

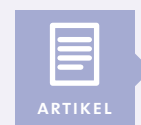
# De toekomst van de psychiatrie en de psychiater van de toekomst

M.G. NIJS, J.M. BUENO DE MESQUITA

- ACHTERGROND** Het opleidingscurriculum is aan herziening toe. Om de vraag te beantwoorden hoe in de toekomst het profiel van de psychiater eruit komt te zien, moet eerst de vraag worden beantwoord hoe de toekomst van de psychiatrie eruit zal zien.
- DOEL** Een impressie geven van inhoudelijke ontwikkelingen in de psychiatrie en de organisatie van de zorg, om te komen tot een aanzet voor een nieuwe profielschets.
- METHODE** De recente geschiedenis van de psychiatrie en haar huidige positionering in de maatschappij als uitgangspunt nemen om te komen tot een visieontwikkeling op de toekomst.
- RESULTATEN** 1. De psychiatrie moet op zoek gaan naar een integratief medisch-antropologische theorie, wil ze de verwarring over normaliteit en abnormaliteit kunnen opheffen. 2. Inhoudgedreven moreel leiderschap is nodig om te voorkomen dat de psychiatrie zich door hypes laat verleiden. 3. Het stilzwijgende sociale contract tussen medische professie en maatschappij is steeds meer onder druk komen te staan. Beide partijen zijn elkaar gaan wantrouwen. De psychiaters zijn aan zet om het vertrouwen te herwinnen. 4. Wil de psychiatrische zorg betaalbaar blijven dan moet de huidige organisatie van de zorg op de schop. De psychiatrie wordt een netwerkpsychiatrie. 5. Psychiaters gaan werken in een netwerk van hulpverleners waarin de patiënt de regie heeft. Het up-to-date houden van psychotherapeutische vaardigheden is daarvoor een absolute vereiste. 6. In de opleiding is meer aandacht vereist voor de professionalisering van het vak, voor een duurzame inzetbaarheid van de psychiater als mens, voor de geschiedenis van de psychiatrie en haar maatschappelijke context; voor strategisch beleid en maatschappelijk engagement; en tot slot voor conceptueel denken (filosofie).
- CONCLUSIE** Er is dringend behoefte aan een nieuwe profielschets. De toekomstige psychiater is breed opgeleid, conceptueel, activistisch, maatschappelijk betrokken, en expert in het behandelen van patiënten met complexe psychische aandoeningen in uiteenlopende settings.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)3, 217-223

**TREFWOORDEN** beleid, epistemologie, geschiedenis, netwerkgeneskunde, ontologie, opleiding, psychotherapie, sociaal contract, toekomst, zelfmanagement



Hoe ziet de toekomst van de psychiatrie eruit? En kan vanuit een visie op de toekomstige psychiatrie de opleiding van psychiaters zo worden ingericht dat psychiaters voldoende toegerust zijn om gedurende hun hele carrière (40 jaar) geïnspireerd en geëngageerd effectieve en kosten-effectieve psychiatrische behandelingen te blijven uitvoeren? Op deze twee vragen proberen wij een antwoord te geven.

## Centrale vraag voor de psychiatrie

De vraag wat een psychiatrische stoornis is, en hoe ze zich onderscheidt van een homeostatische reactie op ongewenste levensgebeurtenissen zou het vertrekpunt moeten zijn van elke inhoudelijke discussie over de toekomst van de psychiatrie. Maar onduidelijk is waar het object van studie van de psychiatrie begint en waar het eindigt. De vraag naar de ontologie en epistemologie van psychiatrie

sche stoornissen wordt zelden expliciet gesteld, laat staan beantwoord.

De leidende hypothese van de afgelopen veertig jaar was dat pathologische veranderingen in de neurochemie van de hersenen, in de structuur of functies van het brein de primaire oorzaak zijn van psychiatrische ziektes. Er is flink ingezet op onderzoek (genetica, beeldvormend onderzoek en diermodellen) naar de neurobiologische determinanten van psychiatrische stoornissen. Uitgangspunt: psychiatrische stoornissen bestaan echt, zijn in de biologische verankerend; elke ziekte heeft een specifieke biologische oorzaak, en vanuit die oorzaak is een specifieke behandeling af te leiden.

Omdat het bewijs van deze hypothese op zich liet wachten, werd de DSM in het leven geroepen, een zgn. louter descriptieve en atheoretische aanpak; met het beschrijven van symptomen, die konden worden geclusterd tot stoornissen, zou met onderzoek de link naar minutieuze afwijkingen in het DNA of in het brein worden gevonden.

Maar na veertig jaar onderzoek werd het DSM-project door o.a. het National Institute of Mental Health (NIMH) (Insel e.a. 2010) failliet verklaard. De koppeling tussen stoornissen geclassificeerd volgens de DSM in combinatie met neurobiologische bevindingen levert nauwelijks bruikbare klinische kennis op. De ontologische basis van een psychiatrische stoornis werd tot nu toe niet in de biologie gevonden. De vraag is of het complexe onderzoeksbouwwerk, het Research Domain Criteria (RDoC)-project, daar verandering in zal brengen.

Naast het feit dat genetisch en neurobiologisch onderzoek nauwelijks een bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren van de klinische praktijk, kent het wel bijwerkingen: inflatie van psychiatrische diagnostiek (Paris 2015), steeds toenemende prevalentiecijfers, *disease mongering*, kookboekpsychiatrie, medicalisering van sociale en maatschappelijke problemen (Frances 2013), en decontextualisering van psychische aandoeningen (Verhaeghe 2009). Het was Rümke die ons al in 1955 waarschuwde voor het steeds maar verder uitdijen van psychiatrische stoornissen:

*'Het psychische leven van de gezonde mens kan zeer gestoord zijn, zonder dat er van ziekte sprake is. De mens kent schier onverdraaglijke spanningen, hoge geestelijke verrukkingen, mystiek-extatische belevingen, maar ook diepe verslagenheden, schuld en berouw, gemis aan ondervonden liefde, gekrenkt eergevoel, diep invretend lijden om het gemis van geliefde mensen. Dit is het niet aflatend torment: de strijd met zijn gebrokenheid, zijn angst, zijn trots, het is de strijd van het altijd weer gevaarlijke leven en de onberekenbaarheid van het mensen-lot. Laten wij ons ervoor hoeden dit alles ziekte te noemen. Het is een aantasting van de menselijke waardigheid.'*

## AUTEURS

**MAURITS NIJS**, psychiater, psychotherapeut, oud-programmadirecteur Landelijk Psychiatrieonderwijs NVvP.

**JOLIEN BUENO DE MESQUITA**, psychiater, Parnassia Groep.

## CORRESPONDENTIEADRES

Maurits Nijis.

E-mail: mauritsnijs@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2019.

De psychiatrie van de eerste helft van de twintigste eeuw durfde zich nog de vraag te stellen: *Qu'est-ce que l'homme?* Wat is de mens? Waar Rümke voor pleit, is een antropologische psychiatrie, die de mens in al zijn aspecten als uitgangspunt neemt voor het definiëren van wat psychopathologisch is. Wat de psychiatrie zo bijzonder maakt, is dat de wereld van de psychiatrische patiënt ook in zijn of haar ziek-zijn is gevuld met betekenis. Psychopathologische fenomenen zijn innig verweven met existentiële en intersubjectieve problematiek. In tal van onderzoeken wordt de relatie tussen zingeving en mentale veerkracht en psychisch welzijn bevestigd (Mascaro & Rosen 2006; Oosterwijk 2016). Er is meer dan gereede wetenschappelijke twijfel dat we bewustzijn, verlangen, intentionaliteit, betekenis, doelgerichtheid, gedrag, cognitie, denken en ethiek, ooit louter door biologie en neurowetenschappen kunnen onthullen.

In plaats van op één enkel paard te wedden, in dit geval een dominant biomedisch reductionistisch model, zou het verstandiger zijn uit te gaan van de onvolkomenheid van sluitende verklaringsmodellen over het verschijnsel mens. Met meerdere verklaringsmodellen kunnen we wellicht dichter bij de waarheid komen. Op zijn minst moeten wij ervan doordrongen zijn dat psychische aandoeningen zich afspelen in het sociale domein en zich met name zullen manifesteren op de gebieden waar intersubjectiviteit en intentionaliteit hun vanzelfsprekendheid verliezen. Het primaat van het psychiatrisch handelen is daarin gelegen dat ze die vanzelfsprekendheid herstelt.

We moeten, Rümkes waarschuwing indachtig, kritisch zijn en voorkómen dat de definitie van psychiatrische stoornissen alsmaar wordt opgerekt, en de psychiatrie wordt misbruikt voor maatschappelijke of politieke doeleinden. Tegelijkertijd mogen wij niet nalaten de (schadelijke) sociaal-maatschappelijke effecten (zoals globalise-

ring, migratie, toenemende sociale ongelijkheid, politieke instabiliteit en klimaatveranderingen) te signaleren die potentieel bijdragen aan het ontstaan van psychische aandoeningen.

Het is dus varen tussen Scylla en Charybdis: aan de ene kant moet de psychiatrie uit de buurt blijven van een steeds sterker wordende onderstroom van medicalisering en psychiatrisering van het dagelijks leven, en aan de andere kant moet ze uitkijken te verzanden in een poel van decontextualisering en objectivering van psychisch lijden. Het debat dat de grens definieert tussen het normale en het pathologische zal de toekomst van de psychiatrie gaan bepalen. Het gaat o.a. over een effectieve inzet van middelen (professionals en verzekeringsgeld). Willen wij de gevaarlijke klippen omzeilen dan kan de psychiatrie alleen een juiste koers varen als ze beschikt over een kompas dat aangeeft wat de essentie is van het menselijk bestaan. Om daarvan af te leiden: wat verstaan wij onder gezondheid en ziekte? Zonder een medische antropologie lopen wij aan de grond.

### Inhoudgedreven moreel leiderschap

De psychiatrie heeft zich in het verleden al te vaak laten verleiden door perverse ideologieën (onder andere euthanasieprogramma van het nationaalsocialisme en monddood maken van dissidenten in de USSR). En geen ander medisch specialisme is zo gevoelig voor modieuze onwetenschappelijke trends (o.a. lobotomie, schizofrenogene moeders of ongelimiteerd voorschrijven van antidepressiva) als de psychiatrie (Shorter 2013). Met als gevolg onnoemlijk leed voor patiënten en hun omgeving, discriminatie en stigmatisering van kwetsbaren in de samenleving en imagoschade.

Bovendien zijn psychiatrische behandelinterventies de afgelopen 50 jaar beperkt in effectiviteit toegenomen, in tegenstelling tot de vooruitgang in andere medische specialismen (Keizer 2016). Hoe moeilijker patiënten te behandelen zijn (Paris 2013), hoe meer de onmacht van de psychiaters wordt getriggerd, hoe gevoeliger zij zijn voor hypes en hoe meer de onmacht wordt omgezet in ootmoed. Deze hybris moet volgens Paris worden bestreden met een attitude van wetenschappelijke twijfel en kritisch denken.

Anders gezegd: de psychiater past ootmoed en bescheidenheid. Niet alles is maakbaar, soms slaat het noodlot toe. Oorlog, armoede, geweld, huiselijk geweld, seksueel misbruik en sociale ongelijkheid bestaan. Ze zijn van grote invloed op lichamelijke en geestelijke gezondheid. Niet alle psychische aandoeningen kunnen we verklaren vanuit veranderingen in structuur en functie van het brein. Niet alle problematiek kunnen we vangen in protocollen

en vragenlijsten. Het past psychiaters oog te hebben voor de breekbaarheid van het goede. Compassie is het enige effectieve antidotum om het leed te (leren) verdragen. Het kunnen hanteren van onzekerheid is voor psychiaters een absolute vereiste (Simpkin & Schwartzstein 2016; Logan & Scott 1996).

Naast ootmoed en bescheidenheid wordt van psychiaters een actieve kritische maatschappelijke betrokkenheid verwacht. De sociale determinanten van gezondheid zijn niet te onderschatten: verzakelijking van (intieme) relaties, kolonisering van de leefwereld door markt en (social) media, individualisering, het uit elkaar vallen van traditionele steunsystemen, migratie met onthechting en aanpassingsproblemen, en wereldwijde toename van verslavingen. Dit alles vraagt om dappere dokters (Meijman & Valkenburg 2018).

Om te voorkomen dat psychiaters fouten uit het verleden herhalen of zich door hedendaagse modieuze trends laten verleiden, is ook moed nodig. De persoonlijke en professionele ontwikkeling moet in de opleiding centraal komen te staan. Ootmoed, compassie, bescheidenheid, kwetsbaarheid, eerlijkheid, dapperheid, maatschappelijk engagement, onzekerheidsacceptatie en bereidheid te veranderen zijn eigenschappen die nodig zijn om psychiatrie uit te oefenen; ze laten zich het best samenvatten onder de noemer 'medisch leiderschap'. Deugden uit het magistrale boek *The Virtuous psychiatrist* (Radden & Sadler 2010) en het Raamwerk Medisch Leiderschap (Platform Medisch Leiderschap 2015).

### Herstel van het sociale contract

Cruess (2006) gaat ervan uit dat er lange tijd een stilzwijgende overeenkomst is geweest tussen de geneeskundige professie en de overheid. Beide partijen hadden wederzijdse verwachtingen en waren aan elkaar schatplichtig. De overheid eiste van de medische professie de garantie dat zij er, als professie, alles aan zou doen om de gezondheid van de bevolking optimaal te bevorderen. Als tegenprestatie kreeg de beroepsgroep een grote mate van autonomie en het monopolie over de gezondheidszorg. Vanaf de helft van de vorige eeuw is dit stilzwijgende sociale contract steeds meer onder druk komen te staan. De overheid ging het gesloten bolwerk van de medici in toenemende mate wantrouwen (bijvoorbeeld door gebrek aan transparantie, vriendjespolitiek, medische schandalen en fraude). En door maatregelen van de overheid (o.a. marktwerking en bezuinigingen) gingen medici de overheid steeds meer wantrouwen.

Eén van de grote uitdagingen waarvoor de psychiatrie komt te staan is het vertrouwen herwinnen en het sociale contract op inhoudelijke gronden expliciet vernieuwen.

We kunnen rekenschap afleggen door aan de hele gemeenschap te laten zien wat wij doen (transparantie, effectiviteit en sturingsuitkomsten): dat wij als beroepsgroep meedenken over kosteneffectiviteit en dat wij de zorg zo inrichten dat die tegemoetkomt aan degenen die deze echt nodig hebben.

### De huidige organisatie van de ggz op de schop

In de jaren 80-90 van de vorige eeuw ging er een fusiegolf door de ggz-instellingen. De rationalisaties achter het fusie-idee waren: schaalvergroting zou leiden tot efficiëntere bedrijfsvoering; zou een bredere financiële basis voor investeringen en innovaties geven; grotere organisaties zouden meer mogelijkheden geven voor uitwisseling van kennis onder de professionals; ze zouden een betere positie op de arbeidsmarkt geven en een betere onderhandelingspositie met de zorgverzekeraars; de kwaliteitsborging zou beter kunnen worden gerealiseerd.

Wat is ervan waargemaakt? Met de regelmaat van de klok rapporteren de media dat grote ggz-instellingen op omvallen staan. Ggz-instellingen vertegenwoordigen grote financiële belangen; zelfbehoud is voor deze instellingen belangrijker geworden dan ooit. De overheadkosten zijn aanzienlijk door toename van een groot aantal staffuncties. Geld dat eigenlijk bestemd is voor het primaire proces gaat op aan het inhuren van dure externe adviseurs. De afstand tussen de zorgprofessionals en bestuurders is zo groot geworden dat de besluitvorming stroperig verloopt. In plaats van innovatie en specialisatie zien we verstarring en verzuiling optreden. Professionals lopen aan de leiband van de brancheorganisatie GGZ Nederland en de bureaucratistische regelgeving neemt nog toe.

Sommige bronnen (cijfers van de Raad voor de Rechtspraak: aangehaald in *EenVandaag* 27 februari 2018) spreken, ondanks de snelgroeiende uitgaven, van afnemende doelmatigheid in de zorg en van verslechtering van de psychische gezondheid onder de Nederlandse bevolking afgemeten aan een aantal parameters: toename van het aantal suicides, toenemende wachtlijsten en aantallen mensen die een beroep moeten doen op acute zorg. Het aantal dwangopnames is de laatste 10 jaar gestegen met 80%; de politie is de laatste vijf jaar 60% meer uitgerukt wegens acute psychische zorgnood.

Van Os en Delespaul (2018) vragen zich dan ook af of de zorg wel bij de patiënten terecht komt die een behandeling het meest nodig hebben. Uitgaande van een jaarprevalentie van psychische aandoeningen van 25% en een capaciteit van de ggz-sector van maar 6%, is het onduidelijk welk deel van de 25% de 6% van de beschikbare zorg consumeert. De kans is groot - stellen deze auteurs - dat hier sprake is van een ondoelmatige inzet van middelen.

Uit onvrede over regeldruk, werkdruk, bezuinigingen, sluiten van afdelingen, frustratie over takenpakket en gebrek aan autonomie zien we een tendens onder psychiaters en klinisch psychologen ontstaan om zich terug te trekken als werknemer uit grote ggz-instellingen en om als zzp'er of vrijgevestigde aan de slag te gaan (schriftelijke mededeling M. van Twillert 2018). Resultaat van dit alles is dat deze hooggekwalificeerde professionals patiënten zijn gaan behandelen met minder complexe problematiek, terwijl ze door het gat dat ze laten vallen in de ggz-instellingen patiënten met ernstige problematiek ongewild opzadelen met minder ervaren en minder hoogopgeleide professionals (basispsychologen en basisartsen). Gevolg: suboptimale inzet van expertise en middelen.

Er is een toenemend besef dat de huidige organisatiestructuur van de ggz dringend aan verandering toe is en dat de huidige denk- en werkwijze in de psychiatrie belangrijke beperkingen kent. Oude paradigma's zijn aan vervanging toe. Dat vraagt om een nieuw soort psychiater.

Daarom is het bemoedigend dat de Federatie van Medisch Specialisten met een ambitieus visiedocument is gekomen: *De medisch specialist 2025* (FMS 2017). Deze visie gaat - anticiperend op een veranderend zorglandschap met dubbele vergrijzing (meer en oudere ouderen, meer chronische ziekten en meer comorbiditeit) - uit van een nieuwe definitie van gezondheid (Huber e.a. 2011), waarin de patiënt gestimuleerd wordt regie te voeren over zijn of haar eigen leven ook al wordt hij of zij belaagd en uitgedaagd door fysieke, emotionele en sociale ongemakken.

De zorg zal zich dan ontwikkelen als een zorgnetwerk waarbij de verschillende spelers in dat netwerk op verschillende momenten van toegevoegde waarde kunnen zijn. Voor de organisatie van de zorg betekent dit bij hoog volume/laag complexe zorg een platte kleinschalige organisatie waarbij de psychiater zich beweegt in nauw contact met andere (semi)professionals en belangrijke naasten dicht in de buurt van de patiënt buiten de grote ggz-instellingen. Hoog complexe zorg wordt gecentreerd zodat expertise kan worden gebundeld. Spoedeisende psychiatrie in combinatie met het beheer van opnamebedden komt onder beheer van regio-instellingen. Naast klinisch herstel krijgen maatschappelijk herstel, re-integratie en streven naar een gezondere leefstijl een grotere betekenis.

Voor de psychiatrie kunnen wij inspiratie vinden bij de existentiële psychotherapie (Yalom 1980), bij de narratieve geneeskunde (Charon 2008), bij de Nieuwe GGZ-herstelbeweging (van der Stel 2015; Delespaul e.a. 2016; Boevink 2017) en de positieve psychologie (Hefferson & Boniwell 2011).

## De psychiater heeft vele rollen

Wanneer de behandeling wordt georganiseerd rond de patiënt, en de psychiater één van de actoren is in een netwerk van professionele en informele (familie, burens en ervaringsdeskundigen) hulpverleners, dan zal de psychiater van de toekomst verschillende rollen toebedeeld krijgen: die van psychotherapeut, coach, adviseur, consultant, innovator, klinisch leider, playing captain en medisch specialist. Wil hij of zij die rollen adequaat kunnen vervullen, dan zal hij of zij in de breedte opgeleid zijn met de klemtoon op de klinische kerncompetenties inzake diagnostiek en behandeling van vooral ernstige, complexe en chronische psychiatrische ziektebeelden (Nijs & Sabbe 2019).

Aanvullend daaraan zullen psychiaters, wanneer bij de behandeling de nadruk komt te liggen op kwaliteit van leven, veerkracht, zelfregie, herstel en sociaal functioneren, hun psychotherapeutische vaardigheden (Bhugra e.a. 2017; Thunnissen & Nijs 2018) ten volle moeten kunnen benutten. Het bijhouden van psychotherapeutische vaardigheden moet opgenomen worden in de herregistratievereisten van psychiaters.

## De persoon van de psychiater centraal

Een psychiater werkt samen met patiënten. Hij of zij gebruikt zijn/haar persoon als behandelinstrument: empathisch zijn, proberen een affectieve band op te bouwen, emotioneel beschikbaar zijn, vertrouwen uitstralen en hoop genereren. Dit alles vraagt om een persoonlijke inspanning. Hoe vaak gebruiken psychiaters een emotioneel krachthonk om te voorkomen dat zij opbranden en cynisch worden? Welke acties ondernemen zij om ervoor te zorgen dat zij 40 jaar lang voldoening halen uit hun werk, chronische vormen van tegenoverdracht pareren en de risico's van het vak (zoals burn-out, verslavingen, suïciderisico en relatieproblemen) vermijden?

Aan zelfmanagement en moreel leiderschap zal in de toekomst veel meer aandacht worden besteed. Aandacht voor een duurzame inzetbaarheid van de psychiater als mens.

## LITERATUUR

- Boevink W. HEE! Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
- Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S, Smith S, Torous J, e.a. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2017; 4; 775-818.
- Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Cruess SR. Professionalism and medicine's social contract with society. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 449: 170-6.
- Delespaul Ph, Milo M, van Os J, Boevink W, Schalken F. Goede ggz! Zaandam: Diagnostis; 2016.
- Frances A. Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen. Amsterdam: Nieuwezijds; 2013.
- Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. FMS 2017.
- Hefferson K, Boniwell I. Positive psychology. Theory, research and applications. Londen: Open University Press; 2011.

We hopen dat het initiatief van de FMS om te starten met het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) door psychiaters verder wordt omarmd om de zorg voor de persoon als medicus de aandacht te geven die deze verdient.

## Beperking

De digitale revolutie (big data) is niet aan de psychiatrie voorbijgegaan en kent al tal van nieuwe toepassingen (o.a. e-health, robotica en datamining). Dat wij hier niet op ingaan, heeft als reden dat we er vooralsnog van uitgaan dat deze factoren het denken over psychiatrie en psychische aandoeningen niet fundamenteel zullen veranderen. Digitale ontwikkelingen gaan in de toekomst een toenevende ondersteunende of faciliterende rol spelen bij preventie, vroege detectie, inzetten van prognostische modellen en farmacogenetica.

## Advies

Er is dringend behoefte aan een nieuwe profielschets. De psychiater van de toekomst moet breed worden opgeleid. Omdat de psychiatrische zorg op een andere leest wordt geschoeid wil de zorg effectief en toch betaalbaar blijven, zal de psychiater uiteenlopende aandoeningen moeten kunnen behandelen, verschillende rollen moeten kunnen vervullen in een netwerk van professionele en informele hulpverleners. Hij moet hiervoor over uitstekende communicatieve vaardigheden beschikken en psychotherapeutische vaardigheden zijn daarbij essentieel. De psychiatrie moet vertrouwen terugwinnen van de overheid en haar burgers. Psychiaters van de toekomst zijn activistisch en maatschappelijk betrokken. In de opleiding tot psychiater moet meer aandacht worden besteed aan de emancipatie van het vak (geschiedenis en beleid), aan conceptueel denken (filosofie), aan psychotherapeutische vaardigheden, aan zelfmanagement en levensloopplanning gericht op duurzame inzetbaarheid. Psychiaters van de toekomst verdienen het te worden opgeleid tot professionals die intrinsiek gemotiveerd zijn.

- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: 235-7.
- Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, e.a. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-51.
- Keizer B. We gaan erop vooruit, maar waar blijft de psychiatrie? *Trouw*, 22 januari 2016.
- Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice; implications for quality and costs of health care. *Lancet* 1996; 347: 595-8.
- Mascaro N, Rosen DH. The role of existential meaning as a buffer against stress. *J Hum Psychol* 2006; 46: 168-90.
- Meijman H, Valkenburg A. Optimale zorg - Dappere dokters. In: van Engelen B, van der Wilt G, Levi M, red. *Wat is er met de dokter gebeurd?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018. p. 35-41.
- Nijs MG, Sabbe B. Wordt de psychiater van de toekomst een multispecialist of een superspecialist? *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 159-63.
- Oosterwijk JC. De samenhang tussen zingeving, mentale veerkracht en psychosociale problematiek bij adolescenten. *Psyche & Geloof* 2016; 27: 45-58.
- Os JJ van, Delespaul PA. Een valide beleidskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 96-104.
- Paris J. Why psychiatry is prone to fads. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 560-5.
- Paris J. Overdiagnosis in psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- Raamwerk Medisch Leiderschap. Platform Medisch Leiderschap. 2015. <http://platformmedischleiderschap.nl/rml-2/>
- Radden J, Sadler JZ. *The virtuous psychiatrist*. New York: Oxford University Press; 2010.
- Rümke HC. De neurotische doublures van menselijk lijden. In: Nijdam SJ, Rooijmans HGM, red. *Vorm en inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema; 1981.
- Shorter E. Psychiatry and fads: why is this field different from all other fields? *Can J Psychiatry* 2013; 58: 555-9.
- Simpkin A, Schwartzstein R. Tolerating uncertainty. The next medical revolution. *Tolerating*. *N Engl J Med* 2016; 375: 1713-5.
- Stel JC van der. Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 815-22.
- Thunnissen M, Nijs M. De essentie van psychotherapie. *Psychotherapie voor de psychiatrische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
- Twillert M van. Op zoek naar waardering: de zzp-psychiater rukt op. *Medisch Contact* 2018; 15 februari.
- Verhaeghe P. *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij; 2009.
- Willemsen P. Grote stijging gedwongen opnames in de afgelopen 10 jaar. *EenVandaag* 28-2-2018.
- Yalom I. *Existential psychotherapy*. La Vergne: Ingram; 1980.

## SUMMARY

# The future of psychiatry and the psychiatrist of the future

M.G. NIJS, J.M. BUENO DE MESQUITA

- BACKGROUND** The training curriculum of the psychiatrist needs to be reviewed. To determine the model of the future psychiatrist, the question of how the future psychiatry will look needs to be answered first.
- AIM** Assessment of relevant developments in psychiatry and the organisation of psychiatric care with the aim to propose a profile of the future psychiatrist.
- METHOD** The recent history of psychiatry as a starting point for a vision of the future.
- RESULTS** 1. Psychiatry must use an integrative anthropological theory, in order to be able to understand psychopathology in its essence. 2. Content-driven moral leadership is necessary to prevent psychiatry being tempted by hypes. 3. The tacit social contract between the medical profession and society is under pressure; both parties distrust each other and psychiatrists must regain trust and renew the contract. 4. Psychiatric care must remain affordable, which means a review of the current organisation of care; psychiatry will become network psychiatry. 5. Psychiatrists will work in a network of care providers and the patient will be in control. The psychiatrist will have a flexible role, ranging from managerial to supportive and advisory. Keeping psychotherapeutic skills up-to-date is an essential requirement. 6. Future training should focus on the sustainable employability of the psychiatrist as a human being, on knowledge of history of psychiatry and its socio-economic context, and policy and engagement; and on the skill of conceptual thinking (philosophy).
- CONCLUSION** The profession of psychiatry needs a new job profile. The process of development and elaboration should contain the following core elements: broad education, conceptual skills, sensitivity for activism, social involvement, and expertise in treatment of patients with complex problems in diverse settings.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)3, 217-223

**KEY WORDS** education, epistemology, future, history, management ontology, network medicine, psychotherapy, self-management, social contract