

# Wordt de psychiater van de toekomst een multispecialist of een superspecialist?

M.G. NIJS, B. SABBE

**ACHTERGROND** Het object van de psychiatrie laat zich niet eenvoudig definiëren en kenmerkt zich door een grote verscheidenheid en complexiteit in afwijkend menselijk gedrag. Wat betekent dit voor de opleiding? Is een sterk doorgevoerde specialisatie vanaf het begin van de opleiding de enige optie om het vakgebied te ontwikkelen?

**DOEL** Een richting formuleren van de toekomstige opleiding in Nederland en Vlaanderen.

**METHODE** Reflectie door twee senior psychiaters, uit België en Nederland.

**RESULTATEN** Het profiel van de psychiater van de toekomst is dat van multispecialist. Het is wenselijk om in de opleiding vooral de competenties te ontwikkelen waar jonge collega's hun leven lang plezier van kunnen hebben: naast de klinische competenties inzake diagnostiek en behandeling, betreft het samenwerken, communicatie, leiderschap (organisatie) en professionaliteit. Met name psychotherapeutische vaardigheden zijn daarbij essentieel. Omdat doorgroeien in het specialisme na de opleiding onvermijdelijk is, zullen de bij- en nascholing veel meer moeten worden afgestemd op de opleiding. Van de huidige aandachtsgebieden (ouderenpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie) moet de volwassenenpsychiatrie verder worden opgesplitst in deelspecialisaties. Beroepsverenigingen moeten de overstap van het ene deelgebied naar het andere faciliteren zonder uitgebreide administratieve eisen. Het enthousiasmeren van medisch studenten voor de psychiatrie en het rekruteren moeten actief worden aangepakt.

**CONCLUSIE** In de hele opleiding (4 jaar in Nederland; 5 jaar in België) moet het aanleren van algemene competenties (*truncus communis*) worden benadrukt. Deze competenties vormen de basis voor een specialisatie na de opleiding, en zorgen ervoor dat de psychiater voldoende breed inzetbaar blijft.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)3, 159-163

**TREFWOORDEN** algemene competenties, multispecialist, opleiden, rekrutering, superspecialist



ARTIKEL



De breedte van het vak psychiatrie blijkt uit een standaardwerk zoals de 10de editie van *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (Sadock e.a. 2017), een boek van 4997 pagina's met bijdragen van meer dan 600 experts. Kennis met een hoog soortelijk gewicht over zeer uiteenlopende onderwerpen: genetica, epigenetica, *human connectome project*, menselijk microbiom, neurowetenschappen, beeldvormend onderzoek, neuropsychiatrie, psychiatrische taxonomie, farmacotherapie, diverse psychotherapiestromingen, enzovoorts. Onbegonnen werk om zich dat in een mensenleven eigen te maken, laat staan kritisch

de nieuwe ontwikkelingen op die diverse gebieden op de voet te volgen in een vier- of vijfjarige opleiding.

In de beperking kent men de meester; er moeten keuzes worden gemaakt. Kiest men voor een brede opleiding die de nadruk legt op algemene competenties of kiest men vanaf de start voor een ver doorgevoerde specialisatie? Moet een psychiater het brede werkveld kunnen overzien? Of is dit hooglijk achterhaald en is een psychiater genoodzaakt zich in een klein deelgebied te specialiseren?

In dit artikel schetsen wij een aantal inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen die bepalend zijn bij de

toekomstige inrichting van de opleiding; 1. veranderende organisatie van de zorg; 2. taakverschuiving van medisch specialist en psychiater; 3. tekort aan psychiaters; 4. weinig belangstelling voor psychiatrie onder medisch studenten; 5. verkorting van opleidingsduur in Nederland.

### Veranderende organisatie van de zorg

De jaarprevalentie van psychiatrische aandoeningen wordt op 20-25% geschat. Terwijl de beschikbare capaciteit aan middelen en mensen op 6% ligt. Welk deel van de 20% de 6% van de beschikbare zorg consumeert, is onduidelijk. Er is dus een reëel tekort in het aanbod van psychiatrische behandelingen en een probleem van selectie. De kans is aanwezig dat psychiaters niet de juiste patiënten behandelen en dat er sprake is van een ondoelmatige inzet van middelen (Van Os & Delespaul 2018).

Willen we de zorg betaalbaar en toegankelijk houden, dan zullen we deze anders moeten organiseren. De geneeskunde wordt toenemend een netwerkgeneeskunde georganiseerd rond de patiënt. Ook psychiatrische zorg zal in toenemende mate vermaatschappelijken. Psychiaters zullen de rol van regiebehandelaar moeten opgeven en veel meer in een netwerk van hulpverleners gaan opereren waarin de patiënt de regie heeft. Afhankelijk van de te leveren zorg zal de psychiater zichzelf een flexibele rol moeten toebedelen, soms leidinggevend, in andere gevallen meer ondersteunend dan wel adviserend.

### Taakverschuiving van medisch specialist en psychiater

Het visiedocument 'Medisch Specialist 2025, ambitie, vertrouwen, samenwerken' van de Federatie van Medisch Specialisten (2017) (in Nederland) gaat uit van een nieuwe definitie van gezondheid om de taken van de medisch specialist te definiëren. Gezondheid wordt gezien als *'het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'* (Huber e.a. 2011). De nadruk komt te liggen op kwaliteit van leven, veerkracht, zelfregie, herstel en sociaal functioneren; minder op afwezigheid van ziekten.

De psychiater wordt veel meer een coach die zich bekwaamt in datgene wat psychotherapie effectief maakt en die zijn of haar kennis en kunde inzet in het herstelproces. De behandeling wordt rond de patiënt georganiseerd en de arts is één van de actoren in een netwerk van professionele en informele hulpverleners (familie, burens en ervaringsdeskundigen). De nadruk ligt op de context van de zieke en op zijn rol in zijn ziek-zijn.

Hoe wordt in deze veranderende taakopvattingen het profiel van de psychiater afgebakend? De psychiatrie is niet het enige vak dat zich met psychische aandoeningen bezighoudt. Taken die vroeger door een psychiater werden

### AUTEURS

**MAURITS NIJS**, psychiater, psychotherapeut, oud-programmadirecteur Landelijk Psychiatrieonderwijs NVvP.

**BERNARD SABBE**, gewoon hoogleraar psychiatrie, CAPRI, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, en diensthoofd Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel-Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Maurits Nijls.

E-mail: mauritsnijls@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-1-2019.

uitgevoerd, worden nu door klinisch psychologen, gz-psychologen, psychotherapeuten of gz-verpleegkundigen overgenomen. Het profiel van de psychiater moet worden geherdefinieerd en gepreciseerd.

### Tekort aan psychiaters

Wereldwijd is er een groot tekort aan psychiaters. Dat geldt uiteraard voor niet-westerse landen, maar ook voor de vs, Groot-Brittannië, Scandinavië, Australië en Nieuw-Zeeland. Zo wordt in de vs voor 2024 een tekort voorspeld van minstens 14.000 (Satiani e.a. 2018). In Groot-Brittannië zou in vier jaar tijd het aantal psychiatervacatures zijn verdubbeld, vacatures worden langdurig niet opgevuld (5-10%). Ook in Nederland is er een chronisch tekort aan psychiaters. Het aantal vacatures, afhankelijk van de geraadpleegde bron, varieert; maar overtreft wellicht de 200.

In Vlaanderen is het zorgaanbod door psychiaters ontoereikend. Dit tekort manifesteert zich expliciet in de vele wachtlijsten, en op meer impliciete wijze in een chronisch structureel onderaanbod inzake psychiatrische diagnostiek en behandeling (Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België 2013).

### Weinig belangstelling voor psychiatrie onder medisch studenten

In tal van westerse landen is de belangstelling voor de psychiatrie onder medisch studenten niet overweldigend (Goldacre e.a. 2011; Curtis-Barton & Eagles 2011; Lunn 2011). 15-23% van de opleidingsplaatsen blijft vacant. Tamaskar & McGinnis (2002) zochten naar verklaringen hiervoor, hetgeen de volgende meningen opleverde onder studenten: 'psychiatrische patiënten zijn niet te genezen', 'psychiatrie is onwetenschappelijk', 'psychiatrie is oninteressant want psychiaters kunnen alleen psychofarmaca

voorschrijven', 'door andere medisch specialismen wordt misprijzend neergekeken op de psychiatrie', 'als je toch medicijnen gestudeerd hebt, kan je beter niet in de psychiatrie werken: het heeft geen status en je moet werken voor een veel lager salaris'.

Deze meningen tonen dat de vooroordelen over psychiatrie die breed onder de bevolking leven hardnekkig zijn en worden overgenomen. Als deze studenten arts zijn geworden, zal 'het stigmatiseren van de psychiatrie' niet ophouden, en worden vooroordelen doorgegeven aan volgende generaties (Persaud 2017). Een directe ervaring met patiënten met een psychiatrische aandoening in de medische opleiding helpt om stigmatisering een halt toe te roepen (Eksteen e.a. 2017) en studenten te enthousiasmeren voor het vak.

### Verkorting van opleidingsduur in Nederland

In oktober 2013 werd een opleidingsakkoord gesloten tussen de toenmalige minister van vws en verschillende veldpartijen binnen geneeskunde (NFU, NVZ-STZ, GGZ NL, DJS en het CGS) om tot een bezuinigingspakket van 218 miljoen euro te komen. Eén van de belangrijkste besluiten was om de opleiding van alle medisch specialisten met een half jaar te verkorten in 2022. Voor de psychiateropleiding betekent dit een inkrimping tot 4 jaar, het strikte wettelijke minimum om aan de Europese eisen te kunnen voldoen (Kaderbesluit CCMS, KNMG 2014).

In Vlaanderen is de actuele opleidingsduur van 5 jaar onderwerp van debat, waarbij sommigen zelfs een verlenging voorstaan. Er wordt sterk gepleit voor de integratie van een volwaardige psychotherapieopleiding in de opleiding tot psychiater (Cools & Hebbrecht 2019).

## DISCUSSIE

### Competentieniveaus

Sinds 2005 is in Nederland en België voor medisch specialisten een competentiegerichte opleiding ingevoerd (CanMEDS); in Vlaanderen is deze geïmplementeerd in de master-na-masteropleiding. Met het herzien van CanMEDS in 2015 stelt men dat de opleiding van een medisch specialist niet klaar is bij zijn of haar erkenning. Levenslang leren is het motto. Je moet leren je verdere ontwikkeling proactief ter hand te nemen met bij- en nascholing.

In CanMEDS 2015 heeft men de professionele ontwikkeling gemarkeerd met mijlpalen (*milestones*): beginner, gevorderde beginner, competente professional, zeer bekwame professional en ten slotte expert (of meester). Van een erkend specialist verwacht men dat hij of zij op het niveau van een *competent professional* functioneert.

Hierbij dienen zich twee problemen aan. Ten eerste zijn de minimumeisen (niveau competent) of eindtermen voor

een beginnend psychiater noch in Vlaanderen, noch in Nederland voldoende gedefinieerd. Ten tweede moeten opleiding en bij- en nascholing in elkaars verlengde liggen, en dat is nu niet het geval; de bij- en nascholing is nu voornamelijk aan de vrije markt overgelaten.

### Aandachtsgebieden

De drie aandachtsgebieden zijn in de huidige opleiding ontoereikend. Het opleidingstraject in Nederland begint met een algemeen opleidingsdeel van 2,5 jaar, gevolgd door een van de drie aandachtsgebieden (kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie en ouderenpsychiatrie), met een duur van 2 jaar. In Vlaanderen bestaan twee afzonderlijke opleidingstrajecten, één voor volwassenen en één voor kinder- en jeugdpsychiatrie; een duidelijk traject voor de ouderenpsychiatrie ontbreekt.

Wij pleiten voor uitbreiding van het algemene deel van de opleiding. Leidt het traject voor toekomstige kinderpsychiaters en (in Nederland voor) ouderenpsychiaters tot een duidelijk profiel, voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie is dat minder het geval. Na het voltooiën van de opleiding is het verder opsplitsen van het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie gewenst, omdat de behandelcontext en -methodiek in de volgende onderdelen heel verschillend zijn: ziekenhuispsychiatrie, acute psychiatrie, sociale psychiatrie, klinische psychiatrie, transculturele psychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrie voor patiënten met een verstandelijke beperking, psychiatrische psychotherapie en beleidspsychiatrie.

### Inhoud van de opleiding

De psychiater van de toekomst zal zijn of haar vak uitoefenen in een sterk veranderende zorgorganisatie en aangezien de vraag het aanbod ver overstijgt, zijn duidelijke keuzes nodig. Deze keuzes betreffen de vraag waar en hoe de psychiater het beste wordt ingezet en welke rollen en taken hij of zij in een multi- of interdisciplinaire ggz op zich neemt. Verder moeten we rekening houden met het reeds chronische tekort aan psychiaters, het gebrek aan belangstelling van medisch studenten voor de psychiatrie en de verkorting van de opleidingsduur in Nederland. Wat kunnen we hieruit concluderen over de gewenste inhoud van de opleiding?

Allereerst moet de opleiding inzetten op een brede vorming met de klemtoon op de klinische kerncompetenties inzake diagnostiek en behandeling van vooral ernstige, complexe en chronische ziektebeelden. Juist hier zijn psychotherapeutische vaardigheden voor een psychiater essentieel. De voornaamste bron van beroepsvoldoening zal het zo goed mogelijk behandelen van patiënten blijven, met integratie van biologische, psychologische, sociale en

existentieel-humanistische determinanten van gezondheid en ziekte.

Kennistoename resulteert in een opsplitsing in deelgebieden. Zolang de subspecialisaties leiden tot een toename van kennis en behandel mogelijkheden valt dit toe te juchten. Maar er is een schaduwzijde. Er mogen dan multidisciplinaire richtlijnen en *evidence-based* behandelprotocollen bestaan voor specifieke stoornissen, de complexiteit van de klinische werkelijkheid confronteert ons met comorbiditeit en een beperkte conceptvaliditeit van stoornissen. Dat vraagt om een breed opgezette opleiding. Gedurende de hele geschiedenis van ons vak vormt het onderscheid tussen psychiatrische stoornissen en homeostatische reacties op ongewenste levensgebeurtenissen een centrale preoccupatie (Nijs & Bueno de Mesquita 2019). Van alle professionals werkzaam in de ggz zijn psychiaters het beste toegerust om dit cruciale onderscheid te maken, omdat ze in de meest diverse en moeilijke omstandigheden (patiënten in crisis, in de kliniek, thuis, op de polikliniek of in de chronische zorg) de meest uiteenlopende patiënten spreken.

Psychiaters dragen 24-uursverantwoordelijkheid. Ze taxeren risico's en gevaar en opereren op het grensvlak van specialistische ggz, somatische geneeskunde, openbare veiligheid en maatschappij. In die richting zal de psychiatrie zich steeds meer gaan ontwikkelen, andere taken kunnen door andere zorgprofessionals zoals klinisch psychologen, gz-psychologen, gz-verpleegkundigen en huisartsen worden overgenomen. Dat betekent dat zij de volle breedte van de psychische aandoeningen moeten kennen. Daar zal de opleiding op gericht moeten zijn. Daartoe zullen psychiaters patiënten moeten blijven zien en met name patiënten met ernstige psychische aandoeningen, bij het begin en in het hele verloop van hun ziekte.

Door een tekort aan psychiaters en hun brede kennis bestaat het gevaar dat zij een superviserende rol krijgen als regiebehandelaar en de fijne kneepjes van het vak verleren. Geïntegreerde zorg is het devies omdat de zorg anders te gefragmenteerd wordt en de kwaliteit van zorg eronder lijdt (probleem van comorbiditeit bij een patiëntenpopulatie die steeds ouder wordt).

In netwerken zal de psychiater verschillende rollen toebedeeld krijgen (behandelaar, *playing captain*, coach, supervisor of adviseur). Het vervullen hiervan vraagt aparte training in leidinggevende en communicatieve psychotherapeutische competenties.

## CONCLUSIE

Als 'levenslang leren' het leidend principe is, zullen de rekrutering van medisch studenten voor het vak psychiatrie, de opleiding van artsen tot psychiater, en de na- en bijscholing van psychiaters veel beter dan nu op elkaar moeten worden afgestemd.

De opleiding van psychiater wordt in Nederland teruggebracht tot een vierjarige opleiding. Bij een krimpende arbeidsmarkt van psychiaters (taken worden door andere disciplines overgenomen) en bij een toenemende vraag naar flexibiliteit op diezelfde arbeidsmarkt is het breed houden van de opleiding noodzakelijk.

Na het afronden van de opleiding kunnen psychiaters zich verder specialiseren, al dienen zij hun hele carrière hun algemene competenties op peil te houden (Beeres 2017). Het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie verdient verdere differentiatie. De carrière van een psychiater zal gemiddeld 40 jaar duren. Om te voorkomen dat de psychiater ingedut of opgebrand raakt, moet een soepele overgang van het ene deelgebied naar een ander gestimuleerd worden. Een brede opleiding biedt daarvoor de beste garantie.

## LITERATUUR

- Beeres M. Superspecialisatie maakt ggz vleugellam. *Medisch Contact* 2017; 20 juli: 22-4.
- Cools O, Hebbrecht K. De opleiding psychiatrie in Vlaanderen door de ogen van de arts in opleiding. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: xxx-xx.
- Curtis-Barton MT, Eagles JM. Factors that discourage medical students from pursuing a career in psychiatry. *The Psychiatrist* 2011; 35: 425-9.
- Eksteen HC, Bekker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63: 782-91.
- Federatie Medisch Specialisten. *Visiedocument Medisch Specialist* 2025. Utrecht: FMS; 2017.
- Frank JR, Snell L, Sherbino J, red. *canMEDS 2015, Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: 2018.
- Goldacre MJ, Fazel S, Smith F, Lambert T. Choice and rejection of psychiatry as a career: surveys of UK medical graduates from 1974 to 2009. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 228-34.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: 235-7.
- KNMG, Centraal College Medische Specialismen. *Kaderbesluit CCMS*. Utrecht: KNMG; 2015.

- Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Advies over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening. Brussel: KAGB; 2013.
- Lunn B. Recruitment into psychiatry; an international challenge. *Aust NZ J Psychiat* 2011; 45: 805-7.
- Nijs MG, Bueno de Mesquita JM.. De toekomst van de psychiatrie en de psychiater van de toekomst. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 217-23.
- Os van J, Delespaul PH. Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 96-104.
- Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *BJPsych Bulletin* 2017; 24: 284-5.
- Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry (10e ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- Satiani A, Niedermier J, Satiani B. Projected workforce of psychiatrists in the United States: a population analysis. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 710-3.
- Tamaskar P, McGinnis R. Declining student interest in psychiatry. *JAMA* 2002; 287: 1859.

## SUMMARY

# Should the psychiatrist of the future become a multi-specialist or a super-specialist?

M.G. NIJS, B. SABBE

**BACKGROUND** The subject of psychiatry is not easy to define and is characterised by considerable complexity of dysfunctional human behaviour. What does this mean for the training of psychiatrists? Is further differentiation with a strong specialisation from the start of the training process the only option to develop the discipline?

**AIM** To formulate a strategic direction for the future training of psychiatrists in the Netherlands and Belgium.

**METHOD** Personal reflection by two senior psychiatrists from the Netherlands and Belgium.

**RESULTS** The profile of the psychiatrist of the future is that of a multi-specialist. It is desirable to keep the training programme broad and to develop sufficient competencies for young colleagues to enjoy throughout their careers: in addition to the clinical competencies in diagnostics and treatment, it concerns cooperation, communication, leadership (organisation), and professionalism. Psychotherapeutic skills are essential. Specialisation after the formal education is almost inevitable. Of the current focus areas (geriatric psychiatry, child and adolescent psychiatry and adult psychiatry), especially adult psychiatry should be further differentiated. The professional associations should facilitate the transfer from one sub-area to another sub-area without extensive administrative work. The enthusiasm of medical students for psychiatry should be actively stimulated, based on a new professional profile.

**CONCLUSION** Throughout the entire program (4 years in the Netherlands, 5 years in Belgium) learning general competencies (truncus communis) must be advocated. These competencies must form the basis for a deepening or specialisation after the training. This should ensure that psychiatrists can move relatively smoothly from one sub-area to another. The psychiatrist as a multi-specialist.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)3, 159-163

**KEY WORDS** education, general competencies, multi-specialist, psychiatric training, recruitment, super-specialist