

Psychiater: een veelzijdig beroep of een tussenstop naar subspecialisatie?

R.J.A. TEN DOESSCHATE

SAMENVATTING In de discussie over subspecialisatie worden het beroep psychiater en de verschillende functies waarin de psychiater werkzaam kan zijn dikwijls verward. Een logische indeling van subspecialisatie in de psychiatrie is niet eenvoudig. De consequenties van subspecialisatie voor de psychiatrie, de psychiater, de patiënt en de (geestelijke) gezondheidszorg zijn niet op voorhand positief. Een brede basisopleiding met daarna functiegerichte opleidingen heeft de voorkeur boven subspecialisatie. Door permanente bij- en nascholing kan de bevoegdheid en bekwaamheid voor zowel het specialisme in de breedte als voor de specifieke functies op peil gehouden en verhoogd worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 3, 193-198]

TREFWOORDEN opleiding psychiatrie, subspecialisatie

In april 2000 bepleitte Van Tilburg (Van Tilburg 2000) in dit Tijdschrift de ontwikkeling van subspecialisaties in de psychiatrie. Deze ideeën weer spiegelen de druk in de geneeskunde om te komen tot kortere specialistische basisopleidingen, met een superspecialistisch vervolg. Ook Blijham & Bleker (2001) staan een kortdurende generalistische opleiding voor ten behoeve van de hoofdzaken van een geneeskundig specialisme, waarna een subspecialistische opleiding volgt. In de Commissie Psychiatrie van de *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) wordt eveneens gesproken over het al dan niet instellen van subspecialisaties.

In dit artikel wordt betoogd dat subspecialisatie voor de psychiatrie belangrijke nadelen heeft. De huidige situatie, waarin de psychiater zich bij- en naschoolt (functietraining) voor de specifieke functie waarin hij werkzaam is, is mijns inziens verkieslijk.

BEGRIPPENKADER

Onder specialisatie wordt het uiteenvallen van het beroep in meerdere nieuwe specialismen verstaan. Op dit moment is op Europees niveau alleen de kinder- en jeugdpsychiatrie een zelfstandig specialisme. De begrippen subspecialisatie, deelspecialisatie, differentiatie, aantekening, en *field of interest* zijn niet nauwkeurig onderscheiden gedefinieerd en kunnen worden samengevat met de term subspecialisatie. Al deze termen gaan uit van een basisopleiding (*common trunk*), met een specialistische vervolgopleiding.

Er moet onderscheid worden gemaakt tussen het beroep (volgens de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)) waar iemand voor opgeleid is, en de functie die hij vervult in een organisatorisch verband (Koopman 1999). Na de registratie in het kader van de Wet BIG zijn de psychiaters werkzaam in een grote variëteit aan functies. Voor elk van deze specifieke functies is permanente training en ervaring

noodzakelijk. Dit is de huidige praktijk. Bij verandering van functie behoort uiteraard een aangepaste functieopleiding. Dit laat onverlet dat elke psychiater bijscholing volgt om zijn bevoegdheid en bekwaamheid voor het specialisme in de breedte op peil te houden. Het clusteren en formaliseren van deze verschillende functieopleidingen tot subspecialisaties zal de flexibiliteit van de beroepsuitoefenaars niet bevorderen.

De Wet BIG kent op dit moment geen subspecialisaties. In maart 2000 adviseerde het Coördinerend orgaan nascholing en opleiding in de ggz (CONO) de minister over de nieuwe beroepstructuur in de ggz (zie figuur 1). Er wordt uitgegaan van de basisberoepen (artikel 3 Wet BIG) en van de specialistische beroepen (artikel

14 Wet BIG) en daarnaast van functiescholing voorzover noodzakelijk voor de verschillende functies (functiedifferentiatie). Subspeciallysaties worden niet genoemd. In juli 2001 heeft de minister conform dit advies besloten.

CRITERIA TER BEPALING VAN SUBSPECIALISATIES

Uit de kennelijk bestaande behoefte aan specialisatie zou men kunnen opmaken dat voor een aantal functies binnen de psychiatrie aanzienlijk meer kennis en vaardigheid nodig is dan de 'standaardopgeleide' psychiater bezit. Als deze kennis en vaardigheid voor een specifieke functie binnen afzienbare tijd verkregen kunnen worden, lijkt subspecialisatie echter niet noodzake-

FIGUUR 1 Beroepstructuur in de geestelijke gezondheidszorg (Coördinerend orgaan nascholing en opleiding in de ggz (CONO 2000))¹

ggz-specialist	ggz-verpleegkundig specialist	psychiater art. 14	toekomstig klinisch psycholoog	
ggz-functie-differentiatie	ggz-verpleegkundige, zoals spv	ggz-arts, zoals sociaal geriater, verslavingszorgarts	ggz-psycholoog, zoals gedragstherapeut	
basis beroeps-beoefenaar	verpleegkundige art. 3	algemeen arts art. 3	gz-psycholoog art. 3	psychotherapeut art. 3
	verpleegkundige beroepen	medische beroepen	psychologische beroepen	psychotherapeutische beroepen

1. In het oorspronkelijke schema zijn ook de ggz-agogen en de ggz-vaktherapeuten opgenomen. Zij zijn hier weggelaten.

ggz = geestelijke gezondheidszorg

spv = sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

gz = gezondheidszorg

De kolommen geven clusters van beroepen weer. De grijsgecodeerde beroepen zijn op dit moment geregeld krachtens de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg. De rijen geven het niveau van de beroepsuitoefening aan, waarbij rijen met doorgetrokken lijnen betrekking hebben op beroepsspecifieke kwalificaties en rijen met stippellijnen op differentiaties in ggz-functies.

lijk. Mocht tot het instellen van subspecialisaties worden besloten, dan zijn hiervoor heldere kwantitatieve en kwalitatieve criteria nodig.

De grootte van de doelgroep moet zodanig zijn dat dit subspecialisatie rechtvaardigt, bijvoorbeeld 3 tot 5% van het totale aantal ggz-consumenten. Een dergelijke groepsgrootte is uiteraard arbitrair. Ook moet het aantal psychiaters voornamelijk werkzaam binnen dit veld een minimale omvang hebben, bijvoorbeeld 3 tot 5% van de totale beroepsgroep (eveneens arbitrair), dus in Nederland minstens 60 à 100 personen.

Een meer kwalitatief bepaald criterium betreft het kennisdomein, dat in de basisopleiding niet of slechts voor een klein deel aan de orde komt. Bij 'kennisdomein' kan men denken aan internationale leerboeken, belangrijke internationale tijdschriften, leerstoelen aan meerdere faculteiten, nationale en internationale beroepsverenigingen, specifieke behandelmethoden en onderzoekslijnen. Deze domeinen moeten elkaar niet voor een groot deel overlappen.

POTENTIËLE SUBSPECIALISATIES

De indelingsgronden voor subspecialisaties zoals die in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten gebruikt worden, zijn verre van eenduidig (Van Tilburg 2000). Ook de onderverdeling van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in secties mist eenduidigheid. De volgende maatstaven worden gehanteerd: levensfase, geslacht/gender, intelligentie, setting, methodiek, en doelgroep/diagnosecategorie. Deze criteria hebben ieder consequenties of beperkingen, welke hieronder kort toegelicht worden.

Levensfase Indeling op grond van leeftijd leidt tot de doelgroepen jeugd, volwassenen en ouderen. De afgrenzing tussen deze groepen is minder helder dan het op het eerste gezicht lijkt. Volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft iemand ouder dan 12 jaar een partiële autonomie, daar waar het gaat over het aangaan van een medische behandeling.

Het kind is in die zin een jongvolwassene. Of zou de afgrenzing bij 18, 21, 23 of 25 jaar moeten liggen? Begint het senium bij 55, 60, 65 of 75 jaar? Bestaat er nog een aparte subgroep van 'zeer ouderen' en begint deze bij 75, 80 of 85 jaar?

Geslacht/gender Wat doelgroepen betreft, kan er een onderscheid worden gemaakt in mannen, vrouwen, homo- en heteroseksuelen; deze zijn alle van voldoende omvang. Weinig psychiaters hebben echter een werkkring die uitsluitend gericht is op een van deze doelgroepen. Daarnaast is het nog maar de vraag of bijvoorbeeld vrouwenhulpverlening een specifieke psychiatrische methodiek is.

Intelligentie Het gaat hier vooral om mensen met een verstandelijke handicap. De afgrenzing is niet duidelijk en moeilijk objectiveerbaar. Ligt de grens bij een intelligentiequotiënt van 50, 70 of 80? Het aantal psychiaters dat specifiek werkzaam is voor deze doelgroepen, is in ieder geval in Nederland zeer beperkt, en het is de vraag of er sprake is van een aanzienlijk kennisdomein.

Setting Het primaire onderscheid ligt hier van oudsher bij klinisch versus ambulant; RIAGG (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) versus apz (algemeen psychiatrisch ziekenhuis). De demarcatie hiervan wordt echter steeds vager met opnamevervangende deeltijdbehandeling, psychiatrische intensieve thuiszorg, bedden op recept en andere vormen van transmurale zorg. Ook zijn de begrippen klinisch en ambulant veel te algemeen. Binnen het begrip klinisch valt onder meer het werken op een gesloten opnameafdeling, een gesloten 'asielafdeling' van een apz, een extra beveiligde forensische afdeling en een afdeling klinische psychotherapie. Ook over het begrip ambulant bestaat geen eenduidigheid: men kan zijn werk verrichten vanuit de RIAGG-sprekkamer of ambulant met de auto of op de fiets ten behoeve van zorgwekkende zorgmijders. Het verschil in setting zegt dus weinig over de

diagnostische categorieën en de daarbij noodzakelijke kennis en vaardigheid voor de behandeling. Een splitsing tussen ambulante (sociale) en klinische psychiatrie ligt dus niet voor de hand. Overigens is het aantal patiënten binnen deze categorieën van voldoende omvang, evenals het aantal daarbinnen werkzame psychiaters. Het kennisdomein met betrekking tot deze categorieën is door de grote variatie minder circumscrip-

Methodiek Hierbij gaat het om het onderscheid tussen psychotherapie, biologische psychiatrie en sociale psychiatrie. Bij de specialisatie is het de bedoeling dat de aanstaande psychiater in ruime mate kennis en vaardigheden verwerft met betrekking tot al deze methodieken. Ervan uitgaande dat de psychiater bij de behandeling van patiënten altijd gebruikmaakt van deze 3 methodieken, al is het in een verhouding van 90:5:5, lijkt afscheiding van de doelgroepen niet eenvoudig. De omvangrijke kennisdomeinen van elk van deze methodieken komen in de basisopleiding nadrukkelijk aan de orde.

Doelgroep/diagnosecategorie Op vele plaatsen zijn op dit moment zorgprogramma's in ontwikkeling. Er wordt nogal eens aangesloten bij de diagnosecategorieën als psychosen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook de richtlijnen van de Vereniging voor Psychiatrie volgen deze systematiek. Deze doelgroepen zijn groot genoeg, en ook het aantal beroepsbeoefenaren dat werkzaam is voor deze doelgroepen, is aanzienlijk. Er is evenwel sprake van een grote comorbiditeit tussen deze verschillende categorieën, en diagnoses kunnen wijzigen in de loop van de tijd. De kennisdomeinen met betrekking tot deze doelgroepen zijn uiteraard zeer omvangrijk.

Een indeling conform bovengenoemde criteria is moeilijk logisch te verdedigen. In het Verenigd Koninkrijk heeft men gekozen voor de volgende subspecialisaties: *general psychiatry, old age psychi-*

atry, psychotherapy, child and adolescent psychiatry, forensic psychiatry en psychiatry of learning disability (Royal College of Psychiatrists 1998). Een dergelijke matrix waarin meerdere criteria een plaats krijgen, leidt gemakkelijk tot een onoverzichtelijke versnippering. Daarnaast moet men bij invoering van subspecialisatie rekening houden met andere consequenties.

CONSEQUENTIES VAN SUBSPECIALISATIES

Subspecialisaties zullen op allerlei manieren doorwerken in de dagelijkse gang van zaken binnen de psychiatrie. Een aantal facetten komt hier aan de orde. Ik beperk mij tot het benadrukken van de nadelen van subspecialisatie, de voordelen zijn door anderen (Van Tilburg 2000) reeds aan de orde gesteld.

Bevoegdheid en bekwaamheid Dit zijn de primaire normen die het tuchtrecht hanteert om het medisch handelen te beoordelen. Is een subspecialist nog bevoegd de psychiatrie in haar volle breedte uit te oefenen, dat wil zeggen: kan hij 7 x 24 uur ingezet worden in het algemeen psychiatrisch bedrijf en hoe kan hij aantonen nog steeds bekwaam te zijn? Verplichte nascholing zal dan in ieder geval voor een belangrijk deel gericht moeten zijn op de algemene psychiatrie.

Patiënten Een verstandige patiënt die op het internet het subspecialistenregister bekijkt, zal zijn depressie niet door de algemene psychiater laten behandelen, maar zal zich direct laten verwijzen naar de subspecialist. Als de depressie later als angststoornis gediagnosticeerd wordt, moet een andere subspecialist geconsulteerd worden. Het staat dus niet bij voorbaat vast dat subspecialisatie in het belang van de patiënt is.

Financiering Van Tilburg (2000) geeft in zijn artikel het risico aan van hoger betaalde subspecialisten en lager betaalde generalisten. Het is

verre van denkbeeldig dat bepaalde methodieken, bijvoorbeeld psychotherapie, alleen vergoed worden bij behandeling door een subspecialist. Zeker in tijden van schaarste zijn dit soort volumemaatregelen een gewild instrument om de kosten te beheersen.

Differentiatie Als men kiest voor een basisopleiding en subspecialistische opleidingen, zal dit leiden tot mogelijk ongewenste differentiatie binnen opleidingsinstituten. Een deel van de subspecialisaties zal plaatsvinden in de bestaande opleidingsinstituten en elke subspecialistische opleiding zal eisen stellen aan het eigen domein.

Subspecialisatie zal waarschijnlijk ook leiden tot differentiatie tussen opleidingsinstituten. Wil men de subspecialisatie serieus nemen, dan zal dit ook een forse toename van het aantal leerstoelen tot gevolg kunnen hebben. Aangezien niet alle faculteiten hiertoe bereid zullen zijn – in ieder geval niet op korte termijn – zal dit kunnen leiden tot differentiatie tussen faculteiten en andere opleidingsinstituten.

Uitstraling naar andere beroepen en de organisatie van de ggz Als de psychiaters zich gaan subspecialiseren, zal dit naar mijn mening vroeger of later zeker consequenties hebben voor de andere beroepsgroepen in de ggz, waarbinnen ook differentiatie zal optreden in navolging van de psychiaters. Ik denk dan met name aan de psychologen en de verpleegkundigen. Dit zal aanzienlijke consequenties hebben voor de flexibiliteit en de bestuurbaarheid van de ggz.

Voordelen van subspecialisatie Uiteraard heeft subspecialisatie ook voordelen. Subspecialisatie zal de wetenschappelijke ontwikkeling van het vak bevorderen. Ook voor patiënten, bijvoorbeeld *non-responders*, kan subspecialisatie zeker voordelen hebben.

CONCLUSIE

In de discussie over subspecialisatie wordt dikwijls het onderscheid tussen het beroep (Wet BIG) en de functie die de beroepsbeoefenaar uitoefent, uit het oog verloren. Een logische indeling in subspecialisaties binnen de psychiatrie lijkt op zijn zachtst gezegd niet eenvoudig. Ik pleit voor handhaving van een brede basisopleiding, gevolgd door een specifieke training voor de talloze verschillende functies binnen het psychiatrische werkveld. Bij- en nascholing hebben als doel de bevoegdheid en bekwaamheid zowel voor het specialisme in de breedte als voor de specifieke functies op peil te houden en te verhogen. Veel consequenties van subspecialisatie voor het beroep, de beroepsbeoefenaar, de patiënten en de (geestelijke) gezondheidszorg zijn zeker niet op voorhand positief.



Met dank aan dr. A. van Baar, dr. L. Timmerman en dr. M.J.P.M. Verbraak, allen werkzaam bij de Stichting Adhesie, voor hun commentaar op een eerdere versie van dit manuscript.

LITERATUUR

- Blijham, G.H., & Bleker, O.P. (2001). Van Roeping naar Beroep. *Medisch Contact*, 56, 15-18.
- Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de ggz (CONO). (2000, 28 maart). Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Koopman, P.J.M. (1999). Beroepen of functies, het werkgeversperspectief. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 11-14.
- Royal College of Psychiatrists. (1998). *Higher Specialist Training Handbook*. Londen: Royal College of Psychiatrists.
- Tilburg, W. van. (2000). Generalisatie versus specialisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 225-228.

AUTEUR

R.J.A. TEN DOESSCHATE is psychiater en directeur van Adhesie, GGZ Midden-Overijssel.

Correspondentieadres: R.J.A. ten Doesschate, Postbus 5003, 7400 GC Deventer.

Telefoon: (0570) 639601, fax: (0570) 639707.

E-mail: r.tendoesschate@adhesie.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-10-2001.

SUMMARY

Psychiatrist: a multi-faceted profession or an intermediary stop on the way to a sub-specialization? – R.J.A. ten Doesschate –

In the discussion on subspecialization a distinction should be made between profession and function. A logical categorization of sub-specializations in psychiatry is no simple matter. The consequences of subspecialization for psychiatry, the psychiatrist, the patient and (mental) health care are not beforehand positive. Following a broad, professional education a psychiatrist can be employed in a number of different functions. This is preferable to subspecialization. For each of those functions permanent training and experience are necessary to bring up and retain the required standard of qualification and competence.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 3, 193-198]

KEYWORDS general psychiatry, subspecialization, training