

De huidige en toekomstige opleiding tot psychiater

Enkele persoonlijke opmerkingen en gedachten

door Dr. D. Jacobs

I Inleiding

Het onderzoek naar en het denken over de opleiding tot psychiater is een machtig interessante en nuttige bezigheid. Het realiseren van deze denkbeelden is nog boeiender en meer vruchtbaar. We hebben er allen mee te maken. We moeten er dus allen over meedenken. Ik wil u graag stof daarvoor aanreiken. Ik doe dat *niet* in mijn kwaliteit van secretaris van het consilium psychiatricum. Ik geef mijn persoonlijke gedachten weer. Hier en daar gevoed vanuit het consilium. Maar geheel voor mijn eigen verantwoordelijkheid. Daarom laat ik mij wat meer gaan in een ideaaltypische richting.

Kernvraag voor het gehele opleidingsgebeuren is: Hoe wordt de psychiater het beste toegerust om de bevolking te dienen? Ik spreek van 'bevolking' omdat de psychiater méér doet dan alleen patiënten helpen. En van 'toerusten' omdat dit breder is dan opleiden. Bij 'toerusten' wordt het aspect van de persoonlijkheidsvorming van de psychiater zwaarder geaccentueerd.

Bij de opleiding tot psychiater vinden we een aantal algemene elementen voor een beroepsopleiding terug, onder meer: de opleidingsdoelen, de voor-opleiding, het opleidingsprogramma, toetsing en evaluatie van de bereikte resultaten en het beroepsbeeld. De specialisatie tot psychiater verschilt hierin niet van welke beroepsopleiding ook. Ik kom op enkele van deze elementen terug. Ik laat echter de wettelijke, juridische en formele aspecten liggen. Ik beperk mij tot min of meer gedetailleerde basisvoorwaarden.

Een hiervan is: geschiedt de opleiding onder verantwoordelijkheid van één opleider of aan een opleidingsinstituut, waar de verantwoordelijkheid gedeeld wordt. Tot nu toe is het eerste het geval. Het is mij niet bekend of er in Nederland een onderzoek is ingesteld naar de mogelijkheid van een of meer landelijke of regionale opleidingsinstituten voor psychiater. Het lijkt mij boeiend om

Schrijver is psychiater en als geneesheer-directeur verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis 'Zon en Schild' te Amersfoort. Dit artikel is als voordracht gebracht in de vergadering van de sectie Klinische Psychiatrie van de Ned. Ver. voor Psychiatrie op 5 nov. 1976.

te bestuderen of ook andere psychische gezondheidswerkers (bijvoorbeeld van het niveau van het hoger beroepsonderwijs) aan een dergelijk instituut kunnen worden opgeleid. De vraag of bijvoorbeeld psychologen, inrichtingswerkers en mogelijk psychiatrisch verpleegkundigen van zo een instelling kunnen profiteren lijkt hierbij relevant. De vraag doet zich ook voor of wij – psychiaters – het beste zijn toegerust om onze eigen opleiding vast te stellen. Ik meen van niet. Wij kunnen uitstekend grote delen van de inhoud bepalen. Maar vorm, 'leerroute', methoden, didactiek, moeten terzake deskundigen kritisch bekijken. Op zijn minst moeten andere disciplines op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg erover gehoord worden. Aan universitaire huisartsinstellingen zijn reeds opmerkingen gevraagd.

In de huidige situatie is de hoofdopleider verantwoordelijk. Hij kan echter onmogelijk alles zelf doen. Dat mogen wij zelfs niet meer van hem verlangen. De organisatie van de opleiding moet aan dit bezwaar tegemoetkomen.

Nog een opmerking over de duur van een opleiding. Deze wordt onder meer bepaald door: hoeveelheid leerstof en leerervaring, beschikbaar aantal docenten, en een aantal financiële en sociale aspecten. De psychiatrische opleiding duurt vier jaar. Dat is in E.E.G.-verband vastgesteld. Dit zal wel op ervaringsgegevens berusten. Er zijn echter enorme verschillen in opleiding. Daarom kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat de duur van vier jaar niet in alle opzichten wetenschappelijk of empirisch is onderbouwd.

Tenslotte voor alle duidelijkheid: De psychiater moet medicus blijven. Medicus speciaal op het gebied van gestoord, afwijkend gedrag in al zijn facetten. Medicus ook, in het grote, veelomvattende gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Medicus voor hulp in psychosociale nood.

II Uitgangspunten voor de psychiatrie

Van Praag – ik volg hem zeer gaarne – onderscheidt drie groepen psychiatrisch ziek-makende factoren:

- gestoorde intermenselijke relaties (psycho-dynamische factoren)
- stoornissen in de betrekkingen tussen mens en medemens en mens en maatschappij (sociale factoren)
- anatomische en fysio-chemische stoornissen in het functioneren van het substraat.

Deze drieledigheid (of moet ik beter zeggen: drie-eenheid) vindt zijn uitdrukking in diagnostiek, behandeling en wetenschapsbeoefening. Dit lijkt mij de basisfilosofie voor de gehele opleiding. De psychiater moet dan ook van alle drie op de hoogte zijn. Hij is vrijwel de enige psychische gezondheidswerker van wie dit verlangd wordt. De psychiater hanteert dus ook andere modellen dan het medische. Bovendien: het medisch model is niet identiek aan het somatisch model. Het medisch model is slechts instrument voor diagnostiek, therapie en wetenschapsbeoefening (Van Dijk).

De psychiater werkt op zeer verschillende terreinen: positieve, preventieve en curatieve. Hij is bezig met jeugdigen, volwassenen, bejaarden. Het is een illusie dat één deskundige dit gehele netwerk van activiteiten nog kan omvatten. De psychiatrie, en nog méér de geestelijke gezondheidszorg is zó gedifferentieerd als geen enkel ander medisch specialisme. Daarbij komt dat in de opleiding tot het artsexamen het deductief-diagnostisch denken de bovenaan voert. Van de psychiater wordt echter constructief-prospectief-therapeutisch denken verwacht. Ook dat vereist een omschakeling.

Mijn conclusie is: het is een vrijwel onmogelijke opgave om met deze gegevens tot één passende opleiding voor één universele psychiater te komen. Zeker in de naaste toekomst. Specialisatie en differentiatie zijn nodig. Maar . . . in welke fase van de opleiding? Psychiatrie – tenslotte – is niet waarde vrij. Moet dat ook niet zijn. Geestelijke gezondheidszorg gaat uit van een grote diversiteit aan mensbeelden, aan maatschappijbeelden. De psychiater houdt hiermee rekening. Of beter: hij beïnvloedt mens en maatschappij! Bij elk van de drie genoemde basisfilosofieën is de maatschappijstructuur en de maatschappijvisie van groot belang!

III Het beroepsbeeld van de psychiater

Het directoraat-generaal van de arbeidsvoorziening verstaat onder een 'beroepsbeeld': een samenvattende beschrijving van de werkzaamheden in een beroep. Deze beschrijving heeft ten doel een oriëntatie te geven over inhoud en werksfeer en over de psychische en fysieke eisen, te stellen aan de beroepsbeoefenaars. Een beroepsbeeld is nodig als doelstelling voor de opleiding.

Ondanks veel onduidelijkheden waag ik het een summier schets van een beroepsbeeld van 'de' psychiater – zo die al bestaat! – te geven: hij is medicus, hij diagnostiseert en behandelt psycho-sociale nood, geeft leiding aan groepen, geeft adviezen aan personen en instanties. Zijn denk- en werkmethoden zijn heterogeen. Ze omvatten onder meer filosofische, organisch-biologische, ziektekundige, agologische, psychologische, sociologische en economische elementen. Hij stoelt zijn denken en handelen op integratie van deze wetenschapsgebieden. Hij ordent deze volgens verschillende principes. Door wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkeling verandert zijn beroepsbeeld snel. Zijn 'education permanente' is daarom erg belangrijk. In het beroepsbeeld worden specialisaties onderscheiden (bijvoorbeeld kinder- of sociaal-psychiater).

Beroepseisen omvatten onder meer: planmatig, exact denken en werken, organisatorisch en in teamverband werken, verbale uitdrukkingsvaardigheid in woord en geschrift, non-verbale uitdrukkingsvaardigheid, zich instellen op de ander, hanteren van contact, kunnen luisteren, helpen ontwikkelen van onafhankelijkheid bij geholpenen, grote aandachtsconcentratie, coördinatievermogen, zelfreflectie, nauwgezetheid, zorgvuldigheid, zelfstan-

digheid, omschakelingsvermogen. Zijn belangrijkste instrument is zijn eigen evenwichtige, gerijpte geestelijke gezondheid. Hij relateert en evalueert zichzelf. Hij opereert vanuit en met een bepaald mensbeeld. Er is nog een aantal aspecten te noemen. Daarop ging ik elders uitvoeriger in. Het spreekt wel vanzelf dat niet elke psychiater aan alle voorwaarden kan voldoen. De waarderingsgraad volgens de beroepenclassificatie is heel hoog. De verantwoordelijkheid voor de opleiding is derhalve groot. Ik verwacht dat de maatschappij aan het beroep steeds hogere eisen stelt. Dus ook aan de opleiding.

De vraag naar het rendement van de opleiding is hier relevant: Hoeveel psychiaters zijn er in de naaste toekomst nodig? En dus: hoeveel opleidingsinstituten? Kunnen er meer werkzaamheden 'afgesplitst' worden, bijvoorbeeld aan H.B.O.-psychische gezondheidswerkers, aan psychologen, agogen en anderen?

Men kan mij tegenwerpen: Je schetst een ideaaltypisch beeld! Je redeneert utopistisch! Ik beweer: dat is niet het geval. De maatschappij heeft hooggekwalificeerde specialisten nodig. Ik besef echter dat een en ander niet terstond realiseerbaar is.

IV Informatie over de huidige opleiding tot psychiater

Als ik de verschillende opleidingsfilosofieën en programma's bekijk, zie ik een welhaast chaotische toestand. Er waren eind 1975 7 universitaire, 7 A-opleidingen, 21 B-opleidingen, 8 sociaal-psychiatrische en 2 kinderpsychiatrische opleidingen. Bovendien een aantal erkende stagemogelijkheden. Ik beperk mij tot de universitaire en A-opleidingen. In E.E.G.-verband gezien behoren de Nederlandse psychiaters overigens tot de best-opgeleiden. Het aantal 'bedden' in opleidingsinstituten is verschillend. Over het aantal direct en indirect bij de opleiding betrokken psychiaters-docenten is niet veel bekend. Het aantal uren per week aan theorie, cursus, training varieert zeer. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het lijkt alsof in sommige instellingen assistenten nauwelijks aan patiënten toekomen. De vraag naar normering van de verhouding theorie-praktijk is urgent!

In een aantal opleidingsinstituten functioneert een opleidingscommissie. Meestal zijn daarin assistenten vertegenwoordigd. Andere instellingen hebben niet zo een commissie. De basisfilosofie van de opleiding is gevarieerd. Soms is deze zeer de moeite waard. In andere opleidingsinrichtingen wordt die als vanzelfsprekend bekend verondersteld. Technische hulpmiddelen zijn niet in gelijke mate aanwezig. Evaluatie van opleidingsinstituut en van assistent-in-opleiding zijn niet steeds aanwezig. De afsluiting van de opleiding wordt nauwelijks afzonderlijk aangeduid. De duur van de stages op verschillende afdelingen toont een geïndividualiseerd beeld. De wetenschappelijke kant krijgt meer aandacht dan tijd.

Wat de inhoud van de opleiding betreft: in alle opleidingen komt de drievuldigheid van de psychiatrie aan de orde. De accenten liggen – al naar mogelijkheden en belangstellingsrichting van het

opleidingsinstituut – zeer wisselend. Ook de inbreng van anderen dan psychiaters in het programma wisselt sterk. Veelal wordt meer aandacht besteed aan diagnostisch, dan aan therapeutisch denken. Voor zover mij bekend is aan geen der opleidingsinstellingen een medewerker speciaal voor de didactiek verbonden. Ook toetsing – bijvoorbeeld aan de behoefte van huisartsen – vindt niet plaats. Ik ga niet op details in. Wellicht dat een en ander iemand anders aanleiding geeft tot een nadere analyse van deze gegevens.

V Gedachten over de toekomstige opleiding tot psychiater

Deze zijn ten dele gebaseerd op de voortreffelijke gedachten van Hustinx en anderen over de opleiding. Voor een belangrijk deel geven ze mijn persoonlijke visie weer.

(a) *Algemeen* – Een psychiatrische specialistische opleiding moet onder meer voldoen aan de volgende eisen:

- de benodigde persoonlijkheidsstructuur bevorderen;
- opleiden tot teamwerk;
- een duidelijke basisfilosofie hebben;
- een opleidingsdoel hebben dat bekend is;
- voldoen aan de behoeften van het veld;
- gebaseerd zijn op een goede selectieprocedure;
- stoelen op een gedegen vóór-opleiding;
- voldoen aan hoge didactische eisen;
- een specifieke psychiatrisch-medische attitude aankweken;
- evenwichtig samengesteld zijn wat betreft kennisvermeerdering en 'skill-training';
- controleerbaar en evalueerbaar zijn;
- uitvoerbaar en betaalbaar blijven;
- zich snel aanpassen aan ontwikkelingen (flexibiliteit).

Voorwaar geen geringe eisen!

Naar mijn overtuiging zijn de persoonlijkheidsvormende elementen in de opleiding het belangrijkste. Ik citeer hierbij Pierloot (1974): 'Het "engagement personnel" en de manier van affectief reageren zullen zeker belangrijker worden dan kennis'. In de toekomst zijn mijns inziens meer nodig: artsen-specialisten in de geestelijke gezondheidskunde, dan psychiaters. De eerste categorie omvat meer dan de psychiatrie. Denk bijvoorbeeld aan artsen-specialisten-psycho-hygiënist.

Een andere vraag is: moeten de opleidingen sterk geüniformeerd worden en dus ook de opleidingsinstututen? Met andere woorden: kiezen we voor (grote) vrijheid van opleidingsinstututen en leer-routes of niet? Gezien de gevarieerdheid van de huidige opleidingen is een zekere mate van eenvormigheid en structurering noodzakelijk. Het toezicht op opleidingen wordt anders erg moeilijk!

Moeten de specialisten zelf hun opleiding organiseren en controleren? Voor een belangrijk deel wel. Toch is mijns inziens een versterking van het publieke toezicht gewenst. Zou de opleiding tot

psychiater toch onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen moeten komen?

De vraag is voorts of voor artsen-werkers-in-de-geestelijke-gezondheidszorg nog wel zo een 'bed-centred' of klinisch gerichte opleiding wenselijk is. Ik pleit voor een meer bed-fugale opleiding. Bovendien: het 'bed' is geen maateenheid meer in de geestelijke gezondheidszorg. Behandelpaats, behandleenheid is beter. Voorts lijkt mij verdere individualisatie van het opleidingsprogramma gewenst. Natuurlijk moet er een basis- of minimumprogramma zijn. Maar een indeling in één hoofdrichting en één of meer bijrichtingen lijkt mij aangewezen. Ik herhaal: De hele psychiatrie – laat staan de gehele geestelijke gezondheidszorg – is immers niet meer door één persoon te omvatten. Als voorbeeld noem ik: hoofdvak biologische psychiatrie; bijvakken: psychodynamische- en/of sociale psychiatrie. Er moet gezocht worden naar compromissen op het gebied van uniformering en individualisatie van de opleidingsmogelijkheden. Het 'holisme', de eenheid binnen de psychiatrie, dient hierbij nauwlettend in het oog te worden gehouden.

Aandacht – vooral – is nodig voor het ontwikkelen van een specifiek-medisch-psychiatrische attitude. We moeten ons beroep zuiver en specifiek-professioneel houden. Een dergelijke houding wordt niet aangeleerd door neurologie of een ander specialisme. Een eigen medisch-psychiatrisch ethos is nodig! Vooral om binnen het teamwerk rond de patiënt een herkenbare, complementaire identiteit in te brengen. Belangrijk vind ik ook de toelating tot de opleiding. Er zullen basis-criteria moeten komen, waaraan a.s. psychiaters vóór zij aan hun opleiding beginnen, moeten voldoen. Het huidige systeem van selectie voldoet bij een intensivering van de opleiding niet meer. De opleiding wordt zwaarder. Er zijn artsen, die om uit hun eigen levensproblematiek te komen, psychiater willen worden. Deze geraken straks onvermijdelijk in crisissituaties.

Het aantal opleidingsinstituten kan niet onbeperkt uitgebreid worden. Ik pleit voor verdieping, verbreding van de bestaande opleidingsmogelijkheden. Uitbreiding van het aantal geeft versnippering, met name van docenten. Hustinx denkt aan regionale samenbundeling bijvoorbeeld rond universiteitsklinieken. Een regionale opleidingscommissie met instellingsgewijze werkgroepen is volgens hem een garantie voor een goede opleiding. Vermoedelijk is ook een betere afstemming op het toekomstige aantal psychiaters mogelijk middels clustervorming.

Hoewel misschien wat schools lijkend, vraag ik toch aandacht voor onderwijsontwikkeling in de opleiding tot psychiater. Vragen zijn onder meer:

- Zijn er specifieke methoden te ontwerpen gericht op specialisatie in de psychiatrie? Het ontwikkelen van een specifiek op de geestelijke gezondheidszorg gerichte onderwijsdeskundigheid is zeker de moeite waard!
- Is het systeem van meester (opleider of supervisor)-gezel (as-

- sistent) het meest adequaat voor deze opleiding?
- Worden audiovisuele middelen wel voldoende toegepast?
- Welke evaluatieve momenten worden in de opleiding ingebouwd?
- Is – didactisch gezien – een individuele, begeleide leerroute te verkiezen boven een min of meer klassikaal systeem?

Belangrijk is ook het toezicht op de opleiding. Voor de kwaliteit is in de eerste plaats de opleider of het opleidingsinstituut verantwoordelijk. Maar de gemeenschap vraagt ook waarborgen! Naar veler mening is visitatie eens per vijf jaar onvoldoende. Het schijnt dat verhoging van de frequentie (bijvoorbeeld eens per 2 of 3 jaar) op praktische bezwaren stuit. In ieder geval zou van de opleidingen jaarlijks het opleidingsprogramma aan een commissie van deskundigen moeten worden voorgelegd. Een jaarverslag is wel het allerminste dat gevraagd mag worden! Ingebouwde evaluatieve objectieve elementen moeten het opleidingsgebeuren volgen en bijsturen. Een zelfde procedure is nodig voor voortdurende aanpassing van landelijke opleidingseisen. Het is duidelijk dat de assistenten zelf hierin een belangrijke rol spelen!

Ik kom nog even terug op differentiatie binnen de opleiding. Een basis van 2 jaar algemene 'holistische' psychiatrie is nodig. Toch moet daarin mijns inziens al vrij vroeg de mogelijkheid zijn voor een van de drie genoemde modellen van psychiatrische hulpverlening te kiezen. De kleine aantallen assistenten per opleidingsinstituut vormen een handicap voor de differentiatie. Gezamenlijk zoeken naar een oplossing is hiervoor geboden. Het werkkterrein van de geestelijke gezondheidszorg is zo gevarieerd dat opleiding van zeer hooggekwalificeerde werkers mogelijk moet zijn. Zij dienen een opleidingsweg te kunnen kiezen, aangepast aan hun persoonlijke ervaringen en vaardigheden. Uiteraard zonder hobbyisme!

(b) *Basis voor de keuze voor psychiatrie* hoort mede te zijn de psychiatrie tijdens de arts-opleiding. Ook deze is aan verandering onderhevig. Het curriculum 'geestelijke gezondheidszorg' zou terstond bij de aanvang van de arts-opleiding moeten beginnen. (Vergelijk het programma van Maastricht.) Verder is grotere aanpassing van het onderwijs in de psychiatrie aan de dagelijkse gewone behoeften van de mensen in de maatschappij gewenst. Ik ben geen voorstander van hoorcolleges: Werkgroepen, 'bedside-teaching', het 'aan den lijve-ondervinden-van-wat-het-betekent-in-psychische-nood-te-zijn', trainingen, blokcursussen, één co-assistentenschap, en een gelijkwaardiger plaats van het co-assistentenschap psychiatrie ten opzichte van meer 'technische' co-assistentenschappen vormen een betere basis voor keuze voor ons vak dan thans veelal het geval is. Een evenwicht tussen de 'organische' en de psychodynamisch-sociale kant lijkt hierbij gewenst. Kortom: een andere basis, misschien zelfs eerder in de medische studie te beginnen, lijkt mij nodig voor een andere specialistische opleiding.

(c) *Wat de vorm van de opleiding betreft* geef ik onder meer de volgende overwegingen ter overdenking:

– Is 'in-service' opleiding wel de juiste methode? Moeten we ook voor de post-academiale opleidingen kiezen voor afzonderlijke opleidingsinstituten voor psychiatrie? Of beter nog: voor opleiding tot werkers in de geestelijke gezondheidszorg van verschillende niveaus? Bundeling van opleidingen is een begin.

– Bijzondere aandacht dient besteed te worden aan de financiële en sociale positie van de assistenten. Zij zijn tenslotte artsen met een voltooide opleiding. Enerzijds beginnelingen, anderzijds hooggekwalificeerde beroepsbeoefenaren. Er dient een redelijke beloning te zijn. Maar het gaat niet aan dat zij een groot deel van hun tijd een theoretische opleiding krijgen, terwijl zij doorbetaald worden. Sociale rechtvaardigheid ten opzichte van andere beroepsgroepen is vereist. Dezelfde sociale rechtvaardigheid vraagt ook dat assistenten niet van 'hot naar her' behoeven te trekken om hun opleiding te voltooien. Vaak nog onder minimale arbeidsvoorwaarden. Een regionale, integrale opleiding is gewenst! Een goed sociaal beleid is een hecht fundament voor een goed therapeutisch beleid!

– De vraag is ook of vier jaar aanéén opleiden wel zo geschikt is. Blokcurssussen, trainingsperioden, periodieke onderbrekingen (studieverlof), gespreide opleidingsperioden zijn het overwegen waard. Sociale problemen die hierbij ontstaan zijn er om opgelost te worden.

– Belangrijk lijkt mij de afsluiting van een voltooide opleiding. Hoe? Een eenvoudig briefje van de opleiders, een examen? Tentamen? Een scriptie, een andere proeve van bekwaamheid? Een 'indgesprek bijvoorbeeld? Ik voel veel voor een 'publicabel werkstuk'. Waarin het wetenschappelijk denken, het persoonlijk engagement en de therapeutische verworvenheden van de betrokkene tot uiting komen. Te beoordelen door, bijvoorbeeld een door de regionale opleidingscommissie, aan te wijzen driemanschap. Een diepgaand gesprek zou hierop moeten volgen. Daarbij worden betrokken de – vooral op het functioneren als mens gerichte – beoordelingen van opleiders. Publikatie van dit werkstuk stimuleert de vervaardiger tot goede prestaties en bevordert het wetenschappelijk denken in ons vak.

– Verdere specialisatie in deelgebieden van de psychiatrie geschiedt, evenals nu, door middel van 'aantekeningen'. Er moeten criteria vastgesteld worden voor erkenning van subspecialisaties zoals kinder- en jeugdpsychiatrie, sociale-, forensische-, liaison-, beleids-, en andere toekomstige vormen van psychiatriebeoefening. Tijdens de specialisatie na de basisperiode zou men hiervoor moeten kunnen kiezen. Deze sub-specialisatie zou in het werkveld moeten geschieden. Afgewisseld met leer- en trainingsperioden. Ook hieraan dient een duidelijker afsluitingsprocedure te zijn verbonden.

– Organisatorisch gezien lijkt mij een bundeling van allen die bij de specialisatie tot psychiater betrokken zijn, noodzakelijk. Ik

noem: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, als onderdeel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, de landelijke Verenigingen van assistent-geneeskundigen, de verschillende organen als specialistenregistratie-commissie, het centraal college en de rijksoverheid. Maar ook de Nationale Ziekenhuisraad, de commissie Rang, de sectie opleidingsziekenhuizen van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, de Ned. Ver. voor Psychotherapie en de Ned. Ver. voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Coördinatie geeft werkbesparing, vermindering van doublures en harmonisatie van belangtegenstellingen.

– Mijn ervaring als opleider is, dat veel assistenten behoefte hebben aan persoonlijke supervisie. Buiten de opleider en het werkveld om. Deze supervisie helpt de emotionele en relationele perikelen waarin menig assistent verstrikt dreigt te raken, te overwinnen. Deskundige supervisors, ook uit andere disciplines zijn hierbij nodig. Een probleem vormt voornamelijk de financiering.

– Nog een algemene opmerking: Binnen de opleiding tot psychiater is inbreng nodig van andere disciplines: psychologen, filosofen, agogen, natuurwetenschappers, maatschappelijk werkers, pastores en anderen. Niet om de opleiding nog ingewikkelder en meer verbrokkeld te maken. Een gereguleerde inbreng in en toetsing van de opleiding door anderen dan psychiaters is in de eerste plaats noodzakelijk om de psychiater zijn eigen identiteit en professionaliteit bewust te maken!

– Tenslotte nog een algemeen, praktisch probleem: Een logisch geprogrammeerde opleiding vraagt een goede organisatie van de aanname van assistenten. Een strak schema bijv. van: het eerste jaar dit deel van het opleidingsprogramma, het tweede jaar dát, betekent bijvoorbeeld: indiensttreden van assistenten op 1 januari en 1 juli. Dit geeft sociale en organisatorische problemen. Ook voor docenten. Meer individuele leerroutes ondervangen een deel van deze moeilijkheden. Ook landelijke blokcurssussen en trainingen kunnen hier oplossingen brengen. Veelvuldiger gebruik van audiovisuele hulpmiddelen bevordert eveneens een oplossing. Er moet worden gestreefd naar een goede opeenvolging in het opleidingscurriculum.

(d) Over de inhoud van de opleiding is in het voorgaande – zij het vaak niet rechtstreeks – al het nodige gezegd.

Ik beklemtoon nogmaals dat aan de persoonlijkheidsvormende aspecten van de a.s. psychiater primair aandacht besteed moet worden. Zijn persoonlijke attitude, zijn mens-zijn is het belangrijkste therapeutische instrument van de psychiater. Zowel in de werk-, als in de leersituatie van de assistent moet dit aspect innig verweven worden. Ook evaluatief. Daarom moet de psychiater mijns inziens minimaal het aantal punten behaald hebben, dat nodig is voor het aspirant-lidmaatschap van de Ned. Ver. voor Psychotherapie. Liefst nog meer! En ook hierin weer een differentiatie naar

zijn belangstellingsrichting en vermogen. Dit brengt mij weer op de vraag van de tijdsverhouding tussen leersituatie en werksituatie. Een netelig probleem met financiële, organisatorische en humane aspecten. Mijns inziens moet de assistent een heel groot deel van zijn werktijd overdag rechtstreeks bij het gebeuren in de praktijksituatie betrokken zijn. Ik ga hier nu verder niet op in.

In ieder geval is een verplichte periode 'onderdompeling' in een min of meer eenzame 'stress' situatie in de maatschappij voor de a.s. zelfstandige beroepsbeoefenaar noodzakelijk. Hij moet een tijd uit zijn 'cleane', beschermde intramurale situatie komen. Ervaring opdoen in frontlijn-psychiatrie, in alledaagse, actuele, zij het misschien minder spectaculaire psychiatrie. Hij moet als het ware de verstoring van het systeem rond cliënt of patiënt meeleven. En stormen binnen het maatschappelijk gebeuren over zich heen voelen komen. Crisisinterventie, consultatie, acute noodpsychiatrie, sociale psychiatrie, turbulente poliklinische psychiatrie vormen een goede leerschool.

Dan moet hij weet hebben van filosofische, sociologische, psychologische, epidemiologische, maatschappelijke – en wellicht ook politieke – denkwijzen.

Een belangrijke inhoudelijke vraag is die omtrent de neurologie. Neurologie, of liever neurobiochemie en aanverwante wetenschapsgebieden zijn nodig als hulpmiddelen voor de psychiater. Maar hij behoeft er mijns inziens niet een vierde deel van zijn opleiding aan te besteden. Helaas blijkt het in de praktijk onuitvoerbaar om de voor de psychiater relevante neurologie en neurobiochemie in cursorische vorm te geven. Dit geldt wellicht ook voor de inbreng van andere vakgebieden. In ieder geval moet voorkomen worden dat de psychiater zich te veel inlaat met wetenschapsgebieden die hij niet dagelijks hanteert. Het gebruik van dergelijke 'geatrofieerde' kennis kan zelfs gevaarlijk zijn. Het komt mij voor dat een relevant deel van de opleiding hieraan besteed moet worden. Of dat dit vakgebied als 'zuurdesem' in de gehele opleiding dóór werkt.

Ik ga niet in op een aantal inhoudelijke vragen. Dat vereist een aparte behandeling. Ik stel er wel enkele:

- Hoe kan de integratie van theorie en praktijk bevorderd worden?
- Dient er een verplichte, te toetsen minimale landelijke literatuurlijst te komen?
- Hoe kan het wetenschappelijk werk van de assistenten bevorderd worden?
- Op welke wijze wordt het filosofisch-exact-denken in de opleiding?
- Welke vormen van therapie (gezins-, Gestalt-, sexuologische ding betrekken? enz.) moeten op systematische wijze in het opleidingsprogramma worden opgenomen? Hoe vèr dient zo een scholing te gaan? Hoe lang moet die duren?
- Wat is de inbreng van de beleidspsychiatrie? Is die verschillend voor diverse onderdelen en subspecialismen?

- Men vergete de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg niet! Hoe hieraan aandacht te geven?
- Op welke wijze wordt de steeds belangrijker consultatieve werkzaamheid van de psychiater in de opleiding betrokken. Naarmate de psychiater een meer 'verdiepte' opleiding verkrijgt zal -- mede uit economische overwegingen -- meer van zijn deskundigheid als consulent gebruik gemaakt worden.

(e) *Voor subspecialisaties en 'aantekeningen'* dienen afzonderlijk opleidingsprogramma's te worden vastgesteld. Deze kunnen ten dele binnen de algemene opleiding worden uitgevoerd. Ook het verkrijgen van speciale bevoegdheden en dus aantekeningen dient met de nodige waarborgen omkleed te worden. Voorlopig zijn sociale psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie vrij duidelijk omschreven. Voor de toekomst zijn geronto-psychiatrie, forensische psychiatrie, beleidspsychiatrie, preventieve psychiatrie en psychiatrische epidemiologie wellicht mogelijk. Het veld van de geestelijke gezondheidszorg zelf bepaalt waaraan behoefte is.

Een probleem is onder welke arbeidsvoorwaarden een dergelijke aantekening verkregen wordt. De betrokkene is reeds specialist-psychiater. Hij zou dus op grond hiervan aanspraak maken op bepaalde arbeidsvoorwaarden. Maar hij is nog niet volleerd, hij verkeert in een verlengde assistentenpositie: Dit zou betekenen dat hij valt onder de rechtspositieregeling van assistenten. Voor dit probleem moet binnen de bestaande mogelijkheden een regeling worden getroffen.

VI Slot, suggesties, samenvatting

Er is nog een aantal zaken dat de aandacht vraagt. Suggesties, opmerkingen, aanvullingen en conclusies.

Eerst de vraag: Is het vorenstaande niet te mooi, te utopistisch, te duur? Is het uitvoerbaar? Als ik niet overtuigd zou zijn van de belangrijke rol die de psychiater in de toekomst blijft spelen, zou ik het vorenstaande niet betoogd hebben. Natuurlijk is niet alles ineens realiseerbaar. Ook wij -- psychiaters -- hebben rekening te houden met de beperkingen van de huidige economische situatie. Er zijn reeds ontwikkelingen aan de gang. Velen spannen zich in om hun visie op de opleiding tot psychiater te concretiseren. Want er zijn veel goede visies en inzichten. Waarschijnlijk kan via concentratie van opleidingen al een en ander van het thans reeds bereikte, geperfectioneerd worden. De assistenten dienen zelf ook offers te brengen. Slechts via gezamenlijke inspanning en constructieve kritiek worden tastbare resultaten verkregen. De ombuiging is een langzaam proces!

De taak van de centrale opleidingsorganen is een voortdurend procesmatige en evaluatieve. Naast de structurerende en constituerende activiteit. Werkgroepen zouden onderdelen van de opleiding moeten bestuderen en uitwerken. Coördinatie van programma's en uitwisseling daarvan is nodig. Ik herhaal dat bestu-

dering van de mogelijkheden van 'schools of mental health' van groot belang is. Ontwikkeling van opleidingsmodellen, creëren van experimentele situaties, verschaffen van audiovisueel materiaal, uitwerken van richtlijnen voor evaluatie, organiseren van seminars en studiebijeenkomsten lijkt gewenst. Ligt hier een taak voor het consilium psychiatricum??!

Ook behoeftepeiling in verband met het aantal opleidingsplaatsen, met het aantal assistentsplaatsen per opleider en per psychiater-supervisor is van belang. Onderhandelingen met bevoegde financieringsinstellingen (zoals C.O.Z. en departement) teneinde de opleiding financieel mogelijk te maken zijn nodig. Het financieel veilig stellen van de huidige opleiding is al moeilijk! Tenslotte vraag ik mij af hoe de garantie verkregen wordt dat de opleiders zelf en de opleidingsinstituten 'bij' blijven. Is visitatie hiervoor voldoende? Of is het feit dat de opleiders als zódanig erkend zijn een waarborg? Ik wil gerust bekennen dat het mij grote moeite kost om op een betrekkelijk beperkt gebied van de geestelijke gezondheidszorg de ontwikkelingen bij te houden. Ik denk dat dit over de gehele psychiatrie nog moeilijker zal zijn.

Ook de na- en bijscholing van psychiaters-niet-opleiders vraagt de nodige aandacht. Ik pleit voor een verplichte nascholing tijdens doorbetaald, periodiek studieverlof. In ons vak is de 'education permanente' zó belangrijk dat het de moeite waard is zich hiervoor veel inspanning te getroosten. Zowel van werkgevers als van werknemers!

Dan noem ik nog:

- De vraag of vanuit de opleiding tot psychiater invloed moet worden uitgeoefend op andere opleidingen zoals bijvoorbeeld die van psycholoog, maatschappelijk werker, huisarts etc. En zo ja: hoe dit moet gebeuren.
- Een studiedag over de opleiding tot psychiater lijkt mij zinvol om een zo breed mogelijk forum van meedenkenden bijeen te krijgen.

Tot slot herhaal ik: het vorenstaande is voornamelijk mijn persoonlijke visie. Ik besef dat ik door veelheid van punten slechts de oppervlakte aantipte. Het is slechts mijn bedoeling om zoveel mogelijk betrokkenen - zodat nog nodig is - aan het denken te zetten. Veel punten moeten inhoudelijk worden uitgediept. Ik hoop dat men snel reageert. Voor de plannen definitief worden!

Literatuur

- Dijk, W. K. van (1973), Het medisch model in sociale context. In: *Van kinderaanlyse tot Y-chromosoom*. Opstelling aangeboden aan prof. dr. Th. Hart de Ruijter ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Samengesteld onder redactie van C. Rümke e.a., Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Hustinx, A., *Notitie onder de psychiatrische opleiding* naar aanleiding van het beraad van psychiatrische verenigingen in E.E.G.-landen te Zandvoort op 11-15 oktober 1974 te Zandvoort.
- Praag, H. M. van (1976), *Biologische Psychiatrie*. De psychiatrie als medi-

sche discipline, *Intermediair* 30 juli, 12e jaargang nr. 31, blz. 17-21.

The Training of Psychiatrists, proceedings of the conference on post graduate psychiatric aducation; 6-8 March 1969. Chairman: Stengel, E.; ed. Russell, G. F. M., Wolten, H. J.

Royal Medical-Psychological association 1970. *British Journal of Psychiatry*, special publication nr. 5.