

Wat wordt de plaats van de opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie in de opleiding psychiatrie?

F. VERHEIJ

SAMENVATTING Het blijft de vraag of de Nederlandse psychiatrie in verenigingsverband de realiteit gaat onderschrijven dat een groot deel van de psychiaters niet langer als generalist werkt en of ze deze realiteit durft om te zetten in een dynamisch profiel, in variabele eindtermen en in een evenwicht tussen generalisatie en specialisatie. Voor de positionering van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de kinder- en jeugdpsychiater hangt veel van de beantwoording van deze vraag af, mede gezien de Europese werkelijkheid. Mogelijke scripts worden in deze bijdrage langsgelopen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 9, 621-625]

TREFWOORDEN kinder- en jeugdpsychiatrie, opleiding psychiatrie

NAAR EEN KORTERE OPLEIDINGSDUUR EN EEN KNIP IN DE SPECIALISATIE

Het valt nu reeds te voorspellen dat de opleidingen tot arts en tot medisch specialist in het eerste decennium van de eenentwintigste eeuw meer zullen veranderen dan in welk van de naoorlogse decennia van de vorige eeuw dan ook. Het zijn niet zozeer vakinhoudelijke veranderingen die evolutie misschien door revolutie gaan vervangen, maar bovenal een dwingende werkelijkheid vanuit voortschrijdende Europese wetgeving en een toenemende politieke sturing in Nederland om artsen en artsenhulp goedkoper te doen worden. Korter opleiden, overheveling van taken naar paraprofessionals, streven om het artsentekort om te doen slaan in een overschot en om op meer plaatsen op te leiden, zijn elementen van eenzelfde sturing.

In de kamermotie Melkert, in ministeriële notities, in discussies en in *invitationale conferences* binnen de Koninklijke Nederlandse Maatschap-

pij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Orde van Medisch Specialisten en de specialistenverenigingen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), tekent zich de richting af waarin de komende jaren gelopen gaat worden: verkorting van, en een knip in de specialisaties.

Waarschijnlijk wordt de realiteit in Europese-Unie-verband geaccepteerd dat de artsenopleiding niet korter dan zes jaar mag zijn. Inventief wordt ernaar gestreefd het zesde jaar van de opleiding een schakeljaar te laten zijn, oftewel een jaar dat ingezet kan worden, gericht op de toekomstige specialisatie, waardoor er binnen deze specialisatie minder tijd nodig is.

In haar beleidsvoornemens gaf de voormalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan dat zij voor elke specialisatie opteert voor het Europese minimum. In duur per specialisme verschillend, maar eigenlijk nooit meer dan drie jaar durend, vindt een basisspecialisatie plaats die voor de meeste aldus opgeleide specia-

listen leidt tot een herkenbare positie op de arbeidsmarkt. Een klein deel van de verkort opgeleide specialisten mag zich nog verder specialiseren gedurende één of twee jaar, terwijl – gericht op academische functies – enkelen zich vervolgens nog één jaar verder specialiseren.

Voor de psychiatrie houdt dit in dat de algemeen psychiater na twee of drie jaar specialisatie zijn plaats als specialist in het werkveld inneemt. Misschien twintig à dertig procent, maar zeker minder dan de helft van deze in twee of drie jaar opgeleide algemeen psychiaters mag zich op een deelterrein verder specialiseren, wat tot een aanvullende registratie leidt. Bij een driejarige basisspecialisatie zal de overheid opteren voor één jaar verder specialiseren, bij een tweejarige basisspecialisatie ligt een tweejarige termijn meer voor de hand. Voor misschien op jaarbasis vijf à tien mensen zal zo'n termijn met nog eens één jaar verlengd kunnen worden, gericht op academische carrières.

Als deze ontwikkeling doorzet (en er is weinig dat daar niet op wijst), betekent dit revolutie. Stel dat de twee of drie jaar opgeleide psychiater ggz-specialist (geestelijke gezondheidszorg) genoemd gaat worden, dat de titel 'psychiater', met de toevoeging van een aandachtsgebied, weggelegd is voor de vier of vijf jaar opgeleide specialist (dus bijvoorbeeld forensisch psychiater, ouderenpsychiater) en dat de vijf of zes jaar – gericht op een academische carrière – opgeleide specialist 'academisch specialist' zou gaan heten, dan voelt dit toch anders dan dat psychiaters allen zijn ingeschreven in hetzelfde register en lid zijn van dezelfde vereniging.

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE ANTICIPEERT

Op 19 oktober 2001 hield de NVvP in Utrecht haar *invitation conference* over de opleiding van overmorgen. Uitgenodigd was het bij de opleiding betrokken kader. Opvallend was dat de reeks van – overigens zeer waardevolle en informatieve – bijdragen dusdanig gepland was, dat

(behoudens een enkele tussentijdse vraag) er slechts in de wandelgangen en gedurende drie kwartier aan het eind ruimte voor discussie was.

De *leading men* binnen de NVvP (geen enkele vrouw verzorgde een inleiding) leken allen vanuit eenzelfde perceptie van de toekomstige werkelijkheid te redeneren. Van Berkesteijn (2002) concludeert dan ook dat de consensus over hoe die opleiding eruit zal gaan zien groot is. Psychiatrie als medisch specialisme zal, zo werd gerefereerd, in de toekomst een drie- of misschien wel vierjarige basisspecialisatie omvatten en aansluitend, voor een deel van de specialisten, een verdere specialisatie van één of twee jaar. Opvallend was dat op deze dag geen enkele inleider de te maken keuzen nader uitwerkte bij de inrichting van de opleiding van de specialist van overmorgen.

In de afgelopen maanden hebben Bestuur en Consilium Psychiatricum van de NVvP een commissie ingesteld die het profiel van de psychiater zal actualiseren en vertalen in eindtermen. Het Consilium Psychiatricum zal de eindtermen daarna om moeten zetten in opleidingseisen. Hoewel de ledenvergadering in het kader van besluitvorming een aantal malen geraadpleegd gaat worden, ziet het er niet naar uit dat er verenigingsbreed een open debat komt over deze thematiek.

Tot zover de algemene kaders. Wat betekent het zojuist besprokene nu voor de kinder- en jeugdpsychiatrie?

STERK BEPERKTE OPLEIDINGS-MOGELIJKHEDEN KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

In de afgelopen veertig jaar leken psychiaters voor volwassenen, en psychiaters voor kinderen en jeugdigen het (op een enkeling na en op een enkel moment na) redelijk eens te zijn over het wederzijdse voordeel van één grote vereniging voor psychiatrie. Een klein kinder- en jeugdpsychiatrisch specialisme zet onvoldoende zoden aan de dijk, terwijl de psychiatrie als één

na grootste specialistenvereniging voordeel heeft van de macht van het getal.

De prijs die de kinder- en jeugdpsychiatrische opleiding hiervoor betaalt, is groot. Terwijl de Europese norm, verleden jaar opnieuw uitgewerkt in het trainingslogboek van de UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) (Rothen-berger 2001), een vijfjarige opleiding voorstaat met vier jaar kinder- en jeugdpsychiatrie en één jaar volwassenenpsychiatrie, moet de kinder- en jeugdpsychiater in opleiding in Nederland drieënehalf jaar volwassenenpsychiatrie doen waarbinnen slechts veertig uur kinder- en jeugdpsychiatrie, met daarna een tweejarige opleiding waarvan het laatste jaar een specialisatie is in eigen tijd.

In de nieuwe opleidingseisen, die al goedgekeurd hadden moeten zijn, maar mogelijk nooit goedgekeurd worden, heeft de NVVP niet de durf getoond om in de vier jaar volwassenenpsychiatrie een half jaar kinder- en jeugdpsychiatrie voor eenieder verplicht te stellen. Ook is in het traject naar deze nieuwe opleidingseisen toe de (voor Nederland) gedurfde gedachte aan een driejarige basisopleiding plus een tweejarige specialisatie (zodat twee jaar kinder- en jeugdpsychiatrie binnen de reguliere opleiding zou vallen) gesneuveld.

In Europees perspectief staat de Nederlandse opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater door de sterke afwijking van de norm, ook als de nieuwe opleidingseisen nog aanvaard zullen worden, naast de hoofdstroom (Verheij 2000).

VIA EEN OPEN DEBAT NAAR EEN KADER VOOR GENERALISATIE EN SPECIALISATIE

In een open debat over generalisatie versus specialisatie (dat ik niet echt meer verwacht) zou de vraag beantwoord kunnen worden welke algemene kennis, attitude en vaardigheden – onafhankelijk van de leeftijd van de patiënt – noodzakelijk zijn voor alle psychiaters.

Vervolgens zou gekozen kunnen worden of

alle psychiaters over het gehele nul- tot honderd-jarentraject blijven werken, of dat – en dit lijkt de eerste reële differentiatie – een deel van de psychiaters zich vooral met kinderen, jeugdigen en hun gezinnen bezighoudt, een deel vooral met volwassenen tot aan de echte ouderdom en een deel met de echte ouderdom. Voor andere, algemene, specialisaties is het in de eerstkomende tien jaar nog te vroeg.

Als de discussie open gevoerd wordt en de zojuist opgeworpen vraag (niet gehinderd door strategische overwegingen) beantwoord wordt, zou het wel eens zo kunnen zijn dat de meeste psychiaters voor volwassenenpsychiaters, ouderenpsychiaters, en kinder- en jeugdpsychiaters kiezen in een verhouding tussen algemeen en specifiek van vijftig/vijftig of veertig/zestig. Ook de Engelse en Amerikaanse opleidingscurricula tonen overeenkomstige verhoudingen.

De logische conclusie van een open debat zal zijn dat de psychiatrie als basisspecialisme naast algemene, ook leeftijdsspecifieke kennis, attitude en vaardigheden vereist. Dit vraagt om een evenwichtig verdeelde opleiding of een zekere differentiatie in de basisopleiding. Maar het is voornog niet zo waarschijnlijk dat deze conclusie ook het uitgangspunt zal worden voor de gedachtevorming over de opleidingseisen van overmorgen. Het herinrichten van de opleiding beoogt verandering, maar maakt behoudsprincipes los. De kans is eerder dat er ingezet gaat worden op drie, hooguit vier jaar algemene psychiatrie die grotendeels ingevuld blijft (gaat) worden met kennis, attitude en vaardigheden betreffende volwassenen. Aandachtsgebieden, zoals kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderenpsychiatrie, worden dan gepositioneerd in de verdere specialisatie, wat op papier misschien niet eens zo onaardig is, maar door de beperkte instroom die de verdere specialisatie zal hebben, leidt tot een reductie van het aantal beoefenaars.

NAAR EEN OPLEIDINGSPARAGRAAF IN EEN BELEIDSPLAN

Uit het voorafgaande is waarschijnlijk al duidelijk geworden welke keuze ik als Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie zou maken voor in een nieuw beleidsplan. Mijns inziens zijn kinder- en jeugdpsychiaters geen algemeen psychiaters met een leeftijdshobby, maar andere psychiaters, leeftijdsspecifiek gespecialiseerd, meer werkend met ontwikkelings- en afhankelijkheidskaders. In de opleiding zou de tijd eerlijk moeten worden verdeeld over de moeder (de algemene psychiatrie) en de dochter (de kinder- en jeugdpsychiatrie), maar beter is waarschijnlijk meer ruimte voor de dochter. Tegen de achtergrond van de drie-knip-twee-knip-één-gedachte is zo iets zeer moeilijk als de basisspecialisatie dominant op volwassenen gericht blijft.

Als ervan uitgegaan wordt dat de basisspecialist psychiatrie in drie jaar opgeleid wordt en dat vervolgens slechts twintig à dertig procent van de basispsychiaters doorgaat voor een verdere specialisatie, dan zou een positionering van de kinder- en jeugdpsychiatrie als vervolgspecialisme betekenen dat de kinder- en jeugdpsychiatrie een krimpend subspecialisme wordt dat op termijn teruggaat naar zestig à tachtig beroepsbeoefenaars, uitgaande van het huidige aantal medisch specialisten. Misschien kan deze optie toch als wenselijk beschouwd worden, als gelijktijdig gekozen wordt voor een driejarige basisopleiding over het gehele leeftijdscohort. Als de basispsychiater zowel kinderen, jeugdigen, volwassenen als ouderen kan diagnosticeren en behandelen, zijn er immers minder verder gespecialiseerde leeftijdsspecifieke deskundigen nodig. Of dit een goede oplossing is, staat ter discussie en ligt besloten in het antwoord op de volgende vraag, namelijk of in ongeveer drie jaar artsen de gehele basispsychiatrie voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen kan worden geleerd zonder dat er gedifferentieerd wordt naar leeftijd. Een tussenvariant is om binnen het basisspecialisme al een zekere specialisatie naar leeftijdscategorie toe te staan.

PERSPECTIEF

Tot slot een advies dat ik de NVVP en de Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie wil geven met betrekking tot de opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie. De Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie moet ervoor kiezen (tot het moment dat het tegendeel blijkt) om de opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie te ontwikkelen binnen de moedervereniging. Eerder is beargumenteerd dat in de 'opleidingseisen van overmorgen' de opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie volwassen moet worden (Verheij 2000). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal daarvoor de realiteit dat een groot deel van de psychiaters niet langer als generalist werkt en dat dit voor kinder- en jeugdpsychiaters in het bijzonder geldt, onder ogen moeten zien. Vanuit deze onderkenning zou ervoor gekozen kunnen worden om de eisen voor de basisopleiding psychiatrie zodanig te formuleren (perspectief 1) dat het vak psychiatrie gedurende de drie jaar opleiding of overwegend in het werken met kinderen en jeugdigen, of overwegend in het werken met volwassenen en/of ouderen geleerd wordt. Dit zou een basisspecialisme met een zekere pluriformiteit creëren. Een oplossing die – vrees ik – vooralsnog een stap te ver is.

Een andere mogelijkheid (perspectief 2) is om, ervan uitgaande dat kinder- en jeugdpsychiatrie de meest uitgekristalliseerde differentiatie binnen de psychiatrie is, hiervoor expliciete ruimte te creëren onder de paraplu van het specialisme. Expliciete ruimte zou gecreëerd kunnen worden door, uitgaande van het 'drie jaar algemeen, twee jaar specialisatie'-model, een omschreven vervolgcapaciteit te oormerken voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Inkrimping van het aantal kinder- en jeugdpsychiaters in de drie-twee-variant hoeft dan niet gevreesd te worden. Wat blijft, ook in de Europese context, is dan de scheve verdeling tussen het basispsychiatrische deel (drie jaar) en het specialistische kinder- en jeugdpsychiatrische deel (twee jaar).

Dit zou ondervangen kunnen worden (per

spectief 3) door de basisopleiding tot twee jaar te beperken voor hen die doorgaan voor een verdere specialisatie, oftewel ook in de specialisatie een schakeljaar te creëren. Plots ontstaat dan de ideale opleidingssituatie, te weten twee jaar algemene psychiatrie en drie jaar kinder- en jeugdpsychiatrie.

Problemen van overmorgen laten oplossen door de mensen van vandaag is en blijft een gewaagd experiment. Het debat over vernieuwing van opleiding en onderwijs vraagt om voldoende cognitieve vrijheid, wil het resultaat daadwerkelijk vernieuwend zijn.

LITERATUUR

- Berkesteijn, H. van. (2002). Beraad over oplossing psychiaterstekort; Een onzekere toekomst voorkomen. *De Psychiater*, 9, 6-7.
- Rothenberger, A. (2001). The training logbook of UEMS section-

board on child and adolescent psychiatry (CAPP) progress concerning European harmonization. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 211-213.

- Verheij, F. (2000). Plaats van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 229-234.

AUTEUR

F. VERHEIJ is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en werkzaam bij de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Correspondentieadres: F. Verheij, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis, Wytemaweg 8, 3015 CN Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-6-2002.

SUMMARY

A place for child and adolescent psychiatric training within the future psychiatric residency training? – F. Verheij –

The question remains whether the members of the Dutch Association of Psychiatry are going to endorse the reality that a majority of the psychiatrists no longer works as generalists and whether they have the courage to convert this reality into a dynamic profile, with variable end terms and into balance between generalisation and specialisation. For the positioning of the child and adolescent psychiatry as well as the child and adolescent psychiatrist much depends on the answer to this question, also in view of the European reality. Possible scripts will be reviewed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 9, 621-625]

KEYWORDS child and adolescent psychiatry, psychiatric training