

Forum Psychiatrie

Commissie Beroepsuitoefening
Taakgroep Profielschets Psychiater

Ontwerptekst: eindversie

Profielschets Psychiater

Dr. Marc H.M. Hermans
Dr. Jos Bollen
Dr. Geert Dom
Dr. Sven Estercam
Dr. Joris Vandenberghe

september 2002

Ten geleide

Historiek en groei van deze tekst

De evoluties binnen het psychiatrische werkveld maakten het op verschillende ogenblikken tijdens de beraadslagingen van het Forum Psychiatrie duidelijk dat er nood was aan een degelijke beschrijving van het profiel van een psychiater.

De vergadering besliste tijdens haar bijeenkomst van 28 januari 2002 een taakgroep “Profielchets Psychiater” te belasten met het uitschrijven van een visietekst. Daarbij werd verwezen naar een gelijkaardig document van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, een neerslag van een drie jaar durende studie en bevraging. Ondertussen publiceerde deze vereniging een nieuw document dat duidelijk de veranderde tijdsgeest weerspiegelt.

In een eerste fase maakten we dankbaar gebruik van een ongepubliceerde tekst ten behoeve van de Commissie Opleiding van de hand van collega Bollen. Dit document vormde een geactualiseerde en bovendien zeer inspirerende start. Naast dit materiaal moesten echter ook andere aspecten ingebracht, aangevuld, gestructureerd, tot een leesbaar geheel worden verwerkt.

Jos Bollen en Geert Dom brachten vele ideeën aan, wezen op impliciete maar nog te ontwikkelen denkpistes, op de mogelijke vormgeving van de tekst.

Sven Estercam en Joris Vandenberghe boden als arts-assistenten hun medewerking aan samen met die van de Vereniging Vlaamse Assistenten Psychiatrie vzw. Ze onderlijnden vooral het belang van een kwaliteitsvolle opleiding, naast de aspecten van beroepsuitoefening.

Daarnaast willen we niet voorbijgaan aan de hulpverleners buiten de psychiatrische discipline die ons wezen op recente en relevante wijzigingen binnen hun vakgebied. Ook hen willen we hierbij expliciet bedanken.

In een tweede fase werden enkele vergaderingen van het Forum Psychiatrie besteed aan grondige lectuur en bijsturing van eerdere versies. Zoals verwacht vroegen collegae accenten te leggen of te verleggen, verzochten ze sommige deelaspecten verder uit te werken. Ook naar de collegae die de moeite namen deze ontwerp teksten met kritische aandacht door te nemen gaat uiteraard onze dank. De taakgroep “Profielchets Psychiatrie” van de Commissie Beroepsuitoefening binnen het Forum Psychiatrie kon op die wijze een voldoende breed onderschreven werkdocument aanleveren.

In een derde beweging werd het document dan naar buiten gebracht.

Een eerste keer werd hij ter bespreking voorgesteld op een discussiegroep tijdens het Eerste Vlaamse Congres Geestelijke Gezondheidszorg in september 2002. De tekst werd met een verrassende appreciatie onthaald. De discussie zelf leverde enkele zinvolle aanwijzingen op voor verdere tekstaanpassingen.

De publicatie van de bijgestuurde eindversie in de *Nieuwsbrief* van de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen zorgde voor een verdere en ruimere verspreiding. Bij gelegenheid van

verschillende LOK-vergaderingen werd de tekst besproken, al dan niet in aanwezigheid van één van de auteurs.

We kregen ook vele individuele reacties, commentaren, suggesties. Onze dank gaat dan ook uit naar de collegae die ons bij diverse gelegenheden hun duit in het zakje deden.

Teneinde op een voldoende brede academische basis te kunnen steunen, werd deze ontwerptekst ook aan de opleiders psychiatrie van de Vlaamse universiteiten voorgelegd.

Inhoud en structuur van dit document

Bij de aanvang leek het vooral een reflecterende tekst te worden. Het psychiatrische werkveld is immers verre van monotoon. Het biedt de mogelijkheid om voor elk deelgebied een afzonderlijke beschrijving te bieden. Aldus opgevat zouden we echter nooit binnen de vooropgestelde tijd een werkdocument hebben kunnen afleveren.

We kozen er dus voor om de afzonderlijke beschrijvingen voor latere gelegenheden te laten, en ons te beperken tot de beschrijving van de gemeenschappelijke aspecten van de “gemiddelde” psychiater. Sommige collegae hebben deze keuze betreurd.

Andere collegae stelden dan weer vragen die het herschrijven van de tekst noodzakelijk maakten en wel op een manier die een consensus weer in vraag stelden, bereikt in de loop van enkele lezingen met anderen. Ook deze collegae moeten we dus noodzakelijkerwijze teleurstellen.

Tenslotte waren sommige bemerkingsen zo omvattend en tegelijkertijd zo laattijdig dat ze wellicht beter in een volgende bewerking van de tekst een plaats toebedeeld krijgen.

In het begin stootten we dus op heel wat vragen. Er groeide echter langzamerhand over een aantal punten een voldoende duidelijke consensus. De tekstinhoud kreeg daardoor duidelijk meer het karakter van een positioneringstekst. Uit de contacten met collegae bleek dat hij daardoor soms te ver gaat, voor anderen dan weer niet ver genoeg.

Dit doet naar onze mening geen afbreuk aan het oorspronkelijke opzet een visietekst uit te schrijven, een document aan de hand waarvan zowel binnen als buiten de discipline psychiatrie een ruim opgezette discussie kan worden gevoerd.

De tekst zelf vangt aan met een bondige synthese. Nadien volgen een vijftal delen.

In het eerste deel beschrijven we kort het wettelijke kader, de opleiding en de praktijkvoering zoals ze actueel bestaat. In deel twee gaan we in op de consequenties van het gegeven dat psychiatrie een medisch specialisme is, dat een psychiater ook arts is. We bekijken daarom het gehanteerde model, de plaats van de psychiatrie in de maatschappij en de evoluties die beide doormaakten en nog doormaken. Zonder hierop diep in te gaan, wijzen we toch op enkele bestaande knelpunten. In het derde deel ontwikkelen we dan onze visie op “een psychiater”. In het vierde deel bieden we een bondig overzicht van de noodzakelijke basiscompetenties, en in deel vijf de opleidingsaspecten die tot deze competentie moeten leiden.

Tot slot

Mijn dank gaat uiteraard in eerste instantie naar alle vier de collegae die me bij het schrijven van deze tekst hebben geholpen. Ze deden dit op een kritische maar respectvolle en aanmoedigende wijze. Zo werd het schrijven van deze tekst niet alleen een uitdaging, maar ook een boeiende ervaring waarin, indien ik ook in hun naam mag spreken, veel wederzijdse waardering groeide. Zonder de samenwerking met deze collegae was het mij onmogelijk geweest om de opstelling van voorliggend document in zijn huidige vorm tot een goed einde te brengen. De laatste loodjes wegen steeds het zwaarst. Bij de afronding van deze tekst leerde ik collega Geert Dom als een onvermoeibaar kritische lezer kennen, meewerkend tot aan de eindmeet, waarvoor expliciter mijn erkenning.

Even vanzelfsprekend gaat mijn dank uit naar de vele collegae die met hun constructieve kritiek hebben bijgedragen tot het welslagen van dit project. Daarbij denken we allereerst aan de deelnemers binnen het Forum Psychiatrie, maar onze appreciatie gaat evenzeer naar diegenen die de moeite namen om met aandacht de eerdere versies van deze profielschets kritisch door te nemen en me hun commentaren te bezorgen.

We zijn verheugd als opstellers van deze tekst te weten dat hij de instemming wegdraagt van vele collegae psychiaters in Vlaanderen. We beseffen echter ook dat dit document niet af is.

Wij hopen dat hij mag bijdragen tot verdere reflectie over de uitbouw van een betere geestelijke gezondheidszorg, waarbinnen hulpverleners in onderling overleg met grotere tevredenheid kunnen werken, en waar hulpvragers kwalitatief betere hulp kunnen bekomen.

Dr. Marc H.M. Hermans

Voorzitter van de taakgroep “Profielschets Psychiater” van het Forum Psychiatrie

Dr. Jos Bollen

Lid van de Commissie Opleiding van het Forum Psychiatrie

Dr. Geert Dom

Voorzitter van de Commissie Beroepsuitoefening van het Forum Psychiatrie

Dr. Sven Estercam

Dr. Joris Vandenberghe

Geneesheren Specialisten in Opleiding

vertegenwoordigers van de Vlaamse Vereniging van Geneesheer-Assistenten

Inhoudstafel

1. Het algemene kader waarbinnen een psychiater handelt	1
1.1. het wettelijke kader	1
1.2. de actuele opleiding	2
1.2.1. <i>De eerste twee opleidingsjaren zijn “geacademiseerd”</i>	
1.2.2. <i>De opleiding is in de allereerste plaats een klinische opleiding</i>	
1.2.3. <i>De beroepsgroep zelf voorziet hierin in de persoon van erkende stagemeesters</i>	
1.2.4. <i>De Erkenningscommissie en de Hoge Raad voor Geneesheren Specialisten en de kwaliteitsbewaking van de opleiding</i>	
1.2.5. <i>Het belang van leerdoelen</i>	
1.3. de psychiatrische praktijk	3
1.3.1. <i>de arts-patiënt-relatie</i>	
1.3.2. <i>de werksettings</i>	
1.3.3. <i>samenwerking met andere disciplines</i>	
1.3.3.1. <i>Huisartsen</i>	
1.3.3.2. <i>Somatisch georiënteerde collegae</i>	
1.3.3.3. <i>Andere psychiaters</i>	
1.3.3.4. <i>Verpleegkundigen</i>	
1.3.3.5. <i>Psychologen</i>	
1.3.3.6. <i>Maatschappelijke werkers</i>	
1.3.3.7. <i>Andere disciplines</i>	
1.3.3.8. <i>Multidisciplinaire teams</i>	
1.3.3.9. <i>De “playing captain”</i>	
1.4. samenvatting	6
2. Psychiatrie, een medisch specialisme	8
2.1. Het bio-psycho-sociaal model	8
2.1.1. <i>erkenning van multicausale pathogenese</i>	
2.1.2. <i>uitdrukking van een holistische intentie</i>	
2.1.3. <i>unieke ziektebeelden op de helling</i>	
2.1.4. <i>een uitgewerkt formeel wetenschappelijk model</i>	
2.1.5. <i>behandelingen worden noodzakelijkerwijze meerdimensionaal</i>	
2.2. Psychiatrie, in evolutie qua doelgroepen en qua benaderingswijze	9
2.2.1. <i>qua doelgroepen</i>	
2.2.2. <i>qua benaderingswijze</i>	

2.3. Een maatschappij ook zelf in verandering	10
<i>2.3.1. Wetgevend werk vertaalt vaak veranderende maatschappelijke opvattingen</i>	
<i>2.3.2. Een nieuwe problematiek moet aan een aantal sociologische voorwaarden voldoen vooraleer de maatschappij dit rekent tot de bevoegdheid van een geneesheer, en per extensie tot deze van een psychiater</i>	
<i>2.3.3. Wanneer krijgt een beroepsgroep een zorgopdracht toegewezen?</i>	
<i>2.3.4. Onze maatschappij bepaalt mee wat al dan niet als psychiatrische stoornis wordt beschouwd</i>	
<i>2.3.5. De opdracht van een psychiater binnen een zich ontwikkelende maatschappij kan niet vast bepaald worden omschreven</i>	
2.4. Psychiatrie, medisch specialisme verankerd in een maatschappij	13
<i>2.4.1. Onze maatschappij speelt een belangrijke rol in de praktische en formele organisatie van gezondheidszorg, waaronder dus ook de psychiatrische hulpverlening</i>	
<i>2.4.2. Er bestaat geen gezondheid zonder geestelijke gezondheid</i>	
2.5. Psychiatrie als ankerpunt voor patiënten	14
<i>2.5.1. Psychiaters moeten patiënten centraal blijven plaatsen in hun hulpverleningsaanbod</i>	
<i>2.5.1.1. De individuele behandelrelatie blijft voor een individuele patiënt zeer belangrijk</i>	
<i>2.5.1.2. Aandacht voor de geboden zorgkwaliteit is daarbij een voorname leidraad</i>	
<i>2.5.1.3. De patiënt en zijn omgeving zijn actieve partners in het uitwerken van zorg</i>	
<i>2.5.2. Veel aandacht dient besteed aan rehabilitatie en reïntegratie</i>	
<i>2.5.3. Psychiaters kunnen dus niet anders dan een maatschappelijke bijdrage leveren</i>	
<i>2.5.4. Een gericht gezondheidsbeleid is noodzakelijk</i>	
<i>2.5.4.1. Het vooropgestelde doel is het terugdringen van prevalentie- en incidentiecijfers</i>	
<i>2.5.4.2. De psychiatrie moet haar plaats innemen in het debat over ontstaansfactoren</i>	
<i>2.5.4.3. Dit veronderstelt bij alle actoren een holistische visie op kwalitatief goede zorg</i>	
2.6. Aandachtspunten en knelpunten in een uitgebreide opdracht	15
<i>2.6.1. Psychische stoornissen veroorzaken een grote morbiditeit qua frequentie</i>	
<i>2.6.2. Psychiatrische stoornissen veroorzaken een grote morbiditeit qua duur</i>	
<i>2.6.3. Psychiatrische stoornissen verminderen de levensverwachting</i>	
<i>2.6.4. Psychiatrische stoornissen verminderen de levenskwaliteit van partners en familie</i>	
<i>2.6.5. Er is een toenemende vraag naar zorg</i>	
<i>2.6.6. Werktijdverkorting laat zich ook in de gezondheidsberoepen voelen</i>	
<i>2.6.7. De gezinsonvriendelijke organisatie van de gezondheidsberoepen</i>	
<i>2.6.8. Preventie en vroegbehandeling, wordt essentieel in een toekomstgerichte aanpak</i>	

3. De visie op “een psychiater”	17
3.1. De algemene lijnen van het psychiaterprofiel	17
3.1.1. <i>Een profielschets vanuit de discipline zelf</i>	
3.1.2. <i>Een psychiater blijft in de eerste plaats een arts</i>	
3.1.3. <i>Binnen het bio-psycho-sociale model een hulpverlener bij uitstek</i>	
3.1.4. <i>De algemene patiëntbenadering vanuit het bio-psycho-sociale model</i>	
3.1.4.1. <i>De vraag naar de tussenkomst van een psychiater</i>	
3.1.4.2. <i>In een eerste fase van de benadering van een individuele patiënt</i>	
3.1.4.3. <i>De keuze van de behandelingsmodaliteiten in overleg met de betrokkene(n)</i>	
3.1.4.4. <i>De psychiater binnen het team</i>	
3.2. De concrete inhoud van het psychiaterprofiel	19
3.2.1. <i>Patiënt- en patiëntstelselgerichte taken</i>	
3.2.1.1. <i>Een psychiater is in eerste instantie bekwaam een therapeutische relatie aan te gaan, uit te bouwen, vol te houden, te evalueren en deze ook te beëindigen</i>	
3.2.1.2. <i>Een psychiater staat voor de zorgcontinuïteit</i>	
3.2.1.3. <i>Een psychiater is het best geplaatst om het overleg over een medicamenteuze behandeling te begeleiden</i>	
3.2.1.4. <i>Met kennis van zaken moet hij advies geven omtrent psychotherapeutische interventies</i>	
3.2.1.5. <i>Hij onderzoekt en evalueert mee de planning en uitvoering van sociale begeleidingstrajecten</i>	
3.2.1.6. <i>Inschatten en evalueren van de arbeidsongeschiktheid en het opstellen van de nodige attesten</i>	
3.2.1.7. <i>Afwegen met welk doel en op welke wijze hij de verschillende disciplines zal of kan betrekken c.q. integreren in de behandeling</i>	
3.2.1.8. <i>Naar behoren en gedifferentieerd kunnen rapporteren</i>	
3.2.2. <i>Niet-patiëntgerichte taken</i>	
3.2.2.1. <i>In toenemende mate eisen niet-patiëntgebonden taken de psychiater op</i>	
3.2.2.2. <i>Een psychiater participeert op verschillende niveaus</i>	
4. Basiscompetenties van een psychiater	21
4.1. het beschikken over voldoende kennis	21
4.2. verwerven van voldoende vaardigheden	21
4.3. ontwikkeling van voldoende geschikte attitudes	22

5. Opleidingsaspecten	23
5.1. De basisopleiding tot geneesheer dient meer aandacht te schenken aan psychiatrische aandoeningen	23
5.2. De actuele opleidingsvorm tot psychiater kan in essentie worden behouden	23
5.2.1. <i>Een curriculum dient te worden opgesteld</i>	
5.2.2. <i>Een concrete formulering van eindtermen</i>	
5.2.3. <i>Het uitschrijven van de leerdoelen</i>	
5.2.4. <i>Verschillende onderwijsmodaliteiten ondersteunen het proces van kennisverwerving</i>	
5.2.5. <i>Praktische training neemt een voorname plaats in</i>	
5.2.6. <i>Toetsing van de opgedane kennis en ervaring is een noodzakelijk onderdeel</i>	
5.2.7. <i>Alle aspecten van het hele opleidingsproces vergen best regelmatige evaluatie</i>	
5.2.8. <i>Een psychotherapieopleiding is een essentieel onderdeel van de opleiding tot psychiater</i>	
5.2.9. <i>Organische en biologische psychiatrie zijn een essentieel onderdeel van de theoretische en praktische vorming van GSO's</i>	
5.2.10. <i>Het stageboekje</i>	
5.2.11. <i>Publicatie of mededeling</i>	
6. Synthese – Profielbeschrijving van psychiater	27
6.1. Het wettelijk kader waarbinnen de psychiater functioneert, evolueert	
6.2. De werkomgeving van de psychiater evolueert	
6.3. De psychiater als “playing captain” van het team	
6.4. Iedere discipline biedt haar eigen meerwaarde	
6.5. De psychiater is het best geplaatst om de noodzakelijke synthese gestalte te bieden	
6.6. De taken van de psychiater zijn zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden	
6.7. De maatschappij doet steeds meer een beroep op de geestelijke gezondheidszorg	
6.8. Maar treedt desondanks in niet te verwaarlozen mate stigmatiserend op	
Literatuur	29

1 **Synthese – Profielbeschrijving van psychiater**
 2
 3

4 De psychiater oefent zijn beroep als arts uit binnen het uitgebreid wettelijke kader betreffende
 5 de uitoefening van de geneeskunde in België. Zowel de opleiding als de erkenning van de
 6 beroepstitel worden wettelijk geregeld.
 7

8 Als medisch specialist heeft een psychiater een specifieke bekwaamheid bij de detectie,
 9 diagnose, behandeling en preventie van psychiatrische aandoeningen en hun gevolgen. De
 10 nadruk ligt hierbij op de interactie tussen de hersenwerking en andere psychische en
 11 omgevingsfactoren.
 12

13 In de beroepsuitoefening van de psychiater staat de arts-patiënt-relatie centraal. Vanuit de
 14 complexiteit van psychiatrische stoornissen en hun gevolgen, werkt een psychiater vaak
 15 samen met andere medische disciplines en beroepsbeoefenaars binnen de geestelijke
 16 gezondheidszorg.
 17

18 Specifieke competenties bepalen de bekwaamheid van de psychiater als medisch specialist.
 19 Samen met de algemene competenties als arts vormen zij het fundament van het
 20 beroepsprofiel.
 21

22 De kandidaat-psychiater verwerft deze competenties binnen een langdurige en intensieve
 23 opleiding. Het opdoen van klinische ervaring en wetenschappelijke onderbouwde kennis
 24 vormen hiervan de essentie.
 25

26 Zowel opleiding als beroepsbeoefening en bijgevolg ook het beroepsprofiel, blijven
 27 permanent in evolutie. Ze dienen hierbij aan te sluiten op de veranderingen op
 28 wetenschappelijk gebied, in het wettelijk kader, en binnen het ruimer maatschappelijk
 29 gebeuren.
 30

30 **1. Het algemene kader waarbinnen een psychiater handelt**

31

32 **1.1. Het wettelijke kader**

33

34 Het Koninklijk Besluit (KB) 78ⁱ van 10 november '67 betreffende “de uitoefening van de
35 geneeskunde, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies”
36 vormt nog steeds het wettelijk kader waarbinnen elk handelen van deze beroepsgroepen door
37 de wetgever wordt geregeld.

38 Dit KB bepaalt dat het onvoldoende is dat iemand het diploma van arts heeft behaald om als
39 arts te mogen werken. Nadien moet de betrokkene ook de maatschappelijke toestemming
40 verkrijgen om dit beroep uit te oefenen. Daartoe brengt de Provinciale Geneeskundige
41 Commissie van de provincie, waar deze haar of zijn geneeskundige activiteit in hoofdzaak zal
42 uitoefenen, haar visum aan op het diploma.

43 Met deze maatschappelijke toelating gehecht aan het diploma, kan een arts zich laten
44 inschrijven op de lijst van de betreffende Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren.
45 Deze heeft de opdracht toe te zien op de correcte beroepsuitoefening door de arts in kwestie.
46 Deze dient daarbij de deontologische codeⁱⁱ te volgen.

47

48 Na de geneeskundige basisopleiding kan een arts aan een geneeskundige faculteit tot
49 geneesheer-specialist in de psychiatrie worden opgeleid. Dit vergt onder meer de aanvaarding
50 van de kandidaat door de betrokken faculteit, de goedkeuring van een stageplan door de
51 Erkenningscommissie van de betrokken specialiteit, en het slagen in een theoretisch examen
52 na een tweejarige interuniversitaire opleiding. Sinds enkele jaren wordt dit traject formeel
53 geregeld door een Ministerieel Besluitⁱⁱⁱ (MB), naar de betrokken minister, in de
54 wandelgangen het “Besluit Colla” genoemd.

55 Aangezien de keuze van de onderscheiden opleidingsplaatsen met hun eigen kenmerken een
56 zekere vakgerichtheid binnen de psychiatrie meegeeft, schenkt elke vooruitziende kandidaat
57 hieraan voldoende aandacht.

58

59 Recent werden door minister Aelvoet de subspecialisaties “volwassenpsychiatrie” en “kinder-
60 en jeugdpsychiatrie” erkend^{iv}. Dit MB beschrijft de criteria betreffende de opleiding en
61 erkenning. Samenvattend vereisen deze criteria van een kandidaat dat zij of hij (1) voldoet aan
62 de algemene opleidingscriteria beschreven in het MB Colla, (2) een voltijdse 5 jaar durende
63 opleiding volgt die (3) de theoretische en klinische studie van verschillende disciplines in de
64 psychiatrie bevat, (4) met bijzondere accenten naargelang de kandidaat voor volwassenen- of
65 kinder- en jeugdpsychiatrie kiest.

66

67 Zonder dat we het in dit document verder uitwerken, is het vanzelfsprekend dat de
68 psychiatrische beroepsuitoefening ingeschreven ligt in de bredere context van de Europese
69 regelgeving, internationale overeenkomsten en verdragen zoals de Universele Verklaring van
70 de Rechten van de Mens, het Verdrag inzake de rechten van het kind^v, de Conventie van
71 Helsinki of deze van Genève.

72

73

73 1.2. De actuele opleiding

74 1.2.1. De eerste twee opleidingsjaren zijn “geacademiseerd”

75
76 In de loop van deze twee aanvangsjaren moet een GSO voldoende basiscompetenties (kennis,
77 attitudes en vaardigheden) opdoen. Deze worden aangereikt in colleges, momenteel ingericht
78 door een interuniversitaire groep. Dit opleidingsonderdeel wordt afgesloten met een examen.
79 Daarnaast wordt ook een reële deelname aan wetenschappelijk onderzoek verwacht. Hierbij
80 verwerft een GSO vertrouwdheid met een wetenschappelijk denkkader. Het leren kritisch
81 verwerken van wetenschappelijk onderzoek en informatie is hierbij een centraal leerdoel.
82

83 1.2.2. De opleiding is in de allereerste plaats een klinische opleiding

84
85 Het is een langdurige opleiding: ze duurt immers vijf jaar aansluitend op de zeven jaar
86 opleiding tot arts. Het aantal uren beschikbaarheid die deze met zich meebrengt schept vele
87 leermomenten. De intense contacten met patiënten en hun familieleden die ze vraagt, leggen
88 de basis voor een brede ervaring met verschillende vormen van psychiatrische aandoeningen
89 en het daarmee verbonden lijden. Ze biedt ervaring met verschillende vormen van
90 hulpverlening zowel aan patiënten als aan hun families. De samenwerking met andere
91 disciplines draagt bij tot het verwerven van kennis en inzichten in mogelijkheden en
92 beperkingen van de andere hulpverleners.

93 Een GSO leert zo ook wat het is om op velerlei ogenblikken van de dag en de nacht, in de
94 week en in het weekend, een continuïteit van hulpverlening mee te verzekeren die door geen
95 enkele andere discipline binnen de geestelijke gezondheidszorg moet worden geboden. Al
96 deze elementen verlenen aan de opleiding tot psychiater een grote intensiteit die van de
97 betrokken arts voldoende draagkracht vergt.
98

99 1.2.3. De beroepsgroep zelf voorziet hierin in de persoon van erkende stagemeesters

100
101 De erkenningscriteria voor de stagemeester-supervisor en de stageplaats worden bij MB
102 vastgelegd. De aard van de relatie tussen GSO en stagemeester is bijzonder. De GSO is
103 student èn werknemer, de stagemeester-supervisor is werkgever èn opleider. De
104 wederkerigheid tussen stagemeester-supervisor en de GSO staat centraal en deze relatie moet
105 voldoende ruimte bieden voor supervisie, kennisoverdracht en begeleiding.
106

107 1.2.4. De Erkenningscommissie - en dus de Hoge Raad voor Geneesheren Specialisten - is 108 verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van de opleiding

109
110 De Erkenningscommissie formuleert de leerdoelen en eindtermen, datgene wat een psychiater
111 moet kennen en kunnen. De inhoudelijke invulling van de opleiding is een
112 gemeenschappelijke opdracht van de medische faculteiten en de beroepsgroep van
113 psychiaters.

114 De Erkenningscommissie houdt toezicht op de uitvoering van de theoretische en praktische
115 opleiding en controleert of de eindtermen worden gerealiseerd.
116

117 1.2.5. Leerdoelen

118
119 Het werken met leerdoelen wordt in de internationale literatuur meermaals aangehaald. Ze
120 zorgen ervoor dat een GSO weet wat zij of hij moet kennen en kunnen. Het ondersteunt ook

121 het ontwikkelen van een autonome werkstijl. Anderzijds weten opleiders wat zij van de GSO
 122 kunnen verwachten en kunnen zij de opleiding beter coördineren.
 123 Evaluatie- en feedbackmoment vormen een vast onderdeel in een opleidingsproces. Ze bieden
 124 plaats voor eventuele bijsturing en het formuleren van nieuwe leerdoelen.

125

126 **1.3. De psychiatrische praktijk**

127

128 *1.3.1. De arts-patiënt-relatie*

129

130 Binnen de psychiatrische praktijk vormt de arts-patiënt-relatie een essentieel element. Naast
 131 de deskundigheid^{vi} aangaande psychiatrische aandoeningen vindt een patiënt er de
 132 noodzakelijke veiligheid om haar of zijn kwetsbaarheid te tonen, de vragen te stellen naar het
 133 hoe en het waarom van haar of zijn psychisch onwelbevinden.

134 De ervaren kwaliteit van de relatie met de psychiater als de geïdentificeerde steunfiguur
 135 bepaalt of en in welke mate iemand zich tegenover deze bepaalde arts als patiënt wil
 136 opstellen.

137 Vertrouwelijkheid en het wettelijk bepaalde beroepsgeheim zijn zeer belangrijk bij een keuze
 138 voor een psychiater^{vii}.

139

140 *1.3.2. De werksettings*

141

142 Psychiaters zijn binnen diverse settings, doorheen de verschillende echelons van de
 143 gezondheidszorg werkzaam. Een beperkte verkenning van het werkveld toont al gauw dat
 144 psychiaters vaak werken in drie of meer soms erg verschillende werksettings. Vaak komt dit
 145 de continuïteit van zorg ten goede. De deontologie erkent de noodzaak hiervan en staat een
 146 psychiater dan ook toe op meer dan twee onderscheiden plaatsen reguliere patiëntencontacten
 147 te onderhouden.

148

149 Privé werkende psychiaters dragen een belangrijk deel van de ambulante hulpverlening.
 150 Daarnaast werkt een meerderheid ook binnen hospitalen, op PAAZ-en, en in psychiatrische
 151 ziekenhuizen. Daarbij kan het gaan om residentiële, semi-residentiële, transmurale of
 152 ambulante hulpverlening, waarbij de nadruk veeleer ligt op multidisciplinaire samenwerking.
 153 Zonder enige volledigheidsbetrachting wijzen wij verder op de functies die psychiaters
 154 vervullen binnen de ambtenarij, als OCMW-werknemer, binnen Centra voor Geestelijke
 155 Gezondheidszorg, Medisch-Pedagogische Instituten, Centra voor Observatie, Oriëntatie en
 156 Onthaal, als juridische experts of binnen gevangenissen.

157

158 *1.3.3. Samenwerking met andere disciplines*

159

160 Privé dan wel in een multidisciplinair georiënteerde setting, steeds ontmoet een psychiater in
 161 min of meerdere mate hulpverleners van andere disciplines.

162

163 *1.3.3.1. de huisarts staat centraal binnen de gezondheidszorg*

164 De aandacht die de laatste decennia binnen de huisartsenopleiding werd geschonken aan
 165 gesprekstechnieken en psychologische factoren in ziekteprocessen biedt mogelijkheden om
 166 kennis en inzichten omtrent algemene psychologische begrippen en processen ingang te doen
 167 vinden. Daarnaast heeft dit wellicht bijgedragen tot het wegnemen van de taboementaliteit
 168 rond psychiatrische aandoeningen. Weliswaar speelt de persoonlijke interesse voor
 169 psychiatrische aandoeningen daarbij een grote rol, maar huisartsen vormen een stevig
 170 bruggenhoofd in de eerste lijn en de mantelzorg. Soepel verlopende contacten tussen huisarts

171 en psychiater vormen daarnaast een informele basis voor verdere mogelijke navorming en
 172 opleiding van huisartsen. Ze vergemakkelijken de dialoog en versoepelen feedback in de
 173 richting van de psychiater.

174

175 *1.3.3.2. de samenwerking met somatisch georiënteerde collegae verdient meer aandacht*

176 Een te beperkte kennis over psychiatrische ziektebeelden en heersende maatschappelijke
 177 taboes brengen met zich mee dat somatisch georiënteerde collegae nog steeds slechts vrij laat
 178 een psychiater om advies durven vragen. Psychiatrische ziektebeelden dragen nog vaak het
 179 etiket "niet of onvoldoende behandelbaar". Een verwijzing naar een psychiater kan zo een
 180 bedreiging vormen voor de eigen behandelrelatie van de collega in kwestie. De patiënt kan
 181 dit, zeker op het einde van een observatietraject, als een impliciete stigmatisatie ervaren, met
 182 alle afweer van verdere hulpverlening als gevolg.

183 Dit spanningsveld verdient dus bijzondere aandacht omwille van het zorguitstel, de verlate
 184 genezing met onnodig langer en soms ook ernstiger lijden. In het verlengde daarvan ontstaan
 185 er bovendien niet te verwaarlozen gezondheidseconomische consequenties.

186

187 *1.3.3.3. ook de samenwerking met collegae psychiaters bekleedt een centrale rol*

188 Het is evident dat één psychiater niet met voldoende kennis van zaken over alle psychiatrische
 189 deelterreinen kan spreken. Delegatie van opdrachten en werkverdeling zijn dan ook schering
 190 en inslag. Alleen maar ter illustratie kan men wijzen op verschillende behandelvormen
 191 (farmacotherapie versus psychotherapie), op behandelsettings (PAAZ versus psychiatrisch
 192 ziekenhuis, versus privé werkende psychiater, versus liaisonpsychiater) of bvb ook op
 193 opdrachtgevers (behandelaar op vraag van de patiënt versus gerechtsexpert op vraag van de
 194 rechtbank).

195

196 *1.3.3.4. verpleegkundigen*

197 Deze zijn van oudsher vertrouwde medewerkers van artsen. Zij kenden binnen hun vakgebied
 198 de laatste decennia een toegenomen specialisatie die leidde tot een grotere professionaliteit^{viii}
 199 ^{ix}. Dit geldt niet alleen voor somatisch georiënteerde verpleegkundigen, maar evenzeer voor
 200 sociaal- en psychiatrisch verpleegkundigen. De wijze waarop ze verpleegkundige interventies
 201 uitvoeren, beantwoordt aan eigen uitgewerkte en getoetste methodieken. Daarnaast krijgen
 202 verpleegkundigen nu vaak bijkomende taken toegewezen omwille van een grotere expertise
 203 verworven na bijkomende opleidingen.

204

205 *1.3.3.5. Psychologen*

206 Het samenwerkingsverband met de klinisch psychologen binnen de geneeskunde is van
 207 recentere datum^x. Hun benadering van psychisch ziek zijn wordt uiteraard in belangrijke mate
 208 mee bepaald door hun basisopleiding. Gedurende hun basisopleiding maken psychologen
 209 kennis met de studie van het normale psychische functioneren van de mens. Het is in het
 210 tweede gedeelte van de universitaire opleiding dat tussen verschillende andere werkgebieden
 211 ook kan gekozen worden voor het klinische werkveld. Tijdens klinische stages van een jaar,
 212 verwerven ze zich geleidelijk aan een vertrouwdheid met psychiatrische ziektebeelden.
 213 Daarbij scherpen ze hun diagnostische en psychotherapeutische vaardigheden aan. Daarna
 214 vatten zeer vele psychologen een bijkomende psychotherapeutische opleiding aan teneinde
 215 zich op dit terrein grondiger bekwaamheden eigen te maken.

216

217 *1.3.3.6. Maatschappelijke werkers*

218 Van misschien even recente datum is de samenwerking met maatschappelijke werkers.
 219 In het verleden lag het zwaartepunt van hun actieterrein op kennis en toepassing van de
 220 sociale wetgeving^{xi}. Ondertussen ontstond echter een grote verbreding van het werkveld.

221 Een patiënt verwierf zich weliswaar zoals elk burger een versterkte en verfijnde individuele
 222 rechtspositie, maar geraakt hieruit vaak niet meer wijs. Binnen dit spanningsveld kan een
 223 maatschappelijk werker dan een oriënterende, begeleidende en adviserende rol opnemen voor
 224 een patiënt die ten aanzien van de maatschappij bepaalde rechten kan doen gelden of ook
 225 plichten moet vervullen. Binnen een psychiatrische setting merkt men dat maatschappelijke
 226 werkers vaak inspiratie zoeken binnen het systeemtheoretische kader.

227

228 *1.3.3.7. andere disciplines*

229 Binnen andere structurele settings werken psychiaters ook met andere disciplines samen.
 230 We denken dan bijvoorbeeld aan vrijetijdsagogen, bewegingstherapeuten, ergotherapeuten,
 231 kinesitherapeuten, logopedisten, muziektherapeuten, opvoeders, orthopedagogen, pedagogen.

232

233 *1.3.3.8. multidisciplinaire teams*

234 De complexe situaties waarbinnen psychiatrische aandoeningen zich ontwikkelen en waartoe
 235 ze ook bijdragen, vergen vaak een multidisciplinair optreden. Deze multidisciplinaire aanpak
 236 kan slechts goed verlopen wanneer een goede afstemming van de verschillende hulpverleners
 237 leidt tot een coherent en vruchtbaar samenspel.

238

239 Was in het verleden de werkrelatie met andere disciplines hiërarchisch gekleurd, dan traden
 240 hierin gedurende de laatste decennia belangrijke verschuivingen op. De wens tot autonomie
 241 en profilering van de onderscheiden disciplines heeft de werkrelatie met hen minder
 242 transparant gemaakt. Hun beoefenaars eisen nu taken of deeltaken op waarvoor ze menen
 243 voldoende competentie te hebben verworven om ze al dan niet volledig zelfstandig gestalte te
 244 geven.

245

246 *1.3.3.9. de “playing captain” binnen behandelteams*

247 De vroegere werkrelatie maakte plaats voor een andere samenwerkingsvorm, een andere vorm
 248 van leiding geven vanwege psychiaters. Frequent beschrijft men deze nieuwe verhouding met
 249 de andere teamgenoten in het beeld van de “playing captain”. Het is een vorm van leiding
 250 geven die uitnodigt, stimuleert, functies op elkaar helpt afstemmen in een sfeer van
 251 eenduidige afspraken en open communicatie. Deze gecoördineerde samenwerking moet
 252 resulteren in een behandelresultaat waarmee de patiënt en diens familie het best zijn geholpen.

253

254 Een psychiater moet zich de daartoe noodzakelijke competentie, tijdens de eigen specifieke
 255 opleiding verwerven. Het is vanuit deze competentie dat een psychiater met voldoende
 256 inzichten de bruggen kan slaan. Dit geldt niet alleen voor brugfuncties binnen het
 257 behandelteam, maar ook voor brugfuncties naar actoren buiten het behandelteam zoals
 258 verwijzers en andere hulpverleners.

259

260 Naast zijn kennis omtrent psychiatrische en somatische aandoeningen, beschikt hij over
 261 voldoende kennis en vaardigheden vanuit minstens één psychotherapeutische opleiding
 262 gekozen uit één van de vier grote psychotherapierichtingen. Daarnaast beschikt hij over
 263 voldoende sociaalrechtelijk en maatschappelijk inzicht.

264

265 Op die wijze is een psychiater in staat om binnen alle componenten van het holistische bio-
 266 psycho-sociaal model, die kanalen te activeren volgens de geldende wetenschappelijke
 267 normen, noodzakelijk om een gunstig behandelresultaat te bereiken en de medische
 268 eindverantwoordelijkheid te dragen binnen alle werksettings waarin hij is tewerkgesteld.
 269 We zullen in het volgende deel uitgebreider terugkomen op de rol en de betekenis van dit bio-
 270 psycho-sociaal model.

271

271 **2. Psychiatrie, een medische discipline**

272

273

274 **2.1. De psychiater, een medisch specialist**

275

276 *2.1.1. De psychiater is een arts*

277

278 Zich specialiseren tot psychiater kan iemand slechts na het behalen van het artsdiploma. Dit
 279 veronderstelt dat men het geheel van de basiskennis, de diverse vaardigheden en attitudes
 280 heeft verworven die men van een arts mag verwachten. Gedurende de ganse loopbaan zal een
 281 psychiater een basisbekwaamheid als arts op een niveau moeten houden dat mee bepaald
 282 wordt door de concrete arbeidsomstandigheden. Daarnaast zal een psychiater zich ook ten
 283 allen tijde moeten houden aan deontologische en wettelijke voorschriften, waaronder het
 284 wettelijk bepaalde beroepsgeheim.

285

286 *2.1.2. Een arts, verder opgeleid tot specialist*

287

288 Specialiseren wil zeggen een bepaald deelgebied van de geneeskunde kiezen waarop men een
 289 bijzondere bekwaamheid in opsporing, diagnose, behandeling en preventie van aandoeningen
 290 wil verwerven. Het formele traject daartoe beschreven we in zijn actuele vorm in wat
 291 voorafging onder “Het algemene kader”. Voor psychiatrie richt men zich hierbij tot het
 292 deelgebied van de psychiatrische aandoeningen.

293 Psychiatrische stoornissen en de gevolgen ervan kenmerken zich door een hoge graad van
 294 complexiteit die men op dit moment operationaliseert in een theoretisch model, het bio-
 295 psycho-sociale model.

296 Hoewel niet exclusief voor de psychiatrie als medische discipline, is binnen dit vakgebied een
 297 specifieke aandacht voor deze samenhang kenmerkend.

298

299 *2.1.3. Het bio-psycho-sociaal model*

300

301 *2.1.3.1. erkenning van multicausale pathogenese*

302

303 Dit model ontstond vanuit de vaststelling dat onmiskenbaar noch exclusief biologisch-
 304 organische, noch zuiver mentale, noch puur maatschappelijke mechanismen een voldoende
 305 wetenschappelijk onderbouwde verklaring konden bieden voor de waargenomen ziekten van
 306 een patiënt. Kritische stemmen binnen de psychiatrische discipline kregen aldus duidelijk
 307 gehoor^{xiii}. Bovendien treedt dit model ook nu nog tegemoet aan externe, maatschappelijk-
 308 filosofische bronnen van kritiek^{xiiii}.

309

310 Differentiële invloeden van genetische, andere biologische, psychologische en sociale
 311 factoren op het ontstaan van ziekteprocessen vinden een plaats binnen het model^{xiv}. De
 312 mogelijkheden die deze vooropgestelde multicausaliteit met zich meebrengt, bepalen in grote
 313 mate de aantrekkelijkheid ervan. Het behoedt voor een simplistisch en lineair denken waarbij
 314 oorzakelijke factoren al te gemakkelijk tegenover elkaar worden gesteld.

315

316 *2.1.3.2. uitdrukking van een holistische intentie*

317

318 Het bio-psycho-sociaal model weerspiegelt vooral een consensus gegroeid omtrent een
 319 *ziektemodel*. Het verwijst naar de intentie een brede visie te willen hanteren waarbinnen de
 320 complexiteit van de concrete klinische realiteit een plaats kan vinden. Men kan in deze

321 context spreken van een “oecumenisch” standpunt^{xv} in verband met oorzaken en ontwikkeling
 322 van psychische stoornissen.

323

324 *2.1.3.3. unieke ziektebeelden op de helling*

325

326 Het teruggrijpen naar een nosologisch model bij het invoeren van classificatiesystemen zoals
 327 onder meer de DSM^{xvi}, oogste heel wat kritiek vanuit psychotherapeutische en
 328 maatschappijkritisch georiënteerde psychiaters. Maar ook biologisch georiënteerde
 329 psychiaters^{xvii} wijzen op de wetenschappelijk invalide basispremissen dat stoornissen in het
 330 psychisch ‘apparaat’ zich zouden manifesteren als discrete eenheden waarbij (1)
 331 psychiatrische aandoeningen worden gekenmerkt door een bepaalde symptomatologie, een
 332 bepaald verloop en afloop, een bepaalde therapierespons en, in principe, een bepaalde
 333 pathofysiologie, waarbij (2) iedere entiteit te begrenzen en te onderscheiden zou zijn van
 334 aangrenzende diagnostische constructen. Ondanks hun tekortkomingen zijn
 335 classificatiesystemen zoals DSM en ICD belangrijke instrumenten gebruikt in onderzoek en
 336 behandeling van psychiatrische aandoeningen.

337

338 *2.1.3.4. een uitgewerkt formeel wetenschappelijk model*

339

340 Parallel aan voornoemde consensus ontwikkelde zich een kwetsbaarheidmodel^{xviii} dat men het
 341 “polygenisch multifactoriële drempelmodel” ging noemen^{xix}. Meerdere verondersteld
 342 pathogene genen of genencombinatie leggen een biologische basis waarop omgevingsfactoren
 343 kunnen inwerken, en vice versa. Zo ontstaat een moduleerbare kwetsbaarheid. Eenmaal over
 344 een bepaalde drempel, zal een ziektebeeld ontstaan dat al dan niet geheel of gedeeltelijk
 345 omkeerbaar is.

346

347 Dit legt de basis voor een concept van psychiatrische aandoeningen als
 348 ontwikkelingsstoornissen over een ganse levensloop^{xx} vergelijkbaar met andere chronische,
 349 waaronder somatische, aandoeningen.

350

351 *2.1.3.5. behandelingen worden noodzakelijkerwijze meerdimensionaal*

352

353 Wanneer de oorsprong van een aandoening multicausaal beschreven kan worden, dan volgt
 354 hieruit noodzakelijkerwijze dat ook de behandeling via meerdere benaderingen kan worden
 355 aangevat. Dit biedt het ontegensprekelijke voordeel dat vele wetenschappelijke theorieën een
 356 bijdrage kunnen leveren in de behandeling vanuit de hun eigen inzichten en constructen.

357

358 Op die wijze kan gedacht worden aan de integratie in een psychiatrische behandeling van
 359 elementen aangereikt uit genetische, biologische, psychofarmacologische, psychodynamische
 360 en ontwikkelingspsychologische, gedrags- en cognitieve en leerpsychologische, cliëntgerichte
 361 en experiëntiële, systeemtheoretische en sociaal-agogische kaders, naast de bijdragen vanuit
 362 andere disciplines hierboven reeds vermeld.

363

364

365 **2.2. Psychiatrie, in evolutie qua doelgroepen en qua benaderingswijze**

366

367 *2.2.1. Qua doelgroepen*

368

369 Zoals andere medische specialiteiten voor haar, ontwikkelt de psychiatrie een vergelijkbare
 370 dynamiek van verdere differentiatie. De afzonderlijke specialiteit kinder- en jeugdpsychiatrie

371 kreeg recent haar wettelijke erkenning. Binnen de volwassenenpsychiatrie bieden de
 372 forensische en de verslavingspsychiatrie zich als ernstige kandidaten aan tengevolge van
 373 sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen en verdere professionalisering. Verder zet de
 374 demografische evolutie de deur open voor een afzonderlijke subspecialiteit
 375 gerontopsychiatrie.

376
 377 De grondigere kennis van de diverse persoonlijkheidsstoornissen lijken deze meer en meer tot
 378 een gespecialiseerd vakgebied te bestemmen. De praktijkvoering binnen een privé-kabinet
 379 neemt nog steeds een belangrijk deel van het hulpaanbod voor haar rekening^{xxi}.

380 Daarnaast bevorderde de deïstitutionalisering van de psychiatrische hulpverlening de
 381 ontwikkeling van andere kaders zoals deze van beschut en begeleid wonen, en recenter nog
 382 psychiatrische thuiszorg. Het zijn psychiatrische hulpverleningsvormen die een nieuwe
 383 opdracht toekennen aan de leidende psychiater van het initiatief, van de behandelende
 384 psychiater een aanpassing vragen aan een dergelijk nieuw hulpverleningskader.

385 De toegenomen kennis bij andere medische specialisten omtrent psychiatrische stoornissen en
 386 de afnemende taboesfeer rond psychiatrische hulpverlening bevorderde de ontwikkeling van
 387 de liaisonpsychiatrie^{xxii}.

388

389 2.2.2. *Qua benaderingswijze*

390

391 Psychologie, pedagogie en sociologie hebben middels de hun eigen onderzoekstechnieken
 392 bijdragen geleverd tot een beter begrijpen van factoren bepalend voor het ontstaan, het
 393 verloop, de behandelingssucces en -kwaliteit, alsook in preventie, primair zowel als secundair
 394 van psychiatrische ziektebeelden. Binnen het kader van de humane wetenschappen is het de
 395 persoon van de psychiater zelf die het diagnostisch en het behandelingsinstrumentarium
 396 uitmaakt. De ontmoeting met de intrapsychische wereld van de andere, helpt een psychiater
 397 inzicht te verwerven in de wijze van functioneren van de andere, en kan dit met haar of hem
 398 desgevallend delen. Het gaat hier om processen van betekenis verlenen via interpretatie,
 399 zowel door patiënt als psychiater. De onderscheiden psychotherapierichtingen vormen de
 400 denkende en voelende hefboomen van deze hermeneutische pool. Het handelen blijft hier een
 401 plaats behouden bij therapeut en cliënt/patiënt maar is vaak abstracter in zijn
 402 verschijningsvorm. Bovendien verschilt de betekenis ervan van de ene therapierichting tot de
 403 andere.

404

405 Naast deze hermeneutische pool bestaat er ook een instrumentele, technisch geïnspireerde
 406 pool waar men moderne beeldvormingstechnieken en neurofysiologische onderzoeken (EEG,
 407 complexe computerondersteunde cognitieve testen) aantreft. Aan die pool horen ook
 408 psychofarmaca, electroconvulsietherapie, biofeedback als behandelvormen thuis. Het
 409 instrumentele aspect bepaalt het meer mathematisch, meetbare karakter ervan. Aan deze pool
 410 ontmoet de psychiater andere collegae: neurologen en neurochirurgen, radiologen,
 411 specialisten in de nucleaire geneeskunde, genetici. Deze pool die in volle expansie is, vormt
 412 de directe link naar wat men nu de neurowetenschappen noemt.

413

414 In de dagdagelijkse behandeling van patiënten kiest een individuele psychiater op basis van
 415 voorhanden zijnde evidence based gegevens. Praktisch betekent dit echter ook nog vaak een
 416 keuze maken op basis van de eigen voorkeur, bepaalde door regionale aanwezigheid van
 417 behandelaars met een bepaalde opleiding, financiële beperkingen bij de hulpvrager, de
 418 bestaande beschikbaarheid van de nodige infrastructuur. Kortom, niet-wetenschappelijke
 419 factoren wegen wellicht sterker door in het opstellen van een behandelplan dan we graag
 420 zouden zien.

421 2.3. Een maatschappij ook zelf in verandering

422 2.3.1. Wetgevend werk vertaalt vaak veranderende maatschappelijke opvattingen

423 Een decennium geleden bevestigde de invoering van de wet betreffende de bescherming van
424 de persoon van de geesteszieke^{xxiii} de keuze voor een grotere betrokkenheid van de
425 maatschappelijke orde in de verhoudingen tussen patiënt, maatschappij en artsen.

426 De ziekenhuiswet^{xxiv} regelt de verantwoordelijkheden van artsen en beheerders binnen het
427 ziekenhuis. De wetgever heeft spijtig genoeg nagelaten in het decreet op de centra voor
428 geestelijke gezondheidszorg^{xxv} voor psychiaters aangepaste wettelijke regelingen te voorzien.
429 Hierdoor ontstond een vacuüm met betrekking tot de beschrijving van de
430 verantwoordelijkheid van psychiaters en beheerders ten aanzien van elkaar binnen deze
431 voorzieningen.

432 Zeer weinig ruchtbaarheid kreeg de invoering van de wet op de landsverzekeringen^{xxvi}. Hij
433 heeft nochtans betrekking op veel meer mensen dan psychiatrische zieken. Deze wet staat aan
434 verzekeringsmaatschappijen toe van mogelijke contractanten zeer verregaande machtigingen
435 te eisen voor wat betreft inzagerecht in hun medisch dossier. In het bijzonder voor een
436 psychiatrische zieke is deze wetgeving bedreigend, en wordt hij door psychiatrische
437 hulpverleners dan ook als tergend ervaren. Daarnaast kan men aan het feit voorbijgaan dat er
438 een reële onmogelijkheid is om zich te verzekeren tegen langdurige ongeschiktheid omwille
439 van psychiatrische ziekten, net aandoeningen die zowel koopkracht als zelfredzaamheid
440 behoorlijk kunnen aantasten.

441 De differentiatie van de verschillende andere gezondheidsberoepen brengt met zich mee dat er
442 ook daar op wettelijk vlak heel wat in beweging is. Recent werd de wetsontwerp tot wijziging
443 van het KB 78^{xxvii} waarbinnen de titelerkenning “klinisch psycholoog, klinisch seksuoloog en
444 klinisch orthopedagoog”, samen met het wetsvoorstel op de erkenning van de titel
445 “psychotherapeut”^{xxviii} afgevoerd. Deze voorstellen beoogden de maatschappelijke erkenning
446 en een professionele identiteit voor de betrokkenen. Nochtans vestigden ze eveneens de
447 aandacht op het gegeven dat de betrokken hulpverleners de facto in een juridisch vacuüm
448 werken.

449 De maatschappij hecht in toenemende mate belang aan individuele autonomie en
450 zelfbeschikking^{xxix}. Binnen dergelijke ontwikkelingen passen onder meer de euthanasiewet^{xxx}
451 en de wet op patiëntenrechten^{xxxi}. Nieuwe actoren zoals patiëntenverenigingen willen hiervoor
452 opkomen en worden zo nieuwe gesprekspartners binnen de gezondheidssector. Dit alles heeft
453 voor de psychiatrische praktijkvoering belangrijke implicaties^{xxxii}.

454 In dezelfde maatschappelijke sfeer ligt ook het wetsvoorstel voor tot oprichting van een Hoge
455 Raad voor Ethiek en Deontologie van de Gezondheidszorg^{xxxiii}. Wellicht zullen ethische
456 overwegingen ook binnen de geestelijke gezondheidszorg meer en meer moeten
457 geëxpliciteerd en geformaliseerd worden.

466 *2.3.2. Een nieuwe problematiek moet aan een aantal maatschappelijke voorwaarden voldoen*
 467 *vooraleer de maatschappij dit rekent tot de bevoegdheid van een geneesheer, en per extensie*
 468 *tot deze van een psychiater*

469
 470 Het volstaat helemaal niet dat de psychiatrie als wetenschap een verschijnsel als aandoening
 471 herkent en erkent.

472

473 Samenvattend kan men stellen dat:

474 (1) een voldoende brede basis binnen deze maatschappij de consensus moet delen dat een
 475 bepaald verschijnsel als een afwijking van het normale wordt beschouwd,

476 (2) dit probleem moet kunnen geformuleerd worden in termen van het bovengenoemd bio-
 477 psycho-sociaal ziektemodel,

478 (3) de maatschappij diegenen die deze problemen vertonen, niet, of althans niet volledig
 479 verantwoordelijk acht voor wat hen overkomt,

480 (4) men ervan uitgaat dat een behandeling steunend op een bepaald rationale, toegepast door
 481 daartoe opgeleide deskundigen, het ziekteproces tot op zekere hoogte kan bijsturen,

482 (5) waar de hierboven beschreven items onvoldoende zijn uitgeklaard, iemand dreigt te
 483 worden uitgesloten van verzorging, ofwel iemand die wel aan de voornoemde voorwaarden

484 voldoet dreigt te worden gestigmatiseerd. In beide gevallen dreigt onvoldoende zorg en
 485 gedeeltelijke uitstoting^{xxxiv}.

486

487 *2.3.3. Wanneer krijgt een beroepsgroep een zorgopdracht toegewezen?*

488

489 Of een beroepsgroep effectief de opdracht krijgt om een zorgaanbod toe te passen hangt niet
 490 alleen af van de objectieve kosten hieraan verbonden, maar eveneens van de maatschappelijke
 491 perceptie van de baten, van de ernst van de schade indien men geen behandeling zou
 492 toepassen, van de prevalentie van het probleem, de mate waarin dit algemeen bekend en
 493 maatschappelijk zichtbaar is, en niet in het minst waarin zulks “onaanvaardbaar” wordt
 494 geacht. Deze voorwaarden verschillen per stoornis, al naar gelang de maatschappijvorm
 495 waarin men leeft, en evolueren in de tijd^{xxxv}.

496

497 *2.3.4. Onze maatschappij bepaalt mee wat al dan niet als psychiatrische stoornis wordt*
 498 *beschouwd*

499

500 Een klassiek voorbeeld hiervan is de houding ten aanzien van bepaalde vormen van seksueel
 501 gedrag. Langdurig werd homofilie als een psychiatrische afwijking bekeken. Actueel wordt
 502 een maatschappelijke visie gehuldigd dat homofiel gedrag een acceptabele seksueel
 503 omgangsvorm is, zonder dat dit betekent dat homofiel gedrag in alle bevolkingsgroepen
 504 onbevangen aanvaard wordt. In het kielzog van de homobeweging bepleitten sommigen ook
 505 pedofiele contacten. Inzichten betreffende beslissingsbekwaamheid van kinderen en zeker de
 506 recente maatschappelijke gebeurtenissen rond kindermishandeling en –misbruik, hebben deze
 507 beweging een onverbiddelijk halt toegeroepen.

508 Parallel hieraan kan men een veranderende attitude opmerken binnen de psychiatrische
 509 hulpverlening. Homoseksualiteit, in de DSM III^{xxxvi} nog als een stoornis beschreven, vinden
 510 we als dusdanig niet meer terug in de DSM III-R^{xxxvii}. Opmerkelijk is bovendien dat men
 511 hierbij stapsgewijze is te werk gegaan door aanvankelijk een onderscheid te maken tussen
 512 egodystone en egosytone homofilie.

513 Beschouwen psychiaters in Engeland persoonlijkheidsstoornissen als een contra-indicatie tot
 514 behandeling en opname^{xxxviii}, dan vormt in ons land een as-II-stoornis vaak net wel een
 515 argument voor een aangepast residentieel behandelprogramma.

516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563

2.3.5. De opdracht van een psychiater binnen een zich ontwikkelende maatschappij kan niet vast bepaald worden omschreven

Uit wat voorafging volgt dat een psychiater zich van het tijdsgebonden karakter van zijn doelgebied, prioriteiten en activiteiten bewust dient te zijn. Hij dient de rechten op behandeling van de verschillende doelgroepen samen met patiënten- en familieverenigingen te verdedigen, vooral daar waar de maatschappij hier nog onvoldoende aandacht voor heeft. Anderzijds mag hij zich niet laten meeslepen in het “psychiatriseren” van maatschappelijke fenomenen zoals discriminatie en uitsluiting of het “behandelen” van dissidentie en contestatie.

2.4. Psychiatrie, medische discipline verankerd in een maatschappij

2.4.1. Onze maatschappij speelt een belangrijke rol in de praktische en formele organisatie van gezondheidszorg, waaronder dus ook de psychiatrische hulpverlening

Traditiegetrouw is er in België een grote ruimte voor privé praktijkvoering. Meer en meer wordt de zorgverlening ook georganiseerd in netwerken. Hierin participeren zowel ambulante als residentiële eenheden, met het oog op een omvattend en op elkaar aansluitend multidisciplinair patiënt- en familiegericht zorgaanbod, voor onderscheiden patiëntendoelgroepen.

2.4.2. Er bestaat geen gezondheid zonder geestelijke gezondheid

Basale gezondheidszorg impliceert een degelijk hulpaanbod op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrische hulpverlening vormt hiervan een essentieel onderdeel. Uitgaand van het hoger beschreven bio-psycho-sociaal model, dient men goede globale psychiatrische zorg en interventies te beschrijven op meerdere niveaus.

- (1) Psychiatrische hulpverlening draagt bij tot het bewerkstelligen van een positief geformuleerde mentale gezondheid^{xxxix}:
 - (a) een positief gevoel van welzijn en een geloof in z'n eigenwaarde, gepaard met de bekwaamheid om te gaan met de eigen innerlijke gevoels- en gedachtenwereld;
 - (b) de bekwaamheid wederzijds bevredigende persoonlijke relaties aan te gaan, te ontwikkelen en deze te onderhouden in respect voor de waardigheid van de andere;
 - (c) de bekwaamheid om te gaan met tegenslagen, om psychische decompensatie en verschillende gezondheidsproblemen te voorkomen tijdens belastende ervaringen, de bekwaamheid een onbevredigende omgeving te veranderen of zich hieraan aan te passen;
 - (d) de bekwaamheid functionele capaciteiten en productiviteit te handhaven en uit te bouwen;
- (2) Psychiatrische hulpverlening behelst verder ook primaire preventie begrepen als het onderkennen, de begeleiding en de bijsturing van voorafgaande ziekmakende en belastende processen, in het bijzonder bij bepaalde, af te lijnen risicogroepen;

- 564 (3) Psychiatrische hulpverlening is ook de behandeling *sensu strictu* van acute of langer
 565 aanhoudende ziekte-episodes. Naast een vroegtijdige behandeling, zal het dus ook vaak
 566 gaan om een voortgezette behandeling met het oog op secundaire preventie;
 567
- 568 (4) Psychiatrische hulpverlening aan de hand van rehabilitatie- en reïntegratiemethodieken als
 569 behandelmodaliteiten van secundaire en tertiaire preventie zijn, naast psychofarmaca en
 570 de patiënt-hulpverlenersrelatie, zeer belangrijk. Daarbij mogen niet alleen economische
 571 motieven spelen, maar moeten vooral stigmatisatie- en exclusiewerende effecten
 572 doorwegen;
 573
- 574 (5) Psychiatrische hulpverlening dient te kaderen in, en dient gebruik te maken van de snel
 575 ontwikkelende inzichten m.b.t. het aandeel en het belang van biologische factoren in het
 576 ontstaan, het verloop en de behandeling van psychiatrische aandoeningen
 577
 578

579 **2.5. De psychiater als ankerpunt voor patiënten**

580 *2.5.1. Psychiaters moeten patiënten centraal blijven plaatsen in hun hulpverleningsaanbod*

581 *2.5.1.1. de individuele behandelrelatie blijft voor een individuele patiënt zeer belangrijk*

582
 583 Binnen een profielschets psychiater is en blijft het kader van een individuele behandelrelatie
 584 zeer belangrijk. Samen met de huisarts is de psychiater immers de hulpverlener bij uitstek die
 585 van zeer nabij en op een zeer intens betrokken wijze de ziektegeschiedenis van patiënten van
 586 bij de aanvang gedurende vele jaren meemaakt, een ervaring die geenszins op een eenvoudige
 587 wijze aan een andere hulpverlener kan worden overgemaakt.
 588
 589

590 *2.5.1.2. aandacht voor de geboden zorgkwaliteit is daarbij een voorname leidraad*

591 Dit impliceert een openheid voor evaluatie door verschillende betrokkenen, een engagement
 592 tot verbetering waar nodig. Een permanente navorming op somatische, psychologische en
 593 maatschappelijke kennisreïnen, naast het aanscherpen van vaardigheden en verfijnen van
 594 attitudes dienen de professionele beslagenheid optimaal te houden, en een voldoende brede
 595 klinische visie op patiënten en hun omgeving te behouden.
 596

597 *2.5.1.3. de patiënt en zijn omgeving zijn actieve partners in het uitwerken van zorg*

598 Hulpverlening gaat in de eerste plaats uit van de concrete hulpvraag van de patiënt en
 599 eventueel diens familie. Een psychiater respecteert en verdedigt daarbij de rechten van een
 600 patiënt. Zo de gezondheidstoestand van een patiënt beperkingen met zich meebrengt voor haar
 601 of zijn autonomie, dient een psychiater hiermee discreet om te gaan, rekening houdend met
 602 ethische overwegingen en wettelijke voorschriften.
 603 Meer dan bij welke andere medische discipline ook, dient een psychiater oog te hebben voor
 604 aspecten verbonden met macht binnen de hulpverleningsrelatie^{xli}, aandacht te hebben voor de
 605 autonomie van de patiënt. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare patiënten zoals ouderen^{xlii},
 606 kinderen^{xliii} of forensische patienten^{xliiii}.
 607

608 *2.5.2. veel aandacht dient besteed aan rehabilitatie en reïntegratie*

609
 610 Psychiatrische aandoeningen dragen sterk bij tot sociale isolatie en armoede. Vooral bij
 611 langdurig zieken is dit van niet te onderschatten belang^{xliiv}. Naast het taboekarakter van deze
 612 aandoeningen versterken ze op die wijze indirect het risico van stigmatisatie^{xliiv}. Ze wegen niet
 613 alleen op de patiënt maar dragen sterk bij tot lasttoename voor partners, familieleden

614 waaronder in het bijzonder kinderen. De Wereld Gezondheidsorganisatie hanteert dan ook
 615 meer en meer het begrip “global burden of disease (GBD)” of “globale ziektelast”^{xlvi xlvi}. Ze
 616 stelt dat, alhoewel psychiatrische stoornissen verantwoordelijk zijn voor 1% van de totale
 617 sterfte, zij voor 11% verantwoordelijk zijn voor de GBD.

618
 619 *2.5.3. Een psychiater kan dus niet anders dan een maatschappelijke bijdrage^{xlviii} leveren*
 620

621 Ten behoeve van beleidsvoerders in ruime zin begrepen, moet een psychiater dus voldoende
 622 wetenschappelijk onderbouwde inzichten, opinies, hypothesen aanleveren.

623 Ten aanzien van bepaalde trends, levensgewoonten, economische en politieke keuzen dienen
 624 psychiaters stelling te nemen. Psychiatrie als medische discipline poogt de te verwachten
 625 positieve of ongunstige weerslag te formuleren op de psychische gezondheid van individuen
 626 en van de gemeenschap in haar geheel.

627

628 *2.5.4. Een gericht gezondheidsbeleid is noodzakelijk*

629

630 *2.5.4.1. het vooropgestelde doel is het terugdringen van prevalentie- en incidentiecijfers van*
 631 *een groep van aandoeningen die in steeds toenemende mate impact hebben op de globale*
 632 *gezondheidstoestand van de bevolking.*

633

634 *2.5.4.2. de psychiatrie moet haar plaats innemen in het debat over ontstaansfactoren van*
 635 *psychiatrische aandoeningen met het oog op het voeren van een actieve preventiepolitiek.*

636

637 *2.5.4.3. dit veronderstelt bij alle actoren een holistische visie op kwalitatief goede zorg*
 638 *Een brug slaan naar andere hulpverleners is daarbij essentieel. Stellen dat dit ook*
 639 *noodzakelijk naar de somatische zorgverleners dient te gebeuren lijkt geenszins overbodig.*
 640 *Psychiatrische hulpverlening is immers nooit gelijk aan de gecombineerde inschakeling van*
 641 *een somaticus en een psychotherapeut.*

642

643

644 Op het vlak van de primaire en secundaire preventie kan men onder meer werken via
 645 psychoeducatieprojecten waarin mensen kunnen leren hoe meer controle te verwerven over de
 646 bio-psycho-sociale determinanten van hun psychische gezondheid. Maar veel werk moet nog
 647 gebeuren op het vlak van het wegnemen van welig tierende misverstanden en nog
 648 diepgewortelde taboes omtrent psychisch ziek zijn.

649

650

651 **2.6. Aandachtspunten en knelpunten in een uitgebreide opdracht**

652

653 *2.6.1. Psychische stoornissen veroorzaken een grote morbiditeit qua frequentie*

654

655 De incidenties van verschillende ernstige stoornissen ligt bij de 1 % van de bevolking^{xlix}. De
 656 lifetime prevalentie voor angst- (24,9%) en stemmingstoornissen (19,3%) is erg hoog. Met
 657 een lifetimeprevalentie van respectievelijk 14,1 % en 7,5% hebben ook alcohol- en
 658 drugmisbruik en -afhankelijkheid een belangrijke maatschappelijke impact. Zeker bij
 659 hoogbejaarden zijn psycho-organische stoornissen eerder de regel.

660 Volgens het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid¹ is het sterftcijfer door zelfmoord
 661 in België sterk onderschat. Officiële overlijdensstatistieken geven in België nochtans voor
 662 zelfmoord een dubbel aantal in vergelijking met Nederland. Gegevens tonen verder dat

663 ongeveer 4% van de totale bevolking minstens één keer in het leven overgaat tot een
664 zelfmoordpoging.

665 Eén op drie patiënten in België, langer dan één jaar arbeidsongeschiktheid, is dit tengevolge
666 van één of meerdere psychiatrische stoornissen.

667 In 1987 was in Vlaanderen 1 op 6 overlijdens bij jongeren tussen 15 en 24 jaar aan suïcide toe
668 te schrijven (relatief sterftecijfer 17%). Opvallend genoeg wordt 1 op 3 pogingen bij jongeren
669 binnen het jaar gevolgd door een nieuwe poging; elke suïcide werd in 1 op 3 gevallen
670 voorafgegaan door een suïcidepoging. Overigens treedt dikwijls psychiatrische pathologie op
671 vanaf jongere leeftijd. Zo vindt men vanaf dan niet zelden een chronisch en/of recidiverend en
672 daardoor een op langere termijn invaliderend verloop. Dit is vooral daar te betreuren waar een
673 kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling zou kunnen worden gestart, maar nu ontbreekt.

674

675 *2.6.2. Psychiatrische stoornissen veroorzaken een grote morbiditeit qua duur*

676

677 We wezen reeds op de globale ziektelast van psychiatrische aandoeningen. De langdurige
678 werkonbekwaamheid ermee verbonden legt een grote financiële last op de gemeenschap.
679 Vaak veroorzaken ze een sociale achteruitgang voor de betrokkene(n). Deze sociale
680 achteruitgang op zich is dan weer een prognostisch ongunstige factor op prevalentie en
681 genezingskansen^{li}.

682

683 *2.6.3. Psychiatrische stoornissen verminderen de levensverwachting*

684

685 Sommige aandoeningen verminderen rechtstreeks de levensverwachting, andere
686 onrechtstreeks door een verhoogde kans op suïcide of omdat ze de kans op het voorkomen
687 van een andere, somatische aandoening verhogen. Ook de prognose van de comorbide
688 aandoening kan negatief beïnvloed worden: de mortaliteit van een CVA of een hartinfarct ligt
689 hoger bij depressieve patiënten^{lii}.

690 In 2000 werden bij residenten van het Vlaamse Gewest 1.174 zelfmoorden geregistreerd^{liiii}
691 waarvan bijna drie vierde mannen. De mediane leeftijd van een man die zelfmoord pleegt, is
692 45 jaar en die van een vrouw 49.

693

694 *2.6.4. Psychiatrische stoornissen verminderen de levenskwaliteit van partners en familie*

695

696 Patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en belangenverenigingen vragen hiervoor terecht
697 onze aandacht. Dit laatste komt ook meer in de belangstelling via projecten zoals het KOPP-
698 project. De hierboven vermelde suïdecijfers tonen aan dat het gaat om mensen die wellicht
699 nog taken hebben ten overstaan van partners, kinderen en andere familieleden.

700

701 *2.6.5. Er is een toenemende vraag naar zorg*

702

703 Het appèl vanuit de maatschappij wordt steeds groter. De beperkingen op de instroom in
704 gezondheidsberoepen laten zich nu reeds duidelijk voelen. Heel wat deelterreinen zoals
705 kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ook het forensisch psychiatrische werkveld en sommige
706 terreinen binnen de volwassenenpsychiatrie zijn op dit ogenblik onderbemand.

707

708 *2.6.6. Werktijdverkorting in de maatschappij laat zich ook in de gezondheidsberoepen voelen*

709

710 Een veranderende maatschappelijke visie op de verhouding vrije tijd/werktijd beïnvloeden de
711 persoonlijke keuzes ter zake.

712 De toenemende nood aan overleg en administratieve verplichtingen veroorzaken bovendien
713 verschuivingen binnen de te bestemmen tijd ten nadele van de tijd ter beschikking voor
714 rechtstreeks patiëntencontact en -interactie.

715

716 *2.6.7. De gezinsonvriendelijke organisatie van de gezondheidsberoepen*

717

718 Productie- en arbeidsprocessen kunnen gerationaliseerd en geoptimaliseerd door invoering
719 van moderne technieken. De verzorging van mensen blijft een bezigheid die een grote
720 tijdsinvestering vraagt en weinig ruimte laat voor productiviteitsverhoging in economische
721 termen. Vele ziekteprocessen zijn onvoorspelbaar en vereisen het ter beschikking staan van
722 een belangrijk potentieel aan hulpverleners. Wacht- en weekenddiensten, onregelmatige
723 werkuren, ze verlagen in belangrijke mate de aantrekkelijkheid van het beroep.

724

725 *2.6.8. Preventie en vroegbehandeling worden prioriteiten binnen toekomstgericht werken*

726

727 Dit is een onmiskenbaar vereiste wanneer men een globale verbetering van de geestelijke
728 gezondheid beoogt, juist omdat het vaak voorkomende aandoeningen zijn met een belangrijke
729 weerslag op de gezondheidstoestand van het individu zelf, vaak ook op die van zijn directe
730 omgeving.

731

731 3. De visie op “een psychiater”

734 3.1. De algemene lijnen van het psychiaterprofiel

736 3.1.1. Een profielschets vanuit de discipline zelf

738 Deze zou kunnen vertrekken vanuit de vraagstelling: “*Welke positie dient de psychiatrische*
739 *discipline ten aanzien van de vele maatschappelijke vragen in te nemen*”?

740 Ten behoeve van de voorleggende reflectie kan de vraag ook gesteld in andere termen: “*Hoe*
741 *plaatst de psychiatrische discipline zich ten aanzien van een consensus, te bereiken tussen*
742 *maatschappij, patiënten en collegae, over die basisopdrachten waaraan elke individuele*
743 *psychiater voldoende gestalte moet kunnen geven?*”. Een beschrijving van dergelijke
744 basisopdrachten moet terdege rekening houden met de beperkingen van een individuele
745 psychiater. Anderzijds dient ze wel degelijk te komen van de professionelen binnen de
746 discipline zelf.^{liv}

748 3.1.2. Een psychiater blijft in de eerste plaats een arts

750 Het handelen van een psychiater stoelt dus in de eerste plaats op wetenschappelijke kennis.
751 Actueel geldende normen van “evidence based medicine” of meer algemeen “evidence based
752 practice”^{lv} vormen de leidraad bij onderzoek, diagnosestelling, prognosebepaling en
753 behandeling van een individuele patiënt. Deze kan een psychiater terugvinden in
754 wetenschappelijke publicaties, standaarden, richtlijnen, opties, consensus en protocollen
755 ondersteund en verspreid door officiële instanties en beroepsorganisaties. Deze doen uiteraard
756 geen enkele afbreuk aan professionele autonomie en de plicht als arts zijn beleid in te passen
757 in de behandeling van elke individuele patiënt.

759 Het zorgvuldigheidsprincipe van elk geneeskundig handelen ligt dus ook aan de basis van elk
760 psychiatrisch handelen. Daarbij poogt men zoveel mogelijk een patiënt en diens belangen in
761 alle fasen van het besluitvormingsproces te betrekken, de rechtstreekse voor- en nadelen voor
762 de patiënt zelf in te schatten, maar ook voor diens omgevenden, ver en nabij.

764 Een psychiater zal weliswaar vooral het verlichten van het psychisch lijden van een patiënt
765 beogen, maar daarnaast ook volop aandacht moeten schenken aan het organische substraat dat
766 elk psychische leven schraagt en aan het bredere sociale weefsel waarop het leven van een
767 patiënt en diens familie is geënt. Een psychiater hanteert het bio-psycho-sociaal model dus op
768 een vooral kwalitatief verschillende wijze in vergelijking met zijn andere collegae artsen.

770 3.1.3. Binnen dit bio-psycho-sociale ziektemodel kan een psychiater zich een hulpverlener bij 771 uitstek tonen

773 Het bio-psychisch-sociaal model biedt immers voor een psychiater vele aangrijpingspunten
774 voor de diverse denkkaders waarmee zij of hij in de loop van een langdurige klinische en
775 brede theoretische opleiding heeft leren omgaan. Daarbij gaat het niet alleen om somatisch en
776 psychofarmacologisch interveniëren. Ook de conceptuele kaders van de grote
777 psychotherapeutische tradities zoals de psychoanalytische therapievormen, de gedrags- en
778 cognitieve, de cliëntgerichte en de systeemgeoriënteerde therapie met de hun eigen
779 benadering vinden hun toepassing. We komen hierop verder nog terug.

781 *3.1.4. De algemene benadering van een patiënt vanuit het bio-psycho-sociale model*

782

783 *3.1.4.1. De vraag naar de tussenkomst van een psychiater*

784 Deze kan vanuit verschillende hoeken worden aangestuurd. Nog steeds roepen vele mensen
785 zelfstandig de hulp in van een psychiater. Daarnaast treden uiteraard vele huisartsen, collegae
786 psychiaters en andere medische specialisten op als verwijzers. Wellicht is psychiatrie de
787 medische discipline waarnaar het meest frequent wordt verwezen ook vanuit niet-medische
788 omgevingen. Psychologen vanuit verschillende settings, maatschappelijke werkers,
789 straathoekwerkers, Centra Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Crisisinterventie, Centra
790 voor Leerlingenbegeleiding, Centra voor Observatie, Oriëntatie en Onthaal, Kind en Gezin,
791 leerkrachten, justitiële instanties, ...

792

793 *3.1.4.2. In een eerste fase van de benadering van een individuele patiënt gaat het veelal om de*
794 *vraag naar diagnostiek en behandeling bij mensen met een belastende of ernstige psychische*
795 *stoornis. De allereerste en belangrijkste opdracht ligt daarbij wellicht in de inschatting van de*
796 *ernst van een aandoening. Het belang hiervan werd reeds lang onderkend en heeft onder meer*
797 *geleid tot onderzoek en toepassing van intakeprocedures^{lvi} en het aanwenden van*
798 *gestructureerde vragenlijsten en diagnostische schalen als hulpmiddelen. In geval van*
799 *voldoende ernstige psychopathologie zal een psychiater daarnaast vaak noodzakelijkerwijze*
800 *beroep doen op andere disciplines om zich een vollediger beeld te kunnen vormen. Hij zal het*
801 *aandeel van somatische afwijkingen in het ontstaan, de ontwikkeling, het verloop van de*
802 *aandoening evalueren en plaatsen in een brede psychologische en sociale context.*

803

804 *3.1.4.3. De keuze van de behandelingsmodaliteiten in overleg met de betrokkene(n)*

805 Behandeling van een minder ernstige problematiek kan een psychiater na onderzoek, geheel
806 of gedeeltelijk delegeren aan andere disciplines en in gemeenschappelijk overleg verder
807 opvolgen. In geval van ernstiger pathologie dient een psychiater echter ook zelf als
808 behandelaar actief te zijn. Dit gebeurt met grotere vanzelfsprekendheid op het gebied van de
809 psychofarmacologie en andere biologische behandelvormen dan op psychotherapeutisch vlak.
810 Op dit ogenblik bestaat er een gevaar dat deze laatste opdracht wat in het gedrang komt en de
811 kunde van de psychiater hieromtrent wordt miskend.

812

813 *3.1.4.4. De psychiater binnen het team*

814 Vaak vraagt de pluridimensionele complexiteit van een psychiatrische aandoening een
815 multidisciplinaire aanpak. Waar deze binnen een formele structuur plaatsvindt zoals
816 bijvoorbeeld een afdelingsteam, treedt een psychiater op als de “playing captain”. Dit
817 betekent niet dat een psychiater alle soorten individuele, groeps- of familietherapieën dient te
818 beheersen of ze zelf dient toe te passen. Een psychiater heeft wel voldoende kennis van zaken
819 om mee te denken over wat er met een patiënt binnen een behandeltraject haalbaar is op
820 biologisch, sociaal en psychologisch vlak met inbegrip van de verschillende
821 psychotherapievormen.

822

823 Net omwille van zijn taak als teamverantwoordelijke, mag een psychiater geen voeling
824 verliezen met de patiënten waarvoor zij of hij de eindverantwoordelijkheid draagt. Supervisie
825 geven en intervisie zijn uiteraard noodzakelijk maar niet voldoende. De relatie met een
826 individuele patiënt blijft essentieel. Voorgescreven procedures volgen gebeurt alleen dan
827 zinvol, wanneer men tegelijk zelf voldoende kennis neemt van, en rekening houdt met de
828 situatie, de mening en de gevoelens van deze individuele patiënt. Zoniet dreigt men te
829 vervallen in een paternalistische houding. Communicatie en documentatie zijn essentieel

830 binnen een multidisciplinair team maar moet in evenwicht zijn met de tijd die men aan het
831 individuele patiëntencontact kan besteden.

832

833

834 **3.2. De concrete inhoud van het psychiaterprofiel**

835

836 Nationale verenigingen met reeds langduriger tradities hebben dienaangaande nogal wat
837 toelichtende teksten geschreven. Daarbij denken we dan aan de Verenigde Staten^{lvii lviii},
838 Engeland^{lix lx lxi}, Australië en Nieuw Zeeland^{lxii}, maar ook aan onze noorderburen^{lxiii} die ter
839 zake een tekst ontwikkelden na een drie jaar durend studieproces van bevraging en overleg.
840 Recent ontwikkelde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een nieuwe tekst die
841 duidelijk de sporen draagt van het veranderde denken.

842 Het hoeft wellicht weinig verwondering dat de inhoud van deze documenten vaak erg
843 gelijklopend is. Veelal maakt men een onderscheid tussen patiënt- en patiëntstelselgerichte
844 taken en andere daarvan onderscheiden taken. Wat hierna volgt kan dan ook gelezen worden
845 als een synthese.

846

847 *3.2.1. Patiënt- en patiëntstelselgerichte taken*

848

849 *3.2.1.1. een psychiater is in eerste instantie bekwaam een therapeutische relatie aan te gaan, 850 uit te bouwen, vol te houden, te evalueren en deze ook te beëindigen*

851 Men mag daarbij niet uit het oog verliezen dat deze werkrelatie moet worden uitgebouwd met
852 mensen die subjectief of objectief lijden onder de wijze waarop ze psychisch functioneren.
853 Binnen dit relationele kader zal een psychiater zijn diagnostische taken opnemen. Daarbij zal
854 hij onder meer de mate van ernst, urgentie en risico inschatten, om nadien de behandeling te
855 starten en op te volgen. Meer dan in gelijk welke andere medische discipline vergt dit een
856 zorgvuldig afwegen van zowel de relationele als de somatische context.

857

858 *3.2.1.2. een psychiater staat voor de zorgcontinuïteit*

859 Vaak is het zo dat een psychiater gedurende een hele tijd mee het ziekteverhaal, en daarmee
860 ook een langdurige fase uit zijn leven, een patiënt steunt. Meer formeel staat een psychiater
861 als team- en eindverantwoordelijke voor de behandeling in, voor de continuïteit van de
862 hulpverlening ook bij acute crisissen, onder meer door het voorzien in een wachtdienst.

863

864 *3.2.1.3. een psychiater is het best geplaatst om het overleg over een medicamenteuze 865 behandeling te begeleiden*

866 Dit overleg dient niet alleen plaats te vinden met andere collegae waaronder in eerste instantie
867 de huisarts, maar desgevallend ook in overleg met familieleden en andere belanghebbenden.

868

869 *3.2.1.4. met kennis van zaken moet hij advies geven omtrent psychotherapeutische 870 interventies, zij het individuele of systeemgeoriënteerde, deze in hun verloop volgen en in hun 871 effecten evalueren.*

872

873 *3.2.1.5. een psychiater onderzoekt en evalueert mee de planning en uitvoering van sociale 874 begeleidingstrajecten*

875 Het gaat hier om een ruim en belangrijk terrein dat vaak de sociale integratie van de
876 betrokkene(n) grondig kan beïnvloeden. We denken hierbij aan school- en beroepskeuze, aan
877 de keuze van heroriënteringsprogramma's met het oog op revalidatie en rehabilitatie.

878

879 *3.2.1.6. inschatten en evalueren van de arbeidsongeschiktheid en het opstellen van de nodige*
 880 *attesten* behoort tot de exclusieve maatschappelijke bevoegdheid van de arts die de psychiater
 881 is. Men verwacht van een psychiater reflecterend werk samen met andere deskundigen over
 882 eventuele arbeids(on)bekwaamheid in een bepaalde werksituatie.

883
 884 *3.2.1.7. afwegen met welk doel en op welke wijze hij de verschillende disciplines zal of kan*
 885 *betrekken c.q. integreren in de behandeling*

886 Daarbij delegeert hij de taken aan medewerkers van de betrokken disciplines.

887
 888 *3.2.1.8. naar behoren en gedifferentieerd kunnen rapporteren* ten behoeve van verwijzers,
 889 andere hulpverleners en derde belanghebbenden wordt in onze sterk geregulariseerde
 890 maatschappij zeer belangrijk. Het beroepsgeheim van een arts is hierbij een belangrijke
 891 leidraad. Men vergeet al te licht dat dit een element is van openbare orde en onafhankelijk
 892 bestaat, los van een houding die al te vaak als persoonlijke willekeur van een arts wordt
 893 ervaren en beschreven.

894
 895 *3.2.1.9. de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke^{lxiv} en de wet op de*
 896 *bescherming van de goederen van personen^{lxv}* draagt de psychiater, op grond van zijn
 897 specifieke bekwaamheid, een bijzondere verantwoordelijkheid op.

898
 899 *3.2.2. Niet-patiëntgerichte taken*

900
 901 *3.2.2.1. In toenemende mate eisen niet-patiëntgebonden taken de psychiater op*
 902 Deze kunnen worden beschreven in termen van coördinatie, beleid en management. De
 903 hierboven omschreven kernopdrachten goed uitvoeren houdt in dat een psychiater bij de
 904 coördinatie van het behandelproces, het ontwikkelen van een behandelbeleid en het
 905 management van de zorgvoorziening wordt betrokken op verschillende plaatsen van het
 906 organigram van de zorgvoorziening. Het is belangrijk dat de respectievelijke
 907 verantwoordelijkheden duidelijk worden afgebakend, dat er met de andere disciplines
 908 duidelijke afspraken gelden.

909
 910 *3.2.2.2. Een psychiater participeert op verschillende niveaus*

- 911 (1) *het multidisciplinair team:* een psychiater heeft hierbij een leidinggevende, faciliterende
 912 taak wat betreft de kwaliteitsvolle uitvoering van de – multidisciplinaire – behandeling
 913 door de verschillende betrokken teamleden
 914 (2) *de afdeling:* een psychiater speelt een actieve rol binnen het uitbouwen en verder
 915 ondersteunen van het algemene behandelbeleid van een afdeling. Zij of hij heeft een
 916 doorslaggevende invloed voor wat betreft het uitbouwen van de voor de doelgroep gepaste
 917 zorgmodule
 918 (3) *de zorgvoorziening:* op het niveau van de gehele op geestelijke gezondheidszorg gerichte
 919 organisatie dient een psychiater een doorslaggevende invloed te hebben voor wat betreft
 920 het behandelbeleid. Dit betreft het mee bepalen van de verschillende doelgroepen en
 921 (sub)doelgroepen en de daarvoor noodzakelijk zorgmodules. Het is dan ook aangewezen
 922 dat een psychiater deel uitmaakt van de leiding van een zorgvoorziening.
 923 (4) *het instellingsoverschrijdend niveau:* psychiaters nemen deel aan beleidsvoorbereidend
 924 werk, hebben een beleidsaansturende taak. Daartoe nemen ze best actief deel aan het
 925 overleg binnen reeds bestaande initiatieven. We denken dat dit kan op de verschillende
 926 geografische niveaus (bvb. landelijk, regionaal, provinciaal) maar ook binnen
 927 onderscheiden organisaties (koepels, beroepsorganisaties).

928

929 Zonder dat actief wetenschappelijk onderzoek tot de kernopdrachten van elke psychiater
930 behoort, dient deze toch over alle niveaus heen, zorg te dragen voor een wetenschappelijk
931 onderbouwde behandeling en een dito behandelklimaat. De via permanente bijscholing
932 verworven actuele wetenschappelijke kennis moet hij op verantwoorde wijze overdragen en
933 zo deze kennis integreren in de dagdagelijkse handelingspraktijk. Dit geldt evenzeer voor
934 overdracht van kennis, vaardigheden en attitudes naar leden van het team als naar de bredere
935 organisatie.
936

936 **4. Basiscompetenties van een psychiater**

937

938 Traditioneel wordt er een onderscheid gemaakt tussen kennis, vaardigheden en attitudes. We
939 kozen ervoor hierbij gewoon een opsomming aan te bieden. Verdere motivatie zou buiten het
940 bestek van deze tekst vallen.

941

942 **4.1. het beschikken over voldoende kennis aangaande**

943

- 944 - somatische pathologie, in het bijzonder de wijze waarop deze zich kan vertalen in
- 945 veranderd en gestoord psychisch functioneren
- 946 - alle aspecten van psychopathologie
- 947 - gangbare etiologische en pathogenetische theorieën
- 948 - verschillende methoden van indicatiestelling en behandeling
- 949 - vroegtijdige detectie en preventie (voornamelijk secundaire en tertiaire)
- 950 - actueel wetenschappelijk onderzoek en de implementatie van de resultaten
- 951 - ethische aspecten van het vakgebied
- 952 - basisbegrippen uit zich ontwikkelende subspecialiteiten: kinder- en jeugdpsychiatrie,
- 953 forensische psychiatrie, gerontopsychiatrie, verslavingspsychiatrie
- 954 - deskundigheid van andere ggz-disciplines
- 955 - wetten en regelgeving met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg
- 956 - organisatie van de gezondheidszorg
- 957 - organisatieleer, kwaliteitszorg, beleidsvoering en leidinggeven
- 958 - behoudt permanente aandacht voor alle aspecten van de therapeutische relatie, zowel wat
- 959 betreft de individuele als de multidisciplinaire behandelsetting (groepsprocessen,
- 960 splitsingsprocessen, ...)
- 961 - past wetenschappelijke gegevens gebaseerd op systematisch onderzoek op een kritische en
- 962 geïndividualiseerde manier toe in zijn klinische praktijk, in samenspraak met de patiënt en
- 963 met respect voor zijn waarden, overtuigingen en voorkeuren

964

965 **4.2. verwerven van voldoende vaardigheden**

966

- 967 - het in praktijk brengen van de psychiatrische kennis vanuit een bio-psycho-sociaal model
- 968 voor wat betreft diagnose, indicatiestelling en behandeling
- 969 - het opstellen en bewaken van een behandelplan
- 970 - gespreks- en communicatieve vaardigheden om met een patiënt en betrokken anderen een
- 971 behandelproces op te starten en te onderhouden
- 972 - beschikken over die specifieke basisvaardigheden op psychotherapeutisch vlak die het
- 973 opbouwen en het onderhouden van een professionele werkrelatie met de patiënt en het
- 974 betrokken sociale systeem mogelijk maken
- 975 - het zich meer specifieke bekwaamheden verwerven binnen één der grote
- 976 psychotherapeutische richtingen door het volgen van een daartoe speciaal ingerichte
- 977 opleiding aan één der erkende opleidingsinstituten
- 978 - werken met patiënten die onder verschillende mate van dwang een behandeling dienen te
- 979 volgen
- 980 - in een sfeer van goede samenwerking naar andere disciplines kunnen verwijzen en de
- 981 indicatie daartoe kunnen stellen
- 982 - integreren van verschillende behandelvormen (biologische, somatische, psychosociale en
- 983 psychotherapeutische)
- 984 - leiding en sturing geven aan een multidisciplinair team
- 985 - managementvaardigheden ontwikkelen

986 **4.3. ontwikkeling van voldoende geschikte attitudes**

987

- 988 - is in zijn houding bij uitstek gericht op de hele mens en zijn sociale context
- 989 - is bekwaam om gedurende langere tijd een ondersteunende basishouding aan te nemen
- 990 naar een patiënt en diens omgeving, en naar de collegae en medewerkers uit de
- 991 onderscheiden disciplines
- 992 - treedt motiverend op, installeert hoop, wat uitermate belangrijk is bij het werken met
- 993 patiënten met een vaak chronisch recidiverende problematiek
- 994 - behoudt een open geest ten aanzien van, en in de samenwerking met andere disciplines
- 995 - behoudt permanente aandacht voor alle aspecten van de therapeutische relatie, zowel wat
- 996 betreft de individuele als de multidisciplinaire behandelsetting (groepsprocessen,
- 997 splitsingsprocessen, ...)

998

998 **5. Opleidingsaspecten**

999

1000

1001 **5.1. De basisopleiding tot geneesheer dient meer aandacht te schenken aan**
1002 **psychiatrische aandoeningen**

1003

1004 Artsen dienen zich reeds gedurende hun basisopleiding de nodige basisvaardigheden en dito
1005 attitudes te verwerven. Zo zullen ze zich op het gepaste ogenblik met een vaardige
1006 omzichtigheid eerder dan met een pijnlijke onhandigheid op het psychosociale gespreksveld
1007 kunnen begeven.

1008 Verder omvat dit naast zuiver nosologische kennis ook kennis omtrent de wederzijdse
1009 beïnvloeding van psychiatrische en somatische aandoeningen. Men kan daarbij in het
1010 algemeen denken aan de rol van co-morbiditeit en haar invloed op de gewijzigde
1011 epidemiologie van somatische pathologie. Maar ook bijzondere situaties vergen de nodige
1012 aandacht. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan de interferentie met diagnostische procedures
1013 zoals in het geval van claustrofobie bij kernspintomografisch onderzoek, of aan de
1014 moeilijkheid van de correcte keuze van psychofarmaca bij polymedicamenteus behandelde
1015 patiënten.

1016

1017 **5.2. De actuele opleidingsvorm tot psychiater kan in essentie worden behouden**

1018

1019 Een doorgedreven systematisering (curriculum, eindtermen, leerdoelen) en de uitbouw van
1020 een onafhankelijke kwaliteitsbewaking zijn wenselijk.

1021

1022 *5.2.1. Een curriculum dient te worden opgesteld*

1023

- 1024 - dit dient een geheel van capita selecta te omvatten uit die basiswetenschappen die
- 1025 verschillende domeinen van het bio-psycho-sociale ziektemodel schragen
- 1026 - dit curriculum dient opgesteld in overleg met, en in dialoog tussen de verschillende
- 1027 opleiders aan de universitaire centra en daarbuiten, de beroepsverenigingen, de
- 1028 wetenschappelijke verenigingen en de verenigingen van GSO's.

1029

1030 *5.2.2. Een concrete formulering van eindtermen is om velerlei redenen aan te bevelen*

1031

- 1032 - het streven naar duidelijk en concreet beschreven standaarden bevordert een leerproces
- 1033 - de betrouwbaarheid hiervan getuigt van opleidingsgerichtheid
- 1034 - het dwingt de verschillende betrokkenen tot reflectie
- 1035 - onderzoek toont aan dat wanneer eindtermen helder en duidelijk zijn, het realiseren ervan
- 1036 meestal op korte termijn mogelijk is
- 1037 - op politiek vlak vergemakkelijkt dit het verdedigen van het nationaal en Europees^{lxvi}
- 1038 vooropgestelde opleidingsniveau

1039

1040 *5.2.3. Het uitschrijven van de leerdoelen*

1041

1042 Dit gebeurt wellicht best RUMBA-geïnspireerd (Relevant, Understandable, Measurable,
1043 Behavioural, Achievable). Hierdoor weet de GSO waartoe hij in staat moet zijn tegen de
1044 volgende evaluatie en weet de opleider waarop hij zich in de volgende periode moet richten.

1045

1046 Drie niveaus onderscheiden zich hierbij:

- 1047 - het basisniveau (1): het reproduceren, observeren en luisteren

- 1048 - het toepassingsniveau (2): toepassing, oefening en verdediging
- 1049 - het probleemoplossingsniveau (3): analyse, het beheersen van probleem oplossend werken
- 1050 en de rechtvaardiging van de opgebouwde redeneringen

1051

1052 Daarbij dient men rekening te houden met het gegeven dat

- 1053 - niet alle activiteiten doelgericht zijn
- 1054 - meer complexe vormen van intellectuele arbeid moeilijker te meten zijn en op die manier
- 1055 uit het aandachtsveld dreigen te schuiven.

1056

1057 *5.2.4. Verschillende onderwijsmodaliteiten ondersteunen het proces van kennisverwerving*

1058

- 1059 - theoretische lessen, onder andere binnen de hierboven vermelde interuniversitaire
- 1060 opleiding psychiatrie tijdens het eerste en tweede jaar van de opleiding
- 1061 - begeleide zelfstudie (tutorials)
- 1062 - gevallenbespreking
- 1063 - bedside-teaching
- 1064 - interdisciplinaire gevallenbespreking
- 1065 - journalclubs
- 1066 - deelname aan regionale, nationale en internationale vergaderingen

1067

1068 *5.2.5. Praktische training neemt een voorname plaats in*

1069

- 1070 - gedurende de eerste twee jaren van de opleiding dient ruime tijd voorzien te worden voor
- 1071 training in, en supervisie van gesprekstechnieken, psychiatrische anamnese en mentaal
- 1072 onderzoek
- 1073 - daarnaast moet er uitgebreid aandacht zijn voor de training in en supervisie van technische
- 1074 vaardigheden, zoals neurologische evaluatie van de psychiatrische patiënt, klinische
- 1075 neurofysiologie, functionele en anatomische beeldvorming in de psychiatrie en ECT
- 1076 - tijdens zijn opleiding onderhoudt de GSO zijn medische kennis, met de nadruk op het
- 1077 herkennen en behandelen van frequente of levensbedreigende aandoeningen in een
- 1078 psychiatrische context, en op de organische psychiatrie (cf. infra punt 5.9)
- 1079 - bij het dagelijks klinisch werk leert de GSO progressief toenemende verantwoordelijkheid
- 1080 dragen. De stagebegeleiding heeft daarbij als doel het leren zelfstandig functioneren in de
- 1081 onmiddellijke en concrete beroepsuitoefening
- 1082 - klinische supervisie^{lxvii} dient op systematische wijze te worden geboden en impliceert het
- 1083 delen van verantwoordelijkheid voor de individuele patiëntenzorg, dagdagelijkse
- 1084 begeleiding in de klinische werkzaamheden en training in interviewtechnieken,
- 1085 semiologie, diagnostiek, behandeling en klinisch beleid. Elke GSO moet voortdurend
- 1086 toegang hebben tot klinische supervisie, ook als hij van wacht is buiten de normale
- 1087 werkuren
- 1088 - naast de systematische begeleiding en patiëntenbespreking, zijn twee elementen essentieel
- 1089 in goede klinische supervisie: op regelmatige basis een psychiatrisch interview bijwonen,
- 1090 gevoerd door de supervisor, én op regelmatige basis geobserveerd worden door de
- 1091 supervisor tijdens een psychiatrisch gesprek met een patiënt (rechtstreeks of via
- 1092 videocamera of spiegelkamer), telkens gevolgd door een bespreking.
- 1093 - contacten tussen de afdelingspsychiater en de GSO zijn gericht op het samen zien van
- 1094 patiënten (bijv. alle nieuwe of problematische patiënten), het bespreken van de dagelijkse
- 1095 gang van zaken en de beleidsvoering van de afdeling
- 1096 - een persoonlijke begeleider of mentor bespreekt regelmatig met de GSO de individuele
- 1097 ontwikkeling tot psychiater. Mentorschap dient begrepen te worden als persoonlijke

1098 begeleiding of “tutorship”, waarin de GSO (met zijn/haar vaardigheden, kennis, attitudes
 1099 en professionele ontwikkeling) centraal staat, en niet zozeer de patiënt zoals in de
 1100 klinische supervisie. Mentorschap vindt plaats in een open, flexibele en vertrouwelijke
 1101 dialoog waarvan de GSO in de eerste plaats de inhoud bepaalt, afhankelijk van zijn noden
 1102 in dat stadium van zijn opleiding. Idealiter wordt deze mentor aangesteld voor de gehele
 1103 opleiding en wordt hij gekozen tussen psychiaters niet aan het opleidingscentrum
 1104 verbonden
 1105 - de verschillende opleiders evalueren het functioneren van de assistent regelmatig in de
 1106 loop van een persoonlijk gesprek, met een halfjaarlijkse minimumfrequentie.

1107 1108 *5.2.6. Toetsing van de opgedane kennis en ervaring is een noodzakelijk onderdeel*

1109
1110 Na de eerste twee jaar van de opleiding dient de GSO een attest te kunnen voorleggen waaruit
 1111 blijkt dat deze met vrucht een specifieke opleiding heeft gevolgd, gelijktijdig met de eerste
 1112 twee jaren van de opleiding. Een toetsing sluit aan bij het wettelijk kader. Ze maakt deel uit
 1113 van de organisatie van de opleiding en is aangepast aan de vooraf geformuleerde eindtermen.

1114 1115 *5.2.7. Alle aspecten van het hele opleidingsproces vergen best regelmatige evaluatie*

1116
1117 Het is wenselijk dat een instantie regelmatig de opleiding evalueert. Onafhankelijke
 1118 onderwijsevaluatie, kwaliteitsbewaking en externe supervisie, naar analogie van de
 1119 hervorming van de medische curricula en de beslissingen rond leeropdrachten in de
 1120 geneeskundeopleiding, zouden kunnen besproken en uitgewerkt worden. Uitbreiding van de
 1121 reeds bestaande gedeeltelijke academisering van de 2 eerste jaren van de opleiding, kan
 1122 verdere garanties inhouden voor kwaliteitsbewaking en –controle van de opleiding, in
 1123 samenspraak met de Erkenningscommissie.

1124 1125 *5.2.8. Een psychotherapieopleiding is een essentieel onderdeel van de opleiding tot psychiater*

1126
1127 Vanaf het derde jaar is het volgen van een specifieke psychotherapeutische opleiding aan een
 1128 daartoe erkend centrum essentieel. Het lijkt aangewezen dat de GSO daartoe overleg pleegt
 1129 met de stagebegeleiders en de mentor om in het licht van de eigen voorkeur en de
 1130 vooropgestelde latere beroepsuitoefening op zinvolle wijze een keuze te kunnen maken.

1131 1132 *5.2.9. Organische en biologische psychiatrie zijn een essentieel onderdeel van de theoretische 1133 en praktische vorming van GSO's*

1134
1135 Met organische psychiatrie bedoelen we de invloeden van cerebrale, endocriene, metabole,
 1136 toxische en medicamenteuze factoren op de psyche (en vice versa), en hun aandeel in
 1137 psychiatrische stoornissen^{lxviii}. Kennis van de organische psychiatrie laat toe neurologische of
 1138 internistische aandoeningen die zich als psychiatrisch beeld manifesteren, te herkennen.
 1139 Biologische psychiatrie is de klinische toepassing van de neurowetenschappen in de
 1140 psychiatrie, met inbegrip van de farmacotherapie. Een grondige kennis en integratie van deze
 1141 domeinen in de klinische praktijk is van cruciaal belang om de eigenheid en specificiteit van
 1142 de psychiater in het brede domein van de geestelijke gezondheidszorg te vrijwaren.

1143 1144 *5.2.10. Het stageboekje*

1145
1146 Het stageboekje bevat een aangepaste en duidelijke weergave van de eindtermen opgesteld
 1147 per jaar. Dit houdt de heldere verwoording in van de vereisten voor ieder opleidingsjaar.

1148 Zo kan het een handleiding worden voor de GSO en stagebegeleider(s) en op die wijze ook
1149 gehanteerd worden als beoordelingsinstrument. Het dient per vereiste item te worden
1150 afgetekend door de stagebegeleider. Het stageboekje kan verder nuttig zijn als werkinstrument
1151 tijdens het overleg met de mentor.

1152

1153 *5.2.11. Wetenschappelijk werk*

1154

1155 De opleiding tot psychiater is in de eerste plaats een klinische opleiding, waarin het kritisch
1156 verwerken en toepassen van wetenschappelijke informatie een essentiële plaats heeft. Enige
1157 vertrouwde met het wetenschappelijk proces kan hiertoe bijdragen.

1158 Er wordt in de opleiding voldoende tijd vrijgemaakt om zich de vaardigheden eigen te maken
1159 met betrekking tot de methodologie, de statistische vereisten, het kritisch doornemen van
1160 desbetreffende literatuur en het opstellen van wetenschappelijke artikels. Verder is tijd
1161 voorzien voor het vergaren van data en de verwerking ervan volgens de aangeleerde
1162 principes.

1163 De begeleiding gebeurt door de stagebegeleider en/of mentor. Hieromtrent moeten duidelijke
1164 afspraken gemaakt worden. De respectievelijke begeleider staat mee garant voor de inhoud,
1165 de publicatie en de presentatie.

1166 De Erkenningscommissie en universitaire opleiders bepalen de inhoudelijke criteria waaraan
1167 dit wetenschappelijk werk dient te voldoen (publicatie, presentatie, ...)

1168

1168 6. Epiloog

1169

1170 Een profielbeschrijving, het woord zelf geeft het reeds aan, is een beschrijving die vooral oog
1171 heeft voor afgrenzing, aandacht schenkt aan de essentie, de aflijning, het onderscheid.

1172 Men schetst als het ware een doorsnede. Datgene dat binnen de lijnen valt, het inhoudelijke
1173 boet dan noodzakelijkerwijze aan belang in vergeleken met de contour. Die geeft immers
1174 vooral de benodigde ruimte aan en minder dat inhoudelijke.

1175

1176 We zijn ervan overtuigd dat deze ruimte nooit definitief is gegeven, maar steeds zal tot stand
1177 komen in een dialectisch proces met alle betrokken actoren binnen en buiten het werkteerrein
1178 van de psychiater. Zoals dit werkteerrein constant evolueert, zal dus ook een profielschets
1179 steeds moeten evolueren en voortdurend aan aanpassing onderhevig zijn. Deze aanpassing zal
1180 zeker mee aangestuurd worden door evoluties buiten de psychiatrische discipline, maar meer
1181 nog door de inhoudelijke wijzigingen ontstaan door ontwikkelende wetenschappelijke
1182 inzichten.

1183

1184 Deze tekst heeft een aanzet willen bieden tot discussie over het beroepsprofiel van psychiater.
1185 Als schrijvers ervan hebben we nooit de realisatie van “het ultieme document” beoogd. De
1186 tekst is kennelijk een motor (geweest) voor verdere discussie. We denken dan ook dat we tot
1187 op zekere hoogte in ons opzet geslaagd zijn.

1188

1189 Naar we hopen blijft deze discussie een voedingsbodemp van waaruit verdere teksten gestalte
1190 zullen krijgen. Wellicht kunnen deze nieuwe documenten meer oog hebben voor het
1191 inhoudelijke binnen de vele deelgebieden die dat zeer boeiende beroep “psychiater” bestrijkt.

1192

- ⁱ Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, *Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*, tekst ook te vinden op http://www.health.fgov.be/AGP-Lex/nl/wetgeving/wet/kb78-volledige_tekst/kb78-volledigetekst.htm, website bezocht op 25/01/04
- ⁱⁱ Nationale Raad der Orde der Geneesheren, *Code van Geneeskundige Plichtenleer*. (aanpassing april 2003); tekst ook te vinden op <http://www.ordomedic.be/web-Ned/deonton.htm>, website bezocht op 25/01/04
- ⁱⁱⁱ Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, *Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten*. Belgisch Staatsblad 29/05/1999, tekst ook te vinden op http://www.health.fgov.be/AGP-Lex/nl/wetgeving/minist_besluiten/specialisten/stm.htm, website bezocht op 25/01/04
- ^{iv} Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu *Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren specialisten in de psychiatrie, meer bepaald de volwassenpsychiatrie en van geneesheren specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Belgisch Staatsblad 21/02/2002, tekst ook te vinden op http://www.health.fgov.be/AGP-Lex/nl/wetgeving/minist_besluiten/specialisten/psychiatrie.htm, website bezocht op 25/01/04
- ^v Senaev P. et al. (ed.), *Verdrag van 20 november 1989 inzake de rechten van het kind opgemaakt te New York*, in Jeugdrecht, (1998) Maklu Antwerpen Apeldoorn
- ^{vi} Armstrong, G., *Doctor's perceptions of pressure from patients for referral*. BMJ, 1991, 302 (6786), 1186-8
- ^{vii} Weiss, B.D., *Confidentiality expectations of patients in teaching hospital clinics versus private practice offices*. Soc Sci Med, 1986, 23(4), 387-91
- ^{viii} Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen *Beroepsprofiel van de verpleegkundige of de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg* (1991) N.V.K.V.V. Brussel
- ^{ix} Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen *Functieprofiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige* (1989) Huizen (NL)
- ^x Vereycken J., Cools B., Van Gael M., *De psyche als zorg. Klinische psychologie in Vlaanderen*. (1996) Uitgeverij Pelckmans Kapellen.
- In dit boek bevinden zich een aantal voor ons onderwerp interessante bijdragen waaronder:
- Barbez, C., *Opleiding, statuut en tewerkstelling van klinisch psychologen in Vlaanderen*. pp.12-23
- Vertommen H., *Klinische psychodiagnostiek: een specifieke competentie van de klinisch psycholoog*. pp. 27-46
- Van Oost P., *Psychotherapie in Vlaanderen: een overzicht aan de hand van terugkerende discussiepunten*. pp. 47-58
- Goossens J., *De samenwerking tussen klinisch psychologen en andere hulpverleners: een multidisciplinaire reflectie*. pp. 211-226
- ^{xi} An Sprangers Ed. *Maatschappelijk Werk*. In *Leren en werken als Maatschappelijk Assistent*. Vereniging van Vlaamse Sociale Hogescholen, (2001) Garant, Leuven Apeldoorn
- ^{xii} Szasz Thomas, *Geestesziekte als mythe. (2^e ed)* (1972), Lemniscaat Rotterdam. vertaling van *The Myth of Mental Illness*. (1961) Harper & Row, New York
- ^{xiii} Foucault M., *Geschiedenis van de waanzin*. (1975) Boom Meppel, vertaling van *Histoire de la folie à l'âge classique*. (1975) Gallimard Paris
- ^{xiv} *Waarom een psychiatrische diagnose?* Giel, R. (1982) Stafleu Alphen aan den Rijn.
- ^{xv} Bollen Jos, *niet gepubliceerd werkdocument*. (2001) Commissie Wetenschappelijke Activiteiten, Forum Psychiatrie.
- ^{xvi} American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, International Version*, (1994), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ^{xvii} Van Praag H.M., *Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie*. Tijdschrift voor Psychiatrie (1999), 41 (12), 703-712
- ^{xviii} Goldberg D., *Vulnerability Factors for common Mental Illnesses*. Br J Psychiatry (2001), 178, Suppl 40, S69 - S71.
- ^{xix} Reich Theodore, (1975) *The multifactorial model of disease transmission: I. Description of the model and its use in psychiatry*. Br J Psychiatry, (1975), 127, 1-10
- ^{xx} Anthony, J.C., *The Promise of Psychiatric Enviromics*, Br J Psychiatry, (2001), 178, suppl 40, S8 - S11.
- ^{xxi} Hermans M.H.M., *Privé-psychiaters*. In *Naar een geestelijk gezonde samenleving*, M. De Hert e.a. Kluwer (2000), pag. 491-513
- ^{xxii} Van Houdenhove, B., *De integratie van de psychiater in het algemeen ziekenhuis. Terugblik op 20 jaar ervaring*. Tijdschrift voor geneeskunde, (1989), 45(17), 1059-61
- ^{xxiii} *Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*, BS 26/06/90
- ^{xxiv} *Wet op de Ziekenhuizen*, gecoördineerd bij KB van 07/08/87
- ^{xxv} Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, *Decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (18/05/99)*, BS 17/07/99

- ^{xxvi} *Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*, BS 20/08/92, tekst ook te lezen op http://mineco.fgov.be/redir.asp?loc=/protection_consumer/insurance/home_nl.htm, website bezocht op 25/01/04
- ^{xxvii} Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Wetsontwerp tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, met het oog op de regeling van de uitoefening van de klinische psychologie. http://www.health.fgov.be/AGP/fr/projets/avant-projet/psychologie_Clinique40702.pdf
- ^{xxviii} Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, *Voorstel van erkenningscriteria voor de titelbescherming van psychotherapeut, Versie 12* http://www.health.fgov.be/AGP/nl/actuele_onderwerpen/psychotherapy-and-counseling/titelerkennings-psycho.htm
- ^{xxix} Widdershoven, G.A.M. et al., *Autonomie in de psychiatrie*. Tijdschrift voor Psychiatrie (2000), 42, 6,389-398
- ^{xxx} *Wet betreffende euthanasie*, 28/05/02, BS 22/06/02
- ^{xxxi} *Wet betreffende de rechten van de patiënt*, 22/08/02, BS 26/09/02
- ^{xxxii} Smith Richard, *The discomfort of patient power*. BMJ 2002;324,497-8
- ^{xxxiii} Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, *Wetsvoorstel tot oprichting van een Hoge Raad voor Ethiek en Deontologie van de Gezondheidszorg* ingediend op 16/06/2000 door mevrouw Magda De Meyer en de heer Jan Peeters, <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/50/0724/50K0724001.pdf>, website bezocht op 24/01/04.
- ^{xxxiv} Andrews G. and Henderson S., *Unmet Need in Psychiatry. Problems, Resources, Responses*, (2000) Cambridge University Press
- ^{xxxv} Häfner, H., *Psychiatrie als Beruf*. Der Nervenarzt, (2002), 73, 33-40
- ^{xxxvi} American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tirth edition*, (1980), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ^{xxxvii} American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tirth edition, Revised*, (1987), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ^{xxxviii} Kendell R. E., *The distinction between Personality Disorder and Mental Illness*. Br J Psychiatry (2002), 180, 110-115
- ^{xxxix} *Toward a European Mental Health Policy. Part I. Elements of a European Mental Health Policy*. (eigen vertaling)
- ^{xl} Guggenbühl-Craig A., *Macht als gevaar in gezondheidszorg en welzijnswerk*. (1995) Lemniscaat Rotterdam. Vertaling van *Macht als Gefahr beim Helfer* (1978) Psychologische Praxis, band 45, S.Karger AG Basel.
- ^{xli} Haekens A., *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context*. Acta Biomedica Lovaniensia 186, (1998) Leuven University Press
- ^{xlii} Shaw M., *Competence and consent to treatment in children and adolescents*. Advances in Psychiatric Treatment, (2001), 7:150-159
- ^{xliiii} Sarkar S., *Ethics in forensic psychiatry*. Current Opinion in Psychiatry (2002)15:527-531
- ^{xliiv} Bachrach, L.L., *Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of the Long Term Patients*. Am J Psychiatry; (1992), 149:11;1455-1463
- ^{xliv} Neufeld K., *Disability, quality of life, burden of care, and stigma in mental disorders*. Current Opinion in Psychiatry (2000);13:195-199
- ^{xlvi} World Health Organisation *The global burden of disease* <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm#burden> bezocht op 31.08.02
- ^{xlvii} Murray C.J.L., Lopez, A.D., *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. (1996) Cambridge, MA: Harvard University Press
- ^{xlviii} Ormel J. et al., *Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid*. Tijdschrift voor Psychiatrie (2002), 43, 4, 245-257
- ^{xlix} Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao,S. et al. (1994). Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-3-R Psychiatric Disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psych. (1994); 51: 8-19.
- ^l Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid *Morbidat: Morbiditeit: Actuele toestand Zelfmoordpogingen* <http://www.iph.fgov.be/epidemo/morbidat/NL/Zie/ZIEK15.htm> website bezocht op 24/01/04
- ^{li} Ostler K., Thompson C., Kinmonth A.-L.K., Peveler R.C., Stevens L., Stevens A., *Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care*. Br J Psychiatry (2001); 178, 12-17
- ^{lii} Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecubrier Y., Nutt D.J., Roose S.P., Sheps D.S., *Consensus statement on Depression, Anxiety and Cardiovascular Disease*. J Clin Psychiatry 2001;62(suppl 8), 24-27
- ^{liii} Ministerie van het Vlaamse Gewest *Sterfte en geestelijke gezondheid*. http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/index2002_versie1.htm website bezocht op 24/01/04

-
- ^{liv} Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A., *The New Public Management in Action*. (1996) Oxford University Press, pp. 165-194
- ^{lv} Pieters G., *Evidence-based psychiatrie in de psychiatrische opleiding*. Tijdschrift voor Psychiatrie (2000), 42, 4, 271-276.
- ^{lvi} de Jong A.J., *Intake voor psychotherapie. Inleiding tot behandelen*. (1994) Boom Amsterdam
- ^{lvii} American Psychiatric Association <http://www.psych.org/> Deze site biedt een zeer uitgebreid aanbod aan positioneringsteksten, bezocht op 24/01/04.
- ^{lviii} American Psychiatric Association, *Psychotherapy by Psychiatrists*. http://www.psych.org/psych_pract/copp_index.cfm bezocht op 24/01/04.
- ^{lix} The Royal College of Psychiatrists, *Council Report 94. The Roles and Responsibilities of a Consultant in Adult Psychiatry*. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/cr94.htm> bezocht op 24/01/04.
- ^{lx} The Royal College of Psychiatrists, *Council Report 90. Good Psychiatric Practice: CPD*. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/cr90.htm> bezocht op 24/01/04.
- ^{lxi} The Royal College of Psychiatrists, *Council Report 98. Role and contribution of the consultant psychiatrist in psychotherapy in the NHS*. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/cr98.htm> bezocht op 24/01/04.
- ^{lxii} The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *Position Statement #39 What is a Psychiatrist? What does a Psychiatrist do?* <http://www.ranzcp.org/pdffiles/posstate/ps39.pdf> bezocht op 24/01/04
- ^{lxiii} Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie *Profielchets Psychiater. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. (1996), <http://www.nvvp.net/upload/10098/Profielchets.pdf> website bezocht op 24/01/04.
- ^{lxiv} *Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*, BS 26/06/90.
- ^{lxv} *Wet tot wijziging van de wetgeving betreffende de bescherming van de goederen van personen die wegens hun lichaams- of geestestoestand geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn die te beheren*. 03/05/03, BS 31/12/03
- ^{lxvi} European Union of Medical Specialists. *Training Charter*, <http://www.uems.be/5charte.htm>, website bezocht op 24/01/04.
- ^{lxvii} Kilminster S.M., Jolly B.C., *Effective supervision in clinical practice settings: a literature review*. Medical Education (2000), 34:827-840
- ^{lxviii} Lishman W.A., *Organic Psychiatry: the Psychological Consequences of Cerebral Disorder* (1998), Blackwell Science