

AGNIO's in de psychiatrie: verkenning van een probleem

door J.P.L. Leijten

Samenvatting

Sinds ongeveer tien jaar werken steeds meer assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding, aangeduid als AGNIO's, binnen de geestelijke gezondheidszorg. Zij oefenen werkzaamheden van psychiaters uit, maar hebben daarvoor niet de benodigde opleiding gevolgd. Deze situatie wordt geplaatst tegen de achtergrond van ontwikkelingen betreffende het artsenberoep in Nederland. Het takenpakket van AGNIO's en hun deskundigheid worden aan de hand van beschikbaar onderzoek besproken. De bevoegdheid en de kwaliteitsgaranties ten aanzien van het werk van AGNIO's en psychiaters worden vergeleken. De plaats van AGNIO's in het veld wordt besproken. Het aantal AGNIO's wordt geschat, hun rechtspositie bezien en hun verdere positie geschetst. Daarna volgt een beschouwing over de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, de AGNIO's zelf, de gezondheidseconomie, het medisch beroepenstelsel en de psychiatrie. Geconcludeerd wordt dat niet inhoudelijk-professionele overwegingen, maar logistiek-economische de ontwikkeling hebben bepaald. Daardoor is een situatie ontstaan die nadelig is voor alle betrokkenen en die verder zal verslechteren.

Inleiding

Sinds een aantal jaren is binnen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een groeiend aantal artsen werkzaam die niet geregistreerd zijn als psychiater, noch daarvoor in opleiding zijn. Hun geneeskundige status is die van assistent-geneeskundige-niet-in-opleiding (AGNIO). Sinds lang vinden huisartsen en somatisch specialisten al een werkkruis binnen de GGZ. In toenemende mate verrichten nu artsen werkzaamheden die binnen het specifieke gebied van de psychiatrie als medisch specialisme vallen en voorheen dan ook uitsluitend door psychiaters werden verricht. Het betreft hier vooral werkzaamheden in de patiëntenzorg. Heitkamp (1988a) noemde deze artsen 'grijze psychiaters'. Ze werken vooral in APZ'en, PAAZ'en, categorale psychiatrische instellingen en RIAGG's.

De geschiedenis van het AGNIO-schap

AGNIO's vindt men het meest in de tweedelijsgezondheidszorg, maar de laatste jaren ook in de sociale geneeskunde en de huisartsgeneeskunde. Het verschijnsel AGNIO binnen de geneeskunde lijkt vier ontwikkelingsfasen gekend te hebben. In de eerste waren niet voor de discipline geregistreerde artsen incidenteel en vooral op initiatief van de arts zelf werkzaam. Dat gebeurde bij voorbeeld om ervaring op te doen, toen de huisartsopleiding nog niet bestond. Binnen de psychiatrie kende men bovendien in de jaren vijftig-zestig de zogenaamde gestichtsartsen. De tweede fase begon omstreeks 1980 met de reductie van de instroom in de specialistische opleidingen van 800 artsen in dat jaar tot 463 in 1990 (SRC 1991a). Het werk van de weggereduceerde AGIO's werd overgenomen door de AGNIO's. De medische taakverdeling op de afdelingen was afgestemd op de aanwezigheid van artsen-niet-specialist, en men was gewend te superviseren. Tegelijk met het 'prototype' van de functie ontstond de benaming AGNIO. De functie hield met name het zaalwerk in. Men neigde dit werk als algemeen ziekenhuiswerk aan te duiden en het te onderscheiden van 'specialistische verrichtingen'. In de derde fase, vanaf ongeveer 1985, kwamen er vervolgens ook meer AGNIO's in de niet-opleidingsziekenhuizen, waar de regels vanuit de opleidingen voor dit soort werk niet gelden. AGNIO's waren inmiddels vermoedelijk voldoende geaccepteerd geraakt om hun verschijnen in deze categorie instellingen mogelijk te maken. Was uitbreiding van de medische formatie met specialisten door de functionele budgettering bemoeilijkt, uitbreiding met AGNIO's was gemakkelijker te realiseren en bovendien goedkoop, zowel voor de instellingen als voor de maatschappen. Bovendien kregen de instellingen in een aantal specialismen, vooral de psychiatrie, te kampen met moeilijk of niet vervulbare vacatures. Inmiddels is een vierde en voorlopig laatste fase ingegaan. Die onderscheidt zich in vijf opzichten van de voorgaande:

1. Instellingen hebben in hun medische dienst structureel AGNIO-plaatsen opgenomen.
2. De AGNIO's blijven langer in dienst en hebben zelfs een vaste aanstelling.
3. Binnen de CAO's ontstaan officiële 'AGNIO'-functies met bijbehorende salarisschaal.
4. Binnen de takenpakketten van AGNIO's vallen in steeds toenemende mate 'specialistische' verrichtingen.
5. Er is een tendens tot verder uit-differentiëren van nieuwe geneeskundige disciplines, die vaak of zelfs meestal bemenst worden door basisartsen, danwel andere artsen-niet-specialist. Op het gebied van de psychiatrie betreft dit de sociale geriatrie, de zwakzinnigheidszorg en de verslavingszorg. Het gaat hier om disciplines die

een terrein beslaan dat in meer of mindere mate van dat van de psychiatrie is afgesplitst. Het 'overlopen' van de opleidingen in het 'moeder'-vak psychiatrie lijkt hierbij een rol te spelen.

De ontwikkeling binnen de psychiatrie mag enige verschillen vertonen met de hier beschreven algemene ontwikkeling, maar deze lijkt wel bepalend voor het huidige grote aantal AGNIO's daarbinnen.

De opkomst van het verschijnsel AGNIO heeft geleid tot een discussie over de invoering van een zogenaamd medisch middenkader in de Nederlandse instellingen. De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen (1986) lanceerde een plan voor instelling van een junior-staf van artsen-niet-(in-opleiding-tot-)specialist voor het patiëntgebonden werk in het ziekenhuis. Vanuit de Landelijke Specialisten Vereniging werd hiertegen ingebracht dat een dergelijke instelling onvoldoende rekening houdt met de werkelijke taak van de specialist (LVAG). Niettemin liet de staatssecretaris van WVC het Nationaal Ziekenhuisinstituut een onderzoek verrichten naar de wenselijkheid van een medisch middenkader. De onderzoeksgroep (Nationaal Ziekenhuisinstituut 1988) kwam echter tot de conclusie dat invoering niet was aangewezen. In plaats daarvan beval ze een hechtere relatie tussen specialist en AGNIO aan. Artsen werkzaam binnen de psychiatrie werden in dit onderzoek overigens niet betrokken.

De sterke groei van het aantal AGNIO's, niet het minst onder haar leden, bracht de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen in 1989 tot het besluit te streven naar het doen verdwijnen van het AGNIO-schap in de bestaande vorm. Zij vond met name dat alle geneeskundige zorg binnen instellingen voor tweedelijnsgezondheidszorg specialistische zorg is, en dat deze dus verricht moet worden door specialisten of door hen die daartoe in opleiding zijn. De Tweede Kamer-leden Van Otterloo en Netelenbos spraken zich naar aanleiding daarvan tegen het AGNIO-schap uit.

In 1989 dook het medisch middenkader opnieuw op in een rapport, geschreven op verzoek van de ministers van WVC en O&W (Borst-Eilers e.a. 1989). Daarin wordt voor niet als specialist geregistreerde artsen een plaats gezien binnen ziekenhuizen in het kader van een nieuwe fase binnen het medisch onderwijscontinuüm tussen het artsexamen en de voortgezette medische beroepsopleiding. In deze Algemene Klinische Vormingsperiode zou voorzien moeten worden in tekorten van Nederlandse basisartsen aan algemene klinische vorming. Deze waren geconstateerd bij vergelijking van Nederlandse basisartsen met die in het buitenland. Psychiatrie werd genoemd als een van de vakken waarin de arts tijdens de AKV werkzaam zou kunnen/moeten zijn. Door de instelling van de AKV-periode zou dan tegelijk het probleem van de AGNIO's opgelost worden. In het rapport werd het onderdeel opleiding en reglementering van de beroepsuitoefening mager uitgewerkt.

Het intussen door het ministerie van O&W geïnitieerde Beleidsge-

richt Onderzoek Co-assistentenschappen (BOC-project) kwam een jaar later met een tegengestelde visie (Metz e.a. 1990). Het stelde dat de geconstateerde tekorten in de basisopleiding daarbinnen opgevangen dienen te worden. De opleiding zou daartoe ingrijpend geherstructureerd moeten worden.

De bovengenoemde discussie bleek echter nauwelijks van invloed op het beleid rond het AGNIO-schap, dat in handen lag van het Vijf Partijenoverleg tussen KLOZ, KPZ, LSV, NZR en VNZ. In de Raamovereenkomst van 1989 werd besloten tot de instelling van een werkgroep voor de AGIO/AGNIO-problematiek (KLOZ e.a. 1989) met een taakopdracht waarin het AGNIO-schap als feitelijk gegeven zonder meer als uitgangspunt werd genomen. Zo besloot het Overleg dat wijzigingen van het aantal formatieplaatsen van AGNIO's vastgesteld zouden worden in gezamenlijk overleg tussen specialisten en ziekenhuisdirectie. Verder werden afspraken gemaakt voor een structurele verdeling van kosten voor arts-assistenten tussen specialisten en ziekenhuizen op basis van werkzaamheden en opbrengsten. Als uitvloeisel daarvan initieerde de werkgroep een onderzoek naar de feitelijke situatie omtrent de arts-assistenten. De resultaten van dit interne onderzoek zijn (momenteel nog) niet beschikbaar.

Het verschijnsel grijze psychiater

Heitkamp (1988a) is waarschijnlijk de enige die gericht naar het verschijnsel grijze psychiater onderzoek heeft gedaan. Hij benaderde via een schriftelijke enquête de directies van 57 RIAGG's, waarvan er 48 repondeerden. Ook het NZI-onderzoek 'Psychiaters gevraagd' (De Haen e.a. 1992) leverde gegevens over AGNIO's op. In de volgende paragraaf zal met gebruikmaking van deze resultaten het verschijnsel grijze psychiater geschetst worden.

1. *Taken* – Heitkamps onderzoek ging vooraf aan het opnieuw instellen van de functie Algemeen Arts in de CAO AGGZ. Het toont aan dat een overgrote meerderheid van de AGNIO's taken uitoefent die als die van een psychiater beschouwd dienen te worden. De takenpakketten van de artsen verschilden. Heitkamp beschouwde op arbitraire grond 29 van de 47 gevonden artsen (62%) als grijze psychiater. Een klein aantal voerde alle als specifieke psychiater-taak aangeduide werkzaamheden uit. De functietypering van de 'Algemeen Arts' uit de CAO AGGZ verschilt eigenlijk alleen hierin met die van de psychiater, dat de laatste zich bezighoudt met zeer complexe/psychiatrische problematiek en het aanbrengen van diepgaande veranderingen bij de patiënt. De nadere afbakening tussen zowel te diagnostiseren als te behandelen problematiek en tussen de verschillende te hanteren behandelmethoden wordt niet aangegeven. Hoewel registratie als psychotherapeut van

de algemeen arts niet gevraagd wordt, bevat diens checklist van taken wel psychotherapeutische, waaronder behandeling. Volgens ervaring geldt het bovenstaande ook voor AGNIO's elders in het veld.

2. *Deskundigheid* – AGNIO's zijn meestal basisarts. Ten opzichte van psychiaters en AGIO's missen zij de binnen de opleiding tot psychiater te verwerven deskundigheid. Daarom is het van belang dat verschil nader te beschouwen.

Aan de voortgezette medische beroepsopleidingen zijn drie aspecten te onderscheiden: kennis, vaardigheden en attitudevorming. De opleiding bestaat vooral uit het deelnemen aan cursussen, de eigen literatuurstudie en de supervisie. Tijdens de opleiding wordt de kennis regelmatig getoetst. Voor het onderhavige heeft de opleiding de volgende belangrijke kenmerken:

1. Door het opleidingscurriculum wordt gegarandeerd dat de arts in alle voor de beroepsuitoefening van het vak vereiste deskundigheidsaspecten tot een bepaald niveau geschoold wordt, zodat een samenhangend geheel van taken uitgeoefend kan worden naar de huidige stand van de wetenschap.
2. Binnen de opleiding bestaat een zekere hiërarchie van taken en leerdoelen. Op basis hiervan kan de arts zich eerst de meer basale deskundigheid eigen maken, als het fundament voor de opbouw van de meer ingewikkelde.
3. Door de supervisie wordt de patiënt beschermd tegen de gevolgen van onoordeelkundige beslissingen van de arts.
4. Het onderwijs en de supervisie worden gegeven door artsen en andere docenten die voldoen aan eisen ten aanzien van hun deskundigheid voor het geven van onderwijs. De setting waarin dit gebeurt moet eveneens voldoen aan vastgestelde eisen.
5. Op grond van de registratie weten het veld en de samenleving welke diensten de psychiater kan bieden.

Belangrijke voor de opleiding tot psychiater specifieke elementen zijn het cursorische psychiatrieonderwijs, de psychotherapiecursus, de supervisies van verschillende aard en de verplichte leertherapie. Juist in de vervolgopleiding vindt bovendien professionele vorming van de arts plaats. De psychiater-in-spe leert hoe als medisch professional te functioneren binnen de instelling, ten opzichte van familie van patiënten, verwijzers, andere behandelaars, de GMD, de inspectie, in de organen van de artsenwereld enzovoort. Hij leert omgaan met verantwoordelijkheden en de juridische aspecten van de beroepsuitoefening. In de opleiding tot basisarts komt dit aspect weinig aan de orde.

Door de opleiding is de psychiater de discipline in de GGZ die de drie paradigma's van gezondheid – het biologische, psychologische en sociologische – tot het hoogste niveau kan integreren. Daarnaast hebben psychiaters in de artsopleidingen specifiek op gedisciplineerde

wijze leren omgaan met klinische problematiek. Daardoor beschikt de psychiater over de deskundigheid, werkwijzen en standaarden die hem in staat stellen evenals andere medische disciplines de positie van centrale en eindverantwoordelijke beroepscategorie binnen het betreffende veld van de gezondheidszorg in te nemen.

Ten aanzien van alle vijf genoemde kenmerken is de AGNIO in het nadeel bij de psychiater. De deskundigheid van de AGNIO wordt opgedaan door ervaring. Via de vereiste supervisie vindt enige overdracht van kunde plaats. Deze is in vergelijking met die in de opleiding veeleer qua methode impliciet en wat betreft de inhoud en de omvang ad hoc. Ten aanzien van de supervisie bestaan geen nadere regels.

De AGNIO's in opleidingsinstellingen verkeren in een gunstiger positie dan de AGNIO's in de niet-opleidingsinstellingen, doordat zij vaak gebruik mogen maken van een deel van de onderwijsfaciliteiten en ze via begeleiding door ervarener supervisoren waarschijnlijk ook een betere taakafbakening hebben.

Aanvullende deskundigheid op het basisartsexamen – met name wordt vaak gevraagd om 'ervaring' – is voor AGIO's wel vaak gewenst, maar niet per se verplicht. Slechts 5% van de door Heitkamp onderzochte AGNIO's had een deel van de opleiding psychiatrie doorlopen, 33% geheel of gedeeltelijk de opleiding tot psychotherapeut. 30% had geen enkele, de overigen minder voor de psychiatrie relevante extra-opleiding.

3. *Bevoegdheid en kwaliteitsgaranties* – De bevoegdheid van artsen wordt geregeld in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst uit 1865, die binnenkort vervangen zal worden door de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Volgens beide zijn huisartsen wettelijk gerechtigd tot het uitoefenen van de genees-, heel- en verloskunde in haar volledige omvang. De overheid heeft de nadere regeling van de deskundigheid en bevoegdheid van artsen verregaand gedelegeerd aan de KNMG. De eisen voor de opleiding tot psychiater worden voorgesteld door het Centraal College voor de Erkenning van Medische Specialisten. De uitvoering daarvan, de controle daarop en de registratie geschieden door de Specialisten Registratie Commissie. Sinds kort regelt de SRC (1991b) ook een periodieke herregistratie. Naast dit kwalificatiesysteem wordt de kwaliteit van de beroepsuitoefening bevorderd door de medische tuchtrechtspraak. Verhoeff, destijds hoofddirecteur gezondheidszorg van het ministerie van WVC, meent echter dat '... zeker 90% van de kwaliteit van de gezondheidszorg in feite vastligt met de kwaliteit van de hulpverlener' en '... dat alles hoofdzakelijk kwalitatief bepaald wordt door de opleiding' (RIAGG Zuid-Kennemerland 1990).

De kwaliteitsgarantie voor het werk van AGNIO's is uitsluitend gelegen in de regel dat de AGNIO werkt onder de verantwoordelijkheid van de specialist in wiens praktijk deze werkt. Nadere regels betreffende

zowel de taken die de superviserend specialist de AGNIO mag laten uitvoeren, als de supervisie zelf ontbreken. Van de supervisor wordt geen nadere kwalificatie vereist. Voorts bestaat er geen regeling voor herregistratie van AGNIO's als basisarts.

Naar het schijnt druist door deze beroepsrechtelijke constructie het AGNIO-schap niet in tegen wettelijke bepalingen over medische verstrekkingen door zorgverzekeraars en de bepalingen betreffende de instellingen. Spreuwenberg en Kastelein (1991) wezen er naar aanleiding van een uitspraak van een Medisch Tuchtcollege overigens wel op dat er in ziekenhuizen ten aanzien van arts-assistenten een protocol dient te bestaan. Daarin dienen hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden te zijn omschreven. Bovendien dient de arts-assistent een duidelijke functieomschrijving te hebben. Dit is niet alleen de verantwoordelijkheid van de specialist onder wie de arts werkt, maar ook van de medisch directeur. Zij wezen er ook op dat de betreffende uitspraak naast tuchtrechtelijke ook civielrechtelijke consequenties zou kunnen hebben, bij voorbeeld door eerder aan te nemen aansprakelijkheid van de instelling bij gebreke van zo'n protocol.

In de door Heitkamp onderzochte groep RIAGG-artsen bleek maar liefst 83% voor zichzelf de medische eindverantwoordelijkheid te dragen. 43% droeg bovendien voor anderen de medische eindverantwoordelijkheid. Gegevens over hoeveelheid en aard van de supervisie gaf Heitkamp niet. Er is minstens een geval bekend dat voor de medische taken binnen de afdeling Volwassenen van een RIAGG geen psychiater beschikbaar was en deze uitsluitend uitgeoefend werden door Algemeen Artsen. Supervisie werd eenmaal per twee weken door een psychiater van buiten gegeven. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid was op de hoogte van deze situatie.

4. *Aantallen* – Heitkamp vond in 1987 onder 48 van de benaderde 57 RIAGG's in totaal bij 25 daarvan 42 AGNIO's. De Haen e.a. (1992) constateerden bij een onderzoek naar psychiater-vacatures in psychiatrische en andere ziekenhuizen en bij RIAGG's 156 FTE's door AGNIO's vervuld, waarop de instelling eigenlijk een psychiater wilde. Het aantal AGNIO-FTE's 'niet voor psychiaters bestemde plaatsen' en het totale aantal AGNIO's geeft het rapport niet. Alleen de SRC (1990) geeft absolute aantallen AGNIO's, zij het alleen voor de opleidingsinstellingen. Op 1 januari 1985 waren daar 42, vijf jaar later al 137 AGNIO's werkzaam. Als het aantal AGNIO's per opleidingsplek representatief is voor alle door De Haen e.a. onderzochte 239 GGZ-instellingen, waren daar ongeveer 450 AGNIO-FTE's tegen 1006 psychiater-FTE's. De psychogeriatrische verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen, de semimurale instellingen en CAD's vallen buiten het onderzoek van De Haen e.a.

5. *De grijze psychiater in het veld* – Momenteel is de belangrijkste oorzaak van het grote aantal AGNIO's waarschijnlijk het grote tekort aan psychiaters, dat bovendien zeker zal blijven toenemen (Van den Boom 1988; Heitkamp 1988b; Ravelli 1991; De Haen e.a. 1992). Volgens De Haen e.a. vaceren 191 van alle 1006 psychiater-FTE's (16,3%). De schatting voor 1997 bedraagt 450 psychiaters. Een tweede oorzaak is dat het voor instellingen financieel aantrekkelijk is AGNIO's het werk van psychiaters te laten doen: hun salaris bedraagt minder dan de helft en de budgetten van alle GGZ-instellingen staan onder druk. Bij het interpreteren van beide bovengenoemde cijfers dient dan ook bedacht te worden dat het aan de instellingen zelf overgelaten is een AGNIO-plaats te definiëren als psychiater-vacature of niet.

Het tekort aan psychiaters doet een beeld ontstaan van toenemende frictie binnen en verstoring van de organisaties in de GGZ, alsmede van de structuur van de GGZ als geheel (Ravelli 1991; De Haen e.a. 1992). Steeds meer psychiater-werk wordt niet alleen door AGNIO's, maar ook door verpleegkundigen en door niet primair psychiatrisch geschoold personeel als psychotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers gedaan. De grenzen van functies en taken vervagen en verschuiven. Steeds meer 'psychiatrische eindverantwoordelijkheid' in de instellingen zal gedragen moeten worden door steeds minder psychiaters (Ravelli 1991; De Haen e.a. 1992). Er valt te beluisteren dat die eindverantwoordelijkheid onvoldoende waargemaakt kan worden. Door de gestegen werklast verslechtert het klimaat voor de nog aanwezige psychiaters verder. De grote mobiliteit onder instellingspsychiaters en het toenemen van het vrij vestigen (De Haen e.a. 1992) maken het tekort aan psychiaters voor de instellingen binnen een zichzelf versterkend proces steeds groter.

Door de invoering van de Werktijdenregeling en de door het ministerie van WVC bepleite verlaging van de *numerus fixus* voor geneeskunde zal de beschikbaarheid van basisartsen voor AGNIO-functies bovendien sterk dalen.

6. *Rechtspositie* – Aanvankelijk lijkt men de aanstelling van AGNIO's als tijdelijk beschouwd te hebben. Aanstellingen golden dan ook maximaal voor een jaar. Soms werd de aanstelling met een tweede jaar verlengd. De laatste tijd worden behalve bij RIAGG's ook in ziekenhuizen AGNIO's in vast dienstverband aangesteld.

68% van de door Heitkamp onderzochte artsen had een vast dienstverband. Krachtens de CAO AGGZ is het niet mogelijk een AGNIO langer dan een jaar in dienst te hebben, zonder dat de aanstelling overgaat in een vast dienstverband.

7. *De AGNIO's zelf* – De AGNIO's vormen een heterogene groep. Sommigen willen zich oriënteren in de psychiatrie alvorens definitief

voor een vak te kiezen. Anderen hebben al voor de psychiatrie gekozen en willen met het opdoen van ervaring hun kans op een opleidingsplaats vergroten. Een derde groep hoopt met psychiatrische ervaring eerder in aanmerking te komen voor een opleiding in een ander vak. Ten vierde zijn er AGNIO's die het opgegeven hebben ooit de opleiding psychiatrie te kunnen volgen. Daarnaast is er nog een aparte groep artsen die wel met een artsdiploma binnen de GGZ wil werken, maar niet binnen de psychiatrie strictu sensu. Deze kiest bij voorbeeld voor de psychotherapie of voor het management.

Ervaringsgegevens wijzen erop dat de grote meerderheid van AGNIO's graag (alsnog) de kwalificatie psychiater wil verwerven. De concurrentie om opleidingsplaatsen is echter groot. Een schatting van het aantal gegadigden op basis van voorkeur voor de vervolgopleidingen (Commissie Werkgelegenheid LBB 1986) en uitstroom uit de basisopleiding komt op ongeveer 600 artsen die op enig moment solliciteren naar een van de ongeveer zestig reguliere plaatsen in een of meer opleidingen psychiatrie. Dit correspondeert tamelijk goed met het ervaringsgegeven dat gemiddeld op elke vacature 50 tot 100 artsen solliciteren. Voor hen wordt de situatie gecompliceerd doordat bij alle opleidingen het aantal plaatsen veel kleiner is dan de vraag. Mede daardoor staat de wijze waarop de toelating tot de vervolgopleidingen geregeld is aan kritiek bloot (LBB 1989; Landsbergen en Starmans 1990).

Naar de ervaringen van de AGNIO's is weinig onderzoek gedaan. Representatieve gegevens ten aanzien van hun takenpakket, hun kwalificatie, hun plaats binnen de instellingen en de belasting die daaruit voortvloeit, zijn niet actueel, onvolledig of ontbreken. Een AGNIO-baan wordt slechts voor beperkte tijd aantrekkelijk gevonden vanwege het ontbreken van een beroepsperspectief op de langere termijn. Het lijkt erop dat voorheen verreweg de meeste AGNIO's in de psychiatrie na verloop van enige jaren in opleiding kwamen, maar dat dit voor de jongste lichtingen niet meer geldt.

Beschouwing

1. *De kwaliteit van de zorg* – AGNIO's beschikken niet over de deskundigheid van psychiaters, en voor de kwaliteit van hun werk bestaan minder garanties dan voor dat van psychiaters. Het verder dalen van de verhouding psychiaters/AGNIO's zal leiden tot een verdere verschuiving van het takenpakket van de AGNIO's in de richting van dat van psychiaters en zal daardoor meer supervisie noodzakelijk maken. De voor supervisie beschikbare menskracht wordt echter relatief minder. Ten aanzien van de supervisorische kwaliteiten van de psychiaters kunnen de instellingen steeds minder eisen stellen. Er dienen dus grote vraagtekens gezet te worden bij de effectiviteit van het 'superviserende vangnet', de belangrijkste kwaliteitsgarantie voor het werk van de

AGNIO's. Sluipend zal de kwaliteit van de supervisie sterk verwateren. Ook Ravelli en De Haen e.a. wijzen op de negatieve effecten van het AGNIO-schap op de kwaliteit van de zorg. Hierop is ook het volgende van invloed.

2. *Instellingen* – Het begeleiden van en leiding geven aan de andere GGZ-disciplines is een belangrijke taak van psychiaters. Het vereist echter een hoge mate van ingevoerd zijn in het vak om te kunnen overzien wat de werkwijzen van deze andere disciplines zijn en hoe ze op die van de psychiater en die van elkaar aansluiten. Juist in deze taak zullen AGNIO's, die meestal hun handen al vol hebben aan hun eigen patiëntenzorg, te kort schieten. Het aandeel van niet-medici in het werk neemt immers ook toe. De afbakening van verantwoordelijkheden schiet daardoor eveneens te kort. Door hun minder ontwikkelde beroepsidentiteit voelen AGNIO's zich bovendien vaak onvoldoende in staat tegenspel te bieden aan al langere tijd in het vak werkzame niet-medische medewerkers. Dat kan leiden tot competentieconflicten die schadelijk zijn voor zowel de zorg en de organisatie als voor de AGNIO's en de overige medewerkers. Tevens zullen AGNIO's in de toekomst steeds meer aan de inbreng van de psychiatrie in het beleid van instellingen moeten bijdragen. Dit zal de structurering van de organisatie van de instellingen en hun positie binnen het veld niet ten goede komen. De Haen e.a. wijzen hier ook op.

3. *De AGNIO's* – De AGNIO's verkeren in een onaantrekkelijke positie. Hun basisopleiding vertoont gebreken. Ze hebben weinig geregelde takenpakketten, waarvoor ze bovendien onvoldoende zijn opgeleid en onvoldoende supervisie krijgen. Niet alleen is onduidelijk hoe en wanneer ze afdoende aanvullende opleiding kunnen verwerven, ook is niet goed bekend van welke aard en van welk niveau die zou moeten zijn. Hun ongunstige uitgangspositie bij de samenwerking met andere medewerkers vormt een extra belasting. Hun te grote verantwoordelijkheid kan leiden tot schade aan hun eigen gezondheid.

Daar komt bij dat zij op korte termijn vaak in grote onzekerheid verkeren over voortdurend van hun aanstelling, of ze in opleiding kunnen komen en in welk vak dat dan zal zijn. Voor hen die in de psychiatrie willen blijven is er een grote kans dat ze het vak nooit ten volle en naar de stand van de wetenschap zullen kunnen uitoefenen. Daardoor missen ze ook de loopbaanperspectieven van de psychiater. Voor vele functies zullen ze nooit in aanmerking komen. Ook zullen ze nooit zelfstandig het beroep kunnen uitoefenen.

4. *Economische gevolgen* – Het ligt voor de hand dat de lagere deskundigheid van AGNIO's voor het verrichten van psychiater-werk de behandelingen zowel minder effectief als minder efficiënt maakt. De econo-

mische meerwaarde van een psychiater boven die van een AGNIO laat zich moeilijk kwantificeren en wordt belangrijker naarmate het aantal psychiaters afneemt. De beschouwingen van Ravelli en De Haen e.a. maken inzichtelijk dat het werken met AGNIO's ten minste in de huidige situatie de zorg duurder maakt.

Daarnaast zijn er secundaire financiële gevolgen in de vorm van gemiste produktiviteit en inkomen van patiënten die een onvoldoende effectieve of efficiënte behandeling hebben gekregen. Ten slotte zijn er immateriële gevolgen voor patiënten door langer durend en ernstiger lijden, die zich echter niet in geld laten uitdrukken. Voor zowel de zorgverzekeraars als de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen lijkt het AGNIO-schap een onaantrekkelijke optie voor de bemensing van de psychiatrische diensten.

5. *De opbouw van het geneeskundig beroepen- en kwalificatiestelsel* – Het AGNIO-schap betekent een dubbele breuk met het vigerende kwalificatiestelsel: de AGNIO's vormen in feite een medisch middenkader en de regulering daarvan past niet bij die van de geregistreerde artsen. De discussie over de formele instelling van een medisch middenkader is intussen doodgebloed.

De KNMG houdt zich niet gericht met het probleem bezig (KNMG 1990). De door de overheid gedelegeerde verantwoordelijkheid wordt onvoldoende ingevuld. In een recent commentaar vanuit WVC (Verhoeff 1991) op het BOC-rapport werd het bestaan van een medisch middenkader als feitelijk gegeven beschouwd zonder meer. Ook de uiteindelijk verantwoordelijke instantie blijft dus in gebreke. Netelenbos achtte bij de behandeling van het wetsontwerp BIG in de Tweede Kamer de bevoegdheden van de basisarts dan ook te ruim bemeten (de Volkskrant 1992). De overheid voert echter een beleid van deregulering, terwijl de beroepsgroep sterk pleit voor het behoud van haar bevoegdheden terzake. Het AGNIO-schap is dan ook al als argument aangevoerd voor een pleidooi de uitsluitende bevoegdheid van de beroepsgroep inzake het medische kwalificatiestelsel ter discussie te stellen (LBB 1989). Het AGNIO-schap kan voorts leiden tot een discussie over het bestaande systeem zelf.

6. *De positie van de psychiatrie* – AGNIO's zijn niet in staat de positie van de psychiatrie in alle aspecten afdoende te waarborgen. Dat geldt het eerst en het meest de instellingspsychiatrie, maar uiteindelijk ook de psychiatrie in het algemeen. Ze geeft terrein prijs. Dat is des te opvallender, omdat de opleiding tot psychiater in de beschreven periode aanzienlijk aan gewicht gewonnen heeft en verlenging met een half jaar in het verschiet ligt.

Binnen de medische specialismen neemt de psychiatrie door haar eigen aard al een relatief omstreden positie in. Juist in de psychiatrie zijn

veel AGNIO's werkzaam en hebben deze veel specialistische taken. Ook ten opzichte van de andere medische disciplines en specialismen wordt de psychiatrie dus uitgehold.

Ook valt te voorzien dat het AGNIO-schap een onafhankelijke en storende factor gaat vormen binnen de dynamiek betreffende de positie van deelgebieden binnen de psychiatrie. Binnen de 'sociale geriatrie' en de verslavingszorg zijn immers relatief veel AGNIO's werkzaam.

Het verwerven van een positie kost meer tijd en moeite dan het opgeven daarvan. Voor het terugwinnen van verloren terrein geldt dat nog sterker. Bovendien was de medische beroepsgroep vroeger in vergelijking met andere zeer sterk georganiseerd. Met een toenemende professionalisering binnen de belendende beroepsgroepen wordt hun positie relatief sterker.

Conclusie

Het groeiende aantal AGNIO's bezet een steeds groter wordend terrein dat – tegen het bestaande kwalificatiestelsel in – door de officiële psychiatrie aan wildgroei wordt prijsgegeven. Door de overwegend negatieve gevolgen voor alle betrokken partijen is er sprake van een probleem. In plaats van inhoudelijk-professionele motieven hebben onder de dekmantel van volumebeheersing van zorg en ontmedicalisering economische en bureaucratische motieven de ontwikkeling bepaald. Het lijkt noodzakelijk deze snel en drastisch bij te sturen om te voorkomen dat de GGZ nog meer achterblijft bij de meer somatisch gerichte gezondheidszorg en de psychiatrie haar positie verliest.

Met dank aan dr. G. Hellinga en prof. dr. W. van Tilburg voor hun kritische commentaar op de tekst en aan mevrouw drs. M.A. Lie voor haar hulp.

Literatuur

- Boom, F. van den (1988), *De behoefte aan psychiaters: van een voorspeld overschot naar een nijpend tekort?* Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (intern rapport), Utrecht.
- Borst-Eilers, E., A. Querido en J.A.C. de Kock van Leeuwen (1989), *Voorstel tot het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode*. Ministerie van WVC, Rijswijk.
- Commissie Werkgelegenheid van de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (1986), *Basisarts, en dan...?* Wetenschapswinkel Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Haen, F. de, en W. van der Windt (1992), *Psychiaters gevraagd*. Nationaal Ziekenhuis-instituut, Utrecht.
- Heitkamp, M.K.M. (1988a), *Artsenfuncties in de RIAGG; de ongeregelde situatie rond geregelde en niet-geregelde functies*. WAGG (intern rapport), Utrecht.
- Heitkamp, M.K.M. (1988b), *Moeilijk vervulbare vacatures en functies in de RIAGG: Voorkomen en voorkomen*. Heitkamp en Van Waalwijk, organisatieadviseurs, Zwolle.

- KNMG (1990), Beleidsplan 1991-1993. *Medisch Contact* 45, 1100-1102.
- KLOZ, KPZ, LSV, NZR en VNZ (1989), *Raamovereenkomst*.
- Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (1989), *Knelpunten Specialistenopleidingen*. Utrecht.
- Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (1986), *Housestaff in Nederland: oplossing of illusie?* Utrecht.
- Landsbergen, E., en R. Starmans (1990), De toelatingsprocedure voor de beroepsopleiding tot huisarts. Is selectie (nu) verantwoord? *Medisch Contact* 45, 1465-1468.
- Metz, J.C.M., J.A. Bulte en E.J.M. van Paridon (1990), *Basisarts; bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentenschappen*. Ministerie van O&W, Zoetermeer.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut (1988), *House Staff*. Utrecht.
- Ravelli, D. (1991), Groeiend tekort aan psychiaters. Van voorspeld overschot tot actueel tekort. *Medisch Contact* 46, 723-725.
- RIAGG Zuid-Kennemerland (1990), *Het grillige grensgebied tussen sociale psychiatrie en psychotherapie*. Haarlem.
- Specialisten Registratie Commissie (1990), *Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de S.R.C. erkende opleidingsinrichtingen*. Utrecht.
- Specialisten Registratie Commissie (1991a), Jaarverslag 1990. *Medisch Contact* 46, 1561-1565.
- Specialisten Registratie Commissie (1991b), Richtlijnen en criteria voor herregistratie. *Medisch Contact* 46, 251-255.
- Spreeuwenberg, C., en W.R. Kastelein (1991), Instructie arts-assistenten. *Medisch Contact* 46, 318.
- Verhoeff, J. (1991), De vorming tot arts en de medische beroepsuitoefening. *Medisch Contact* 46, 42-44.
- De Volkskrant (29 januari 1992), *Tuchtrecht moet ook gelden voor fysiotherapeuten*.

Summary: AGNIO's in psychiatry: exploration of a problem

During the past ten years a growing number of physicians, the so called AGNIO's, have been working in mental health care as psychiatrists, although they are not qualified as such. This situation is discussed against the background of past and future developments in the medical profession in the Netherlands. Their tasks and additional education are discussed. Comparisons are made between the qualification and guarantee for quality of AGNIO's and psychiatrists. An estimation is made of the number of AGNIO's and their legal status is described.

The consequences for the quality of psychiatric care and institutions, the AGNIO's, the medical professions and psychiatry are described. It is concluded that logistic-economic motives played a major part in the present developments. The situation will worsen for all those who are involved.

J.P.L. Leijten is als AGIO-psychiatrie werkzaam bij de Valeriuskliniek te Amsterdam. Opleider: prof. dr. W. van Tilburg. Correspondentieadres: IJselstraat 30K, 1078 CJ Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-6-1992.