

Generalisatie versus specialisatie

W. VAN TILBURG

SAMENVATTING In de toekomst zullen zich, evenals bij andere medische specialismen, ook binnen de psychiatrie subspecialismen ontwikkelen als gevolg van de verdere groei van specifieke behandelingsmogelijkheden. Deze kunnen het beste gerealiseerd worden door middel van officiële aantekeningen. Er zal behoefte blijven aan generalisten die in samenwerking met de eerste lijn de toenemende vraag naar psychiatrische behandeling helpen op te vangen. De opleiding kan het beste bestaan uit een basisopleiding van drie of vier jaar, gevolgd door een stage van een of twee jaar, gericht op een specifieke vorm van beroepsuitoefening.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 225-228]

TREFWOORDEN generalisatie, opleiding, (sub)specialisatie

Het in 1994 door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gepubliceerde beleidsdocument *Profielschets Psychiater* eindigt met de aanbeveling om zich te gaan bezinnen op de wijze waarop vormen van specialisatie binnen de psychiatrie gestalte zouden kunnen krijgen. In deze bijdrage zal ik daar een begin mee maken. Na enkele algemene opmerkingen over het krachtenspel tussen generalisatie en specialisatie in de geneeskunde zal ik stilstaan bij te verwachten ontwikkelingen in de psychiatrie en de consequenties daarvan voor de opleiding.

SPECIALISATIE IN DE GENEESKUNDE

Dat er sprake is van een krachtenspel tussen generalisatie en specialisatie kan afgeleid worden uit de historische ontwikkelingen binnen de algemene geneeskunde. In de negentiende eeuw zette een proces in dat de tot dan toe minimaal gedifferentieerde, generale geneeskunde verkavelde in een groot aantal specialismen. Vanaf de jaren veertig van de twintigste eeuw begonnen inmiddels gevestigde specialismen als de interne geneeskunde en de kindergeneeskunde zich verder op te splitsen. De voortschrijdende differentiatie en specialisatie leken niet meer te stoppen. De motor hierachter was de enorme toename van

in de praktijk toepasbare kennis en de daarop gebaseerde behandeltechnologie, het meest fundamentele en onomstreden motief voor specialisatie. Daardoor werd het feitelijk onmogelijk om het vak nog in de volle breedte uit te oefenen zonder ernstig afbreuk te doen aan de kwaliteit ervan. Na de Tweede Wereldoorlog is zo iets als een tegenbeweging te herkennen. Deze heeft in Nederland haar duidelijkste expressie gevonden in de herwaardering van de huisartsgeneeskunde als generalistisch specialisme met haar centrale rol, de regiefunctie, in de gezondheidszorg. Maar ook in de recente discussie binnen een specialisme als de inwendige geneeskunde over de wijze waarop de differentiatie binnen dit vak nader gestalte moet krijgen, komt de bezinning over de verhouding tussen specialisatie en generalisatie naar voren. Langzamerhand vraagt men zich af of bij een nog verdere specialisatie het algemene aspect van het vak niet te weinig aandacht krijgt (De Leeuw & Thijs 1991).

Waarom dringt na een tijdperk van specialisatie de behoefte aan generalisatie zich op in de geneeskunde? In de tweede helft van de vorige eeuw is de nadruk in de gezondheidszorg in toenemende mate gaan vallen op complexe vormen van zorg, op door meer dan één specialisme te behandelen aandoeningen (Huysse 1997).

Comorbiditeit is het toverwoord van deze tijd, en specialisme overstijgende problematiek eist steeds meer aandacht op. Vermoedelijk hangt dit samen met de toegenomen zorgvraag van chronisch zieken en ouderen. Mede hierdoor groeit de behoefte aan professionals die in staat zijn een op deze problematiek toegesneden individueel behandelbeleid vorm te geven. Zij zullen moeten beschikken over voor dit doel toereikende algemene kennis en vaardigheden.

SPECIALISATIE IN DE PSYCHIATRIE

Waar staat de psychiatrie in deze ontwikkeling? Haar specialisatiegeschiedenis is die van de hekkensluis. Pas in de laatste decennia van de twintigste eeuw zijn er in Engeland en de Verenigde Staten mogelijkheden tot psychiatrische subspecialisatie geschapen. De belangrijkste oorzaak van deze achterstand is de relatieve traagheid waarmee haar wetenschappelijke onderbouwing op gang is gekomen. Het vakgebied is uitgebreid, maar de beschikbare kennis en de daaruit af te leiden differentiatie van de behandeltechnologie zijn nog steeds beperkt. Wie kritisch kijkt naar de onderscheiden stoornisgerichte behandelprogramma's, die op dit moment in vele regio's ontworpen worden, wordt vooral getroffen door het vele dat ze met elkaar gemeen hebben. Het aandeel van het 'generale' overtreft nog steeds dat van het 'specifieke'. Daarmee is de sterkste drijfveer voor specialisatie nog maar zeer ten dele werkzaam. Wellicht vlot het daarom nog niet zo met de specialisatie in de psychiatrie. Specialisatie ontstaat door een voor een breed publiek herkenbaar eigen domein van kennis, behandelbeleid en beroepsuitoefening. Daarnaast moet er sprake zijn van een eigen patiëntenstroom van voldoende omvang, die uit kwaliteitsoverwegingen (van zichzelf of de verwijzer) de hulp van de specialist zoekt. Er zijn al enkele onderdelen van de psychiatrie, die aan deze 'criteria' voldoen. Die kan men vinden onder elders al erkende subspecialismen. In Engeland kan men na een algemene basisopleiding van

drie jaar een *higher specialist training* van drie jaar volgen in *general psychiatry, old age psychiatry, psychotherapy, child and adolescent psychiatry, forensic psychiatry* of *psychiatry of learning disability*. Combinaties zijn ook mogelijk. Na zes jaar is men dan *consultant* (Royal College of Psychiatrists 1998). In de Verenigde Staten kan men na de basisopleiding van vier jaar een opleiding volgen in een subspecialisme, waarna men via een officiële certificeringsprocedure wordt 'erkend'. De erkende subspecialismen zijn: kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, ouderenpsychiatrie en klinische neurofysiologie (Scheiber 1999).

In Nederland is een vergelijkbare subspecialisatie in de nabije toekomst te realiseren; daarvoor hoeft men slechts reeds bestaande differentiaties, die zichzelf maatschappelijk en inhoudelijk bewezen hebben, te voorzien van een officieel stempel. Het is, gezien de ervaringen in de interne geneeskunde, niet verstandig om te snel over te gaan tot het vormen van volledig zelfstandige, van het moedervak afgescheiden specialismen. Een officiële erkenning van een subspecialisme door middel van een aantekening heeft dat nadeel niet; zij biedt wel het voordeel dat zij identiteitsversterkend en kwaliteitsverhogend kan werken. Deze overwegingen vindt men terug in de recente discussies over de wenselijkheid van een subspecialisatie kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. Enerzijds blijkt de behoefte te bestaan aan een specifieke profilering van het vakgebied, anderzijds groeit het besef dat de aan de levensfasen gebonden psychiatriebeoefening in longitudinaal perspectief gezien een artefact is dat contraproductief werkt op de continuïteit van zorg en de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek.

Het is denkbaar dat doorbraken in de behandel mogelijkheden tot verdere subspecialisering zullen leiden. Zij kunnen echter ook leiden tot het verdwijnen van stoornissen en daarmee van gespecialiseerde behandelsettings. De geschiedenis van de tuberculose is daarvan een leerzaam voorbeeld.

GENERALISATIE IN DE PSYCHIATRIE

De andere trend, het (blijven) profileren van de psychiatrie in meer generalistische richting, heeft zich intussen ook aangekondigd. De psychiatrie wordt hiermee, als gelukkig gevolg van haar positie als hekkensluiter, in een veel vroeger stadium van haar specialisatiegeschiedenis geconfronteerd dan haar zusterspecialismen. In dit verband is het interessant kennis te nemen van wat Scheiber (1999) recent over de situatie in de Verenigde Staten schrijft. Hij wijst erop dat vanaf 1960 de psychiatrie meer en meer tendeerde in de richting van subspecialisering, zoals eerder de interne geneeskunde en de kindergeneeskunde. Aanvankelijk leidde dit niet tot officiële subspecialisatie (de actuele situatie in Nederland), maar in 1986 ontstond de mogelijkheid tot officiële erkenning. Hij stelt vast dat er met het aantreden van de regering-Clinton een kentering is gekomen. Het resultaat van diens beleid was een sterke nadruk op de ontwikkeling van de *primary care-specialismen*, zoals *general internal medicine*, *general pediatrics* en *general obstetrics and gynecology*. Voor de psychiatrie betekent dit volgens Scheiber (1999): '... the greater tendency in the last half of this decade of the twentieth century is toward considering combined training programs in psychiatry with one of the primary care specialties rather than encouraging new subspecialty development'. Een *primary care-oriëntatie* van de psychiatrie betekent een stimulering van een generalistische profilering.

Het is verleidelijk een parallel te trekken met de beleidsvoornemens van minister Borst, die een versterking van de eerste lijn voor de opvang van GGZ-problematiek beoogt, onder meer door het inzetten van psychiaters in een consultatieve functie. Voor het uitoefenen van een dergelijke functie zal de psychiater over een grote generalistische competentie moeten blijven beschikken, zoals dat ook noodzakelijk is binnen de huidige GGZ-organisaties. Gezien de groeiende vraag naar GGZ-hulp zal een grote behoefte blijven bestaan aan consultatie, super-

visie, instructie of leiding door generalistisch opgeleide psychiaters.

HET TOEKOMSTIG OPLEIDINGSMODEL

De beide 'krachten' specialisatie en generalisatie zullen in de toekomst het profiel van de psychiater bepalen. Het gaat om twee dimensies van de psychiatrie, die elk recht van bestaan hebben en elkaar aanvullen. Het beoefenen van de generalistische 'voordeurpsychiatrie' met *primary care*-karakter houdt een specifieke intellectuele en praktische uitdaging in, die verwant is met die van de oude sociale psychiatrie en die wetenschappelijk haar uitdrukking vindt in de psychiatrische epidemiologie. De subspecialisering ontleent haar aantrekkingskracht aan de mogelijkheid tot verdieping, die tot expressie komt in het neurobiologisch en psychologisch pathogenetisch onderzoek.

Ik verwacht dat in de komende jaren een grote behoefte zal blijven bestaan aan goed opgeleide psychiaters met een generalistisch profiel. Meer dan nu het geval is, zullen zij voorbereid moeten worden op het werken in organisaties en daarmee vergelijkbare samenwerkingsverbanden. Training in consultatie en beleidspsychiatrie zal een expliciet onderdeel moeten worden van de opleiding. Er zal daarnaast ruimte moeten komen voor subspecialisatie, door de mogelijkheid te bieden aantekeningen te behalen. Naar mijn mening biedt een modificatie van het Engelse of het Amerikaanse model voor Nederland nog de beste mogelijkheden. Ik beschrijf enkele van de mogelijke varianten. Eerst een Engelse.

Uitgangspunt is een voor iedereen geldende basisopleiding van drie jaar. Deze wordt met een examen afgesloten en geeft bevoegdheid tot een zelfstandige beroepsuitoefening op beperkte schaal (bijvoorbeeld binnen een organisatie en onder leiding van een volledig opgeleide specialist). Men kan zo de beschikking krijgen over een goed opgeleide 'GGZ-arts', die op een behoorlijk niveau redelijk zelfstandig en generalistisch

kan werken. Na de basisopleiding kan iemand, indien geschikt bevonden, een specifieke opleiding van twee jaar volgen in een aantal subspecialismen inclusief de generalistische psychiatrie, waarbinnen consultatie en beleidspsychiatrie veel aandacht krijgen. Daarna mag zij/hij zich psychiater noemen. Men kan een aantal van de in Engeland onderscheiden subspecialismen overnemen. Wie vreest dat hierdoor een tweedeling in specialisten van hogere en lagere orde zal ontstaan met als ongewenst neveneffect een daling van de gemiddelde kwaliteit van de beroepsuitoefening, zal wellicht kiezen voor een Amerikaanse variant. Die zou men zich als volgt kunnen denken.

Na een basisopleiding van vier jaar volgt men een specialistische opleiding van één jaar, die onder meer de mogelijkheid van het behalen van een generalistische aantekening inhoudt. In de basisopleiding zijn al arrangementen mogelijk die anticiperen op de latere specialisatie. Iedereen volgt, anders dan in Amerika, dus een opleiding van vijf jaar. Dit model sluit het beste aan bij de huidige opleidingseisen 'nieuwe stijl'.

Er zijn meer varianten denkbaar. Het keuzecriterium is de optimale mix van verdieping en verbreding, van specialisatie- en generalisatiemogelijkheden binnen een aanvaardbare opleidingsduur.

LITERATUUR

- Huysse, F.J. (1997). From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 233-240.
- Leeuw, P.W. de, & Thijs, L.G. (1991). *De internist in Nederland*. Utrecht: Bunge.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1994). *Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Royal College of Psychiatrists (1998). *Higher Specialist Training Handbook*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Scheiber, S.C. (1999). Subspecialisation and training after general residency in psychiatry. In J. Kay, E.K. Silberman & L. Pessar (red.), *Handbook of Psychiatric Education and Faculty Development*. Washington DC: American Psychiatric Association.

AUTEUR

W. VAN TILBURG is werkzaam als hoogleraar klinische psychiatrie en A-opleider psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en het Psychiatrisch Centrum Amsterdam.
Correspondentieadres: W. van Tilburg, PCA/Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-11-1999.

SUMMARY General psychiatry training or subspecialization – W. van Tilburg –

In the future, subspecialties within psychiatry – just as within other medical specialties – will also be developed, stimulated by the increase of specific possibilities of treatment. The best way to realize this is by formal subspecialty certification. There will still exist a need for psychiatrists trained in general psychiatry, who can assist in meeting the growing demand for psychiatric treatment by collaborating with general practitioners. The education of residents should consist of a general basic training of three to four years, followed by a program of one to two years, directed at a more specific professional development.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000)4, 225-228]

KEYWORDS education, general psychiatry training, subspecialization