

# Plaats van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de opleiding tot psychiater

F. VERHEIJ

**SAMENVATTING** Kinder- en jeugdpsychiatrie is een algemeen erkend aandachtsgebied. De duur en de aard van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater in Nederland wijken in belangrijke mate af van de Europese normen. Het debat rond generalisatie en specialisatie zal duidelijk moeten maken of kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenheid kan groeien binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 229-234]

**TREFWOORDEN** kinder- en jeugdpsychiatrie, opleiding psychiatrie

In het klassieke China en het oude Griekenland bestonden eenvoudigweg geen woorden die duiden op de kindertijd. De schilderkunst uit de Gouden Eeuw laat zien dat kinderen afgebeeld werden als kleine volwassenen. Het valt moeilijk te begrijpen dat kinderen eeuwenlang als kleine volwassenen beschouwd werden, terwijl toen toch ook elke volwassene uit eigen ervaring wist dat een kind geen volwassene is (Verheij 1998). Er bestaan blijkbaar krachten (of zijn het machten) in volwassenen die de vanzelfsprekendheid om kinderen een eigen plaats toe te kennen, ondergraven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat 'De rechten van het kind' in een verdrag moesten worden vastgelegd, dat pas in 1989 door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties aanvaard werd. Dit verdrag omvat 41 het kind (alle mensen onder de 18 jaar) beschermende artikelen (Schuil e.a. 1996), maar desalniettemin waarborgt nog geen enkele staat alle kinderrechten.

Ongeveer vanaf 1920 zijn de belangrijkste ontwikkelingstheorieën ontstaan en ontstond er een basis om over kinderpsychopathologie te gaan nadenken. In de laatste drie decennia van deze eeuw heeft wetenschappelijk onderzoek een enorme hoeveelheid kennis over kinderen en hun normale en verstoorde ontwikkeling toegevoegd.

Het toekennen van een eigen plaats aan kinderen en adolescenten en de erkenning van hun recht om ook adequate psychiatrische hulpverlening te krijgen, was in West-Europa en in de Verenigde Staten de voedingsbodem voor ontwikkeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie (Piha 1997). Het kind is geen volwassene; de volwassene is geen kind. 'Het begrip van kinderproblemen vloeit niet vanzelf voort uit kennis van de problemen waarmee volwassenen zitten. Een kind in psychische nood is voor een volwassene soms net zo onbegrijpelijk als een dier dat niet kan zeggen wat hem scheelt' (Fournier & Kalisvaart 1983).

Zoals het moeilijk is een eigen plaats toe te kennen aan het kind, lijkt het ook moeilijk een eigen plaats toe te kennen aan het vakgebied kinder- en jeugdpsychiatrie en aan de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater. Zes jaar geleden stond in de 'Profiel schets psychiater' (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) 1994): 'De taakgroep acht het van belang dat overwogen wordt in hoeverre gestreefd moet worden naar een specialisatie tot kinderpsychiater, dan wel naar een verdere verruiming van de plaats die de kinderpsychiatrie binnen de opleiding inneemt. In de literatuur wordt er bij herhaling op gewezen dat het ongeloofwaardig is dat een uitgebreid

specialisme als psychiatrie in vele landen geen enkele vorm van specialisatie kent. In Nederland is er altijd weerstand tegen elke vorm van specialisatie geweest, zelfs tegen een aantekening, bijvoorbeeld voor kinderpsychiatrie'. Het debat generalisatie versus specialisatie is, waarschijnlijk niet zonder reden, de afgelopen zes jaar wel geagendeerd, maar niet gevoerd binnen de NVVP. Mogelijk start dit debat met de bijdrage aan dit themanummer van de voorzitter van de NVVP over dit onderwerp.

In de ter discussie staande nieuwe opleidingseisen wordt de status-quo van de kinder- en jeugdpsychiatrie bevestigd. De voorbereidende commissie kon niet kiezen voor de generalisatie, zoals bijvoorbeeld alle psychiaters een deel van hun opleiding aan kinder- en jeugdpsychiatrie laten besteden. In de nieuwe eisen is het halfjaar kinder- en jeugdpsychiatrie in de reguliere opleiding facultatief. Evenmin kon de commissie voor daadwerkelijke specialisatie kiezen. Er werd namelijk vastgehouden aan één keuzejaar, terwijl het algemene deel met een halfjaar uitgebreid werd. Dit impliceert nog een halfjaar opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie na de specialisatie.

Hiertegenover staat dat de kinder- en jeugdpsychiatrie kwaliteit en kwantiteit telt. Er zijn ongeveer 300 psychiaters die zich kinder- en jeugdpsychiater noemen. Zij verzetten voor ruim 170 fte (fulltime-equivalent) werk en er is een tendens naar een 'pure' kinder- en jeugdpsychiatrische praktijkvoering (Boer 1999). Er zijn 28 kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. In 11 instellingen vindt erkende opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie plaats. Er is wetenschappelijk onderzoek naar internationale maatstaven. Ook zijn er succesvolle leerboeken en worden er 11 leerstoelen door kinder- en jeugdpsychiaters ingenomen.

## SPECIFICITEIT

Volwassenen waren kinderen, kinderen zijn geen volwassenen. Het is vooral de specificiteit die deze constatering bevestigt. Specificiteit die

ten grondslag ligt aan volwassenenonderwijs en kindgericht onderwijs, aan interne geneeskunde en kindergeneeskunde, en ook aan psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie.

De kinder- en jeugdpsychiatrie is specifiek om een aantal redenen: (a) Het kind of de jeugdige bevindt zich, vergeleken met de volwassene, in een veel sneller voortgaand ontwikkelingsproces, waarbij de psychiater grondige kennis moet hebben van de voortgang van de ontwikkeling binnen de verschillende ontwikkelingsdomeinen en van de psychopathologie in de verschillende fasen van de kindertijd en adolescentie. Grondige kennis van de normale lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling, met de vele variaties, is vereist, evenals kennis van etiologische factoren, differentiaaldiagnostische overwegingen en de factoren in de kindertijd en adolescentie die het risico van psychopathologie op latere leeftijd vergroten (Adviescommissie Kinder- en Jeugdpsychiatrie 1999). Kinderpsychiatrie wordt wel ontwikkelingspsychiatrie genoemd. Ook voor een deel van de adolescentenpsychiatrie past deze aanduiding; (b) Het kind of de jeugdige brengt een specifieke context met zich mee, met relevante anderen. Er is een familiair netwerk bestaande uit de ouders, de broers en zussen en overige relevante familieleden; er is kinder-, ouderschaps- en gezinsontwikkeling. Rond veel kinderen, jeugdigen en hun gezinnen is ook een professioneel netwerk, bestaande uit een diversiteit aan begeleiders en behandelaars, die soms wel, maar vaker niet op elkaar afgestemd functioneren. En altijd is er, als een belangrijk tweede milieu voor het kind of de jeugdige, de school. Er is sprake van afhankelijkheid, van derden die beslissen (tot twaalf jaar), meebeslissen (tot zestien jaar) of zich mede verantwoordelijk voelen (vanaf zestien jaar); (c) Het kind of de jeugdige vraagt om specifieke communicatievormen. Deze moeten afgestemd zijn op zowel diens cognitieve als diens emotionele ontwikkelingsniveau. Soms kan het gesprek aangaan worden, maar vaak ook niet. Spel kan een belangrijke plaats innemen. Structuur en gren-

zen (de pedagogiek) spelen altijd op de een of andere manier een rol; (d) Het kind of de jeugdige is zelden separaat te onderzoeken of te behandelen. Diagnostiek van kinderen of jeugdigen leidt pas tot een compleet beeld als er gewerkt wordt met diverse informatiebronnen (zoals het kind of de jeugdige, diens ouders, de leerkracht), diverse informanten (zoals de kinder- en jeugdpsychiater, de psychodiagnost, de orthodidacticus, de gezinsdiagnost), en een verscheidenheid aan onderzoeksmethoden (zoals open interview of spelsituatie, vragenlijsten, tests en toetsen). Behandeling van het kind of de jeugdige (en behandeling en/of begeleiding van diens gezin) zal altijd ingebed moeten zijn in een systemische aanpak. Dit heeft consequenties voor, en verleent specificiteit aan, de onderzoeksfase en het adviesgesprek en creëert een diversiteit aan contexten voor interventie.

#### DE NEDERLANDSE SITUATIE

Tussen 1951 en 1953 stelden de vier Scandinavische landen het specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie in. Een ontwikkeling die in de tijd nagenoeg samenvalt met het benoemen in Nederland van de eerste privaatchoortoelaters (Kamp en Van Krevelen in 1950) en een eerste hoogleraar (Hart de Ruyter in 1955). Tussen 1957 en 1978 volgden de meeste West- en Zuid-Europese landen, waarbij het grootste deel een specialisme instelde en een minderheid een niet-onafhankelijke subspecialisatie. In 1959 beschreef Kamp 'de huidige kinder- en jeugdpsychiatrische situatie' en stelde: 'Wanneer medisch studenten of artsen met belangstelling voor kinderpsychiatrische problemen de vraag stellen hoe de opleiding tot kinderpsychiater verkregen kan worden, spreekt hieruit de overtuiging dat de kinderpsychiatrie een apart specialisme is. Wat de praktische uitoefening betreft, kan men dit ook wel zo stellen, nu in ons land enkele tientallen artsen het grootste deel van hun dagelijks werk uitsluitend op kinderpsychiatrisch gebied vinden, terwijl dit aantal nog zeer aanzienlijke uitbreiding behoeft.

Daarnaast vormen de wetenschappelijke kinderpsychiatrische publicaties een voortdurend groeiende stroom, die niet of nauwelijks te verwerken is voor degene die dit terrein toch tot zijn enige arbeidsveld maakt. Volgens deze maatstaven kan men dus spreken van een specialisme of superspecialisme kinderpsychiatrie. Ondanks dit alles bestaat er in ons land – in tegenstelling tot verschillende andere landen – geen aparte opleiding tot kinderpsychiater'.

Bijna twintig jaar duurde het debat over een meer eigen plaats van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Nadat midden jaren tachtig de NVVP-vergadering een externe aantekening (door de Specialisten Registratie Commissie SRC ingesteld) kinder- en jeugdpsychiatrie fel afwees, werd als compromis een interne aantekening (een NVVP-aantekening) toegestaan. Om ingeschreven te worden in het Interne Register Kinder- en Jeugdpsychiatrie moet gedurende twee achtereenvolgende jaren een opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie gevolgd worden in een fulltime opleidingssituatie. Binnen de vigerende opleidingseisen betekent dit dat in de regel het keuzejaar aan kinder- en jeugdpsychiatrie besteed wordt en vervolgens na de registratie als psychiater nog een aantekeningjaar als arts-assistent doorlopen wordt.

In haar beleidsplan (1996) stelt de Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie dat zij het creëren van een afzonderlijk specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie nog niet opportuun acht. De aansluiting bij het moederspecialisme stoelt op een lange traditie en biedt betere waarborgen voor de maatschappelijke erkenning en de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater als medisch specialist. De tijd is echter wel rijp voor een officiële erkenning van kinder- en jeugdpsychiatrie als deelspecialisme. De Sectie is voorstander van een kortere basisopleiding in de algemene psychiatrie en pleit voor een vroegtijdige differentiatie binnen de opleiding, bijvoorbeeld na twee jaar, met daarna een gerichte opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater. Meer ruimte voor een specifieke training op het gebied van kinder-

en jeugdpsychiatrie creëert volgens de Sectie ook ruimte voor relevante stages, zoals in de somatische deelgebieden.

#### DE EUROPESE SITUATIE

Piha (1997) inventariseerde dat binnen de negentien bij de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) aangesloten landen bij dertien ervan sprake is van een onafhankelijk specialisme kinder- (en jeugd)psychiatrie en bij zes (Nederland, België, IJsland, Oostenrijk, Frankrijk en Spanje) van een niet-onafhankelijk subspecialisme. Sinds 1993 is kinder- en jeugdpsychiatrie een specialistische sectie binnen de UEMS, wat betekent dat het specialisme op Europees niveau de formele en officiële status van onafhankelijk medisch specialisme heeft gekregen (Piha 1997).

In het verlengde van deze erkenning is kinder- en jeugdpsychiatrie ook opgenomen in het 'European Training Charter for Medical Specialists' (UEMS 1995). Een minimumopleidingsduur van vijf jaar wordt voorgestaan, waarbij vier jaren volledig besteed worden aan kinderen en jeugdpsychiatrie en een jaar aan algemene of volwassenenpsychiatrie. Terwijl aan het moedervak nu een tot drieënhalve (Nederland) jaar besteed wordt, kiest de UEMS voor de minimale variant.

Het mag duidelijk zijn dat tussen de Nederlandse werkelijkheid (ook in geval van acceptatie van de nieuwe opleidingseisen) en de werkelijkheid van de UEMS een grote kloof gaapt. De inventarisaties van de UEMS en van Piha laten zien dat de Nederlandse opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater in belangrijke mate afwijkt van de Europese normen en buiten de hoofdstroom staat.

#### HET LICHTENDE VOORBEELD?

Een minderheid van opleiders kinder- en jeugdpsychiatrie staat een eigen specialisme voor. De meerderheid en ook het sectiebestuur

zien voorsnog meer voor- dan nadelen in een eigen specialisme en geloven (nog) in meer ruimte voor de specialisatie binnen de huidige structuren. Mogelijk is de kinder- en jeugdpsychiatrie daarmee zelf een oorzakelijke factor in de status quo van haar opleiding. De nieuwe opleidingseisen zullen waarschijnlijk geaccepteerd worden zonder dat door een fundamenteel debat over generalisatie versus specialisatie meer bewegingsruimte voor de deelspecialismen komt.

In de 'Profielchets psychiater' (NVVP 1994) wordt het alternatief reeds aangereikt: 'In Engeland daarentegen is er allang sprake van een uitgebreide differentiatie'. In het verlengde van drie jaar algemene psychiatrische training is er in Engeland een volgende drie jaar die besteed kunnen worden aan een psychiatrische subspecialisatie, zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hodes (1998) beargumenteert dat in de laatste twee decennia voor wat betreft de kinder- en jeugdpsychiatrie een explosie van kennis heeft plaatsgevonden en er grote ontwikkelingen zijn geweest in therapeutische benaderingen en dienstverlening. Hij stelt dat de groei van kennis in dit veld zo groot is, dat het nodig is selectief te zijn. Voor de opleiding zijn duidelijke doelen nodig. Wat Hodes aangeeft voor de kinder- en jeugdpsychiatrie geldt voor meerdere aandachtsgebieden binnen de psychiatrie. De Engelse keuzen waarborgen een groot specialisme psychiatrie en creëren ruimte voor subspecialisten binnen verschillende aandachtsgebieden.

Kinder- en jeugdpsychiatrie is specialiseren met leeftijd als criterium. Hiervoor geldt ten dele meer van hetzelfde, maar ook specifiek. Het is logisch om te bekijken op welk moment de oriëntatie gericht op alle leeftijden over kan gaan in een oriëntatie gericht op kinderen en jeugdigen. In de Nederlandse situatie zou specialisatie naar leeftijd een eerste, voorzichtige stap kunnen zijn. Waarom niet starten met drie aandachtsgebieden: kinder- en jeugdpsychiatrie; volwassenenpsychiatrie; ouderenpsychiatrie?

## NOG NIEUWERE OPLEIDINGSEISEN

Na de aanvaarding binnen de NVVP van de nieuwe opleidingseisen zal een commissie ingesteld worden om nog nieuwere opleidingseisen te formuleren. Deze commissie zal haar werkzaamheden pas aanvangen nadat het debat over generalisatie en differentiatie gevoerd is. Een van de richtlijnen voor de commissie wordt de uitkomst van de discussie over een verkorting van de opleidingsduur binnen de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Stel dat voor een zekere uitbouw van het systeem van aandachtsgebieden binnen de reguliere specialisatie gekozen wordt, met als belangrijkste voordeel dat het aan de wens tot differentiatie vormgeeft, zonder dat het vakgebied in van elkaar gescheiden specialismen uiteenvalt. Hiervoor reikt de Engelse situatie een kader aan (bijvoorbeeld tweeënhalf jaar algemene psychiatrie, tweeënhalf jaar differentiatie) en leert tien jaar werken met de differentiatie in de opleiding Interne Geneeskunde (Blijham 1995) welke valkuilen vermeden moeten worden.

## CONCLUSIE

In veel Europese landen en ook in UEMS-verband is kinder- en jeugdpsychiatrie een zelfstandig specialisme: een vakgebied dat in veertig jaar naar volwassenheid groeide. In Nederland is dit in de praktijk van alledag ook het geval, maar binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is nog geen sprake van deze volwassenheid. In de vigerende opleidingseisen kan slechts het keuzejaar aan kinder- en jeugdpsychiatrie besteed worden, wat impliceert dat na de specialisatie nog een jaar aanvullende opleiding gevolgd wordt. In de nieuwe opleidingseisen kan een halfjaar binnen de algemene psychiatrie aan kinder- en jeugdpsychiatrie besteed worden, vervolgens het keuzejaar, waarna nog een halfjaar opleiding na de specialisatie rest. De kinder- en jeugdpsychiatrie blijft hiermee steken op twee jaar specifieke opleiding. In Engeland wordt drie

jaar als het minimum beschouwd, in Europees verband wordt vier jaar geadviseerd. In het verlengde van het debat over generalisatie versus specialisatie zal de 'commissie nog nieuwere opleidingseisen' de opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie volwassen moeten maken. Gebeurt dit niet, dan zou het kind wel eens ondankbaar kunnen worden ten opzichte van de moeder (NVVP) en het huis verlaten om te bewijzen dat het zijn volwassenheid aankan. Beter is het echter als moeder en kind genieten van deze nieuwe levensfase en daar over en weer de vruchten van plukken.

## LITERATUUR

- Adviescommissie Kinder- en jeugdpsychiatrie (van het Consilium Psychiatricum) (1999). Eindtermen tot kinder- en jeugdpsychiater. Utrecht: auteur.
- Blijham, G.H. (1995). Generalisme en differentiatie in de opleiding interne geneeskunde. *Medisch Contact*, 50, 895-897.
- Boer, F. (1999). Child and adolescent psychiatry in the Netherlands: patterns of practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 57-60.
- Fournier, E.P., & Kalisvaart, M.W. (red.) (1983). *Het kind in het middelpunt; fundamentele problemen van de kinderpsychotherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Hodes, M. (1998). A core curriculum for child and adolescent psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 250-254.
- Kamp, L.N.J. (1959). De huidige kinderpsychiatrische situatie. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*, XXCI (10), 3-xx.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1994). *Profielschets psychiater*. Rapport. Utrecht: auteur.
- Piha, J. (1997). The status of child and adolescent psychiatry in EU- and EFTA-countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 116-118.
- Schuil, P.B., e.a. (red.) (1996). *Rechten van het kind*. In *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg; Deel B: Inhoud* (pp. VII-X). Assen: Van Gorcum.
- Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Beleidsplan*. Utrecht: auteur.
- Union Européenne des Médecins Spécialistes (1995). *European Training Charter for Medical Specialists*. Bruxelles: author.
- Verheij, F. (1998). Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 383-384.

AUTEUR

Geen strijdige belangen meegedeeld.

F. VERHEIJ is hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie/  
hoofd patiëntenzorg.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-1-2000.

Correspondentieadres: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie,  
AZR-Sophia/Erasmus Universiteit Rotterdam, Wytemaweg 8,  
3015 CN Rotterdam.

**SUMMARY** The position of child and adolescent psychiatry in the psychiatric residency training – F. Verheij –

*Child and adolescent psychiatry is a recognized area of special attention. The position and the duration of the child and adolescent psychiatric training are beyond the European standards. The outcome of the debate about generalization or specialization will determine if child and adolescent psychiatry can develop into adulthood within the Dutch Psychiatric Association.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 229-234]

**KEYWORDS** child and adolescent psychiatry, psychiatric training