

# Aandachtsgebieden in de psychiatrie: aanwinst of verlies?

P. NAARDING, R. VAN, R.C. VAN DER MAST



Sedert 2011 kunnen alle psychiaters in Nederland zich via een zogenaamde ‘pardonregeling’ een specifieke aantekening in één van de aandachtsgebieden verwerven. Zij werden zo (sub- of super)specialist kinder- en jeugd-, volwassenen- of ouderenpsychiatrie. Dit is een gevolg van de invoering in 2009 van het opleidingsplan HOOP, waarin deze drie leeftijdsspecifieke subspecialisaties zijn omschreven (Hengeveld e.a. 2009). Aangezien de artsen in opleiding tot psychiater (aiossen) twee jaar van de opleiding in het aandachtsgebied dienen te volgen, is het algemene deel van de opleiding teruggebracht van drieënhalf jaar naar tweeënhalf jaar.

De inschrijving in de aandachtsgebieden betreft een interne aantekening en staat onder regie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Voor de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) wordt slechts één type psychiater erkend, die als zodanig ook in het BIG-register (artikel 14) is opgenomen. Desalniettemin is het voor alle aiossen nu verplicht een aandachtsgebied te kiezen en samen met de opleider een traject uit te stipelen waarmee aan de voorwaarden van dat aandachtsgebied wordt voldaan. Daarbij worden bij de vijfjaarlijkse herregistratie voor ieder aandachtsgebied specifieke eisen gesteld aan het aantal uren patiëntenzorg en relevante nascholing.

De reden voor de invoering van de aandachtsgebieden was vooral om een kwaliteitsimpuls te geven aan deze subspecialisaties. Dit werd gelegitimeerd door de ontwikkeling van de kennis, de complexiteit van benodigde vaardigheden en de stand van de wetenschap in deze subspecialismen. Met name de opleiders uit de ouderenpsychiatrie, onder wie twee auteurs van dit artikel, toonden zich destijds daarom een fervent voorstander.

## Huidige situatie

Onder meer door de ontwikkeling van een gemeenschappelijk onderwijsprogramma heeft vooral de ouderenpsychiatrie sterk geprofiteerd van de invoering van het aandachtsgebied. Haar identiteit is mede hierdoor versterkt. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie geldt dat eveneens, maar feitelijk bestond deze deelspecialisatie ook al voor de

invoering van HOOP. Het was een aantekening die men kon verkrijgen na twee jaar ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie: één jaar tijdens de opleiding als keuzestage en één jaar als men eenmaal psychiater was. Van de pardonregeling is ook vooral gebruikgemaakt door de kinder- en jeugdpsychiaters en ouderenpsychiaters.

Voor het aandachtsgebied volwassenen lijkt een en ander minder gunstig te hebben uitgepakt. Er is bijvoorbeeld (nog) geen gemeenschappelijk onderwijsprogramma tot stand gekomen. Dat komt onder meer doordat de ‘specialisatie’ volwassenenpsychiatrie eigenlijk kunstmatig is en feitelijk niet bestaat. De volwassenenpsychiater is een algemeen psychiater die één (of meerdere) subspecialisaties kan hebben, zoals ziekenhuispsychiatrie, forensische psychiatrie, verslavingspsychiatrie, psychotherapie, sociale psychiatrie of spoedeisende psychiatrie. De profilering en scholingsmogelijkheden in deze subspecialisaties zijn wisselend; ze hebben geen erkenning als aandachtsgebied en ze kennen geen interne aantekening. Daarmee heeft de volwassenenpsychiatrie niet een duidelijke eigen (aan de leeftijd gebonden) identiteit, maar zijn er binnen wel duidelijk verschillende subspecialisaties zichtbaar.

Los hiervan zijn er andere knelpunten en ongewenste gevolgen, waar we in de artikel nader op in zullen gaan. Deze waren bij het instellen van de aandachtsgebieden niet alle goed te voorzien, maar nopen nu tot een heroverweging.

## Keuzes van de aiossen

Recente cijfers laten zien dat van de aiossen op dit moment slechts zo'n 9% voor de kinder- en jeugdpsychiatrie kiest, en rond de 18% voor de ouderenpsychiatrie (interne enquête keuze aandachtsgebied door aiossen, opleidingsgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie in samenwerking met het Concilium Psychiatricum, voorjaar 2015). Het overgrote deel kiest voor de volwassenenpsychiatrie, wat zoals we al beschreven, nu juist het minst helder gedefinieerde aandachtsgebied is. Het lijkt er echter op dat dit geen echte keuze van de aiossen is, maar vooral een niet-kiezen en een voortzetting van het algemene traject van de opleiding. Immers, binnen de volwassenenpsychiatrie blijven er nog

allerlei keuzes mogelijk en kan nog het gemakkelijkst overgestapt worden naar een ander gebied van de psychiatrie. We moeten hierbij aantekenen dat de zeer lage voorkeur voor de kinder- en jeugdpsychiatrie ook met de onzekerheden rond de transitie naar de gemeenten te maken heeft, wat geheel los staat van de invoering van HOOP.

### Verlies van algemene competenties als psychiater

Onze ervaring is dat de aiossen na tweeënhalft jaar aanmerkelijk minder competent zijn in de algemene psychiatrische competenties dan voorheen in de 'oude' opleiding het geval was. Dat is logisch, want de opleidingsduur van dit opleidingsdeel is met zo'n 30% ingekort. Bij de psychiatrie is de verhouding algemeen deel ten opzichte van aandachtsgebieddeelslechts 5:4, terwijl dat bijvoorbeeld bij de interne geneeskunde 2:1 is.

Deze verminderde aandacht voor de algemene psychiatrische competenties leidt ertoe dat er vragen zijn gerezen over het te verwachten bekwaamheids- en bevoegdheidsniveau van de psychiater 'nieuwe stijl'. Kan een ouderenspsychiater nog dienst doen voor de volwassenenpsychiatrie en vice versa? Kan de kinder- en jeugdpsychiater nog rechtmatig een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging beoordelen voor een volwassen patiënt? En wat als er iets mis gaat; als de psychiater bijvoorbeeld als achterwacht verantwoordelijk is voor een patiënt uit een ander aandachtsgebied, hoe zal een tuchtrechter daarover oordelen? Een eerste juridische verkenning gaf aan dat in een incidenteel geval dit met coulanace zal worden beoordeeld, maar dat het voor structurele situaties anders kan zijn. Het zou op termijn kunnen betekenen dat instellingen gescheiden achterwacht pools moeten gaan vormen.

Ook verzekeraars beginnen zich te roeren en vragen zich af of er nadere eisen gesteld moeten worden aan het hoofdbehandelaarschap van psychiaters voor een bepaalde doelgroep. Of dat er specifieke volume-eisen geformuleerd zouden moeten worden voor het aantal behandelde patiënten uit een aandachtsgebied. Het is de vraag of we dat allemaal voor ogen hadden bij de invoering van de aandachtsgebieden. Daarbij komt dat het om een interne aantekening gaat die geheel binnen de bestaande opleiding tot psychiater wordt verworven, maar tegelijkertijd geen officieel erkend subspecialisme is van de rgs. Dat maakt dat verdere onduidelijkheid over de precieze juridische status van de aandachtsgebieden gemakkelijk op kan treden.

### Inflexibiliteit op de arbeidsmarkt

Opleiden doen we voor de toekomst. Het aantal instroomplaatsen voor alle medisch-specialistische opleidingen wordt jaarlijks ministerieel bepaald. Hierbij speelt de

### AUTEURS

**PAUL NAARDING**, (ouderen)psychiater en opleider (ouderen)psychiatrie, GGNet, Apeldoorn.

**RIEN VAN**, (volwassenen)psychiater en opleider (volwassenen)psychiatrie, Arkin Amsterdam en raad van bestuur NPI (onderdeel van Arkin).

**ROOS VAN DER MAST**, opleider (ouderen)psychiatrie en hoogleraar Ouderenspsychiatrie, afdeling Psychiatrie, LUMC, Leiden.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Paul Naarding, GGNet, Gebouw Scelta, locatie Deventerstraat 459, 7323 PT Apeldoorn.

E-mail: p.naarding@ggnet.nl

Strijdige belangen: Paul Naarding is naast algemeen opleider ook opleider aandachtsgebied ouderen en lid van de commissie registratie interne aantekening (CRIA) van de NVvP.

Rien Van is naast algemeen opleider ook opleider aandachtsgebied volwassenen en lid van de visitatiecommissie psychiatrie, en lid van het Concilium Psychiatricum van de NVvP.

Roos van der Mast is naast algemeen opleider ook opleider aandachtsgebied ouderen en voorzitter van de visitatiecommissie psychiatrie.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-5-2015.

### TITLE IN ENGLISH

Areas of interest within psychiatry: a gain or a loss?

behoefteraming voor de langere termijn, die wordt vastgesteld door het Capaciteitsorgaan, een grote rol (<http://www.capaciteitsorgaan.nl/Home/tabid/40/language/nl-NL/Default.aspx>). De raming van het aantal benodigde medisch specialisten blijkt lastig, maar in ieder geval wordt rekening gehouden met factoren zoals bevolkingsopbouw, bewegingen op de arbeidsmarkt, mogelijkheden voor buitenlandse in- en uitstroom en te verwachten vakinhoudelijke ontwikkelingen. Deze behoefteraming leidt tot een bandbreedte op grond waarvan de toegestane aios-instroom per medisch specialisme wordt bepaald. Ook voor het specialisme psychiatrie is het (in verleden al) moeilijk gebleken om tot een betrouwbare behoefteraming te komen. We weten bijvoorbeeld niet wat de gevolgen zullen zijn van de uitkomst van de hoofdbehandelaarsdiscussie of de taakdifferentiatie in de psychiatrie. En wat wil de maatschappij in de toekomst aan de ggz uitgeven? Wat zijn de gevolgen van veranderende epidemiologische patronen? Op het niveau van deelspecialismen zal het nog veel moeilijker zijn om tot een betrouwbare

behoefteraming te komen en dat wordt dan ook niet geprobeerd.

### Bureaucratische uitvoeringsregeling

Teneinde de vorming van de aandachtsgebieden in goede banen te leiden is de Commissie Registratie Interne Aantekening (CRIA) in het leven geroepen. Aanvankelijk hield deze zich vooral bezig met het regelen van de interne aantekening voor alle reeds geregistreerde psychiaters (de 'pardonregeling'). Momenteel is de CRIA vooral belast met de registratie van de aiossen die de opleiding hebben voltooid en zich in een aandachtsgebied willen laten registreren. Ook de invulling van de eisen die aan de herregistratie van de interne aantekening moeten worden gesteld, is een taak van de CRIA. Deze bureaucratische uitvoeringsregeling heeft geleid tot (weer) extra administratieve last, registratieproblemen en vragen over de precieze verdeling van de uren tussen de verschillende aandachtsgebieden. Ook waren er situaties waarin de CRIA de door de RGS goedgekeurde opleidingsschema's van aiossen en daardoor registratie in het gevolgde aandachtsgebied afwees. Al met al is er veel verwarring ontstaan en dreigt een onproductieve bureaucratie.

### Knip in de levensloopspsychiatrie

Bij deze discussie willen we ook een inhoudelijk wetenschappelijke overweging betrekken. Uit epidemiologische studies over langere termijn komt naar voren dat psychiatrische stoornissen zich niet aan leeftijdsgrenzen houden. Psychiatrie is primair levensloopspsychiatrie. Vaak treden de eerste manifestaties van psychiatrische stoornissen immers al in de (vroeg) adolescentie op, zijn ze recidiverend van aard en spelen ze het gehele leven in meer of mindere mate een rol. Wellicht zijn de neurocognitieve stoornissen hierop een uitzondering, maar de kwetsbaarheid hiervoor kan steeds vroeger worden gedetecteerd, al voor de oudere leeftijd begint. Het is daarom niet ondenkbaar dat in de toekomst interventies plaats kunnen vinden ver voordat de klinische symptomen van cerebrale kwetsbaarheid en neurocognitieve stoornissen optreden. Met een scherpe 'leeftijdsknip' wordt dit aspect van de psychiatrie onvoldoende recht gedaan.

### Bezuinigingstaakstelling

Tot slot is er de actualiteit van de bezuinigingstaakstelling die aan alle medisch-specialistische vervolgoopleidingen is opgelegd. Voor de psychiatrie betekent dat een reductie van zo'n kleine 6 maanden op de gemiddelde opleidingsduur. Om dat te bereiken dienen de opleiders aan het overgrote deel van de aiossen op individueel niveau kortingen te gaan geven, via het zogenaamde individuele opleiden. De vraag is natuurlijk waar deze opleidingstijd

vanaf gehaald kan worden. Gezien onze overwegingen die we in het voorgaande beschreven, denken we dat het buitengewoon onverstandig is het algemene deel van de opleiding (verder) in te korten. Tegelijkertijd behoeven aandachtsgebieden en/of subspecialisaties in de psychiatrie ook voldoende opleidingstijd.

### Oplossing: versterk algemeen deel

Wij pleiten ervoor om het algemene deel van de opleiding, de zogeheten *common trunk*, niet (verder) af te bouwen, maar juist (weer) te versterken. Het competentiegerichte opleiden kan zo beter worden doorgevoerd. De algemene psychiatrische competenties die nodig zijn voor alle aandachtsgebieden en subspecialisaties kunnen dan weer meer nadruk krijgen. Praktisch gezien stellen we voor de duur van het algemene deel weer ten minste tot drieënhalft jaar terug te brengen én verdere deel- of subspecialistische vorming na de opleidingsperiode te concentreren. Het vierde (keuze)jaar van de opleiding kan de aios naar eigen believen invullen. De aios kan dan al een start maken met verdere verdieping (in de kinder- en jeugdpsychiatrie of ouderenspsychiatrie) of subspecialisatie (in bijvoorbeeld de ziekenhuispsychiatrie, forensische psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, et cetera), maar ook eerst nog zoeken naar verdere verbreding.

Dat creëert een flexibele psychiater met voldoende basisbagage, die bij veranderende behoeften relatief makkelijk over kan stappen naar een ander deelgebied van de psychiatrie en ook in de basis breed inzetbaar is. Ook willen we er sterk voor pleiten om elke aios kennis te laten maken met de verschillende leeftijdsgroepen, gezien het geschetste belang van de levensloopspsychiatrie. Met de versterking van het algemene deel is het ook mogelijk alle aiossen een stage kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderenspsychiatrie te laten volgen. Hoe de door de bezuinigingstaakstelling vereiste verkorting van de opleiding psychiatrie precies vorm moet krijgen, blijft nog een punt van discussie.

### Conclusie

Wij concluderen dat de invoering van aandachtsgebieden in de opleiding psychiatrie een leerzame exercitie is geweest. Het laat zien hoe subspecialisatie in een vak tot een betere identiteit en een verdere ontwikkeling van een deelgebied kan leiden. Tegelijkertijd is er echter een bureaucratisch systeem rond registratie en herregistratie ontstaan dat geld en tijd kost. Nog belangrijker is dat de algemene psychiatrische competenties uitgehold dreigen te worden, terwijl juist die heel belangrijk zijn voor ons vak. Voorts sluit de strikte scheiding van ons vak op basis van leeftijdsgroepen onvoldoende aan bij de huidige wetenschappelijke ontwikkelingen en bij de klinische praktijk.

Per 1 januari 2016 zal HOOP 2.0 worden ingevoerd. Daarin is al veel verbeterd wat betreft flexibiliteit in opleidingsprogramma's en competentieverwerving en zijn allerlei administratieve bepalingen aanzienlijk vereenvoudigd. We pleiten er echter sterk voor om de door ons geschetste versterking van het algemene deel van de opleiding psychiatrie snel in te voeren. HOOP 2.0 is zo opgesteld dat op relatief eenvoudige wijze doorontwikkeling in de door ons voorgestane richting mogelijk is. Haast is geboden.

#### LITERATUUR

---

- Hengeveld MW, Vleugels L, van der Gaag RJ, Stek M, Glas G, red. Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP). Utrecht: De Tijdstroom; 2009.