet-planbare te kunnen plannen.

Maar anderzijds, een te ver doorgedreven klinisch of therapeutisch denken dreigt zich te verliezen in organisatorische chaos, in zelfgenoegzaamheid of in een tunnelvisie die het ruimere belang en toekomstige noden uit het oog verliest. Een clinicus stemt voortdurend af op de noden van individuele patiënten, maar kan de noden en ontevredenheid van de hulpbehoevenden *out there* moeilijk inschatten. Een clinicus kan overtuigd zijn van de goede naam en faam van zijn organisatie, de goede therapeutische resultaten en de tevredenheid van de patiënten, maar als je het niet navraagt en meet, weet je het niet.

Een van de sprekers op genoemde studiedag, de Franse psychiater Christophe Dejourné onderzoekt als hoofd van het departement arbeidpsychologie de fundamentele moeilijkheden van deze evaluatie van arbeid in het algemeen en van klinisch werk in het bijzonder (Dejourné 2003). Uitgaande van een rijke analyse van 'arbeid', met aandacht voor ambiguïteit en het spanningsveld tussen het voorgeschrevene en het reële arbeidsproces, toont hij aan hoe problema-

LITERATUUR

- Dejours, Ch. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris: INRA.
- Dijn, H. de. (2002). *De herontdekking van de ziel. Voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Kapellen: Pelckmans.
- Dijn, H. de. (2005). 'Zorg op maat' en het onbeheersbare. Geel: lezing Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout vzw.
- Selleslagh, P. (2007). Diepe kloof tussen artsen en ziekenhuismanagement. *Artsenkrant*, 1828, 1, 4.

tisch de omschrijving van 'arbeid' is, en bij uitstek van intellectuele arbeid als klinisch werk, laat staan de zinvolle evaluatie ervan. Dejours beschrijft de obstakels die de zichtbaarheid van het effectieve werk in de weg staan. Als we ons dan noodgedwongen beperken tot evaluatie van individuele competenties, resultaten of arbeidstijd en -besteding, dreigt dat averechts te werken, zeker als het subjectieve engagement de 'arbeidstijd' ver overstijgt en als de taken die de grootste inspanningen vragen vaak het minste resultaat opleveren. Hij beklemtoont het onderscheid tussen beoordelen en meten en het belang van de ervaringsdimensie, de vertrouwdheid met, en kennis van de praxis. De mechanismen van impliciete 'interne kwaliteitscontrole' staan onder druk, maar blijven belangrijk: erkenning – niet in het minst van *peers* – die goed werk met zich meebrengt, beroepstrots en identificatie met zijn werk én met de organisatie waarvoor men werkt. Juist dat laatste zou wel eens onder druk kunnen komen te staan als managers en clinici vervreemden van elkaar en elkaars logica en taal niet vatten. Ongepubliceerd onderzoek van Paul Gammel (Vlerick), gerapporteerd in *Artsenkrant* (Selleslagh 2007), toont dat ziekenhuisartsen zich sterk identificeren met hun ziekenhuis, maar veel minder met de ziekenhuisorganisatie.

Hoe vinden we een evenwicht tussen professionele evaluatie en efficiënt aanwenden van middelen en procedures enerzijds, en een stimulerende en zorgzame werkomgeving anderzijds, met tijd en ruimte voor het hele zorgproces én met mentale ruimte voor hulpverleners? Hoe verzoenen we de technische, formele en administratieve aspecten – de randvoorwaarden – van patiëntenzorg, met de relationele aspecten ervan? Hoe kan gerichtheid op resultaten uitdagend en niet verlamkend werken? Hoe kunnen hulpverleners en managers elkaars taal en logica begrijpen, en er samen voor zorgen dat de therapeutische relatie zijn centrale positie behoudt? De ggz staat voor deze belangrijke uitdagingen.