

Prognoses van psychiaters

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

door G. Hutschemaekers

Gepubliceerd in 1994, no. 3

Samenvatting

In dit artikel staat de arbeidsmarktpositie van psychiaters centraal. In 1982 voorspelde Schnabel dat er een fors overschot aan psychiaters dreigde. In 1987 was er echter sprake van een groot tekort. Dat kwam doordat hij geen rekening had gehouden met een verminderde stijging van aanbod als gevolg van algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt (verkorting van de werkweek en vervroegde uittredingen). Na 1987 groeide het tekort als gevolg van groei van de vraag, dat mede werd veroorzaakt door de veranderde positie van de psychiater in de samenleving. Opvallender was echter de aangetroffen relatie tussen beschikbaarheid van psychiaters en de vraag naar psychiaters: het tekort aan psychiaters in instellingen steeg sterker narmate de aanwas aan psychiaters daar groter was. De verschillen tussen twee prognoses (1993-1997) kon teruggevoerd worden op de mate waarin rekening werd gehouden met dit marktmechanisme. Zonder deze invloed werd het tekort in 1997 op 450 psychiaters geschat, met op een tekort van 165 psychiaters.

Voorgesteld wordt om de vraag naar psychiaters minder sterk te laten bepalen door marktmechanismen, en meer op basis van inhoudelijke argumenten over kerntaken van psychiaters. Daarbij zal de discussie in belangrijke mate moeten gaan over de vraag in hoeverre psychotherapie tot die kerntaken gerekend moet worden.

Inleiding

In 1982 voorspelde Schnabel dat psychiaters een sombere toekomst tegemoet gingen; er dreigde volgens hem een groot overschot aan deze specialisten. Hij berekende dat dit overschot geleidelijk zou oplopen tot 200 arbeidsplaatsen in 1987. Tal van psychiaters zouden moeten uitzien naar ander werk. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) besloot hierop het aantal opleidingsplaatsen te verminderen. Door de opleidingsduur van 4 tot 4,5 jaar te verlengen werd de opleidingscapaciteit met 16,5% teruggebracht.

De tijd stelde Schnabel in het ongelijk. In 1987 was er geen sprake van een overschot. Integendeel, de Riagg's hadden toen een tekort van ruim 100 psychiaters (Van den Boom 1987). Dat werd later nog erger. In 1991 waren er volgens het De Haen en Van der Windt (1992) 181 psychiaterplaatsen vacant. Voor die onjuiste voorspelling maakt Schnabel nog minstens één keer per jaar een knieval. 'De jaarlijkse voorjaarsconferentie van de NVP in Lunteren is mijn regelmatige gang naar Canossa geworden' (Schnabel; in Hutschemaekers e.a. 1992).

Tien jaar na het verschijnen van Schnabels rapport waagden twee groepen onderzoekers een nieuwe voorspelling van de toekomstige behoefte aan psychiaters. De Haen en Van der Windt (1992) berekenden dat het tekort aan psychiaters zal stijgen tot 450 formatieplaatsen in 1997. Het NcGv (Hutschemaekers e.a. 1992) kwam met een tweede prognose: het tekort aan psychiaters zal dalen tot 165 psychiaters in 1997.

Twee rapporten, twee prognoses. Welke daarvan is juist? Een antwoord op deze vraag is voor zowel de beroepsgroep, de overheid en de werkgevers in de GGZ van groot belang. Zij moeten immers op basis van prognoses hun beleid voor de komende jaren bepalen. Men kan zich bovendien afvragen wat de waarde is van dit soort voorspellingen. Welke mogelijkheden bieden cijfers om toekomstige ontwikkelingen te voorspellen?

In dit artikel ga ik in op de problematiek van het maken van prognoses. In paragraaf 1 staat centraal waarom Schnabels voorspelling voor de periode 1982-1987 verkeerd uitpakte. In paragraaf 2 trek ik de lijn van 1987 door naar 1991. Ik zal het huidige tekort beschrijven en een verklaring zoeken voor de sterk gestegen behoefte aan psychiaters. Paragraaf 3 gaat in op de periode 1992-1997. De NZi- en NcGv-prognoses worden vergeleken en de verschillen verklaard.

1982-1987: van een dreigend overschot naar een apert tekort

In 1981 leken vraag naar en het aanbod van psychiaters met elkaar in evenwicht. Vacatures werden opgevuld, en van de zijde van psychiaters kwamen geen berichten over werkloosheid. Schnabels prognose wettigde de verwachting dat dat spoedig zou veranderen. Maar het voorspelde overschot bleef uit en sloeg om in een tekort. Instellingen kregen hun vacatures niet meer opgevuld. Hoe kwam dat? Een aantal mogelijke verklaringen zal hieronder de revue passeren. Daarbij is de situatie van 1987 als uitgangspunt genomen (einde periode waarop Schnabels prognose betrekking had).

Tabel 1 geeft de cijfers van de markt van psychiaters in 1987, zoals die door Schnabel voorspeld waren, en zoals die op basis van de NcGv-enquête uit 1992 zijn gereconstrueerd.

De cijfers in tabel 1 laten zien dat de vraag naar psychiaters (totaal aantal plaatsen in full-time equivalenten) tussen 1982 en 1987 niet sterker groeide dan Schnabel had voorzien. De prognose uit 1982 van het aantal psychiaterplaatsen in 1987 was nagenoeg identiek aan de feitelijke situatie uit 1987 (op basis van reconstructie uit 1992). De omslag van overschot naar tekort is dus niet het gevolg geweest van een sterk gegroeide vraag.

Tabel 1: De situatie in 1987 (prognose 1982 en reconstructie 1992)

	1987 prognose (1982)	1987 reconstructie (1992)
Totaal aantal plaatsen (fte)	1350	1359
Totaal aantal psychiaters	1550	1480

De cijfers betreffende het aanbod bieden meer aanknopingspunten. Schnabel voorspelde dat er in 1987 ruim 1550 psychiaters zouden zijn. Reconstruerend kwamen wij met onze berekeningen op hoogstens 1480 in 1987. De stijging van het aantal psychiaters was minder groot dan voorzien. Hoe kan dit verklaard worden?

Misschien was die minder sterke stijging het gevolg van de actie die Schnabels voorspelling oproep? De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) bracht de opleidingscapaciteit immers terug met 16,5%. Dit is echter maar ten dele een steekhoudende verklaring. Pas vanaf 1986 leidden zij tot een verminderd instroomgetal. In 1987 was het effect van die aanpassing dus nog nauwelijks merkbaar. Ook het neveneffect van de reductie van opleidingsplaatsen, afname van het aantal arts-assistenten in instellingen, biedt geen volledige verklaring. Per jaar betreft het immers hooguit 5 plaatsen. Er moet nog iets anders aan de hand zijn geweest.

Het fenomeen eigen praktijk speelt een dominante rol in de analyses over het psychiatertekort, niet alleen in de huidige discussie maar ook al in 1981. Schnabel ging in 1982 uit van 100 psychiaters met een eigen praktijk en voorspelde dat dit aantal constant zou blijven. Niet zonder reden, want alles wees er in die jaren op dat de overheid streefde naar een vast dienstverband voor alle medisch specialisten. 'Psychotherapie, verleend door psychotherapeuten, zal dan ook alleen voor financiering in aanmerking komen, indien deze werkzaam zijn in dienstverband, met uitzondering van de thans zelfstandig gevestigde psychotherapeuten/ artsen', schreef de toenmalige minister in een brief aan de Tweede Kamer van 3 december 1981 (cf. Schnabel 1982, p. 39). Bovendien, in 1981 liet de economie veel te wensen over en heerste ongerustheid over het snel groeiende overschot aan basisartsen, tandartsen, huisartsen en ook specialisten. Daarom is het begrijpelijk dat Schnabel van een nulgroei uitging.

In 1987 bleken er echter geen 100 psychiaters met een eigen praktijk te zijn maar 270 (Hutschemaekers e.a. 1992). De som is vervolgens simpel gemaakt: omgerekend in formatie-eenheden (fte) zijn er in de periode 1982-1987 170 psychiaters bijgekomen. De groei van de eigen praktijk zou ten koste gegaan zijn van het aantal psychiaters in instellingen en tot een verminderd aanbod hebben geleid.

Zo simpel liggen de zaken echter niet, sterker nog de opvatting dat het aantal psychiaters met een eigen praktijk is toegenomen berust op een misverstand. Schnabel hanteerde namelijk een zeer strikte definitie van eigen-praktijkpsychiaters (psychiaters die hoofdzakelijk een eigen praktijk voeren). Had hij de bredere definitie gehanteerd, dan zou hij heel wat meer psychiaters met een eigen praktijk hebben geteld. Volgens de ramingen van de NVP waren er in 1983 ruim 240 fte eigen-praktijkpsychiaters (exclusief de vrijgevestigde psychiaters werkzaam in de algemene ziekenhuizen). Op basis van die cijfers kwam ze voor 1987 tot een schatting van 283 fte's (Van den Boom 1987), feitelijk waren dat er 13 minder, namelijk 270 fte. Van een groei ten opzichte van de NVP-cijfers is in het geheel geen sprake.

De cijfers waarop Schnabel zijn prognoses baseerde, blijken bij nader inzien te smal, ten onrechte wordt de indruk gewekt dat de omvang van de eigen praktijk spectaculair is gegroeid. Er is namelijk nauwelijks sprake van een toename. De omvang van de eigen praktijk biedt dan ook geen verklaring voor het afgenomen aanbod aan psychiaters.

De afname van het aanbod kan niet verklaard worden door de vereende verschuivingen ten gunste van de eigen praktijk. Ook de maatregelen van de NVP om de uitstroom van psychiaters te reduceren geven maar ten dele rekenschap van dat verminderd aanbod. Eén andere verklaring blijft over: in de periode 1982-1987 zijn boven verwachting veel psychiaters uitgetreden uit het arbeidsproces. Dat blijkt uit de daling van de gemiddelde leeftijd van praktizerende psychiaters sinds 1981, van 50 naar 47, 7 jaar in 1991 (Hutschemaekers e.a. 1992). Naar schatting hebben 50 psychiaters in de periode 1982-1987 hun werkzaamheden vroegtijdig gestaakt. Deels kan dit (vervroegd) uittreden gezien worden als een neveneffect van de sombere prognose van Schnabel, veel belangrijker is echter de introductie van de VUT-regeling geweest alsmede de aantrekkende economische conjunctuur.

Het verschil tussen de prognosecijfers en de reconstructie (tabel 1) is hiermee in belangrijke mate verklaard. Het tekortschieten van Schnabels voorspelling echter maar ten dele. In 1987 bedroeg het aantal psychiaterplaatsen (exclusief vacatures) 1359. Het aantal psychiaters was groter, namelijk 1480. Nog steeds zou die som tot de conclusie leiden dat er sprake was van een overschot. Daar was echter geen sprake van, de Riagg's klaagden in 1987 over een tekort. Wat was er aan de hand?

Verklaring: psychiaters waren minder uren gaan werken. Schnabel ging ervan uit dat psychiaters gemiddeld evenveel uren per week inzetbaar bleven, en dat de vertaalsleutel van mankracht naar formatie-eenheden gelijk bleef (Schnabel 1982, p. 139). Die veronderstelling is onjuist gebleken. Arbeidstijdverkorting en de toename van part-time banen (met name vervuld door vrouwen) hebben zich tussen 1982 en 1987 sterk doorgezet. Meer psychiaters waren nodig voor de vervulling van hetzelfde aantal formatieplaatsen.

Ik vat bovengenoemde punten kort samen. De feitelijke oorzaak van de omslag van een overschot naar een tekort lag met name in het gegeven dat psychiaters in 1987 eerder uit het arbeidsproces traden, en gemiddeld minder uren per week werkten (verkorting werkweek, toename part-time aanstellingen). Met andere woorden, in algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt waarbij psychiaters zich aansloten. Schnabel had dat in 1982, ten tijde van de economische recessie, onmogelijk kunnen voorzien.

1987-1992: de veranderde positie van de psychiater in de GGZ

In 1987 kampten de Riagg's met een tekort aan psychiaters. In 1991 constateerde het NZi dat het tekort zich had uitgebreid naar alle GGZ-instellingen; ook de ziekenhuizen kregen hun psychiatervacatures moeilijk opgevuld. Het tekort had zich sinds 1987 uitgebreid tot 181 fte, in totaal bleef één op de zes psychiaterplaatsen vacant. Vice versa geldt dat de marktpositie van psychiaters de afgelopen tien jaar sterk is verbeterd, in die zin dat zij hun werkkring tegenwoordig meer voor het uitkiezen hebben.

Deze paragraaf gaat over die veranderde marktpositie van de psychiater in de periode 1987-1991. Waarom is het tekort sinds 1987 zo sterk gegroeid? Is de behoefte aan psychiaters gestegen of zijn er andere factoren in het geding?

De verstevigde positie van de psychiater in de GGZ - Tussen 1981 en 1991 is het absolute aantal psychiaters verdubbeld. Dat hangt samen met de groei van de bevolking, maar niet volledig. In 1991 waren er 10,9 psychiaters per honderdduizend inwoners, in 1987 10,1 en in 1981 bijna 9 psychiaters. Dus ook in relatieve zin is er sprake van een forse stijging in de loop van deze tien jaar.

In de vorige paragraaf constateerde ik dat in de periode 1982-1987 de daling van het aanbod verantwoordelijk was voor het ontstane tekort: een daling van de gemiddelde werktijd per psychiater en de toename aan part-time dienstbetrekkingen en het vroeger uittreden. In de periode 1987-1991 speelde dat nauwelijks. In 1991 werkten psychiaters gemiddeld niet minder uren per week als vijf jaar daarvoor in 1987 (Hutschemaekers e.a. 1992). Evenmin kan de groei van de eigen praktijk na 1987 voldoende verklaring bieden voor de stijging van het tekort (totale groei tussen 1987 en 1991 bedroeg 42 fte). De stijging van het tekort vanaf 1987 moet dus in hoofdzaak gezocht worden in een toegenomen vraag naar psychiaters.

De grotere vraag naar psychiaters maakt deel uit van de groei die de GGZ als geheel heeft doorgemaakt (Jacobs en Bijl 1992). In tien jaar tijd is zowel het aantal behandelde patiënten als het aantal hulpverleners sterk gestegen. Maar los daarvan is de plaats van de psychiater binnen de GGZ veranderd. Van den Boom (1987) spreekt van een versteviging van de positie van de psychiater. Hij geeft hiervoor drie redenen: ten eerste een herwaardering van de 'grande psychiatrie'. Volgens de

Gezondheidsraad werd in de jaren zeventig aan de psychiatrie als specialisme en de psychiater als beroepsbeoefenaar binnen de GGZ slechts een bescheiden plaats toegekend, omdat 'waar het bestaan van psychiatrische ziekten werd ontkend, (...) vanzelfsprekend ook de legitimiteit van een specialisatie die zich het behandelen daarvan ten doel stelt, (kwam) te vervallen' (Gezondheidsraad 1986). Daarin trad een kentering op in de jaren tachtig. Psychiatrische patiënten werden niet meer 'retorisch weggemoffeld' en somatische factoren niet langer 'terzijde geschoven', aldus Van den Boom (1987). Die herwaardering zou zich met name uiten in meer aandacht voor de chronische patiënt en voor de sociale en acute psychiatrie. Daarnaast zou ook de opkomst en maatschappelijke acceptatie van de biologisch-psychiatrische benadering eraan hebben bijgedragen.

Als tweede reden noemt Van den Boom de professionalisering van de beroepsgroep. De opleiding is langer geworden, de stage sociale psychiatrie verplicht gesteld, evenals de leertherapie; het pakket psychotherapie is zodanig verzwaaard dat psychiaters zich na afronding van hun opleiding psychotherapeut mogen noemen; de interne aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie kan alleen verkregen worden als men na de algemene opleiding nog een extra opleiding volgt; en ten slotte mag de psychiatrische diagnostiek zich in nieuwe belangstelling verheugen, niet in de laatste plaats door de ontwikkeling en de internationale acceptatie van het DSM-III-classificatiesysteem.

De derde factor zou de veranderde relatie van de beroepsgroep ten opzichte van andere beroepsgroepen zijn. Wat psychotherapie betreft is de psychiater steviger in zijn schoenen komen te staan door incorporatie van de psychotherapie in de opleiding. Bovendien twijfelen weinigen meer aan de onmisbaarheid van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg. Dat blijkt onder meer uit de wijze waarop de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid de positie van de psychiaters in haar referentiekaders heeft beschreven.

De positie van de psychiater in de verschillende GGZ-instellingen - De argumenten van Van den Boom (1987) doen vermoeden dat de gestegen vraag naar psychiaters eerder een algemeen verschijnsel dan een instellingsspecifieke aangelegenheid is geweest. Elders heb ik proberen aan te tonen dat deze opvatting onjuist is (Hutschemaekers, in druk). Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste argumenten. Daarbij ga ik uit van de formatieontwikkeling in GGZ-instellingen sinds 1980 (tabel 2).

Bij de cijfers in tabel 2 moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst. Een groot deel van de cijfers betreft schattingen. Bovendien zijn de cijfers van de AZ van de totale en de psychiaterformatie niet helemaal vergelijkbaar. De totale formatie betreft die van de PAAZ (inclusief de poli), de psychiaterformatie die van het gehele ziekenhuis. Een deel van de toename van de psychiaterformatie ligt bij de functie liaisonpsychiatrie buiten de PAAZ. De interpretatie van de tabel zal derhalve wel met enige terughoudendheid moeten geschieden.

Tabel 2: Formatie per instelling 1981-1991 (psychiaters en totaal in fte)

	totale formatie			psychiaters			vacatures
	1980	1990	%	1981	1991	%	%
Psychiat. Ziekenhuis	24772	28005	+13	360	465	+29	16
Algem. Ziekenhuis	3225	2450	-24	210	278	+33	13
Riagg + CAD	3675	5722	+56	400	353	-12	18

Bronnen: Jacobs en Bijl (1992); Schnabel (1982); Hutschemaekers e.a. (1992).

De totale formatie in de PZ'en en de Riagg's steeg tussen 1980 en 1990, terwijl deze in het AZ daalde. De psychiaterformatie in de betreffende instellingen volgde die ontwikkeling niet. In de PZ'en is de toename van het aantal psychiaters groter dan de toename van de volledige formatie. In de AZ'en staat tegenover een afname van de totale formatie een reële toename aan psychiaters. In de Riagg ten slotte is bij een aanzienlijke uitbreiding van de totale formatie sprake van een afname van het aantal psychiaterplaatsen.

Het is opmerkelijk dat het tekort aan psychiaters (% vacatures; in tabel laatste kolom) nauwelijks gerelateerd is aan de verschuivingen in de psychiaterformatie sinds 1981. De contrasten worden nog scherper zodra we de gehele omvang van de personeelsformatie in de analyse betrekken. Indien het aandeel van psychiaters in de totale personeelsformatie gelijk was gebleven, dan zou het psychiatertekort bij de Riagg's vele malen groter moeten zijn, terwijl er in de ziekenhuizen thans een overschot aan psychiaters had bestaan.

De vraag naar psychiaters is niet over de gehele linie GGZ gegroeid. In de ziekenhuizen kan men spreken van 'psychiatisering' van de formatie, in de Riagg van 'depsychiatisering'. Dat betekent overigens nog niet dat de psychiaters zich in toenemende mate hebben toegelegd op de klinische psychiatrie; in de ziekenhuizen hebben vooral de poliklinieken geprofiteerd van de toename aan psychiaters (cf. Van de Beek en Hutschemaekers 1992). Daar zijn zij, zo vermoed ik op basis van de door psychiaters zelf aangegeven bijzondere deskundigheid, meer psychotherapie gaan bedrijven. In 1981 gaf 55% van de psychiaters aan bijzonder deskundig te zijn op het gebied van de psychotherapie, in 1991 ruim 62%. Die stijging had zich vooral voorgedaan bij de oudere psychiaters (Hutschemaekers e.a. 1992). Ook de cijfers van Jacobs en Bijl (1992) suggereren dat psychiaters in de poliklinieken meer psychotherapie zijn gaan bedrijven. In de Riagg heeft zich een tegenovergestelde verschuiving voorgedaan: van de afdeling psychotherapie naar de 7 x 24-uursdienst en de afdeling Kinder en Jeugd. Psychiaters in de Riagg zijn minder psychotherapie gaan uitvoeren (daling van 23 naar 11%) (cf. Hutschemaekers, in druk).

In 1987 hadden de ziekenhuizen geen tekort aan psychiaters. Toch is sindsdien het aantal psychiaters daar veel sterker gestegen dan in de Riagg's. En, omgekeerd, de Riagg's hadden in 1987 een duidelijke behoefte aan meer psychiaters; het tekort werd geschat op 105 formatieplaatsen, 30% van het totale aantal Riagg-psychiaters. Maar in de jaren daarna bleef het aantal psychiaters in de Riagg nagenoeg gelijk, en daalde het aantal vacatures voor psychiaters van 105 naar 78 plaatsen. Instellingen laten hun vraag naar psychiaters mede afhangen van de mogelijkheden om psychiaters in dienst te nemen.

De positie van de psychiater in de regio - Het psychiatertekort is regiospecifiek. Tabel 3 geeft het relatieve (per 100.000 inwoners) aantal psychiaters en de opgave van het aantal vacatures (NZi) per hoofdgezondheidsregio. Ter vergelijking zijn ook de cijfers van 1981 opgenomen, alsmede de toename van psychiaters in de afgelopen 10 jaar en de ratio per regio indien alle vacatures zouden zijn opgevuld.

Tabel 3: Regionale spreiding van psychiaters

	Per 100.000 inwoners				
	1981 (N)	1991 (N)	toename (%)	vacatures (%)	totaal ratio
Noord-Nederland	7,3	10,0	36,9	17,6	11,7
Oost-Nederland	6,9	9,2	33,3	19,2	11,0
Utrecht	12,4	12,9	4,0	12,9	14,6
Noord-Holland	15,7	18,3	16,6	8,4	19,8
Randstad-Midden	12,2	12,5	2,4	15,8	14,5
Zuidwest-Nederland	5,0	7,7	54,0	14,3	9,6
Zuid-Nederland	5,4	7,2	33,3	25,2	9,0
Totaal	9,0	10,8	20,0	16,0	

Noord-Holland had in 1981 relatief de meeste psychiaters, en dat bleef zo in 1991. Utrecht en Randstad-Midden volgden in beide jaren op de tweede en derde plaats. In de andere regio's waren er aanmerkelijk minder psychiaters. Het laagst scoorden in 1991 Zuidwest- en Zuid-Nederland, waar respectievelijk 7,7 en 7,2 psychiaters waren, al is de achterstand in beide regio's sinds 1981 iets verkleind.

Het psychiatertekort verschilt van regio tot regio. Zuid-Nederland spant de kroon met ruim 25% psychiatervacatures. Daarna volgen Oost- en Noord-Nederland. Op het eerste gezicht wekt dat weinig verwondering, want hier immers werken naar verhouding het geringst aantal psychiaters. Bij nader inzien is de situatie echter complexer. Dat wordt duidelijk op basis van de totaalratio's. Per regio blijven er opmerkelijke verschillen bestaan. De regio Noord-Holland heeft behoefte aan ruim tweemaal zoveel psychiaters als Zuid- of Zuidwest-Nederland. Voor een deel valt dit verschil te verklaren uit de urbanisatiegraad: hoe sterker de verstedelijking des te groter het aantal psychiaters. Er is echter meer aan de hand. De behoefte aan psychiaters in Zuid-Nederland blijkt bij voorbeeld veel lager te zijn dan in Noord- of Oost-Nederland, en dat terwijl de urbanisatiegraad niet lager is.

Hoe kunnen de verschillen dan wel verklaard worden? Regionale cijfers van het aantal GGZ-klanten (Jacobs en Bijl 1992) bieden nauwelijks verklaring. Wederom is er een alternatieve hypothese: de vraag naar psychiaters hangt in belangrijke mate samen met hun beschikbaarheid. In regio's waar psychiatervacatures alsmaar niet opgevuld kunnen worden, zoekt men andere oplossingen, waardoor de vraag naar psychiaters kan afnemen. Anderzijds stijgt de vraag wel in voor psychiaters aantrekkelijke regio's.

Op basis van de instellings- en regio-specifieke cijfers is de conclusie gerechtvaardigd dat de gestegen vraag naar psychiaters niet alleen bepaald is door de brede herwaardering van psychiatrische deskundigheid. De vraag naar psychiaters stijgt met name daar waar psychiaters graag werken, waarbij het aanbieden van psychotherapie hoog op de verlanglijst van psychiaters lijkt te staan. Algemeener geformuleerd: de vraag naar psychiaters wordt mede bepaald door de beschikbaarheid van psychiaters. De conclusie is niet nieuw (cf. Sharfstein en Clark 1978; Langsley en Rabinowitz 1979; Frank 1983; Rabinowitz 1983; Summers 1983). Wel is het, voor zover ik kon nagaan, voor het eerst dat dit marktmechanisme in Nederland zichtbaar is gemaakt (cf. Schwarz 1987).

1992-1997: twee prognoses

Niet ontmoedigd door het lot van de eerdere voorspelling hebben het NZi en het NcGv onlangs nieuwe schattingen gegeven van de ontwikkeling in de vraag naar psychiaters in de periode tot 1997 (De Haen en Van der Wildt 1992; Hutschemaekers e.a. 1992). Ik gebruik de cijfers van deze instituten voor het schetsen van een somber en optimistisch scenario. Beide prognoses gaan uit van nagenoeg identieke cijfers, het verschil zit hem in de veronderstelling over de invloed van de markt op de vraag naar psychiaters.

Ter bepaling van de vraag naar psychiaters de komende jaren hield het NZi in 1991 een enquête onder alle GGZ-instellingen. Gevraagd werd naar het aantal formatieplaatsen voor psychiaters, het aantal vacatures en toekomstige behoefte aan psychiaters. De NcGv-enquête werd afgenomen bij alle praktiserende psychiaters. De psychiaters gaven hierin onder andere hun arbeidsplannen aan voor de periode 1993-1997. Schatting van het aantal nieuwe psychiaters de komende jaren kon geschieden op basis van cijfers van de Specialististen Registratie Commissie (SRC).

In tabel 4 zijn de prognoses van het NZi en het NcGv naast elkaar gezet. Met betrekking tot de geschatte formatie-omvang in 1996 wijken beide prognoses enigszins van elkaar af. Het NZi gaat ervan uit dat de formatie-omvang de komende jaren constant blijft, het NcGv verwacht een kleine toename.

Tabel 4: Psychiaters in GGZ-instellingen in 1997: twee scenario's

		NZi	NcGv
Formatie-omvang 1997			
formatie 1991		1197	1197
vertrekkende psychiaters	(-)	250	165
nieuwe psychiaters	(+)	250	300
Totaal		1197	1332
Benodigde formatie 1997			
formatie-omvang 1991		1197	1197
vacatures	(+)	200	200
uitbreidingsvraag	(+)	250	100
Totaal		1647	1497
Tekort 1997		450	165

De schattingen van beide prognoses van de benodigde formatie verschillen in veel grotere mate. De benodigde formatie in 1997 is de huidige formatie, met daarbij het aantal vacatures en uitbreidingsvraag opgeteld. Het aantal vacatures bedraagt 16% van het aantal psychiaterplaatsen, de uitbreidingsvraag wordt eveneens op 16% geschat. In totaal gaat het om 1647 formatieplaatsen. Het tekort aan psychiaters in 1996 komt volgens de NZi-prognose uit op 450 fte. Dit getal is gebaseerd op de veronderstelling dat alle huidige vacatures voor psychiaters de komende jaren psychiatervacatures zullen blijven, en dat de positie van de psychiater in de GGZ ongewijzigd blijft. In de NcGv-prognose wordt ervan uitgegaan dat het huidige tekort aan psychiaters mede van invloed is op de vraag naar psychiaters in de komende vijf jaar. Verondersteld wordt dat bij een tekort aan psychiaters de vraag naar psychiaters omgevormd wordt tot een vraag naar andere beroepsgroepen. Het is niet ondenkbaar dat die verandering op termijn 150 of zelfs meer fte's betreft, hetgeen betekent dat het aantal vacatures voor psychiaters veel lager uitkomt ($250 - 150 = 100$). Volgens de optimistische prognose wordt het tekort in 1996 dan (in fte-eenheden) 165 psychiaters. Ten opzichte van de NZi-prognose is het tekort gereduceerd met bijna twee derde.

Discussie

Het verschil tussen de twee prognoses over de vraag naar psychiaters illustreert dat het moeilijk is een goede schatting te geven van het psychiatertekort de komende jaren. Veel hangt af van de wijze waarop instellingen omgaan met de schaarste aan psychiaters. Het NZi gaat er in zijn prognose impliciet van uit dat het aantrekken van psychiaters daardoor nog aantrekkelijker wordt. De tweede prognose, die van het NcGv, berust op het tegendeel: het tekort aan psychiaters zal tot een vermindering van de vraag naar psychiaters leiden.

Argumenten ten gunste van de tweede prognose heb ik gevonden in de ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar. Duidelijk werd dat de vraag naar psychiaters in instellingen en regio's mede afhankelijk was van de beschikbaarheid aan psychiaters. Het aanbod bepaalde mede de vraag. Illusterend was vooral de situatie in de Riagg. Daar beschikten we over de exacte formatie- en vacaturecijfers uit 1987 en 1991. Terwijl de totale psychiaterformatie in die jaren constant was gebleven bleek dat in 1987 het aantal vacatures groter was dan in 1991.

Tegelijkertijd moeten wij constateren dat het aanbod de vraag naar psychiaters slechts gedeeltelijk heeft bepaald. Na 1987 ontstond er immers een groot tekort. Blijkbaar is de arbeidsmarkt ook van andere factoren afhankelijk. In dit verband heb ik de herwaardering van psychiatrische deskundigheid genoemd waardoor sinds 1981 de positie van de psychiater in de GGZ verstevigd werd. Mede dankzij de veranderende maatschappelijke houding ten opzichte van psychopathologie, de toegenomen professionalisering van de beroepsgroep en de veranderde positie van de psychiaters ten opzichte van andere beroepsgroepen, kreeg de psychiater een centralere positie in de zorg.

Hoe sterk die positie veranderd is, blijkt uit de toenmalige argumenten van Schnabel. Zo zou de psychiatrie in zijn ogen steeds minder een monopoliepositie gaan innemen en zou zij in toenemende mate omringd gaan worden door andere op deelgebieden meer gespecialiseerde disciplines (Schnabel 1982). Tegenwoordig wordt de psychiater echter alom geprezen om zijn generalistische werkwijze en zijn vermogen het werk van de verschillende disciplines te coördineren.

Hoe de instellingen zullen omgaan met het psychiatertekort blijft gissen. Hoe over vijf jaar de samenleving oordeelt over psychiaters is eveneens onzeker. En dan is er nog de vraag hoe de sociaal-economische omstandigheden zich zullen ontwikkelen. Moet er rekening worden gehouden met uitbreiding van het aantal werkuren per week, met opheffing van de VUT-regeling en inkrimping van het aantal deeltijdfuncties of zal er in lijn met de tendens in de afgelopen periode sprake zijn van een verdere afname van arbeid? Het voorgaande toont hoe moeilijk het is om daar een gefundeerde

uitspraak over te doen. Vermoedelijk zullen conjuncturele en maatschappelijke ontwikkelingen opnieuw een groter gewicht in de schaal leggen dan beleid met betrekking tot de planning van het aantal beroepskrachten. Schnabel schreef zijn rapport ten tijde van een economische recessie. De overheid zag zich toen geconfronteerd met snel groeiende werkloosheid, een groot begrotingstekort en een weinig rooskleurig toekomstperspectief. 'Over 1982 lag de schaduw van de neutronenbom en van een echte daling van het inkomen'. Schnabel zelf wijt zijn foutieve voorspelling aan het meegaan in die tijdgeest (Schnabel, in Hutschemaekers e.a. 1992, pag. VII). Dat gevaar bestaat nog steeds.

De rijksoverheid en de NVP hebben terughoudend gereageerd op de twee recente prognoses. Anders dan tien jaar geleden worden er geen forse maatregelen getroffen om het psychiatertekort te bestrijden. Die houding is begrijpelijk. Bij beide prognoses zijn zoveel onzekere factoren in het spel dat voorzichtigheid geboden is. Wel zijn enkele kanttekeningen op hun plaats.

Het lijkt mij niet juist de vraag naar psychiaters zo sterk te laten bepalen door marktmechanismen en maatschappelijke ontwikkelingen. Wordt het niet tijd om de hulpvraag van cliënten en patiënten tot uitgangspunt van de planning van het aantal van deze specialisten te nemen? Bij welke problemen van hulpvragers is de inbreng van psychiaters noodzakelijk en bij welke niet?

Die vraag kan onder meer worden toegespitst op psychotherapie. De beschikbare cijfers doen vermoeden dat het huidig tekort aan psychiaters samenhangt met de sterke groei van psychotherapie in de psychiatrische en algemene ziekenhuizen. Het aantal psychiaters in deze instellingen is fors gestegen. Psychotherapie uitgevoerd door psychiaters in de Riagg is de afgelopen jaren afgenomen. Daar is de groei van het aantal psychiaters dan ook gestagneerd. Psychotherapie lijkt aantrekkelijk voor psychiaters (cf. Van Dyck 1993).

Stel dat dit juist is. Men kan dan over de consequenties van deze constatering van mening verschillen. Sommigen zullen stellen dat psychotherapie ook door goedkopere psychotherapeuten 'niet-psychiater' verricht kan worden. Zij vinden het niet terecht psychiaters in hun arbeidssatisfactie te bekostigen. Anderen zullen de huidige situatie niet willen doorbreken, omdat psychiaters kennelijk graag psychotherapie bedrijven. Tenslotte is het mogelijk de zaak inhoudelijk te benaderen en na te gaan wanneer psychotherapie verricht door een psychiater de voorkeur verdient. Daarbij kan men denken aan psychotherapie als onderdeel van specifieke behandelprogramma's, bijvoorbeeld bij chronisch psychiatrische patiënten of patiënten met ernstige comorbiditeit.

Noten

1. Een groot deel van de toename aan de liaisonpsychiaters in de Algemene Ziekenhuizen is niet in de tabel verdisconteerd. Liaisonpsychiaters zijn namelijk nogal eens op honorariumbasis aangesteld.

2. Op basis van de 27 gezondheidsregio's zijn 7 hoofdregio's onderscheiden. Noord bestaat uit de gezondheidsregio's Groningen, Friesland, Drenthe en Zwolle; Oost uit de regio's Twente, Stedendriehoek, Arnhem en Nijmegen; Utrecht uit de regio's Utrecht, Flevoland en 't Gooi; Noord-Holland uit de regio's Alkmaar, Kennemerland en Amsterdam; Randstad-Midden uit de regio's Leiden, 's-Gravenhage, Delft en Midden-Holland; Zuidwest uit Rijnmond, Dordrecht, Zeeland en Breda; en Zuid tenslotte uit Tilburg, 's-Hertogenbosch, Eindhoven en Zuid-Limburg.

3. Bij deze schatting is ervan uitgegaan dat het vacaturepercentage van instellingen ook geldt voor de mogelijkheden om zich in de betreffende regio vrij te vestigen.

4. Die verschillen hebben ten eerste betrekking op de schatting van het aantal psychiaters dat stopt met praktijkvoering, of minder gaat werken (in tabel: vertrekkende psychiaters). In de NcGv-cijfers is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van psychiaters in GGZ-instellingen (zij zijn gemiddeld jonger dan de psychiaters met een eigen praktijk). Ten tweede wijken de cijfers van het aantal nieuwe psychiaters van elkaar af. Het NZi gaat ervan uit dat er jaarlijks circa 50 nieuwe arts-assistenten hun psychiateropleiding afronden. Dat cijfer is op basis van de schattingen van het SRC aan de lage kant, bovendien is geen rekening gehouden met registratie van buitenlandse psychiaters.

Literatuur

Beek, H. van de, G. Hutschemaekers (1992), Psychiatrische poliklinieken voor het voetlicht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 47

, 937-954.

Boom, F. van den (1987), *De behoefte aan psychiaters: van een voorspeld overschot naar een nijpend tekort?* NcGv, intern rapport.

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (1992), *Jaarverslag 1991*. COTG, Utrecht.

Dyck, R. van (1993), Psychiaters, psychologen en psychotherapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 338-339.

Frank, R.G. (1983), Is there a shortage of psychiatrists? An economists View of the Evidence. *Community Mental Health Journal* 19, 42-53.

Gezondheidsraad (1986), *Advies inzake Geestelijke gezondheidszorg*. Gezondheidsraad, Den Haag.

Haen, F. de, W. van der Windt (1992), *Psychiaters gevraagd*. Het huidig tekort aan psychiaters en een raming van het tekort tot het jaar 2010. Nzi, Utrecht.

Hutschemaekers, G., H. van de Heuvel, C. Jacobs (1992). *Beroep: psychiater*. Een enquête onder psychiaters in Nederland. NcGv-reeks 92-17, Utrecht.

Hutschemaekers, G. (in druk), Hoe meer psychiaters, des te groter het tekort? De psychiater en de arbeidsmarkt. Te verschijnen in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.

Jacobs, C., J. Bijl (1992), *GGZ in getallen 1992*. Kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980-2000. NcGv-reeks 92-15, Utrecht.

Langsley, D.C., en C.B. Rabinowitz (1979), Psychiatric Manpower: an overview. *Hospital and Community Psychiatry* 30, 749-755.

Rabinowitz, C.B. (1983), Is there a shortage of psychiatrists? A psychiatrists response. *Community Mental Health Journal* 29, 261-262.

Sharfstein, S. en H. Clark (1978), Why psychiatry is a low paid specialty. *American Journal of Psychiatry* 135, 685-693.

Schnabel, P. (1982), *De psychiater in beeld*. Een onderzoek in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. NcGv-reeks 50, Utrecht.

Schwarz, R. (1987), *De psychiater in de Riagg*. Een sociaal-psychiatrische studie naar de positie van een beroepsgroep in het spanningsveld van de AGGZ. NcGv- reeks 98, Utrecht.

Summers, R. (1983), Is there a shortage of psychiatrists? Another economists view. *Community and Mental Health Journal* 19, 60-61.

Summary: Prognoses on psychiatrists

This article focusses on the job market position of psychiatrists. In 1982 Schnabel foresaw a considerable surplus of psychiatrists. In 1987, however, there turned out to be a big shortage. That was because Schnabel had not reckoned with a less increasing supply, which was due to general tendencies on the labour market (a shorter working week and early retirements). After 1987 the shortage grew as a result of a growing demand, caused among other things by the changing position of the psychiatrist in society. But more salient was the relation found between availability of and demand for psychiatrists: the shortage of psychiatrists within institutions increased faster, as the number of psychiatrists became larger. The differences between two forecasts (1993-1997) proved to have their origin in the extent to which this market force had been taken into account. Without the influence the shortage was estimated at 450 psychiatrists in 1997, but with the influence at 165.

It is suggested to let the demand for psychiatrists be governed less by market mechanisms and more by arguments about the psychiatrists' core tasks. The discussion should for the greater part deal with the question to what extent psychotherapy is to be rated among these core tasks.

Dr. Giel Hutschemaekers (psycholoog) is als hoofd van de afdeling onderzoek Diagnostiek en Behandeling verbonden aan het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid te Utrecht. Adres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht (030- 935141).

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 17-10-1993.