

De kern van de opleiding tot psychiater

W.W. VAN DEN BROEK

Kort nadat ik psychiater geworden was, halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw, bezochten wij het ministerie van vws. Wij waren het bestuur van de sectie Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Die tijd werd gedomineerd door de wens tot vermaatschappelijking van de ggz. Deze zou gerealiseerd moeten worden via kleinschalige regionale ggz-voorzieningen, zogenaamde multifunctionele eenheden (MFE's) en later regionale ggz-centra (RGC's).

Alles onder één dak? Het was de bedoeling dat psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) werden opgenomen in dit soort MFE's. De PAAZ'en werden bij nieuwbouw van regionale ggz-instellingen verplicht om met hen te fuseren. Men wilde alle psychiatrische voorzieningen onder een dak hebben, overzichtelijker en passend bij de vermaatschappelijking van de psychiatrie.

Wij waren bewapend met goed onderbouwde argumenten tegen deze fusering, zoals de vergrijzing van de bevolking, de toegenomen technische mogelijkheden binnen ziekenhuizen (zeker bij ingewikkelde somatische problematiek) en het verschil in besturingsmodel tussen PAAZ en ggz. En met het argument dat dergelijke fusies van PAAZ'en met een RGC onder ggz-signatuur zeer nadelige gevolgen zouden hebben voor de kwantitatieve en kwalitatieve beschikbaarheid van de ziekenhuispsychiatrie.

Het mocht allemaal niet baten. Binnen een half uur stonden we met de staart tussen de benen buiten. Als laatste wanhopige poging had ik nog ingebracht dat, als deze omwenteling dan zo nodig moest, we ook zouden moeten onderzoeken wat deze zou opleveren voor de patiënt. Dat was helemaal onzin, aldus een hoge ambtenaar van het ministerie. Leentjens e.a. beschreven in 2009 in dit tijdschrift de resultaten van dit beleid: 'Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998-2006'.

Medisch specialisten Dit incident heeft mij al vroeg in mijn carrière doordrongen van het feit dat wij als beroepsgroep ons duidelijker moeten profileren als medisch specialist. Dat is mij als opleider ook bijgebleven en het heeft mij daarbij gevormd. We moeten psychiaters opleiden als medisch specialisten. Maar hoe doe je dat? Wat is de kern van het opleiden van artsen in opleiding tot psychiater als medisch specialist?

De RGC's zijn inmiddels verlaten. Sterker nog: het belangrijkste uitgangspunt van de huidige beleidsmakers is dat de geestelijke gezondheidszorg voor een groot deel behoort tot de algemene curatieve gezondheidszorg. En dat dit bevorderd kan worden door de

financiering en organisatie van de ggz te laten aansluiten bij die van de curatieve zorg. Een voorbeeld hiervan is de overheveling van de curatieve ggz van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar het tweede compartiment, verzekerde zorg. De overheid gaat niet langer uit van haar sturende rol en laat de verantwoordelijkheid voor goede zorg op maat over aan aanbieders en verzekeraars in de eigen regio.

Nieuw conceptrapport CVZ Toch worden we als medisch specialisten nog steeds niet serieus genomen. Onlangs verscheen het conceptrapport ‘Geneeskundige ggz, deel 2’, van het College voor zorgverzekeringen (CVZ 2013). Een concept zonder wetenschappelijke onderbouwing en zonder logica. In het kort staat er in dit conceptrapport onder andere:

- CVZ bepaalt wat een klacht en wat een stoornis is binnen de psychiatrie.
- CVZ bepaalt wat somatisch en wat psychisch is.
- CVZ bepaalt waar behandeling stopt en geïndiceerde preventie begint of wanneer een patiënt stabiel of instabiel is.
- De psychoanalyse behoort niet, maar de langdurige psychoanalytische psychotherapie behoort wel tot een te verzekeren prestatie.
- Behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen zijn uitdrukkelijk geen onderdeel van de geneeskundige ggz.

Parallel met somatische zorg Daarmee zijn we weer terug bij af. De dichotomie tussen somatisch en psychisch is weer terug. De ggz wordt weer als een apart specialisme behandeld met een onderscheid tussen klachten en stoornissen, tussen verzekerde en onverzekerde zorg.

Denkt u dat dit in de somatische geneeskunde kan gebeuren? Kijk naar het eerdere voorstel van CVZ om dure geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en van Fabry niet langer te vergoeden. Grote onrust brak uit en de maatregel verdween. Dit weekend las ik een artikel waarin een correlatie werd aangetoond tussen een moeilijke jeugd en latere cardiale problemen bij vooral vrouwen. Denkt u dat een programma ter preventie van hartproblemen bij vrouwen als gevolg van vroegkinderlijke verwaarlozing een kans maakt in de toekomst? Ik denk het wel. Is een eigen bijdrage voor alleen cardiologische hulp denkbaar? Ik denk het niet.

Diagnostiek Waarom haal ik dit voorbeeld van het CVZ-rapport aan? Omdat dit rapport niet alleen een bewijs is dat het nog niet snor zit met onze identiteit als medisch specialist, maar ook omdat het rapport een onderscheid wil maken tussen wel en niet

LITERATUUR

College voor zorgverzekeringen (CVZ). Geneeskundige GGZ, deel 2. Dienen: CVZ; 2013. <http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/rubriek+het+cvz/concept-rapport-ggz-2.pdf> (p. 54 e.v.)

Leentjens AFG, Sonderen I, Buis WMNJ. Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998-2006. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 395-9.

AUTEUR

WALTER VAN DEN BROEK, psychiater en opleider, afd. Psychiatrie, Erasmus MC Rotterdam.
Correspondentieadres: dr. Walter van den Broek, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.
E-mail: w.w.vandenbroek@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH The heart of the psychiatric residency training

psychiatrische diagnoses. De ambtenaren van CVZ begeven zich zonder wetenschappelijke evidentie op ons terrein.

Dit laat weer zien dat het van belang is dat in de opleiding tot psychiater de identiteit als medisch specialist een belangrijk uitgangspunt is. Een belangrijk onderdeel van ons medisch specialisme is wat mij betreft de diagnostiek. Diagnostiek is de reden van ons bestaan, de core van onze business, de unieke vaardigheid die we als medisch specialist moeten verwerven en waarop binnen de opleiding tot psychiater voor mij het zwaartepunt ligt in het algemene gedeelte van de opleiding.

In de opleiding leert de aios psychiatrie, net als alle andere specialismen, reanimeren en de eerste opvang van acute patiënten hanteren. De aios psychiatrie leert coassistenten te begeleiden met een teach-de-teacher cursus. Dat is ook waarom de aios leert over de financiering van ziekenhuiszorg, net zoals andere specialismen.

Consequenties Dit zou ook consequenties moeten hebben voor de studie geneeskunde. Studenten geneeskunde zouden in het curriculum vooral de diagnostiek, het psychiatrisch onderzoek, moeten leren. De psychiatrie levert net zoals andere specialismen haar bijdrage aan de bachelor- en masteropleiding van medisch studenten, en ook daar zou de diagnostiek de rode draad door het curriculum moeten zijn voor de psychiatrie. Het psychiatrisch onderzoek moeten basisartsen vlekkeloos beheersen, net zoals het neurologisch en internistisch onderzoek. Het psychiatrisch onderzoek is een andere vaardigheid dan de laatstgenoemde. Het is van belang dat basisartsen een psychose, delier en stemmingsstoornis kunnen diagnosticeren, dat is de kern van de opleiding geneeskunde.

Een gedegen opleiding in diagnostiek is de kern van ons beroep, datgene wat ons onderscheidt van de andere disciplines binnen de ggz en ons verbindt met de andere medisch specialisten; dat is wat in het algemene gedeelte van de opleiding van belang is. Deze kern kan ons helpen om ons te profileren als medisch specialist en om ons te behoeden voor verdere intrusies door maatschappelijke trends en politieke spelletjes.