



Hoofdmenu

- Home
- Research
- Congressen
- Loopbaan
- Samenvattingen
- Column
- Opinie
- DJP artikelselectie
- Redactie

Interessegebieden

- Psychiatrie en recht
- Psychiatrie en kunst
- Psychiatrie en filosofie
- Psychiatrie en media

Inloggen

Als je je registreert kun je reageren op artikelen en ontvang je onze tweemaandelijks nieuwsbrief.

Gebruikersnaam

Wachtwoord

Onthoud mij

- Wachtwoord vergeten?
- Gebruikersnaam vergeten?
- Registreer

Deel dit artikel



De psychiater: van 'playing captain' tot paria

Opinie

Geschreven door Jos Dirkx

woensdag 12 december 2012 18:01



De inzet van psychiaters wordt niet langer op prijs gesteld binnen de GGZ. Tot minder dan een jaar geleden was het de meest gewilde medisch specialist en leek er een groot tekort aan psychiaters. Ook gold lange tijd het primaat van de psychiater als 'playing captain'; immers voor het werken in de psychiatrie de best toegeruste professional met de zwaarste verantwoordelijkheid. Tegenwoordig worden psychiaters boventalig verklaard, ontslagen of weggepest.

Psychiaters krijgen te horen dat ze zich moeten toeleggen op louter psychiatrische taken zoals het voorschrijven van pillen (ook al vaak gedaan door 'verpleegkundig specialisten'), het oplossen van crises of het uitvoeren van RM beoordelingen. De psychiater als hoogst opgeleide professional is te duur en kan vervangen worden door goedkopere arbeidskrachten.

Flexwerkers, zoals jonge basispsychologen, zonder enige binding met de instelling, moeten voor een lager uurtarief zoveel mogelijk 'productie' draaien. Kwantiteit in plaats van kwaliteit. Het 'product' is de patiënt en 'produceren' betekent in dit verband heel veel patiënten zien, horen of ermee e-mailen (face-to-face, ear-to-ear, of bit-to-bit), als het maar geld oplevert. Dat het in ons vak vooral gaat om het geleidelijk opbouwen en inzetten van een vertrouwensrelatie is 'old school'. De psychiater als 'praatdokter' is passé. Het geld is maatgevend en instellingen hopen via protocollaire zorgpaden, vergelijkbaar met industriële productielijnen, 'dbc proof' te zijn. Dit zal illusoir blijken omdat voor een dbc tarief geen enkele instelling met enige overhead in financieel opzicht kan overleven. In een interview met Paul Verhaeghe in Vrij Nederland (18-8-2012) viel te lezen dat de dwang productief te zijn paradoxaal genoeg leidt tot de wildgroei van niet-productieve en onnodige managementlagen, met te veel macht en te weinig autoriteit. Deze managers, meestal veelbelovende verpleegkundigen met veel geldingsdrang, leveren geen bijdrage aan de zorg maar willen wel betaald worden. Hun voornaamste functie is zichzelf in stand houden via het controleren van anderen.

In GGZ instellingen worden maandelijks overzichten gegeven van de output per medewerker, afgezet tegen de productienorm die erg hoog ligt, aangezien ook de overhead, o.a. managers en secretariaten, betaald moeten worden. Soms worden deze overzichten zelfs in geld uitgedrukt. Met andere woorden hoeveel Euro's heeft iemand voor de instelling verdiend, of bij een debetsaldo, hoeveel Euro's heeft iemand de instelling gekost. Onder de dekmantel van transparantie worden verdeel- en heers principes toegepast omdat iedereen ook de cijfers van alle collega's kan inzien. Medewerker van de maand wordt degene met de hoogste productie.

Eigen schuld of marktwerking?

Voor een deel hebben psychiaters deze ontwikkeling over zichzelf afgeroepen. We wilden het grootste medische specialisme worden en dat is gelukt. Echter, er zijn nu bijna achthonderd psychiaters in opleiding die moeite zullen hebben om bij afronding van hun specialisatie een baan te vinden. Belangstellende co-assistenten werden, soms tot hun eigen verbazing, uitgenodigd alvast te solliciteren omdat anders de opleidingsplek niet bezet zou worden. De bomen groeiden tot in de hemel. De marktwerking in de zorg werd door de politiek aangemoedigd ondanks waarschuwingen van vooraanstaande economen, en andere wetenschappers. Ondernemers lieten via de verlengde armconstructie goedkope hulpverleners voor zich werken en verdienden miljoenen. De affaire rondom 'zorgmakelaar' EuroPsyche leert dat vele van de daar werkzame 'therapeuten' zelfs geen BIG registratie hadden. Steeds meer instellingen die hun formule van kortdurende en eenvoudige therapiejes over het land 'uitrollen'. PsyQ metastaseerde zo tot in de verste provincie. Schaamteloos opportunisme is leidend geworden. Instellingen waarbij de patiënt centraal staat, het zogenaamde value-based in plaats van evidence based werken, en die minder de neiging hebben de waan van de dag te volgen met 'Rommen', protocollaire zorgpaden of HKZ certificeringen, komen in financieel zwaar weer.

Gevolg van dit alles is geweest dat de kosten in de GGZ dankzij de marktwerking in vijf jaar verdubbelden. Er moest dus wat gebeuren maar in plaats van een stelselwijziging gaat het circus vrolijk verder. We leren kennelijk niets van marktwerking in andere sectoren zoals het openbaar vervoer, nutsbedrijven, woningcorporaties en het onderwijs. De kwaliteit daalt en de kosten stijgen (zie bijv. Achterhuis 2010). Dagelijks verschijnen de mislukkingen in de krant. Dat de zorg geen marktwerking verdraagt wordt breed gedeeld, 75% van de artsen is tegen, maar leidt niet tot een koerswijziging bij beleidsmakers. 'Het zijn kinderziekten en straks wordt alles beter' zijn de bezwerende formules. Het wachten is op de parlementaire enquête die zal volgen.

De zorgverzekeraar krijgt intussen steeds meer macht en individuele hulpverleners krijgen niet alleen te maken met telkens wisselende 'kwaliteitseisen', maar worden ook door de zorgverzekeraar gebudgetteerd. De zorgverzekeraar bepaalt hoeveel uur een hulpverlener mag werken en verdienen. De marktwerking 'werkt' dan ook vooral voor de zorgverzekeraar zelf. In de 'mission statement' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) staat als eerste punt genoemd: "De brancheorganisatie ZN staat primair voor de gemeenschappelijke belangen van zijn leden en voor het creëren van maximale ondernemingsruimte voor zorgverzekeraars". Het ondernemingsbelang is primair en pas daarna is er oog voor de patiënt (Moolenburgh, 2012). In dat kader is het logisch dat zorgverzekeraars in fancy gebouwen gehuisvest zijn, de hogere bestuurslagen gemiddeld vier ton per jaar verdienen (NRC 27-10-2012), en ze veel reclame-uitgaven hebben o.a. door het sponsoren van voetbalclubs. Dat is immers conform hun 'mission statement' belangrijker dan vergoedingen voor dure medicijnen of langerdurende psychotherapie. Minder logisch is dat de zorgverzekeraars grotendeels uit publieke middelen gefinancierd worden.

Geen ziekte maar eigen verantwoordelijkheid?

De psychiatrie is een prachtig maar weerloos vak zoals nu blijkt. We staan wel op tegen kanker maar niet tegen depressie terwijl depressie volgens de WHO in 2020 in de Westerse wereld de op een na belangrijkste oorzaak van ziekte is. Volgens de minister zijn psychiatrische stoornissen geen ziektes maar gaat het om eigen verantwoordelijkheid. De depressie louter als epidemie beschouwen gaat echter voorbij aan het feit dat de meerderheid van de mensen niet op zoek is naar een ziekte-label of voor de gezelligheid naar een psychiater gaat (Dirkx, 2012). Psychiaters worden juist lang gemeded en eerst wordt het via internet of met een coach geprobeerd. Mensen schamen zich voor hun somberheid, voelen zich schuldig ten opzichte van familieleden, raken aan de drank of verliezen hun baan. In hun wanhoop zien ze soms geen andere mogelijkheid dan eruit te stappen. Het aantal suicides in Nederland neemt fors toe de laatste jaren. Vanwege de beperkte validiteit wordt onze kwetsbare maar desondanks zinvolle diagnostiek belachelijk gemaakt in de media. Via de uit de oncologie overgewaarde stagering en profilering, in feite een pleidooi voor een meer ontwikkelingsgerichte en daarmee psychodynamische en idiografische diagnostiek, wordt getracht het tij te keren.

Intussen wordt de GGZ steeds meer losgeweekt van de somatische zorg. Het systematisch gebruik van de term cliënt in de GGZ heeft psychiatrische patiënten in 2012 de eigen bijdrage opgeleverd (PJ Carpentier, 2012). Het voornemen is om de kinderpsychiatrie over te hevelen naar de gemeenten, waarmee de kinderpsychiater de twijfelachtige eer geniet als eerste medische specialist ook een soort gemeenteambtenaar te zijn. Politieke partijen maken inmiddels ook een onderscheid tussen GGZ en de overige zorg: de GGZ wordt ingedeeld bij de woordvoerder die ook armoedebestrijding en buurthuizen in zijn portefeuille heeft.

De toekomst

Inhoudelijk verdient de diagnostiek en daarmee de conceptuele basis van de psychiatrie alle aandacht, met erkenning van, en aandacht voor zowel de natuurwetenschappelijke maar ook de geesteswetenschappelijke psychiatrie. In geen enkele andere medische discipline bestaat er een discontinuïteit in het onderzoeksgebied of doelorgaan zoals tussen brein en psyche in de psychiatrie. De psyche is een ervaring en het brein is een orgaan (McHugh & Slavney, 1998). Om de psychiatrie in zijn volle omvang recht te doen is een erkenning van de meervoudige bepaaldheid van de psychopathologie noodzakelijk en heeft het biopsychosociale werkmodel als heuristische metatheorie voor de psychiater veel waarde. Dat impliceert dat ook psychotherapie een vanzelfsprekend onderdeel moet zijn van het arsenaal aan taken van de psychiater; het is immers pillen én praten. Juist de integratie van alle onderdelen, biologisch, psychologisch en sociaal is het wezenskenmerk van de psychiatrische discipline

De psychiater zal weer een leidende rol moeten opeisen in het veld van de GGZ; bij verantwoordelijkheid hoort immers ook macht. De NVVP wacht een belangrijke taak om dit uit te dragen en opnieuw duidelijk te maken. In praktische zin zal kwaliteit in plaats van kwantiteit ook in de opleiding voorop moeten staan. Eén opleider met veertig verspreide arts-assistenten (aios) is frustrerend en onmogelijk. Direct contact tussen opleiders en opleidelings, het Rijnlandse leerling-gezel model, is van groot belang. Een reële inschatting van het aantal opleidingsplaatsen zal moeten volgen. Met HOOP alleen komen we er niet om de psychiatrie opnieuw tot bloei te laten komen.

Literatuur

- Achterhuis H. (2010) De utopie van de vrije markt. Rotterdam, Lemniscaat
- Carpentier P.J. (2012) Addiction and the role of childhood externalising disorders Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen
- Dirkx J. (2012) Depressie als diagnose: wanneer gewoon verdriet tekort schiet In: Jos Dirkx & Nelleke Nicolai (redactie) Depressie en Psychodynamiek. Amsterdam, Uitgeverij Sijbolet
- McHugh P.R., Slavney P.R. (1998) The perspectives of psychiatry, second edition Baltimore, John Hopkins University Press
- Moolenburgh D. (2012) Verziekte verzekeraars. Mednet 10, p. 17

Je kan alleen reageren als je je registreert. Als je je geregistreerd hebt en je account geactiveerd is, kun je op alle artikelen reageren.

3Comments

Psychiatrie klinisch

Hechting: waar hebben we het over?

05/09/2012



De term (gestoorde) hechting wordt veel gebruikt in de psychiatrie

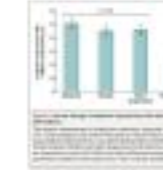
en psychotherapie. Maar wanneer spreek je nu van een hechtingsstoornis, verstoorde hechting, of onveilige gehechtheid? Zeanah en Smyk [...]

[+ Lees Verder](#)

Psychiatrie klinisch

Placebo

15/03/2012



Over de placebo-effecten van medicatie wordt veel

gespeculeerd. Een placebo-effect slaat in die betekenis op een positief psychisch effect dat optreedt door vertrouwen in de heilzame werking van een b [...]

[+ Lees Verder](#)