

PSYCHIATER WEER CENTRAAL

Medische staf denkt mee met het management

De positie van psychiater in GGZ-instellingen is de afgelopen decennia uitgehold en dat is niet zonder gevolgen gebleven.

In Spatie in Apeldoorn is daarom een medische staf opgezet die met het management meedenkt over de organisatie van zorg.

PAUL NAARDING
FRANS KAMSTEEG

Tot en met de jaren zestig van de vorige eeuw had de psychiater onbetwist de leiding over de behandeling van geesteszieken. Hieraan kwam in de jaren zeventig een einde. Het mensbeeld dat toen domineerde, wees de dominante rol van de psychiater af. Onlangs verscheen een mooi overzicht van deze periode, die wordt aangeduid met de 'anti-psychiatrie'.¹

De kern van de bezwaren tegen die klassieke rol van de psychiater was dat het een te beperkt perspectief op de problematiek bood. Aanpalende disciplines (psychologen, psychotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en diverse agogische beroepsgroepen) ontwikkelden zich in diezelfde periode sterk en eisten hun rol op. De behandeling van de patiënt werd omgebogen tot begeleiding: de patiënt werd cliënt. De oorzaak van problemen werd niet bekeken vanuit een

medisch, maar vanuit een maatschappelijk perspectief.

In de jaren tachtig is het grootste deel van het nieuwe, meest ambulante aanbod in de geestelijke gezondheidszorg samengebracht met de vorming van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's). In deze instellingen stond het zelfstandig functioneren van de cliënt centraal en werd

expliciet niet gewerkt vanuit het medische model.

De medisch-biologische wetenschap stond echter niet stil en in toenemende mate kwam medicatie beschikbaar voor behandeling van psychische aandoeningen. Daardoor was het mogelijk om vanuit de gepolariseerde situatie van medisch versus maatschappelijk model te komen tot een synthese op een hoger

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

niveau. Dit heeft geleid tot het breed geaccepteerde biopsychosociale model in de geestelijke gezondheidszorg.

In de jaren negentig vertaalde de inhoudelijke toenadering zich in een groeiend bewustzijn van de noodzaak van een samenhangend zorgaanbod voor mensen met psychische problemen. In 1999 is door de toenmalige minister Borst van VWS een beleidskader voor de GGZ vastgesteld waarin verdere samenhang en integratie werd nagestreefd.² Het in haar ogen nog steeds versnipperde veld diende samen te gaan en nieuwe organisaties te vormen. Dit heeft geleid tot een grootschalige fusiegolf waarbij nagenoeg alle Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ's) en RIAGG's zijn samengegaan. Hiermee kwam het vaak ook tot fusies van twee organisatievisies op geestelijke gezondheidszorg die haaks op elkaar stonden. De positie van de psychiater moest in de nieuwe organisatie opnieuw worden gedefinieerd.

VERANTWOORDELIJKHEDEN

In Apeldoorn ontstond in 2000 uit een fusie van RIAGG Oost-Veluwe en APZ De Wellen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, Spatie; een organisatie met 750 medewerkers. Spatie werd geleid door een tweehoofdige raad van bestuur en een managementteam dat bestond uit managers, die zowel zorginhoudelijk als organisatorisch eindverantwoordelijk waren. In beide bestuurslagen waren geen psychiaters vertegenwoordigd.

Psychiaters vonden dat zij veel concrete verantwoordelijkheid droegen voor de medische zorg in het primaire proces, zonder dat daar duidelijke bevoegdheden in de organisatie van de zorg tegenoverstonden. Deze problematiek strekte zich uit van het directe hulpverleningsproces tot aan het strategisch organisatiebeleid. Buiten de arts-patiëntrelatie had de psychiater weinig mogelijkheden om knelpunten in zorgbeleid en -organisatie te beïnvloeden. Het management van de zorgclusters herkende het probleem in spiegelbeeld: bij wie moest het zijn voor advies over zorgbeleid?

De raad van bestuur heeft vervolgens gezocht naar een alternatieve, heldere positie van psychiaters binnen het beleidsproces van Spatie. Al snel werd duidelijk dat door de keuze voor integraalmanagement zonder een formele positie voor de psychiaters in het medisch behandelproces een lacune was gecreëerd. De raad van bestuur van

Spatie (met ingang van 1 januari 2007 is Spatie gefuseerd met GGNet, een GGZ-instelling in Oost-Gelderland en heet voortaan GGNet) wilde vasthouden aan de helderheid binnen de managementlijn en koos daarom niet voor duaal management. In plaats daarvan werd de medische staf opgericht, die is geïnspireerd door het medische stafmodel in algemene ziekenhuizen.

De medische staf van Spatie, die wordt gevormd door artsen in dienstverband, is nu een aantal jaren operati-

men. In het verleden leidde het gebrek aan grip soms tot problemen, omdat psychiaters zich terugtrokken in hun eigen teams. Tegenwoordig is van een aantal taken (24-uursdienst, piketrooster, RM-beoordelingen) helder geworden dat hiervoor psychiaters moeten worden afgedragen. De medische staf heeft hierin beslissingsbevoegdheid, zorgt voor continuïteit en lost conflicten die hiermee te maken hebben intern op.

De medische staf wekt wellicht de indruk een onbetwiste status te hebben,

De psychiater had nog maar weinig mogelijkheden om het beleid te beïnvloeden

oneel. Er is een voorzitter die samen met twee leden het dagelijks bestuur vormt. Eens in de twee maanden vergadert de medische staf op een externe locatie en worden in elk geval de volgende agendapunten behandeld: Inhoudelijke beleidsontwikkeling, Klankbord, Adviezen aan het management team en Praktische en samenwerkingsafspraken. Verder kan het management de medische staf om advies vragen, maar de staf geeft ook ongeraagd advies.

BETROKKENHEID

Leden van de medisch staf zijn erg tevreden over het resultaat dat tot nu toe is bereikt. Volgens hen is de inspraak en bevoegdheid op het gebied van de vakinhoudelijke beleidsvorming toegenomen. Voorbeelden zijn grote betrokkenheid bij de implementatie van het elektronisch patiëntendossier, afspraken rondom huisartsenzorg en paramedische diensten, en een doorslaggevende stem bij het aanstellen van nieuwe psychiaters. Dit lijken zaken die voor de hand liggen, maar het zijn punten die voorheen aan een groot aantal stafleden voorbijgingen.

Daarnaast heeft de medische staf ervoor gezorgd dat de cohesie tussen de stafleden flink is gegroeid. En dat was ook nodig omdat door fusies in het verleden de organisatie steeds groter was geworden. Door de nieuwe vorm is op een structurele manier contact tussen collega's gewaarborgd.

Tot slot is, tot tevredenheid van het management, de grip van psychiaters op een aantal overstijgende taken toegenomen.

vergelijkbaar met een ondernemingsraad. Het gaat echter om de wijze waarop de positie van psychiaters binnen een GGZ-organisatie wordt vormgegeven. Bij dit rijpingsproces is het van groot belang dat het management, maar vooral ook de raad van bestuur deze ontwikkeling actief steunt. Verder is het van belang aandacht te geven aan de verantwoordelijkheid van alle professionals in het zorgproces. Het moet niet gaan om een rituele dans om macht, maar om een passende en heldere verdeling van verantwoordelijkheden en een bijbehorende organisatievorm.

Van de kant van de psychiaters betekent het dat discipline wordt gevraagd bij de invulling van hun beleidsruimte: deze heeft uitsluitend betrekking op hun verantwoordelijkheden binnen het zorgproces die uitstijgen boven hun individuele behandelverantwoordelijkheid. Als zij de adviesbevoegdheid gebruiken om te adviseren over zaken die hier geen betrekking op hebben, wordt de invloed en positie van de medische staf van binnenuit uitgehouden.

ORGANISEREN

Onlangs deed collega Kahn in zijn column in Medisch Contact de oproep aan collega-psychiaters werkzaam in GGZ-instellingen om 'zich te verenigen' (MC 10/2007: 439). Hoewel Kahn alle problemen grotendeels bij 'het management' neerlegt en ver gaat door op te roepen zich te organiseren in een maatschap, delen wij zijn mening dat psychiaters hun rechten (en plichten) moe- >>

SAMENVATTING

<< ten opeisen en gaan invullen. En dat kan met het voorgestelde model goed.

Hoewel andere instellingen positief reageren op het initiatief in Apeldoorn, kennen we geen GGZ-instellingen die voor gelijksoortige oplossingen hebben gekozen. Vaak kiezen instellingen voor duaal management of voor een matrix-model waarbij psychiaters hoofd van een zogeheten zorgprogramma zijn en zo hun zorginhoudelijke verantwoordelijkheid vastleggen.

Een medische staf binnen een GGZ-instelling is een effectief instrument om de inhoudelijke doelstelling van een heldere positie van de psychiater binnen de zorgorganisatie vorm te geven. Dit is geen stap terug in de richting van een polarisatie van een medisch versus een maatschappelijk model, maar een stap vooruit naar een duidelijke positie voor iedereen die bij het multidisciplinaire behandelproces is betrokken. Deze inhoudelijke doelstellingen moeten door alle betrokkenen worden gedeeld en de vorm moet worden gesteund door de raad van bestuur. Dit laatste voorkomt onder meer dat de medische staf een orgaan wordt dat specifieke belangen behartigt en buiten haar zorginhoudelijke competentie acteert.

HANTEERBARE OMVANG

Spatie is onlangs gefuseerd met GGNet, een GGZ-instelling in Oost-Gelderland.

- *De rol van psychiater in de GGZ-instelling, is de afgelopen decennia gemarginaliseerd. In grootschalige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is het management vaak zorginhoudelijk en organisatorisch eindverantwoordelijk.*
- *Bij Spatie in Apeldoorn leidde die situatie tot onvrede bij psychiaters, maar ook bij het management.*
- *De oprichting van een medische staf, waarin de psychiaters zitting hebben, heeft de onvrede weggenomen en werpt vruchten af. Het is een stap vooruit naar een duidelijke positie voor iedereen die bij het multidisciplinaire behandelproces is betrokken.*

De positieve ervaringen met een medische staf zijn in de nieuwe organisatie, GGNet, voortgezet en worden uitgebreid. Dit jaar zullen er in het gehele werkgebied drie medische staven actief zijn die elk binnen een regio van hanteerbare omvang specifieke taken uitvoeren. Met deze uitbreiding zal blijken of het model ook is toe te passen in andere regio's en aan welke (eventuele) randvoorwaarden moet worden voldaan. ■

dr. P. Naarding,
psychiater GGNet

drs. F.H. Kamsteeg,
manager Kenniscentrum, voorheen secretaris raad van bestuur Spatie, centrum voor geestelijke gezondheid in Apeldoorn, één van de fusiepartners van GGNet

Correspondentieadres: p.naarding@ggnet.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Blok, G. Baas in eigen brein: 'antipsychiatrie' in Nederland 1965-1985. Nieuwezijds BV, Amsterdam, 2004. 2. Ministerie van VWS. Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999.

De column van René Kahn over dit onderwerp vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



VELDWERK

Versteende idealen



Ons ziekenhuis leunt aan tegen het oude centrum van onze stad, zoals vroeger vaak

het geval was met ziekenhuizen. Ziekenzorg was ook armenzorg, maar op een goed moment waren er geen armen meer en veel ziekenhuizen vertrokken naar een nieuw gebouw met een nieuw concept van zorg in een weiland aan de rand van de stad met nieuwe wijken en andere mensen.

Over zo'n ziekenhuis werd jaren gedacht, gedubd, gedebatteerd, getekend en onderhandeld, maar ten slotte kwam het ervan. Een nieuw gebouw, als een nieuw pak, voor een nieuwe start. Jong en oud, allemaal gingen ze anders en nieuw de toekomst in. Want 'first we shape our buildings and thereafter they shape us', zei Churchill. Er gaat al gauw vijftien jaar heen voordat concepten in vorm en functie zijn vastgelegd. De beslissers zien hun idealen pas jaren na hun pensionering terug in staal, steen en glas. De jongste medewerkers van toen zijn inmiddels de ruggengraat van het ziekenhuis en lopen al snel op tegen de beperkingen van de versteende idealen van hun voorgangers. De eerste gedachten over nieuwbouw komen al weer op en de cyclus start opnieuw. Zo bouwt iedere generatie aan zijn verleden, voor een aanstormende generatie die al weer anders wil, moet en doet.

Moeten we wel blijven denken in langetermijnvisies en strategieën in een wereld in permanente staat van verandering? Management is 'management of change'. De toekomst is vandaag en morgen. Visie en strategie zijn uit, hier en nu is in. De stad is weer in. Onze achterstand wordt onze voorsprong, ons ziekenhuis blijft midden in de stad! ■

J. Herre Kingma

de ziekenhuisbestuurder

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET