

HOOP. Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie

HOOP

Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie

Dit opleidingsplan is een product van het Concilium Psychiatricum van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Het Concilium Psychiatricum is ondersteund door de Commissie Nieuwe Opleidingseisen en de diverse taakgroepen.

De Tijdstroom, Utrecht



© De Tijdstroom uitgeverij, 2009. De auteursrechten berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: www.tijdstroom.nl

E-mail: info@tijdstroom.nl

Bijlagen: dvd en Competentiekaart opleiding psychiatrie.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 152 3

NUR 875

Leden van het Concilium Psychiatricum, de Commissie Nieuwe Opleidingseisen en de Taakgroepen

Redactie

prof.dr. Michiel Hengeveld, psychiater (hoofdreductie)
Liesbeth Vleugel, psychiater
prof.dr. Rutger Jan van der Gaag, psychiater
dr. Max Stek, psychiater
prof.dr. Gerrit Glas, psychiater

Concilium

prof.dr. Michiel Hengeveld, psychiater (voorzitter)
prof.dr. Ton van Balkom, psychiater (vanaf 1 oktober 2007)
prof.dr. Aart-Jan Beekman, psychiater (tot 1 oktober 2007)
prof.dr. Rutger Jan van der Gaag, psychiater (tot 1 november 2008)
prof.dr. Gerrit Glas, psychiater
dr. Ad Kaasenbrood, psychiater (tot 1 juni 2007)
dr. Patricia Schothorst (vanaf 1 november 2008)
dr. Jan Spijker, psychiater (vanaf 1 juni 2007)
dr. Max Stek, psychiater
Liesbeth Vleugel, psychiater (tot 1 januari 2008)
Idriss Bakker, aios psychiatrie (vanaf 1 oktober 2008)
Femke Kamphuis, aios psychiatrie (tot 1 oktober 2008)
Vivian Lauffer, aios psychiatrie (vanaf 1 oktober 2008)
Annemarie van der Meij, aios psychiatrie
dr. Arnt Schellekens, aios psychiatrie (vanaf 1 februari 2009)

Commissie Nieuwe Opleidingseisen

prof.dr. Gerrit Glas, psychiater (voorzitter)
prof.dr. Rutger Jan van der Gaag, psychiater
dr. Ad Kaasenbrood, psychiater
Jaap Kool, psychiater
dr. Max Stek, psychiater
Liesbeth Vleugel, psychiater
Femke Kamphuis, aios psychiatrie

Ondersteuning vanuit bureau NVvP

Peter Niesink (directeur)
drs. Susanne de Haas
Imke Sonderen, MSc.

Taakgroep kinder- en jeugdpsychiatrie

prof.dr. Rutger Jan van der Gaag, psychiater (voorzitter)
Ondersteund door de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie

Taakgroep ouderenpsychiatrie

Lia Verlinde, psychiater (voorzitter)
dr. Max Stek, psychiater
Corine Kessel, psychiater

Taakgroep cursorisch onderwijs

dr. Ad Kaasenbrood, psychiater (voorzitter)
dr. Lowijs Perquin, psychiater
dr. Coby Vreugdenhil, psychiater
Annette Hegeman, aios psychiatrie

Taakgroep toetsing

prof.dr. Ton van Balkom, psychiater (voorzitter)
dr. Walter van den Broek, psychiater
dr. Manon Gosselink, psychiater
Lia Verlinde, psychiater

Taakgroep psychotherapeutische vaardigheden

Ariëtte van Reekum, psychiater (voorzitter)
dr. Lisette Daenen, psychiater
Herman Groen, psychiater
Lex Janssen, psychiater
dr. Kees Kooiman, psychiater
prof.dr. Anne Speckens, psychiater
dr. Moniek Thunnissen, psychiater
Irma Hein, aios psychiatrie
Femke Kamphuis, aios psychiatrie

Taakgroep Kwaliteitszorg

Jaap Kool, psychiater (voorzitter)

dr. Joost à Campo, psychiater

Guido Geraerts, psychiater

Maurits Nijs, psychiater

dr. Robert Schoevers, psychiater

Sieds Dieleman, aios psychiatrie

Inhoud

Leden commissies, taakgroepen en ondersteuning – 5

Hoofdstuk 1	Achtergronden van het nieuwe curriculum – 11
Hoofdstuk 2	Contouren van het nieuwe curriculum – 15
Hoofdstuk 3	Competenties en thema's – 19
Hoofdstuk 4	Leermiddelen – 29
Hoofdstuk 5	Toetsing – 37
Hoofdstuk 6	Koppeling tussen competenties, leerdoelen, leermiddelen en toetsen – 51
Hoofdstuk 7	Aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie – 59
Hoofdstuk 8	Aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie – 63
Hoofdstuk 9	Aandachtsgebied ouderenpsychiatrie – 75
Hoofdstuk 10	Kwaliteit van de opleiding – 85

Bijlagen

I	Herziene profielschets psychiater (april 2005) – 91
II	Specialismegebonden competenties psychiatrie – 109
III	Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen algemene psychiatrie – 115
IV	Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie – 129
V	Specialismegebonden competenties aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie – 145
VI	Ziektegebonden en psychotherapeutische leerdoelen medisch handelen aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie – 153
VII	Specialismegebonden competenties aandachtsgebied ouderenpsychiatrie – 167
VIII	Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen aandachtsgebied ouderenpsychiatrie – 171
IX	Afkorting en begripsomschrijvingen – 183

Hoofdstuk 1

Achtergronden van het nieuwe curriculum

1 Het rapport 'De zorg van morgen'

Dit opleidingsplan is uitvloeisel van een reeks ontwikkelingen en maatregelen die niet alleen de opleiding tot medisch specialist betreffen, maar ook de positie van de arts en andere professionals in de zorg in het algemeen. Van belang in dit verband is dat de minister van vws in 2004 integraal de aanbevelingen van het rapport 'De zorg van morgen' (juli 2003) heeft overgenomen. Dit rapport was op zijn beurt gebaseerd op eerdere rapporten over de toekomstige rol van arts, over taakherschikking in de gezondheidszorg en de evaluatie van de wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG). Teneur van 'De zorg van morgen' is dat de opleidingen tot arts en medisch specialist beter moeten aansluiten op de zorgpraktijk en dat niet een te hoog niveau van competentie wordt ingezet waar dat niet echt nodig is.

De voor de opleiding tot medisch specialist meest relevante aanbeveling uit 'De zorg van morgen' betreft de introductie van competentiegeoriënteerde opleidingsprogramma's met eindtermen, indeling in thema's, een gedifferentieerd systeem van toetsing en gebruik van nieuwe onderwijstechnieken. Andere aanbevelingen betreffen de samenwerking in Opleidings- en Onderwijsregio's (OOR's), de instelling van een Opleidingsfonds en uitbreiding van de bevoegdheden van het Capaciteitsorgaan.

Door de minister werd een stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg (MOBG) geïnstalleerd om deze plannen tot uitvoering te brengen. Deze stuurgroep is in 2007 overgegaan in het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). Het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) maakt met de KNMG, de Orde en andere beroepsorganisaties deel uit van het CBOG.

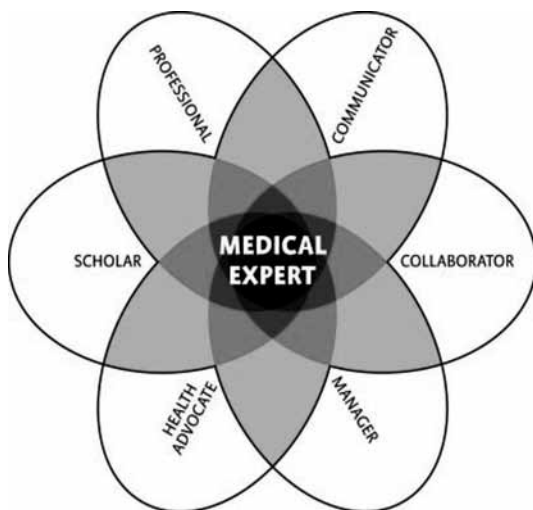
2 Kaderbesluit 2005 voor alle medische vervolgopleidingen

Sinds 1 januari 2005 is het Kaderbesluit van het CCMS van kracht. Dit heeft betrekking op de algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie van medische specialisten en voor de erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen.

Met het Kaderbesluit CCMS is een aantal veranderingen in de eisen voor de opleiding tot medisch specialist doorgevoerd; deze staan samengevat in het kader op de volgende pagina. Deze veranderingen waren aanleiding tot een grootschalige modernisering van alle medische vervolgopleidingen, waaronder die van de opleiding tot psychiater.

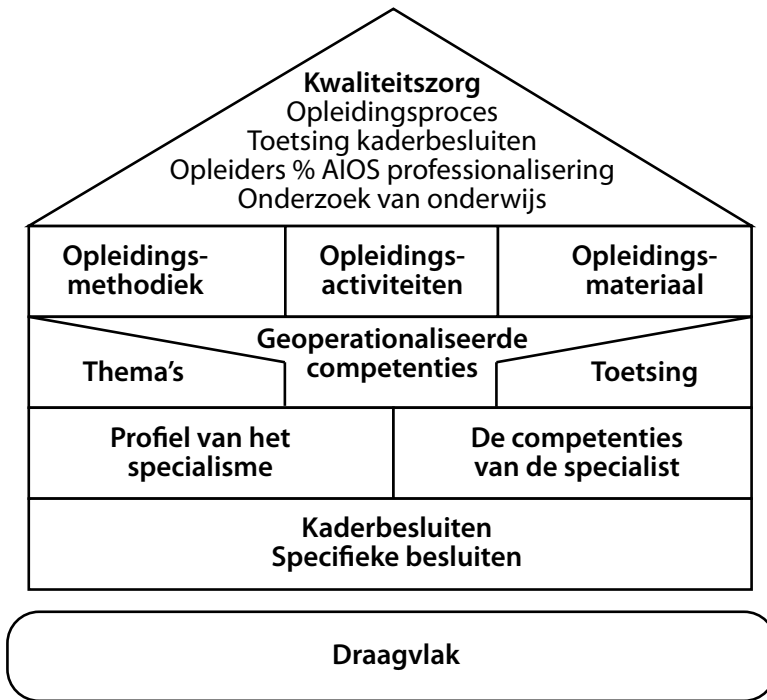
- Eindtermen worden geformuleerd in competenties.
- De competenties zijn gebaseerd op het CanMEDS-model, dat een zevental rollen of competentiegebieden onderscheidt (figuur 1.1).
- Per competentiegebied is een viertal competenties geformuleerd: de algemene competenties voor de medisch specialist.
- Competenties moeten worden getoetst.
- De aios moet een portfolio bijhouden.
- Voortgangsgesprekken moeten in het eerste jaar vier keer per jaar worden gevoerd en in de volgende jaren eens per half jaar.
- Geschiktheidsbeoordelingen vinden plaats na het eerste jaar van de opleiding, halverwege de opleiding en drie maanden voor het einde van de opleiding.

Figuur 1.1 De zeven competentiegebieden van CanMEDS



3 Het opleidingsplan

Voor de modernisering van de medische vervolgopleidingen is door het CBOG een begeleidingsgroep ingesteld die de wetenschappelijke verenigingen begeleidt en adviseert bij de moderniseringsoperatie. Dit is de Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen (BBOV). Deze groep bestaat uit een aantal medisch specialisten en onderwijskundigen. De BBOV heeft omschreven waarin het opleidingsplan moet voorzien en heeft dit uitgebeeld in een tekening van een huis, zie figuur 1.2.

Figuur 1.2 Het opleidingsplan volgens de BBOV

De begrippen binnen dit 'BBOV-huisje' worden hier geïntroduceerd en in volgende hoofdstukken nader uitgewerkt.

Een belangrijke vernieuwing in de gemoderniseerde opleiding tot psychiater is het toetsprogramma. In dit opleidingsplan is een uitgebreide tabel opgenomen met de verschillende toetsvormen en de frequentie waarmee deze toetsen afgenomen zouden moeten worden. Enkele van deze toetsen zijn nieuw voor de psychiatrieopleiding. Achterin dit opleidingplan treft u een dvd met korte filmfragmenten van dergelijke toetsen aan, zoals ondermeer het afnemen van een Korte Praktijk Beoordeling (KPB) en een voortgangsgesprek.

3.1 De fundering

Het fundament van het BBOV-huisje bestaat uit het Kaderbesluit en het Besluit Psychiatrie. Op de begane grond treffen we het profiel van het specialisme en de vertaling van het profiel in competenties. Een competentie omvat de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke authentieke context adequaat uit te voeren door geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken/-eigenschappen (zie ook hoofdstuk 3). Deze competenties, en de eisen die uit de overige verdiepingen van het huisje voortvloeien, worden beschreven in de Besluiten. Draagvlak binnen de beroepsgroep is noodzakelijk om het opleidingsplan een stevige ondergrond te bieden.

3.2 Het middendeel

Op de eerste verdieping treffen we de beschrijving van de opleidingsonderdelen aan. Het specialisme dient opgedeeld te worden in zogenaamde thema's, die overzicht verschaffen van het specialisme en aanknopingspunten bieden om de opleiding op te bouwen. Thema's zijn omschreven gebieden van stoornissen, problemen en/of situaties, relevant en/of kenmerkend voor het vakgebied. Een thema is een didactisch model dat leerdoelen in de vorm van competenties verbindt aan een voor de medisch specialist herkenbare eenheid in het vakgebied (zie ook hoofdstuk 3).

In dezelfde laag van het huisje wordt toetsing geplaatst. Om competenties te kunnen toetsen, is het noodzakelijk deze te omschrijven op een manier die toetsbaar is; dit wordt bedoeld met geoperationaliseerde competenties (zie hoofdstuk 5). De tweede verdieping betreft de leermiddelen die in de opleiding worden gebruikt (zie hoofdstuk 4). In hoofdstuk 6 wordt beschreven hoe de leermiddelen en toetsing gekoppeld zijn aan de thema's.

3.3 Het dak

Ten slotte wordt in het dak van het huisje de zogenaamde kwaliteitszorg weergegeven. Dit betreft enerzijds docentprofessionalisering en anderzijds het evalueren en zo nodig bijstellen van het opleidingsplan (zie hoofdstuk 10).

Hoofdstuk 2

Contouren van het nieuwe curriculum

1 Opleidingsopbouw en -duur

De opleiding in het geheel kan worden gezien als een voortgaande competentieontwikkeling, zodat de aios een niveau bereikt waarin overzicht en inzicht ontstaat met betrekking tot het (uitoefenen van het) beroep psychiater. Dit impliceert een noodzakelijk niveau van functioneren en reflectie, waarin de professional – de verschillende perspectieven overziend – vrij is de eigen werkstijl te ontwikkelen en binnen de kaders van het vak zelfstandig te functioneren.

Voor het bereiken van dit niveau zijn twee elementen in de opleiding verantwoordelijk. In eerste instantie leidt verbreding en verrijking van de ervaring die de aios opdoet in verschillende thema's tot de ontwikkeling van competenties. Daarna kan specifieke verdieping plaatsvinden in één van de drie aandachtsgebieden van de psychiatrie.

Het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie kende al geruime tijd een interne aantekening. Het aantekeningjaar viel echter buiten de opleiding tot psychiater, zodat de totale duur van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater vijf en een half jaar bedroeg. In de nieuwe opleiding verwerft de aios de interne aantekening voor één van de drie aandachtsgebieden binnen de totale duur van de opleiding.

De opleiding is opgebouwd uit stages, die verschillende thema's omvatten (zie hoofdstuk 3). Bij voorkeur worden stages in het algemene deel van de opleiding voorafgaand aan de stages in het aandachtsgebied gevolgd, en wordt over de gehele opleiding de volgorde klinisch-ambulant-spoedeisend aangehouden.

Structuur van de opleiding

- De aios wordt opgeleid tot psychiater binnen een van de drie aandachtsgebieden: volwassenenpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie of ouderenpsychiatrie.
- De totale opleidingsduur is vier en een half jaar in fulltime equivalenten.
- De vier en een half jaar is opgedeeld in twee en een half jaar algemene psychiatrie en twee jaar aandachtsgebieden.
- Gedurende de opleiding besteedt de aios in totaal ten minste:
 - één jaar aan klinische psychiatrie;
 - één jaar aan ambulante psychiatrie;
 - zes maanden (ten minste 20%) aan spoedeisende psychiatrie;
 - zes maanden (ten minste 20%) aan consultatieve psychiatrie;
 - drie jaar (ten minste 10%) aan psychiatrische psychotherapie.
- De stages kunnen in willekeurige volgorde worden doorlopen, maar bovengenoemde volgorde (aandachtsgebied na algemeen, spoedeisend na ambulant, ambulant na klinisch) heeft de voorkeur.

- In ieder geval vindt het eerste jaar van de opleiding plaats binnen het onderdeel algemene psychiatrie en wordt het laatste jaar van de opleiding volledig besteed aan psychiatrische patiëntenzorg binnen het aandachtsgebied.
- Gelet op het belang van ervaring in de samenwerking met andere specialismen is het gewenst dat iedere aios gedurende ten minste zes maanden in een algemeen ziekenhuis of universitair medisch centrum werkzaam is.

2 Aandachtsgebieden

Aandachtsgebieden betreffen de deelgebieden binnen de psychiatrie die een specifieke training vragen van twee jaar en die als zodanig, op advies van het Concilium Psychiatricum, door het bestuur van de nvvp en de ledenraad zijn goedgekeurd. Samen met het algemene deel van de opleiding, voorzien zij in de ontwikkeling van competenties op het niveau van de psychiater. Voor zowel het algemene gedeelte van de opleiding als voor de aandachtsgebieden zijn thema's vastgesteld (zie hoofdstuk 3, 7, 8 en 9). De stages binnen het aandachtsgebied volwassenpsychiatrie omvatten dezelfde thema's als de stages binnen het algemene deel van de opleiding. De aandachtsgebieden kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderenpsychiatrie omvatten specifieke eigen thema's (zie hoofdstuk 8 en 9). Het is echter mogelijk om binnen het algemene deel van de opleiding ook stages te volgen die thema's uit de kinder- en jeugdpsychiatrie of de ouderenpsychiatrie omvatten. In tabel 2.1. worden de eisen weergegeven ten aanzien van thema's in de aandachtsgebieden.

Tabel 2.1 Eisen ten aanzien van thema's in de aandachtsgebieden

<i>Aandachtsgebied</i>	<i>Thema's algemene psychiatrie</i>	<i>Thema's kinder- en jeugdpsychiatrie</i>	<i>Thema's ouderenpsychiatrie</i>
<i>Volwassenenpsychiatrie</i>	Alle mogelijk* (in algemene deel en in aandachtsgebied)	Maximaal zes maanden (in algemene deel)	Maximaal zes maanden (in algemene deel)
<i>Kinder- en jeugdpsychiatrie</i>	Alle mogelijk* (in algemene deel)	Maximaal twee jaar (in aandachtsgebied)	Maximaal zes maanden (in algemene deel)
<i>Ouderenpsychiatrie</i>	Alle mogelijk* (in algemene deel)	Maximaal zes maanden (in algemene deel)	Maximaal twee jaar (in aandachtsgebied)

* Met uitzondering voor combinaties van de thema's wetenschappelijk onderzoek, beleidspsychiatrie en somatische gezondheidszorg. Zie de nadere uitwerking hiervan in § 3.5.

3 Verplichtingen en rechten van de aios

De aios heeft als taak de integrale (inclusief de somatische) zorg voor de door haar/hem behandelde patiënten. Voor wat betreft het aantal patiënten dat in zorg is bij de aios gelden de volgende richtlijnen.

- Tijdens stages waarin het thema klinische psychiatrie voltijs aan de orde komt is de aios belast met de integrale zorg voor niet minder dan tien en niet meer dan vijftien patiënten tegelijkertijd.

- Tijdens stages waarin het thema ambulante psychiatrie voltijds aan de orde komt onderzoekt de aios per week niet minder dan twee en niet meer dan vijf nieuwe patiënten; aan het eind van deze stage draagt de aios niet meer dan twintig (bij een stage met alleen chronische patiënten niet meer dan veertig) patiënten over aan haar/zijn opvolger.
- Tijdens stages waarin het thema ambulante psychiatrie naast het thema spoedeisende psychiatrie (tezamen voltijds) aan de orde komt bedraagt het aantal patiënten dat de aios tegelijkertijd in behandeling heeft ten minste twintig en ten hoogste tachtig.
- Tijdens stages waarin het thema spoedeisende psychiatrie aan de orde komt onderzoekt de aios ten minste de helft van de spoedeisende patiënten als eerste, in plaats van de verpleegkundige.
- Tijdens een keuzestage van een jaar waarin het thema psychiatrische psychotherapie voltijds aan de orde komt is de aios belast met de intake van ten minste twintig patiënten en verricht de aios ten minste vijf ambulante psychotherapieën volgens ten minste twee verschillende psychotherapeutische methoden onder supervisie, of is de aios verantwoordelijk voor de klinische behandeling van ten minste vijf patiënten.

De aios wordt bij de zorg voor zijn patiënten begeleid door haar/zijn supervisor, die als psychiater ook voorziet in de integrale zorg van zijn patiënten. In overleg met de supervisor kan voor problemen van somatische aard bij psychiatrische patiënten consult of medebehandeling een somaticus (bijvoorbeeld huisarts of internist) worden ingeschakeld. Deze is telefonisch bereikbaar, maar dient op verzoek ook ter plaatse te komen.

De aios participeert gedurende de opleiding in diensten, in ieder geval in de volwassenenpsychiatrie. Hierdoor verwert de aios specifieke competenties op het gebied van medisch handelen in spoedeisende situaties, communicatie onder druk en samenwerking met andere zorgverleners bij een grote variëteit aan patiënten. De aios krijgt tijdens de dienst supervisie van een lid van de opleidingsgroep, de dienstdoende achterwacht. Deze is telefonisch bereikbaar, maar dient op verzoek van de aios ook ter plaatse te komen. Tijdens deze diensten dient tevens een huisarts of medische specialist telefonisch geconsulteerd te kunnen worden dan wel, in overleg met de psychiatrische achterwacht, ter plaatse te komen. De aan diensten bestede tijd komt gemiddeld genomen niet uit boven 20%. Het aantal diensten mag overigens niet interfereren met de continuïteit van de opleiding en de patiëntenzorg.

De aios is aan het eind van zijn opleiding in staat tot geneeskundige beoordeling voor inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) en tot het uitbrengen van psychiatrische rapportages. Dat betekent dat de aios hierin voldoende ervaring moet kunnen opdoen. Tenminste de eerste drie beoordelingen voor IBS moeten in aanwezigheid van de supervisor worden verricht. De beoordelingen voor RM mogen nimmer zelfstandig door de aios gedaan, maar dienen altijd gesuperviseerd te worden door de supervisor.

Tevens maakt de aios gedurende de opleiding tenminste drie psychiatrische rapporten, bij voorkeur na het eerste jaar van haar/zijn opleiding, onder gedegen supervisie. Dit kunnen twee bestuursrechtelijke en één forensisch rapport of één bestuursrechtelijk en twee forensische rapporten zijn.

Hoofdstuk 3

Competenties en thema's

Eindtermen definiëren de competenties waarover elke psychiater dient te beschikken en leggen dus het eindniveau van de opleiding vast. De term competentie duidt op de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke context adequaat uit te voeren. Dit vraagt in de regel om integratie van kennis, vaardigheden en attitude(n). In wezen zijn de eindtermen dus een omschrijving van het beroepsprofiel in competenties. Voor het beroepsprofiel van de psychiater wordt verwezen naar bijlage I. Eindtermen of competenties zeggen echter niets over de manier waarop deze moeten worden verworven – het opleidingscurriculum of opleidingsplan – maar vormen wel het fundament ervan (zie figuur 1.2).

1 Competenties

In deze paragraaf wordt belicht met welke aspecten rekening is gehouden bij het beschrijven van competenties voor de psychiater en het ontwikkelen van een competentiegerichte opleiding tot psychiater.

1.1 Competentie als begrip: integratief en contextafhankelijk

Met de term competentie, zoals in dit opleidingsplan gebruikt, wordt in onderwijskundige kringen bekwaamheid, vaardigheid en kundigheid bedoeld. Bekwaamheid, vaardigheid en kundigheid duiden op bepaalde vermogens. Vermogens zijn echter onzichtbaar. Men spreekt daarom wel over competenties als de *tacit dimension* van het klinisch handelen. Op het eerste gezicht lijkt het weinig aantrekkelijk om iets 'onzichtbaars' als uitgangspunt te nemen voor curriculumbeschrijving. Twee aspecten compenseren dit ogenschijnlijke nadeel evenwel en verklaren waarom het begrip competentie zo breed ingang heeft gevonden in de theorie en praktijk van onderwijs en opleiding.

Het eerste is dat het begrip competentie recht wil doen aan het feit dat de vermogens waarop in de klinische praktijk een beroep wordt gedaan, een integratief karakter hebben. In de praktijk van het professionele handelen staan kennis, vaardigheden en attitudes niet los van elkaar. Dat men als professional iets kan (competentie) komt tot uitdrukking in de kundige (kennis), vaardige (vaardigheid) en professionele (attitude) wijze waarop het praktisch-klinische handelen vorm krijgt.

Het tweede is dat competenties zich in verschillende contexten verschillend manifesteren. Het competentiebegrip verdisconteert dus een typisch kenmerk van het professionele handelen, namelijk de grote mate van flexibiliteit waarover de clinicus dient te beschikken. Hetzelfde vermogen kan in verschillende contexten tot zeer uiteenlopende activiteiten leiden. Het is die specifieke, contextgebonden activiteit (*performance*) die in de opleidingssituatie centraal dient te staan en die het opleidingsplan zichtbaar wil maken. Voor het gericht ontwikkelen en beoordelen van een competentie is het dus nodig de context te definiëren.

- Met de term competentie wordt bedoeld op een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat men toegerust is voor de praktijk of een onderdeel daarvan. Competenties zijn contextgebonden en ondeelbaar, dat wil zeggen clusters van vaardigheden, kennis, attitudes, eigenschappen en inzichten. Ze zijn verbonden met activiteiten of taken. Ze zijn veranderlijk in de tijd en dus leerbaar.

1.2 Invalshoeken voor competentiebeschrijvingen

Voor het omschrijven van de competenties waarover een psychiater dient te beschikken wordt uitgegaan van een aantal invalshoeken: specialismegebonden competenties, ziektebeelden, settings of behandelcontexten, patiëntenpopulaties en werkerterreinen.

De specialismegebonden competenties omvatten alle competenties van het vakgebied en behelzen de uitwerking van de algemene competenties van de medisch specialist voor het betreffende specialisme. De ziektegebonden leerdoelen medisch handelen zijn een vertaling van de algemene competentie medisch handelen naar psychiatrische ziektebeelden. De opbouw van deze twee uitwerkingen van de algemene competenties kunnen als theoretisch worden beschouwd.

Het klinisch redeneren kenmerkt zich echter door een omgekeerd proces ten opzichte van dat in de ziekteleer. De leerdoelen die gebonden zijn aan behandelcontexten of patiëntenproblemen en werkerterreinen benaderen het meest de praktijk van het professionele handelen. Deze invalshoek van beschrijven kan daarom praktisch van opzet genoemd worden. Zie tabel 3.1.

In de opleiding tot psychiater zijn zowel de theoretische als de praktische invalshoek van belang. Voor het ontwikkelen van delen van het opleidingsplan gericht op het aanleren van kennis en bepaalde vaardigheden, is de theoretische opbouw van leerdoelen een essentieel uitgangspunt, terwijl de praktische invalshoek meer tegemoet komt aan delen van het opleidingsplan die gericht zijn op de integratie en toepassing van kennis, vaardigheden en attitudes (het zogenaamde werkplekleren). Bij de bespreking van de thema's (§ 3) komt aan de orde hoe binnen het opleidingsplan psychiatrie tegemoet gekomen wordt aan deze verschillende behoeften.

Tabel 3.1 Indeling naar theoretische en praktische opzet van de leerdoelen

<i>Opbouw</i>	<i>Uitwerking van de competenties naar invalshoek</i>
<i>Theoretisch</i>	Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen
<i>Praktisch</i>	Leerdoelen gebonden aan de behandelcontext Leerdoelen gebonden aan patiëntenpopulaties of werkerterreinen

2 Competenties en leerdoelen psychiatrie

De formuleringen van competenties voor de psychiater zijn gebaseerd op het beroepsprofiel van de psychiater, dat wordt beschreven in de 'Profielschets psychiater' (zie bijlage I), en op het 'Raamplan psychiatrie' (april 2005), waarin eindtermen voor de opleiding tot psychiater worden beschreven op een manier die (nog) niet zozeer competentiegericht is.

2.1 Algemene competenties van de medisch specialist

Het CCMS heeft de competenties van de medisch specialist beschreven en vastgelegd in het Kaderbesluit CCMS. Dit zijn de zogenaamde algemene competenties, die zijn opgenomen in de

profielschets psychiater (bijlage I).

2.2 Specialismegebonden competenties

De algemene competenties bewerkt naar een specialisme leveren specialismegebonden competenties op. Deze specialismegebonden competenties staan in bijlage II van dit opleidingsplan.

2.3 Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen

Als uitwerking van de algemene competentie medisch handelen in de psychiatrie zijn de leerdoelen per ziektebeeld geformuleerd. Deze zijn voor de algemene psychiatrie in bijlage III te vinden.

2.4 Leerdoelen gebonden aan behandelcontexten en patiëntenpopulaties of werkerreinen

Leerdoelen gebonden aan behandelcontexten en patiëntenpopulaties of werkerreinen komen voort uit de specialismegebonden competenties en de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen en worden uitgewerkt in de zogenaamde thema's.

3 Thema's

Om tot een praktisch en inzichtelijk opleidingsplan te komen, is het vakgebied geordend aan de hand van thema's. Thema's zijn omschreven gebieden van stoornissen, problemen en/of situaties, relevant en/of kenmerkend voor het vakgebied. Ze hebben de volgende functies.

- Overzicht: thema's vormen een vereenvoudigde weergave van een zo groot mogelijk deel van het vakgebied.
- Indeling: als afgeleide van het dagelijkse werk van de medisch specialist, kan de opleiding via thema's worden ingedeeld en ingericht.
- Didactisch model: thema's verbinden leerdoelen aan een voor de medisch specialist herkenbare eenheid in het vakgebied.

3.1 Thema's binnen de opleiding tot psychiater

In de psychiatrie geldt dat de behandelcontext in belangrijke mate bepaalt op welke competenties een beroep wordt gedaan. De behandelcontext heeft grote invloed op het type patiënt dat men behandelt, de aard van de hulpvraag en de omstandigheden en situaties waarin de patiënt zich presenteert. Bovendien wordt de infrastructuur van het vakgebied, en dus ook die van de opleidingen, in belangrijke mate bepaald door de behandelcontext en/of de patiëntenpopulatie of het werktein. De indeling in zestien thema's aan de hand van behandelcontexten, patiëntenpopulaties en werktein, leidt aldus tot herkenbare onderdelen van de (algemene en volwassenen)psychiatrie, waarbij recht wordt gedaan aan de diversiteit en breedte van het vakgebied. Deze indeling staat in tabel 3.2.

De behandelcontext bepaalt in welke omstandigheden en/of situaties een bepaalde patiëntenpopulatie wordt gezien. In de praktijk van de stages is dan ook meestal één of meer behandelcontexten gecombineerd met één of meer patiëntenpopulaties. Tevens zal er altijd sprake zijn van een leeftijdsgebonden patiëntenpopulatie van volwassenen, kinderen en jeugdigen, of ouderen.

Tabel 3.2 Thema's algemene psychiatrie en volwassenenpsychiatrie

<i>Behandelcontext (verplichte thema's)</i>	Klinische psychiatrie Ambulante psychiatrie Spoedeisende psychiatrie (7x24-uurspsychiatrie) Consultatieve psychiatrie Psychiatrische psychotherapie
<i>Patiëntenpopulatie naar leeftijd*</i>	Volwassenenpsychiatrie (verplicht thema) Kinder- en jeugdpsychiatrie (keuzethema) Ouderenpsychiatrie (keuzethema)
<i>Patiëntenpopulatie naar psychiatrisch deelterrein (keuzethema's)</i>	Ziekenhuispsychiatrie Verslavingspsychiatrie Forensische psychiatrie Psychiatrie bij verstandelijk beperkten Psychiatrie in de zelfstandig gevestigde praktijk
<i>Niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gerelateerd werkterrein (keuzethema's)**</i>	Beleidspsychiatrie Wetenschappelijk onderzoek Somatische gezondheidszorg

* Binnen het algemene deel van de opleiding kunnen de thema's kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderenpsychiatrie eveneens binnen een stage van maximaal een half jaar aan de orde komen

** Omdat deze thema's niet gerelateerd zijn aan directe psychiatrische patiëntenzorg zijn er beperkingen vastgesteld voor de duur van stages waarin deze thema's aan de orde komen (zie § 3.5)

3.2 Uitwerking van thema's

Bij de uitwerking van de thema's is rekening gehouden met verschillende praktische eisen. Op de eerste plaats bieden de thema's tezamen overzicht over het vakgebied. Ten tweede beschrijft elk thema als afgeleide van de dagelijkse praktijk essentiële, gangbare en voor het thema specifieke aspecten van het professionele handelen. Ten slotte zijn de thema's bedoeld als bouwstenen voor het curriculum. De thema's sluiten daarom aan bij die aspecten van de dagelijkse praktijk die relevant zijn voor het ontwikkelen van competenties. De achterliggende gedachte is hier dat competenties worden geleerd op de werkplek en dat het opleidingsplan, naast het beschrijven van vereiste kennis en vaardigheden, vooral die aspecten belicht die de werkplek geschikt maakt voor het ontwikkelen, toepassen en integreren van de bij het thema passende kennis, vaardigheden en attitudes.

In tabel 3.3 wordt aangegeven op welke wijze de thema's in de opleiding tot psychiater worden beschreven. Het is in de praktijk niet mogelijk, maar ook niet nodig, om alle mogelijke thema's in het opleidingsschema van de aios op te nemen. De specialismegebonden competenties worden namelijk in alle thema's in meerdere of mindere mate verworven en getoetst, dus is geen enkele van deze competenties exclusief voor een der thema's. Dit wordt geïllustreerd in de eerste rij van de tabel. Wel zijn er specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen die in ieder geval (bij uitstek) in bepaalde thema's aan de orde komen. Dit wordt geïllustreerd in de tweede en verdere rijen van tabel 3.3.

Tabel 3.3 Koppeling van thema's algemene psychiatrie en volwassenenpsychiatrie aan specialismegebonden competenties en aan de gegroepeerde ziektebeelden waar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen aan zijn gekoppeld

<i>Thema</i>	<i>Specialismegebonden competenties*</i>	<i>Ziektebeelden en kritische beroepssituaties**</i>
<i>Alle thema's psychiatrische patiëntenzorg</i>	1 Medisch handelen 2 Communicatie 3 Samenwerking 4 Kennis en wetenschap 5 Maatschappelijk handelen 6 Organisatie 7 Professionaliteit	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen a. Acute psychose b. Agressief gedrag c. Suïcidaal gedrag d. Automutilatie e. Zelfverwaarlozing
<i>Verplichte thema's</i>	<i>Specialismegebonden competenties bij uitstek*</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek**</i>
Klinische psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen
Ambulante psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.2 6 Organisatie: 6.4	2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen
Spoedeisende psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.2, 3.4 5. Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4	2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen
Consultatieve psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.4 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.3 4 Kennis en wetenschap: 4.4	1 Cognitieve stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen
Psychiatrische psychotherapie	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1, 2.2 3 Samenwerking: 3.4 7 Professionaliteit: 7.2, 7.3	3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 8 Persoonlijkheidsstoornissen

Tabel 3.3 Vervolg

<i>Keuzethema's deelterrein</i>	<i>Specialismegebonden competenties bij uitstek*</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek**</i>
Ziekenhuispsychiatrie	2 Communicatie: 2.3 3 Samenwerking: 3.1 4 Kennis en wetenschap: 4.2 6 Organisatie: 6.2	1 Cognitieve stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen
Verslavingspsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.2	1 Cognitieve stoornissen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen
Forensische psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 4 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	2 Psychotische stoornissen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen
Psychiatrie bij verstandelijk beperkten	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 7 Drangstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen
Psychiatrie in de zelfstandige praktijk	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.1, 6.3	3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 8 Persoonlijkheidsstoornissen
<i>Keuzethema's niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gerelateerd</i>	<i>Specialismegebonden competenties bij uitstek*</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek**</i>
Beleidspsychiatrie	3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.2, 6.3	Niet van toepassing
Wetenschappelijk onderzoek	3 Samenwerking: 3.4 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.2 6 Organisatie: 6.4	Niet van toepassing
Somatische gezondheidszorg	1 Medisch handelen: 1.1, 1.2 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.2	1 Cognitieve stoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen

* Zie bijlage II

** Verwijst voor thema's in het onderdeel algemene psychiatrie naar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen in bijlage III en voor thema's in het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie naar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen in bijlage IV.

Tabel 3.4 Koppeling van ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage III) per gegroepeerde ziektebeelden aan de verplichte thema's binnen het onderdeel algemene psychiatrie

[illegible]

3.3 Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen bij verplichte thema's

Omdat voor elk thema is vastgelegd welke groepen ziektebeelden in ieder geval aan de orde dienen te komen, is het mogelijk om aan te geven welke ziektegebonden leerdoelen medisch handelen door de aios bereikt moeten zijn aan het eind van het betreffende thema. In tabel 3.4 is dit uitgewerkt voor het verplichte onderdeel algemene psychiatrie van de opleiding. In deze tabel zijn, net als in tabel 3.3, de groepen ziektebeelden gekoppeld aan de verplichte thema's voor het onderdeel algemene psychiatrie, maar is per groep ziektebeelden ook aangegeven welke ziektegebonden leerdoelen medisch handelen de aios moet bereiken (zie bijlage III). Sommige groepen ziektebeelden komen slechts in één thema verplicht aan de orde, andere in twee of meer thema's (zie tabel 3.3). Wanneer een groep ziektebeelden aan de orde komt in een thema dat slechts een half jaar gevolgd hoeft te worden (bijvoorbeeld de ontwikkelingsstoornissen in het thema ambulante psychiatrie), dienen de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen bij de betreffende ziektebeelden aan het eind van dat half jaar te zijn bereikt. Wanneer echter de groep ziektebeelden in alle vier de verplichte thema's aan de orde komt (bijvoorbeeld de stemmingsstoornissen), dan moeten de bijbehorende ziektegebonden leerdoelen medisch handelen eerst na twee en een half jaar bereikt zijn.

4 Stages¹

Van oudsher zijn de medische (vervolg)opleidingen praktijkopleidingen, ook al was het competentiedenken en -leren nog niet expliciet. De meester-gezelrelatie was daarbij het gangbare en onbetwiste uitgangspunt. De meester (opleider) was nauw betrokken bij het leerproces van de gezel (aios).

De meester-gezelverhouding geldt nog steeds, maar gezien de veranderde schaalgrootte van opleidingsinrichtingen, zijn de taken van de opleider voor een belangrijk deel gedelegeerd aan supervisors (leden van de opleidingsgroep), die nauwer bij de aios en diens werkzaamheden betrokken zijn.

In een competentiegericht curriculum is het zogenaamde werkplekleren essentieel. De achterliggende onderwijskundige gedachte is dat volwassenen competenties verwerven door kennis en vaardigheden te integreren in de bijpassende praktijk (contextuele input). Dit vindt plaats in een proces waarin zelfwerkzaamheid, *problem solving* en reflectie centraal staan.

Stages blijven dus de basis vormen van de opleiding tot psychiater, met dien verstande dat de stages zich meer dan voorheen moeten richten op het verschaffen van die elementen die ze geschikt maken als leeromgeving. Daarom worden de stages beschreven aan de hand van thema's: het didactische model dat leerdoelen in de vorm van competenties verbindt aan een voor de medisch specialist herkenbare eenheid in het vakgebied.

Kenmerkend voor de opleiding tot psychiater is dat de volgorde van de stages niet wordt bepaald door de complexiteit van de psychiatrische ziekten en behandelingen. Alle behandelcontexten, patiëntenpopulaties, leeftijdsgroepen en deelterreinen kunnen een beroep doen op zowel relatief gemakkelijk als zeer moeilijk te verwerven competenties. Dat is de reden waarom de stages in willekeurige volgorde doorlopen kunnen worden, zij het dat er voorkeur bestaat voor de volgorde klinische psychiatrie-ambulante psychiatrie-spoedeisende psychiatrie, en dat het aandachtsgebied volgt op het algemene deel. In ieder geval dient het laatste jaar van de opleiding volledig te worden besteed aan psychiatrische patiëntenzorg binnen het aandachtsgebied. Het

1 In het Kaderbesluit van het CCMS wordt gesproken van modules in plaats van stages.

niveau van ontwikkeling van de aios blijkt uit de mate van zelfstandigheid waarmee deze in toenemende complexiteit de diagnostiek en behandeling van patiënten kan verrichten.

4.1 De stageomschrijving

De opleiding is opgebouwd uit stages van minimaal een half en maximaal een heel jaar². De opleider beschrijft uit welke stage(s) (het deel van) zijn opleiding bestaat en welke thema's per stage aan de orde zijn. Elke stage omvat een of meer thema's, bestaande uit (a) één of meer behandelcontexten en (b) een patiëntenpopulatie naar leeftijd, en eventueel (c) één of meer patiëntenpopulaties naar psychiatrisch deelterrein, of (d) een niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gebonden werkerterrein (zie voor drie voorbeelden tabel 3.5). Op deze manier zijn veel soorten stages binnen de opleiding tot psychiater aan te bieden. Ook een transmurale stage is mogelijk: verschillende behandelcontexten worden dan als thema aangewend voor het ontwikkelen van competenties. Door aan te geven welke thema's in een stage aan de orde komen, is bovendien meteen vastgelegd welke specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen in deze stages in ieder geval verworven dienen te worden.

Tabel 3.5 Voorbeelden van stageomschrijvingen aan de hand van thema's binnen het onderdeel algemene psychiatrie van de opleiding tot psychiater

Thema's	Stages		
	<i>Dubbele diagnose opnameafdeling</i>	<i>Transmuraal team zorglijnpersoonlijkheidsstoornissen</i>	<i>Polikliniek voor ouderen</i>
<i>a. Behandelcontext</i>	Klinische psychiatrie	Klinische psychiatrie Ambulante psychiatrie Spoedeisende psychiatrie Psychiatrische psychotherapie	Ambulante psychiatrie Psychiatrische psychotherapie
<i>b. Patiëntenpopulatie naar leeftijd</i>	Volwassenenpsychiatrie	Volwassenenpsychiatrie	Ouderenpsychiatrie
<i>c. Psychiatrisch deelterrein</i>	Verslavingspsychiatrie		

Opleiders hebben de mogelijkheid om een stage aan te bieden waarin een thema is opgenomen dat niet in tabel 3.2 staat vermeld. Voorwaarde is dan dat dit thema beschreven wordt in termen van behandelcontext, patiëntenpopulatie en/of werkerterrein. Bovendien dient de opleider aan te geven op welke specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen in dit thema in ieder geval een beroep wordt gedaan (zie tabel 3.3).

5 Niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gerelateerde keuzestages

Een aparte plaats nemen de thema's beleidspsychiatrie, wetenschappelijk onderzoek en somatische gezondheidszorg in. Deze thema's lenen zich bij uitstek tot het verwerven van respectievelijk de competenties organisatie, kennis en wetenschap, en medisch handelen. Bij de beschrijving van de stages die betrekking hebben op één van deze drie thema's kan het betreffende werker-

2 Alleen voor de keuzestage ambulante psychiatrische psychotherapie geldt dat deze altijd een jaar duurt.

rein worden gecombineerd met een of meer behandelcontexten en patiëntenpopulaties. Omdat in deze stages weinig of geen competenties kunnen worden verworven op het gebied van de directe psychiatrische patiëntenzorg zijn er beperkingen vastgesteld aan de duur en de inkadering van dergelijke stages (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6 Duur en inkadering van stages die niet direct aan psychiatrische patiëntenzorg zijn gerelateerd

<i>Algemene eis</i>	<i>Stage wetenschappelijk onderzoek</i>	<i>Stage beleidspsychiatrie</i>	<i>Stage somatische gezondheidszorg</i>
Maximaal een jaar van de opleiding, waarvan maximaal zes maanden binnen het aandachtsgebied, vindt plaats binnen een dergelijk werktein.	Maximale duur een jaar indien binnen een promotieonderzoek. Maximaal zes maanden indien het wetenschappelijk onderzoek niet in het kader van een promotieonderzoek valt.	Maximale duur zes maanden.	Maximale duur een jaar. Somatische stages zijn mogelijk in alle specialismen. De somatische stage moet zijn gevolgd op een afdeling of bij een huisarts die door de betreffende opleiding is erkend.

De duur is aangegeven in fte's.

Hoofdstuk 4

Leermiddelen

De opleiding tot psychiater vindt voor een groot deel plaats op de werkvloer en is terecht sterk praktijkgericht. Zoals eerder besproken zijn competenties vermogens die kennis, vaardigheden en attitude integreren. De werkplek kan gezien worden als het oefenterrein, waar de aios deze verschillende elementen leert integreren in de praktijk. Het werkplekleren is tijdens de stages niet alleen gericht op de competenties die in ieder geval in de bijbehorende thema's aan de orde komen, maar ook op het verwerven van alle andere specialismegebonden competenties.

1 Supervisie, mentoraat, leertherapie en opleidingsrelatie

De opleider houdt de voortgangsgesprekken met de aios, waarbij het portfolio een belangrijke bron van informatie is. Verder bespreekt de opleider de 360-gradenbeoordelingen, beoordeelt brieven, dossiers en overdrachten en bij voorkeur ook enkele Korte Praktijk Beoordelingen (KPB's). Ten slotte doet de opleider de geschiktheidsbeoordelingen aan de hand van de beoordelingen van de supervisor. De opleider kan zelf fungeren als begeleider van de aios of deze taak delegeren naar een ander lid van de opleidingsgroep.

In de begeleiding van de aios worden twee aspecten onderscheiden: de begeleiding van de dagelijkse werkzaamheden, gericht op de patiënt (supervisie) en de begeleiding op afstand, gericht op het algemeen functioneren van de aios in het werk (mentoraat). Daarnaast bestaat er gedurende een deel van de opleiding, meestal in het tweede of derde jaar, begeleiding buiten de werksetting, primair gericht op de persoon van de aios in relatie tot het functioneren in het werk (leertherapie).

1.1 Supervisie

De aios wordt tijdens de verschillende stages in haar of zijn dagelijkse werkzaamheden begeleid door de supervisor, behandelend psychiater van de betreffende werkplek. De supervisor is het meest bij de opleiding van de aios betrokken lid van de opleidingsgroep. In de klinische en ambulante context onderzoekt deze psychiater ten minste eenmaal ook zelf de patiënten van de aios samen met de aios, en verder zo dikwijls als de aios of de psychiater het nodig acht. Nieuw opgenomen patiënten worden binnen 24 uur door de supervisor of diens dienstdoende waarnemer onderzocht. In de spoedeisende en consultatieve behandelcontext worden de patiënten mede beoordeeld door de supervisor of diens waarnemer wanneer de aios of de supervisor dat nodig achten, mede afhankelijk van het niveau van competenties van de aios.

In vast, zeer geregeld overleg (richtlijn: één uur per week) worden diagnostiek en behandeling van de patiënten met de supervisor besproken. Deze begeleiding van het dagelijkse werk van de aios is breed en gericht op het verwerven van vrijwel alle specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen. In het bijzonder gaat het om de domeinen medisch handelen, communicatie, samenwerking, maatschappelijk handelen en organisatie. Primair object van de besprekingen is steeds de patiënt.

De supervisor toetst de aios door middel van KPB's, bespreekt eventueel in overleg met de opleider de 360-gradenbeoordelingen van de aios, beoordeelt de door de aios geschreven geneeskundige verklaringen in het kader van de wet Bopz en vult aan het eind van de stage de stagebeoordeling en de themabeoordeling in.

Supervisies van de psychotherapeutische behandelingen worden gegeven door supervisoren, bij voorkeur psychiaters (als relevant rolmodel), die bekwaam dienen te zijn op het gebied van supervisie en van de betreffende specialistische psychotherapie. Deze supervisies volgen qua frequentie en intensiteit de voortgang van de betreffende psychotherapeutische behandelingen en van de competenties van de aios. Als richtlijn voor de gehele opleiding geldt 120 uur supervisie psychotherapie. Inhoudelijk betreft de supervisie psychotherapie enerzijds de kennis en vaardigheden op het gebied van psychologische diagnostiek en behandeling van de psychiatrische patiënten uit het domein medisch handelen van de specialismegebonden competenties en uit de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen, en anderzijds de competenties 'bouwen van effectieve behandelrelaties', 'hanteren van de eigen rol' en 'goed luisteren' uit het domein communicatie en adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag uit het domein professionaliteit van de specialismegebonden competenties. De supervisoren psychotherapie toetsen de aios door middel van specifieke KPB's en beoordelen de door de aios verrichte psychotherapieën. De supervisoren hebben ten minste vier keer per jaar onder leiding van de opleider overleg over de voortgang van de aios en over andere onderwerpen met betrekking tot de gang van zaken in de supervisies.

Voor de vereiste scholing en competenties van de supervisoren wordt verwezen naar hoofdstuk 9.

1.2 Mentoraat

De aios ontvangt geregeld begeleiding door een psychiater, lid van de opleidingsgroep, met betrekking tot de ontwikkeling van de aios in persoonlijk en professioneel opzicht. Deze begeleiding is in het bijzonder gericht op het verwerven van de competenties 'leveren van ethisch verantwoorde patiëntenzorg' uit het domein medisch handelen, 'hanteren van de eigen rol' uit het domein communicatie en alle competenties uit het domein professionaliteit van de specialismegebonden competenties. Object van de begeleiding is daarom de aios zelf, maar wel in haar of zijn functioneren in het dagelijkse werk. Het persoonlijk leven en de psychische, sociale of biografische determinanten van het gedrag van de aios blijven buiten beschouwing. Deze begeleiding en supervisie worden in de uitvoering onderscheiden, minimaal door ze in tijd te scheiden, maximaal door ze in persoon van begeleider en supervisor te scheiden. De frequentie van de begeleiding door de mentor wordt bepaald in overleg tussen de mentor en de aios en zal mede afhangen van de ontwikkeling van de competenties van de aios. Als richtlijn kan in de eerste twee jaar van de opleiding gelden: één uur per twee weken (of een uur per week in groepsvorm). Voor de vereiste scholing en competenties van de supervisoren en begeleiders wordt verwezen naar hoofdstuk 9.

1.3 Leertherapie

Ook de leertherapie is bij uitstek bedoeld om de competenties 'hanteren van de eigen rol' uit het domein communicatie en 'adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag' en 'kennen van de eigen grenzen' uit het domein professionaliteit van de specialismegebonden competenties te verwerven. In tegenstelling tot het mentoraat is de leertherapie gericht op het persoonlijke leven en de psychische, sociale of biografische determinanten van het gedrag van de aios. Daarom dient de leertherapie (focaal) inzichtgevend te zijn en bij voorkeur individueel

plaats te vinden. Als richtlijn geldt dat de leertherapie bestaat uit vijftig zittingen van driekwart uur.

De leertherapeut is een psychiater die patiëntgebonden werkzaam is, ten minste vijf jaar ingeschreven is in het specialistenregister van de MSRC en bij voorkeur ingeschreven is in het register van een specialistische vereniging voor psychotherapie, dan wel een vergelijkbare ervaring heeft. De opleider dient toestemming te geven voor de keuze van de leertherapeut en moet dus overtuigd zijn van diens kwaliteit. De opleider kan bij uitzondering toestemming geven voor een leertherapie bij een psychotherapeut die niet psychiater is, maar wel is ingeschreven in het register van een specialistische vereniging voor psychotherapie.

De leertherapeut werkt niet in de opleidingsinrichting van de aios en heeft geen andere werk- of opleidingsrelatie met de aios dan de leertherapeutische. Evenmin heeft de leertherapeut een functie bij het beoordelen van de aios.

1.4 Opleidingsrelatie

Bovengenoemde vormen van begeleiding zijn erop gericht om de aios op te leiden om haar of zijn 'eigen instrument' te zijn. Onderdeel hiervan is de wijze waarop de aios interacties aangaat, dus ook de interactie met de supervisors/mentoren. Een goede werkrelatie tussen de aios en deze begeleiders, de opleidingsrelatie, is een van de belangrijkste voorwaarden voor een doelmatige opleiding. Alhoewel de supervisors/mentoren veelal zelf opgeleid zijn om eventuele problemen op het gebied van de opleidingsrelatie te signaleren of zelfs te behandelen, dient het onderscheid tussen enerzijds supervisie en mentoraat en anderzijds leertherapie strikt gehandhaafd te blijven. Dit in acht nemend kunnen gesignaleerde knelpunten bij de aios, de supervisor of in hun onderlinge interactie, wel gebruikt worden voor een begripvolle hantering van de opleidingsrelatie en zo nodig respectvol ter sprake gebracht worden. Verdere verdieping kan, indien gewenst, tijdens de leertherapie of, wat de supervisor betreft, tijdens inter- of supervisie plaatsvinden.

2 Cursorisch onderwijs

Het proces van competentieontwikkeling vraagt om een leeraanbod dat niet rechtstreeks aan de werkplek is gebonden. In dit hoofdstuk worden daarom verder de verschillende vormen van onderwijs in het algemene deel van de opleiding tot psychiater besproken. Hierbij wordt telkens aangegeven op het verwerven van welke specialismegebonden competenties (bijlage II) en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (bijlage III) de opleidingselementen zijn gericht. Voor de verdiepende en meer specialistische opleiding in de aandachtsgebieden wordt verwezen naar de hoofdstukken 7, 8 en 9.

Voor al het cursorisch onderwijs geldt als vuistregel dat de aios niet meer dan 20% mag missen; de aanwezigheid van de aios dient daartoe te worden geregistreerd. De opleider draagt er zorg voor dat de aios feedback geven over het onderwijs en dat deze feedback terecht komt bij de belanghebbenden.

2.1 Onderwijsmethodiek

Op onderwijskundig gebied bestaat steeds meer inzicht in het rendement van verschillende onderwijsmethoden. Het kader biedt een overzicht van de verschillende onderwijsmethoden. Een van de meest opvallende bevindingen is dat het rendement groter is naarmate de leerstijl van de leerling en de leermethodiek beter op elkaar aansluiten. Het is dus verstandig bij het kiezen van de leermethoden uit te gaan van de doelgroep.

Voor de opleiding tot psychiater heeft de doelgroep een aantal kenmerken. Op de eerste plaats betreft de groep volwassenen. Ten tweede zijn deze op zijn minst basisarts, waarmee zij hebben bewezen in staat te zijn zich leerstof succesvol eigen te maken op een academisch niveau en waardoor enig inzicht in de eigen leerstijl verondersteld kan worden. Ten slotte is er is weliswaar weinig bekend over de leerstijlen van aios psychiatrie, maar is het aannemelijk dat de groep heterogeen is wat betreft de leerstijl.

Harde eisen worden aan de vorm van het onderwijs niet gesteld, wel aan het gewenste eindniveau. Uit het bovenstaande kan echter wel worden opgemaakt dat variatie moet worden aangebracht in de onderwijsmethodiek van het onderwijs. Dit geldt zowel voor het onderwijs in het cluster als voor het onderwijs op locatie. De uitwerking wordt aan de verschillende opleidingsinrichtingen en -regio's overgelaten. De mate waarin eisen worden gesteld is het resultaat van de afweging tussen enerzijds de behoefte aan landelijke uniformiteit ten aanzien van een aantal zaken en anderzijds de behoefte aan lokale mogelijkheden tot het aanbrengen van accenten in de opleidingsinrichting en/of -regio.

3 Introductiecursus

Om de aios voor te bereiden op de eerste werkzaamheden en de eerste diensten, wordt een introductiecursus gegeven. Deze betreft de basale competenties die noodzakelijk zijn voor het zelfstandig medisch handelen in de psychiatrie en voor het hanteren van de belangrijkste kritische beroepssituaties. Daarnaast legt deze cursus de basis voor de competenties adequaat mondeling en schriftelijk verslag doen uit het domein communicatie, kennen van de verwijsmogelijkheden uit het domein samenwerking, handelen volgens de relevante wettelijke bepalingen uit het domein maatschappelijk handelen en gebruiken van informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg uit het domein organisatie. Als richtlijn voor de duur van deze cursus geldt één week.

Onderwerpen introductiecursus

- Introductie psychiatrische anamnese en psychiatrisch onderzoek.
- Introductie psychiatrische stoornissen.
- Introductie somatische vaardigheden.
- Spoedeisende interventies bij kritische beroepssituaties:
 - taxatie en interventie bij delirium, suïcidaliteit en agressief gedrag;
 - spoedeisende behandelingen (farmacotherapie, crisisinterventie, systeemgeoriënteerde interventies);
 - separeerbeleid en teamsamenwerking;
 - overleg met de achterwacht in de dienst.
- Dossiervoering en ontslagbrief.
- Wetgeving: Bopz, WGBO.
- Kennismaking met de eigen opleidingsinrichting.
- Kennismaking met de ggz-regio: de sociale kaart.

4 Kennisonderwijs

De term kennisonderwijs heeft in deze paragraaf betrekking op alle kennis die verworven moet worden tijdens het algemene deel van de opleiding. Dit betreft enerzijds de kennis van psychopathologie, psychisch functioneren en diagnostiek, zoals vermeld in de domeinen medisch handelen, kennis en wetenschap, en maatschappelijk handelen van de specialismegebonden competenties, anderzijds de kennis over etiopathogenetische factoren, diagnose en therapie van de ziektebeelden vermeld in de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen. In het kennisonderwijs zijn ook de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen verwerkt. Het uiteindelijke doel van kennisonderwijs is de integratie van deze kennis in de dagelijkse praktijk. Als richtlijn geldt dat vier uur per week door de aios aan dit kennisonderwijs wordt besteed.

4.1 Onderwerpen en literatuur in het kennisonderwijs

Om te zorgen voor een uniform kennisniveau wordt landelijk vastgesteld waarover kennis wordt overgedragen. Een literatuuromschrijving is tevens noodzakelijk wanneer kennis op summatieve wijze wordt getoetst (zie ook hoofdstuk 5). De toetscommissie van het Concilium Psychiatricum adviseert in deze. In het kader worden de onderwerpen opgesomd die in ieder geval aan de orde moeten komen in het kennisonderwijs.

Onderwerpen voor het kennisonderwijs in de algemene psychiatrie

- Psychiatrische ziekteleer:
 - neurowetenschap;
 - psychofarmacologie;
 - ontwikkelingspsychologie en psychologische functieleer;
 - persoonlijkheidsleer;
 - epidemiologie, statistiek;
 - psychopathologie, fenomenologie;
 - diagnostiek en classificatie.
- Psychiatrische ziektebeelden (kennisdomeinen van de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen, met betrekking tot etiopathogenetische factoren, diagnostiek en therapie, van cognitieve stoornissen, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angst- en dwangstoornissen, stoornissen met somatische symptomen, verslavingen, persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen).
- Basisprincipes van psychotherapie, de theoretisch basis van en de indicatiestelling voor de belangrijkste psychotherapeutische methoden (bijvoorbeeld psycho- dynamische psychotherapie, cliëntgerichte psychotherapie, gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, systeemtherapie, groepstherapie en integratieve psychotherapie).
- Speciële gebieden van de psychiatrie (in het bijzonder kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderpsychiatrie).
- Maatschappelijke aspecten:
 - geschiedenis van de psychiatrie;
 - wetgeving;
 - ethiek, filosofie en zingeving.

4.2 Organisatie van het kennisonderwijs

Bij voorkeur volgt de aios tijdens de stage het voor de betreffende stage relevante onderwijs. Dit vergroot het rendement van het onderwijs immers sterk. Kennisonderwijs in de psychotherapie kan, gekoppeld aan vaardigheidsonderwijs, geheel plaatsvinden in een regionale cursus psychotherapie, maar kan ook geheel of gedeeltelijk, geïntegreerd met andere onderwerpen, plaatsvinden in een ziektebeeldgeoriënteerde cursus.

Elementen uit het lokale of regionale kennisonderwijs zijn disciplineoverstijgend. Door de UMC's worden onderwijsprogramma's verzorgd, waaraan meer disciplines samenwerken. Hierbij komen onderwerpen aan de orde die de competenties kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit betreffen: wetgeving, medische besliskunde, organisatie en financiële kaders van de zorg, algemene gezondheidszorgethiek, presentatietechnieken, omgang met conflicten en leidinggeven. Deze laatste drie onderwerpen kunnen ook in de vorm van vaardigheidsonderwijs worden verzorgd.

5 Vaardigheidsonderwijs

Het grootste deel van de vaardigheden, zoals beschreven in de specialismegebonden competenties en de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen, wordt verworven in de dagelijkse praktijk van de aios en begeleid, gesuperviseerd en beoordeeld door de leden van de opleidingsgroep. Er zijn echter ook belangrijke vaardigheden van de psychiater die in vitro worden geoefend. Als richtlijn geldt dat de aios tijdens de gehele opleiding tweehonderd uur besteedt aan deze training in basale vaardigheden en psychotherapeutische behandelwijzen van psychiatrische patiënten.

5.1 Basale vaardigheden

De basisvaardigheidstraining richt zich op algemene psychiatrische en psychotherapeutische gespreksvaardigheden en vaardigheden die erop gericht zijn een goede behandelrelatie op te bouwen en in stand te houden. Het gaat hier vooral om de behandelvaardigheden uit de domeinen medisch handelen en communicatie, en om het hanteren van de belangrijkste kritische beroepssituaties. Deze training vindt plaats in het eerste half jaar na de aanvang van de opleiding. De training in het hanteren van (dreigende) fysieke agressie wordt in een jaarlijkse 'opfriscursus' herhaald.

Basale vaardigheden die minimaal aan de orde komen

- Het creëren van optimale gespreksvoorwaarden (zoals het voorkomen van storingen door piepers, telefoons, en dergelijke).
- Het vestigen en in stand houden van een goede werkrelatie en het hanteren van factoren die deze werkrelatie bedreigen in relatie tot persoonlijke kenmerken (van de stoornis) van de patiënt.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Tonen van empathie.
- Toepassen van motivatietechnieken.
- Bevorderen van mentaliseren.
- Hanteren van kritische beroepssituaties, waaronder acute psychose, suïcidaliteit, automutilatie, (dreigende) fysieke agressie, separeerbezoek.
- Streven naar optimale autonomie van de patiënt.
- Hanteren van overdracht en tegenoverdracht.
- Het beëindigen van de behandelrelatie.

5.2 Psychotherapeutische vaardigheden

Na de basisvaardigheidstraining vindt verdieping in de verschillende psychotherapeutische referentiekaders plaats. Dit gebeurt door het verwerven van zowel kennis als vaardigheden, door middel van zelfstudie, interactief onderwijs en rollenspelen. Specifieke vormen van psychotherapie dienen onderwezen te worden door daartoe gekwalificeerde deskundigen – bij voorkeur psychiaters – al dan niet aan de opleidingsinrichting verbonden. Dit onderwijs is gericht op het verwerven van de volgende algemene competenties uit het domein medisch handelen: toepassen van gemeenschappelijke therapiefactoren, hanteren van interventies met een steunend, clarificerend en explorerend karakter, uitvoeren van individuele, groeps- en gezinsinterventies en integratie van deze interventies in multimodale behandelstrategieën, en de algemene vaardigheden behorend bij experiëntiële, psychodynamische, (cognitieve) gedragstherapeutische, groepsdynamische en systemische interventies. Deze vaardigheden zijn nader omschreven onder de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (bijlage III).

6 Praktijktraining psychotherapie

Na deze theoretische en technische verdieping in de verschillende vormen van psychotherapie, wordt gestart met het oefenen van de betreffende vormen van psychotherapie onder frequente, intensieve supervisie. De supervisie over specifieke vormen van psychotherapie wordt gegeven door daartoe bekwaam geachte deskundigen – bij voorkeur psychiaters – al dan niet aan de opleidingsinrichting verbonden. Indien de opleider zelf geen voortgezette psychotherapeutische scholing heeft genoten, wijst hij een ter zake gekwalificeerd lid van de opleidingsgroep aan als coördinator van deze praktijktraining. Bij deze training worden meer specifieke psychotherapeutische technieken en interventies aangeleerd en eigen gemaakt. Iedere aios wordt aan het eind van de opleiding ten minste geacht om individuele psychotherapie vanuit een (cognitieve) gedragstherapeutisch kader en elementaire therapie-ingrediënten vanuit een psychodynamisch of cliëntgericht kader te kunnen toepassen bij verschillende ziektebeelden. Naast het aanleren van deze specifieke technieken uit het domein van het medisch handelen, is er ruime aandacht voor het (leren) vestigen en in stand houden van een therapeutische alliantie en de eigen attitude van de aios, met inbegrip van aspecten van de tegenoveracht (het domein communicatie van de specialismegebonden competenties).

Daarbij komt indicatiestelling voor psychotherapie aan de orde, waarbij de aios leert afwegen op welke wijze patiëntvariabelen van invloed zijn op de psychotherapie van keuze. De supervisor geeft de aios hierbij geregeld feedback over zijn/haar psychotherapeutisch handelen.

Psychotherapieën worden zowel in het algemene deel van de opleiding als tijdens stages binnen een van de aandachtsgebieden verricht. Als richtlijn geldt dat de aios tien psychotherapeutische behandelingen uit twee richtingen verricht, waarvan twee een langdurige psychotherapie betreffen.

7 Integratie van behandelvaardigheden bij complexe problematiek

Bij het kennisonderwijs, het vaardigheidsonderwijs en de praktijktraining wordt steeds teruggekomen op het toepassen van de gemeenschappelijke psychotherapiefactoren en welke consequenties deze hebben voor de uitvoering van psychotherapie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het faseren, combineren en integreren van psychofarmacologische, psychologische en psychosociale interventies (beide zijn competenties ten aanzien van behandeling uit het domein

medisch handelen van de specialismegebonden competenties). In de laatste fase van de opleiding dient de aandacht gericht te zijn op de indicatiestelling en behandeling van meer complexe psychiatrische problematiek, bij uitstek de competentie van de psychiater.

8 Somatisch onderwijs

Binnen de opleidingsinrichting wordt naast somatische consultatie of meebehandeling door een huisarts of medisch specialist, onderwijs verzorgd door medische specialisten. Dit onderwijs wordt gegeven aan de hand van casuïstiek, door de aios ingebracht, of betreft theoretische verdieping van somatische onderwerpen die relevant zijn voor de psychiater. Als richtlijn geldt dat tijdens het algemene deel van de opleiding één uur per twee weken somatisch onderwijs wordt gegeven.

9 Refereren, klinische presentaties, *critically appraised topics* (CATs) en eindreferaat

Referaten, klinische presentaties, *critically appraised topics* (CATs) zijn terugkerende opleidingsmomenten in de opleiding tot psychiater. Het eindreferaat wordt bij voorkeur gepresenteerd in het laatste jaar van de opleiding. Deze onderwijsactiviteiten zijn gericht op het verwerven van de competenties medisch handelen, communicatie, kennis en wetenschap.

Hoofdstuk 5

Toetsing

In de opleiding neemt het onderdeel toetsing een centrale plaats in. Binnen het competentiegericht opleiden is het toetsen van kennis een belangrijk, maar slechts beperkt onderdeel. Om tot een doelgericht en praktisch toetsingsprogramma te komen is het noodzakelijk een aantal basale, maar cruciale vragen te beantwoorden. Wat is het doel van toetsing, wat wordt er getoetst, hoe wordt er getoetst en wanneer wordt er getoetst? Daarnaast is er de vraag hoe resultaten van een beoordeling moeten worden uitgedrukt.

1 Doel van toetsing

Toetsing kan grofweg twee verschillende doelen dienen. Op de eerste plaats kan een toets als ontwikkelingsgericht of formatief instrument worden gebruikt. Daarnaast is de meest bekende vorm van toetsing selectiegericht ofwel summatief.

1.1 Formatief toetsen

In het proces van ontwikkeling en leren zijn feedback en reflectie onmisbare elementen. Een ontwikkelingsgerichte of formatieve toets voorziet in feedback door het geven van inzicht in de manier waarop de aios functioneert en zal bij herhaling een reflectieve houding bij de aios stimuleren. Op basis van een dergelijk toetsinstrument kunnen verbeterpunten worden geformuleerd en geëvalueerd.

1.2 Summatief toetsen

Summatieve toetsinstrumenten zijn bedoeld te differentiëren tussen aios die de getoetste zaken beheersen en aios die in dat opzicht niet voldoen. Deze toetsvorm kan dus bijdragen aan het besluit of iemand 'overgaat' naar het volgende leerjaar of een bepaald niveau van functioneren heeft behaald.

Voor het summatief toetsen is een hogere mate van betrouwbaarheid (en validiteit) noodzakelijk dan voor het formatieve toetsen. Dit heeft aanzienlijke implicaties voor de frequentie van toetsen, de hoeveelheid toetssoorten en het aantal verschillende beoordelaars (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Formatieve en summatieve toetsing

<i>Functie</i>	<i>Toelichting</i>
Ontwikkelingsgericht (formatieve functie)	Bevorderen van het leerproces: verbeteren, bevestigen, stimuleren, richten.
Selectie (summatieve functie)	Toekennen diploma, certificaat, cijfer. Civiel effect voor aios. Externe verantwoording kwaliteit opgeleiden.

1.3 Balans tussen formatieve en summatieve toetselementen

Beide toetsvormen spelen een rol in de opleiding tot psychiater. Er wordt echter in veel grotere mate formatief dan summatief getoetst. Het uitvoeren van betrouwbare summatieve toetsen vergt immers veel tijd, energie en inzet van alle betrokkenen.

Bovendien functioneert minimaal 95% van de aios voldoende tot uitstekend en rondt de opleiding met goed gevolg af. De overige circa 5% functioneert onvoldoende, wordt ongeschikt bevonden en moet soms de opleiding staken (indien er geen procedurefouten optreden). Opvallend is dat in het grootste deel van deze 5% de interbeoordelaarsvariabiliteit klein is, ook als er geen (summatieve) toets aan te pas komt. In dit opzicht is een grote hoeveelheid summatieve toetsmomenten niet noodzakelijk.

Daarnaast beleeft de grote meerderheid van de betrokkenen, waar het toetsing betreft, het meeste plezier aan het formatieve karakter van toetsing, waarbij de toets (en de discussie hierover tussen aios en toetser) kan leiden tot een toegenomen inzicht in het functioneren van de aios en tot gerichte verbeterpunten. Terwijl een veelheid aan summatieve toetsen er gemakkelijk toe leidt dat de toets als een verplichte formaliteit snel wordt afgehandeld, waarbij de formatieve elementen verloren gaan. Ten slotte draagt de mate waarin betrokkenen nut ervaren aan de toetsingshandelingen voor een belangrijk deel bij aan de kwaliteit van uitvoering van toetsing.

1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van toetsing neemt toe naarmate het aantal toetsmomenten, het aantal toetssoorten en het aantal beoordelaars groter is (één toets is geen toets). De meer analytische toetsen (waarbij items als het ware in detail worden nagelopen) zijn zeker niet betrouwbaarder dan de meer holistische toetsen (waarbij de beoordeling op een globaler niveau plaatsvindt). De generaliseerbaarheid van gevonden resultaten is voor toetsing op holistische wijze zelfs meer betrouwbaar dan voor het analytisch toetsen.

De begrippen validiteit en betrouwbaarheid zijn overigens vooral van belang wanneer het gaat om summatief toetsen, aangezien de toets in dit geval moet 'bewijzen' dat de aios op een bepaald niveau functioneert.

2 Wat wordt er getoetst?

De vraag wat er getoetst wordt, omvat impliciet twee nadere vraagstellingen. In de eerste plaats gaat het erom welke items worden getoetst. Daarnaast is het de vraag in welke omstandigheden de toetsing plaatsvindt.

Het onderwerp van toetsing in een competentiegericht curriculum betreft competenties. In het CanMEDS-model (zie figuur 1.1) wordt zichtbaar gemaakt dat de overlapping van zes omschreven competentiegebieden, de centrale rol *medical expert* oplevert.

In het toetsingsprogramma komt deze overlap eveneens tot uiting. Bij de beoordeling van het samenwerken zijn bijvoorbeeld de competenties communicatie en professionaliteit impliciete ingrediënten, en kunnen deze twee competenties met een Korte Praktijk Beoordeling (КРВ) worden getoetst. Maar competenties zijn op zichzelf niet zichtbaar en daardoor niet toetsbaar. De (mate van) aanwezigheid van competenties blijkt uit gedrag. Dit laatste zal dus het aangrijpingspunt voor toetsing moeten zijn.

Door de te toetsen items binnen het toets- of beoordelingsinstrument te vertalen naar gedragingen waaruit de mate van aanwezigheid van een competentie blijkt, worden de competenties geoperationaliseerd.

Alle zeven competentiegebieden moeten worden getoetst. Dit vergt een gebalanceerd toetsingsprogramma.

Per toetsmoment kunnen maximaal twee à drie competentiegebieden worden getoetst. Deze competentiegebieden kunnen gemakkelijk binnen de toetsmethode worden geoperationaliseerd in de vraagstellingen die aan de beoordelaar voorliggen.

3 Toetssituatie

Wanneer en in welke situatie er getoetst wordt, is zowel van inhoudelijk als praktisch belang. Als toetsing plaatsvindt buiten de dagelijkse werkzaamheden en misschien zelfs buiten de werkplek, kan slechts een afgeleide van de werkelijke praktijk worden getoetst (in vitro). Dit is bijvoorbeeld het geval bij simulatietoetsen. Voor kennistoetsen geldt eveneens dat dit afgeleiden zijn van de competentie medisch handelen, welke het hebben van en kunnen toepassen van kennis impliceert. De Korte Praktijk Beoordeling (КРБ) daarentegen is een toetsvorm die in de dagelijkse praktijk plaatsvindt en die het functioneren van de aios in vivo beoordeelt. Andere in vivo toetsinstrumenten zijn de 360-gradenbeoordeling, dossierbeoordeling en briefbeoordeling.

Wanneer de te toetsen situatie door het aanbod wordt bepaald, is deze gemakkelijk in het dagelijkse werk in te passen en zal deze het dagelijkse werk, waartoe de psychiater uiteindelijk in staat moet zijn, het meest representeren. Tegelijkertijd geldt dat hoe hoger de eisen die aan de te toetsen praktijksituatie (in vivo) worden gesteld, des te moeilijker het wordt om aan de gewenste praktijksituaties te komen.

Samenvattend: voor de uitvoerbaarheid van het toetsingsprogramma vindt de toetsing zoveel mogelijk plaats in de dagelijkse praktijk zoals deze zich aandient. Daarmee wordt toetsing in de dagelijkse routine ingeweven: werkplekleren en werkplektoetsen. Bovendien benadert een dergelijke toetssituatie het meest de essentie, namelijk de dagelijkse praktijk, van het functioneren van de psychiater.

4 Toetsvormen

Voor de medische vervolgopleidingen zijn verschillende toetsvormen beschreven. In tabel 5.2 wordt uiteengezet wat de verschillende methoden toetsen en hoe valide en betrouwbaar deze zijn wanneer de toets als formatief respectievelijk summatief instrument wordt ingezet. Daarnaast wordt de geschiktheid voor de psychiatrie beoordeeld.

Tabel 5.2 Kwaliteiten van toetsvormen

Toetsvorm	Kwaliteiten					
	Formatief/summatief	Geschikt voor toetsen van	Frequentie	Validiteit	Betrouwbaarheid	Bruikbaarheid
Kennistoets	Beide	Kennis	Regelmaat	+	+	+
Voortgangstoets (kennis)	Formatief	Kennis	Periodiek	+	+	+
KPB	Formatief Bij 8-10 ook summatief	MeH, C, P	Formatief: 1 Summatief: 8-10	+	- + Bij 8-10 en meerdere beoordelaars	+
Beoordeling brieven	Formatief Bij >10 ook summatief	MeH, C, S, O, P	Formatief: 1 Summatief: 10	+	- + Bij 'standaard', bij > 10 en > 1 beoordelaars	+
Simulatietoets	Formatief	Toegepaste kennis, MeH, C, S, P	Regelmatig	+	+	Maar is veelal een onderwijsvorm: vaardigheidsonderwijs
360-gradenfeedback	Formatief	C, S, O, P	Formatief: 1 Summatief: 20-40	+	- + Bij 20-40	Slechts als formatief
CAT	Formatief	MeH, C, KW	Periodiek	+	Indien 'standaard' aanwezig	+
Dossierbeoordeling	Formatief	MeH, C, S, O, MaH, P	Periodiek	+	+/- + Bij steekproef 8-10	+

KPB = Korte Praktijk Beoordeling; CAT = Critically Appraised Topic; MeH = Medisch handelen, C = Communicatie; S = Samenwerken; KW = Kennis en wetenschap;

MaH = Maatschappelijk handelen; O = Organisatie; P = Professionaliteit

Een aparte plaats nemen het portfolio en het voortgangsgesprek in. Het portfolio en het voortgangsgesprek hangen met elkaar samen. Het portfolio levert de informatie op basis waarvan het voortgangsgesprek wordt gevoerd.

Hieronder wordt puntsgewijs besproken welke functies deze twee onderdelen kunnen hebben (zie ook tabel 5.3).

4.1 Portfolio

- Ontwikkelingsgericht: verzameling van beoordelingsgegevens op basis waarvan leerdoelen geformuleerd kunnen worden en reflectie op het functioneren.
- Summatieve aspecten: aftekenen van verplichte onderdelen, verzameling van summatieve toetsuitslagen. Bij een grotere verzameling toetsresultaten van formatieve toetsinstrumenten zijn deze summatief te gebruiken (mits in acht genomen de betrouwbaarheid van de toetsinstrumenten).

4.2 Voortgangsgesprekken

- Ontwikkelingsgericht: op basis van het portfolio wordt besproken welke zaken meer aandacht behoeven in de komende termijn.
- Summatief: op basis van het portfolio wordt gekeken of wordt voldaan aan de verplichtingen en of er sprake is van geschiktheid voor de beroepsuitoefening.

Tabel 5.3 Formatieve en summatieve elementen van het portfolio en het voortgangsgesprek

	<i>Portfolio</i>	<i>Voortgangsgesprek</i>
<i>Formatief</i>	Verzameling van (beoordelings)gegevens Reflectie	Bespreking en reflectie voortgang Opstellen leerdoelen vervolgopleiding
<i>Summatief</i>	Aftekenen verplichte onderdelen Verzameling toetsingsuitslagen	Controle op voortgang Geschiktheidsbeoordeling

5 Niveau van competenties

Om het individuele niveau van functioneren binnen het opleidingstraject te kunnen evalueren, is een competentiekaart ontwikkeld (zie figuur 5.1, p. 42). Op deze kaart wordt aangegeven op welk tijdstip in de opleiding de aios expliciet over de betreffende specialismegebonden competentie dient te beschikken, in een opklimmend niveau van complexiteit van de situatie en van de mate van zelfstandigheid. Dat wil zeggen dat het betreffende niveau van de competentie al eerder verworven kan worden, maar op het aangegeven tijdstip uiterlijk verworven moet zijn om te voldoen. Dit tijdstip is ruim genomen, rekening houdend met individuele verschillen in leertraject en -tempo. Het niet bereiken van het betreffende niveau binnen de hiervoor vastgestelde tijd, betekent dan ook dat er een probleem bestaat binnen het leerproces van de aios.

Voor het beoordelen van de aios op de werkplek is gekozen voor toetsinstrumenten die gemakkelijk hanteerbaar en toepasbaar zijn. Daarom zijn de te beoordelen competenties vertaald naar concrete voorbeelden in de praktijk.

Aangezien er met een groot aantal beoordelaren wordt gewerkt binnen de opleiding, wordt met (maximaal) drie niveaus van functioneren gewerkt, teneinde de interbeoordelaarsvariabiliteit te beperken.

- Boven niveau: de beheersing van deze competentie stijgt duidelijk uit boven het vereiste niveau van complexiteit en/of zelfstandigheid dat op het aangegeven tijdstip verwacht mag worden. Deze aios verdient een compliment dat aan de meeste andere aios niet wordt gegeven (richtlijn: circa 5% van de aios scoort boven niveau).
- Goed op niveau: deze competentie wordt goed beheerst, op het vereiste niveau van complexiteit en/of zelfstandigheid dat op het aangegeven tijdstip verwacht mag worden (richtlijn: circa 90% van de aios scoort goed op niveau).
- Onder niveau: deze competentie vereist aandacht, is (nog) niet van het vereiste niveau van complexiteit en/of zelfstandigheid dat op het aangegeven tijdstip verwacht mag worden (richtlijn: circa 5% van de aios scoort onder niveau).

De beoordelaar kan op de competentiekaart aflezen op welk niveau van complexiteit en zelfstandigheid de aios zich voor de betreffende competentie op het betreffende moment binnen zijn opleiding minimaal behoort te bevinden.

Voor de competentie medisch handelen vindt een aparte beoordeling plaats, omdat de ontwikkeling van deze competentie afhankelijk is van de volgorde van de verplichte en keuzethema's in de opleiding van de individuele aios.

5.1 Competentieniveau in relatie tot voortgangs- en beoordelingsgesprekken

De opleider en de supervisoren verrichten deelbeoordelingen van aios met behulp van verschillende toetsinstrumenten. De opleider wordt geacht zich aan de hand van deze verschillende beoordelingsformulieren een totaalbeeld te vormen van de competentieontwikkeling van de aios. Hij beoordeelt de vordering der specialismegebonden competenties van de aios bij het jaarlijkse voortgangsgesprek en vult dit in op het formulier 'Beoordeling niveau van specialismegebonden competenties'. Hij baseert zijn oordeel hierbij op de verschillende toetsformulieren die het voorafgaande jaar zijn ingevuld door de supervisoren en hemzelf. Op al deze formulieren wordt aangegeven op welk niveau van competenties de aios zich bevindt ten opzichte van het volgens de competentiekaart te verwachten niveau.

Wanneer voor een bepaalde competentie onder niveau wordt gescoord, kan dit voor de opleider een indicatie zijn voor het instellen van een geïntensiveerd begeleidings- en beoordelingstraject. De opleider behoudt het recht om in overleg met de aios hiertoe over te gaan, met of zonder bindende afspraken, wanneer bij een voortgangsgesprek blijkt dat ten minste één item consistent onder niveau scoort.

Figuur 5.1 Competentiekaart

Competentie		Jaar				
		1	2	3	4	4½
Medisch handelen	1.1 De aios bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied	Themagebonden				
	1.2 De aios past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe	Themagebonden				
	1.3 De aios levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg	EB	EZ	CB	CB	CZ
	1.4 De aios vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe	EB	CB	CZ	D	D
Communicatie	2.1 De aios bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op	EB	EZ	CB	CB	CZ
	2.2 De aios luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie	EB	EZ	CB	CB	CZ
	2.3 De aios bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie	EB	EZ	CB	CZ	D
	2.4 De aios doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus	EZ	EZ	CZ	CZ	CZ
Samenwerking	3.1 De aios overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners	EB	CB	CZ	CZ	CZ
	3.2 De aios verwijst adequaat en kent de diverse algemene en categoriale verwijzingsmogelijkheden	EB	EZ	CB	CZ	CZ
	3.3 De aios levert, vraagt en bespreekt intercollegiaal consult op effectieve wijze	EB	EZ	CB	CZ	CZ
	3.4 De psychiater draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg	EB	EZ	CB	CZ	CZ
Kennis en wetenschap	4.1 De aios beschouwt medische informatie kritisch en is in staat wetenschappelijke literatuur kritisch te evalueren	EB	EZ	CZ	CZ	D
	4.2 De aios bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis	EB	EZ	CB	CZ	D
	4.3 De aios ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan	EB	EZ	CB	CZ	D
	4.4 De aios bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg	EB	CB	CZ	CZ	D
Maatschappelijk handelen	5.1 De aios kent en herkent de determinanten van ziekte	K	EZ	CZ	CZ	D
	5.2 De aios bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel	EB	EZ	CB	CZ	D
	5.3 De aios handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen	EB	EZ	CB	CZ	D
	5.4 De aios treedt adequaat op bij incidenten in de zorg	EB	EB	EZ	CB	CZ
Organisatie	6.1 De aios organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling	EB	CB	CZ	CZ	CZ
	6.2 De aios werkt effectief en doelmatig binnen de gezondheidszorgorganisatie	EB	EZ	CB	CZ	CZ
	6.3 De aios besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord	K	EB	CB	CZ	CZ
	6.4 De aios gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor onderwijs	EB	EZ	CZ	CZ	CZ

Figuur 5.1 Vervolg

Professionaliteit	7.1 De aios levert hoogstaande patiëntenzorg op integrale, oprechte, respectvolle en betrokken wijze en beschikt over een groot verantwoordelijkheidsgevoel	EZ	CZ	CZ	CZ	CZ
	7.2 De aios vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag	CB	CZ	CZ	CZ	CZ
	7.3 De aios kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen	EB	EZ	CB	CZ	CZ
	7.4 De aios oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep	EB	EZ	CB	CZ	CZ

K	de aios heeft voldoende tot goede kennis noodzakelijk voor de betreffende competentie
EB	de aios beschikt met gerichte werkbegeleiding over de betreffende competentie in eenvoudige situaties
EZ	de aios beschikt volledig zelfstandig over de competentie in eenvoudige situaties
CB	de aios beschikt met gerichte werkbegeleiding over de betreffende competentie in complexe situaties
CZ	de aios beschikt volledig zelfstandig over de competentie in complexe situaties
D	de aios is in staat de competentie aan anderen te leren

Samenvatting uitgangspunten voor toetsing in de opleiding tot psychiater

- Het toetsingsprogramma richt zich vooral op de meerderheid van de aios die de opleiding met goed gevolg afrondt en is vooral ontwikkelingsgericht (formatief). Voor situaties waarin zich problemen voordoen, kan een apart toetsprogramma worden afgesproken.
- Enkele summatieve elementen worden gebruikt, zoals de kennistoetsen en het eindreferaat. Verder wordt voor de geschiktheidsbeoordelingen gebruikgemaakt van de verzameling formatieve toetsresultaten, met in acht nemen van de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten.
- Er wordt overwegend op een holistische wijze getoetst, gezien de generaliseerbaarheid daarvan.
- Per toetsvorm worden slechts twee à drie competenties getoetst, welke binnen de toets geoperationaliseerd worden in de opbouw en vraagstellingen.
- Het toetsingsprogramma is gebalanceerd. Dat wil zeggen dat alle zeven competentiegebieden aan bod komen, dat gebruikgemaakt wordt van verschillende toetsvormen en dat de voortgang in de ontwikkeling van de aios zichtbaar wordt gemaakt.
- Toetsing vindt vooral plaats aan de hand van praktijksituaties (in vivo), omdat deze de werkelijke werkzaamheden van de psychiater betreffen en dit de toetsingsmogelijkheden ('ongemerkt') vergroot.
- Het toetsingsprogramma is overzichtelijk en praktisch uitvoerbaar toetsingsprogramma.
- De volgende toetsvormen worden, naast het portfolio en de voortgangsgesprekken, ingezet.
 - Kennistoets.
 - Korte Praktijk Beoordeling (KPB).*
 - Korte Praktijk Beoordeling overdracht (KPB overdracht).*
 - 360-gradenbeoordeling.*
 - Beoordeling brieven en dossiers.*
 - Beoordeling psychotherapieën.*

- Beoordeling CAT, referaten en klinische presentaties.*
- Beoordeling geneeskundige verklaringen.*
- Beoordeling psychiatrische rapportages.*
- Stagebeoordelingen.*
- Beoordeling medisch handelen.
- Beoordeling niveau van specialismegebonden competenties.*
- Beoordeling eindreferaat.*
- Een beperkt aantal bekwaamheidsniveaus (maximaal drie) en een herkenbare omschrijving ervan zijn van belang om de interbeoordelaarsvariabiliteit te beperken. Kennistoetsen vormen hierop een uitzondering.
- De opleider behoudt het recht om in overleg met de aios over te gaan tot een geïntensifieerd begeleidings- en beoordelingstraject met of zonder bindende afspraken, wanneer bij een voortgangsgesprek blijkt dat ten minste één item consistent onvoldoende scoort.

* Beoordeling vindt plaats aan de hand van een specifiek beoordelingsformulier

6 Toetsingsprogramma

In de opleiding tot psychiater is gekozen voor een toetsprogramma, zoals in de volgende tabel wordt weergegeven. Figuur 5.2 toont de frequentie waarin de verschillende toetsinstrumenten worden gebruikt en figuur 5.3 geeft de relatie weer tussen gebruikte toetsen of beoordelingen, het portfolio en de voortgangsgesprekken.

7 Toets- en beoordelingsinstrumenten

7.1 Portfolio en voortgangsgesprek

Het bijhouden van een portfolio is verplicht. Zoals in de figuren zichtbaar is, vormen het portfolio en de voortgangsgesprekken een leidraad in de opleiding, waarbij het portfolio de informatie verschaft op basis waarvan het voortgangsgesprek wordt gevoerd. In het portfolio worden alle toetsresultaten en notities over andere relevante activiteiten bewaard, naast de reflectieverslagen van de aios (zelfevaluatieformulieren).

Beoordelaar

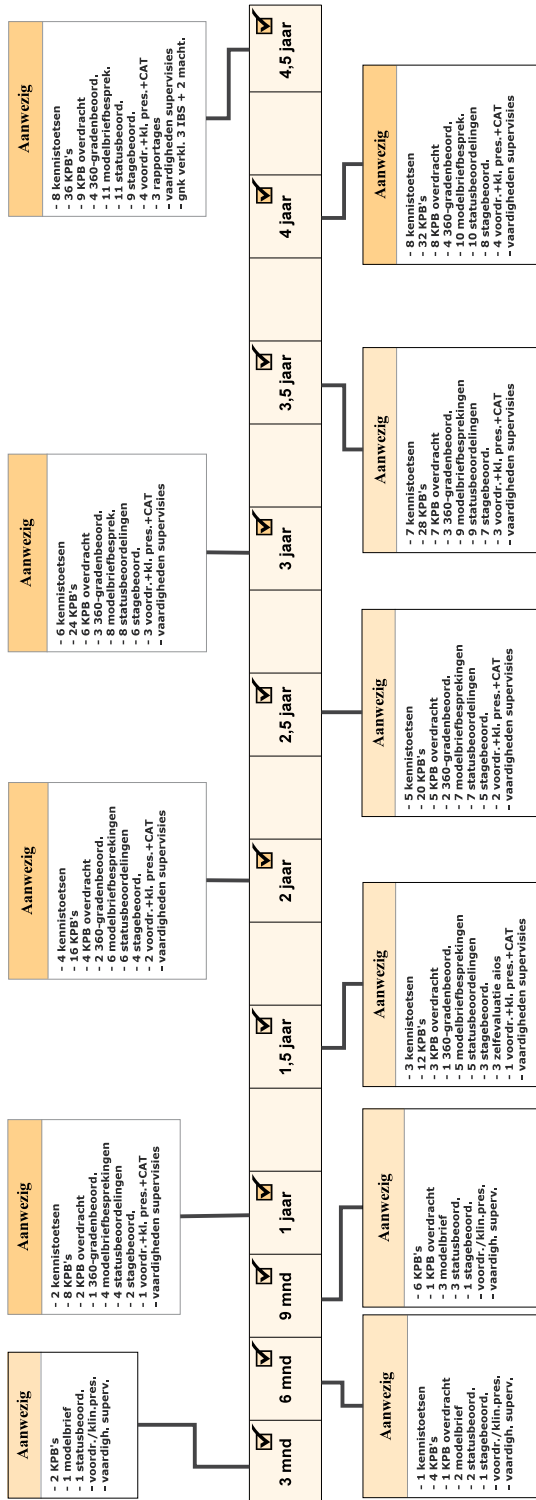
De opleider beoordeelt de aios in de voortgangsgesprekken (formatief) en geschiktheidsbeoordelingen (summatief), waarbij het portfolio een belangrijke informatieverstrekker is. De supervisor is medeverantwoordelijk voor het tussentijds bewaken van de diversiteit van beoordelings-situaties.

Figuur 5.2 Toetsinstrumenten en toets- en beoordelingsmomenten in de opleiding tot psychiater

Opleiding											
Toetsing	3 mnd	6mnd	9 mnd	1 jaar	1,5 jaar	2 jaar	2,5 jaar	3 jaar	3,5 jaar	4 jaar	4,5 jaar
Kaderbesluit: Voortgangseerlek Geschiktheidsbeoordeling	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Kennistoets		☒		☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Korte Praktijk Beoordeling (KPB)		☒ 8 per jaar		☒	☒ 8 per jaar	☒	☒ 8 per jaar	☒	☒ 8 per jaar	☒	☒ 4 per half jaar
Korte Praktijk Beoordeling overdracht (KPB overdracht)		☒ 2 per jaar			☒ 2 per jaar		☒ 2 per jaar		☒ 2 per jaar		☒ 1 per half jaar
360-gradenbeoordeling (1 per stage of minimaal eens per 9 maanden)			☒		☒		☒	☒		☒	☒
Modelbrief, dossierbeoordeling. Van elk:		☒ 4 per jaar			☒ 4 per jaar		☒ 4 per jaar		☒ 4 per jaar		☒ 2 per half jaar
Critically Appraised Topic (CAT), referaten, klinische presentaties, Verbalen							☒ 1 per jaar				
Geneskundige verklaring, psychiatrische rapportage							☒ 3 x IBS, 2 machtigingen, 3 rapportages				
Psychotherapiebeoordelingen							☒ 1 per type therapie				
Stagebeoordelingen							☒ 1 per stage				
Eindreferaat											☒
☒ Formatieve toetsing	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
☒ Summatieve toetsing	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

In de figuur genoemde toetsingsmomenten moeten uiterlijk op de aangegeven tijdstippen aanwezig zijn in het portfolio.
De bovenste regel betreffen portfoliobesprekingen, die volgens het Kaderbesluit op de aangegeven tijdstippen plaats moeten vinden.
Hierbij betreffen de rode aangevinkte hoekjes summatieve momenten, een zogenaamd go/no go-moment.

Figuur 5.3 De relatie tussen toetsinstrumenten, het portfolio en voortgangs- en beoordelingsgesprekken



7.2 Kennistoets

Aangezien het kennisniveau een cruciale factor vormt binnen het medisch handelen van de psychiater en kennistoetsen, mits deze van goede kwaliteit zijn, een acceptabele validiteit en betrouwbaarheid hebben, wordt deze toetsvorm op een summatieve wijze ingezet. Dat wil zeggen dat voor deze toetsen een voldoende moet worden gescoord om als psychiater geregistreerd te worden.

Het summatief inzetten van kennistoetsen stelt eisen aan de kwaliteit en organisatie van het toetsinstrument. Ten eerste moeten de kennistoetsen gebaseerd zijn op (een steekproef zijn uit) een heldere literatuuromschrijving. De vraagstelling moet van hoge kwaliteit zijn, dat wil zeggen: de vragen moeten voldoende discrimineren. Daarnaast worden de toetsen vanwege het bindende karakter voldoende frequent aangeboden, om aios op reële termijn een herkansing te kunnen aanbieden. Een regeling voor aios die voor registratie als psychiater wachten op een herkansing voor een kennistoets is nodig.

Deze landelijke kennistoetsen vinden ten minste twee keer per jaar plaats voor de aios die stages volgen met verplichte thema's van het onderdeel algemene psychiatrie van de opleiding. De aios doet de toets in aansluiting op de stages en het kennisonderwijs passend bij de thema's binnen die stages.

Gezien de eisen aan kwaliteit en organisatie en om te streven naar een uniform kennisniveau bij psychiaters, worden de kennistoetsen landelijk georganiseerd door de toetscommissie van het Concilium Psychiatricum. Voor de kwalitatieve aspecten van de toetsen wordt deze commissie ondersteund door een onderwijskundige. De regels en procedures voor deze kennistoetsen worden door het Concilium Psychiatricum in een toetsreglement vastgelegd.

Daarnaast worden er landelijke, regionale of lokale themagebonden kennistoetsen afgenomen bij de aios die stages hebben gevolgd met thema's van de aandachtsgebieden.

7.3 Korte Praktijk Beoordeling (KPB's)

De Korte Praktijk Beoordeling (KPB) is een toetsinstrument dat gemakkelijk in de dagelijkse praktijk is uit te voeren. Het is bedoeld als observatiebeoordeling van de aios in de dagelijkse praktijk; voor deze toets hoeft dus niets extra georganiseerd te worden. De toets kan op alle relevante praktijksituaties worden toegepast, ook bij psychotherapieën.

Het beoordelingsmoment wordt in eerste instantie formatief ingezet. De KPB wordt nabesproken en er worden leerpunten geformuleerd.

Wanneer er acht KPB's of meer (lieft met verschillende beoordelaars) hebben plaatsgevonden kan het instrument op de summatieve wijze worden gebruikt, aangezien de betrouwbaarheid van het instrument dan op een aanvaardbaar niveau komt daarvoor. Daarom geldt een minimum van acht KPB's per jaar.

De KPB wordt uitgevoerd door een supervisor, psychotherapiesupervisor of de opleider.

7.4 Korte Praktijk Beoordeling overdracht

De beoordeling van het presenteren van een patiënt tijdens een overdracht gebeurt aan de hand van een specifiek KPB-formulier. Voor de overdrachtsbeoordeling is één patiënt afdoende. Het doel is dat de aios op efficiënte en professionele manier leert over te dragen en gedwongen wordt hoofd- en bijzaken te leren onderscheiden. Hieruit volgt dat deze beoordelingsmethode op een formatieve wijze zal worden ingezet. Deze beoordeling vindt minimaal twee keer per jaar plaats.

De KPB overdracht wordt uitgevoerd door een supervisor of de opleider.

7.5 360-gradenfeedback

De 360-gradenfeedback is een beoordelingsmethode waarbij aan alle betrokkenen op de werkplek wordt gevraagd het functioneren van de aios te beoordelen volgens een vast format. Dit houdt in dat verpleegkundigen, secretariële medewerkers, facilitaire medewerkers, collega aios, paramedici, etc naar een korte beoordeling wordt gevraagd. Om redenen van uitvoerbaarheid (inclusief korte mondelinge bespreking door de beoordelaar met de aios) wordt per beoordelaar slechts één competentie gescoord.

Dit instrument moet minimaal eens per jaar worden gebruikt en zal op een formatieve wijze worden ingezet.

De aios of supervisor vraagt beoordelaars voor de 360-gradenfeedback en verzamelt deze. De supervisor of opleider bespreekt de beoordelingen met de aios.

7.6 Beoordeling brieven en dossiers

De beoordeling van intake- en ontslagbrieven en van het patiëntendossier gebeurt aan de hand van een specifiek beoordelingsformulier. Deze beoordelingen worden ten minste viermaal in het eerste jaar gedaan, en ten minste tweemaal per jaar in de volgende opleidingsjaren. Per keer worden minimaal drie brieven respectievelijk dossiers beoordeeld ten behoeve van één beoordelingsformulier. Het doel van de beoordelingen is het verbeteren van de kwaliteit van de correspondentie en dossiervoering. Hieruit volgt dat deze beoordelingsmethode op een formatieve wijze zal worden ingezet.

Bij voorkeur wordt de beoordeling uitgevoerd door de opleider of de plaatsvervangend opleider. Eventueel kan een psychiater, niet bij de aios betrokken als supervisor, de beoordeling uitvoeren.

7.7 Beoordeling van critically appraised topics (CATs), referaten, klinische presentaties en eindreferaat

Het ontwikkelingsgericht beoordelen van critically appraised topics (CATs), referaten en klinische presentaties is een nuttige aanvulling op het toetsprogramma. De activiteiten vinden binnen de meeste opleidingsinrichtingen plaats en kunnen gemakkelijk worden voorzien van een beoordelingsmoment.

De CAT is een gestandaardiseerd, op recente literatuur gebaseerd antwoord op een klinische vraag. Een dergelijke exercitie begint bij het formuleren van een bruikbare vraagstelling, vervolgt in het omzetten van de vraagstelling in een gerichte literatuursearch, waarna selectie van relevante literatuur plaatsvindt. Het eindigt vervolgens met een conclusie die antwoord geeft op de initiële vraag. Deze methode komt tegemoet aan de noodzaak vakliteratuur te leren lezen, interpreteren en op waarde te schatten in relatie tot de dagelijkse praktijk.

De CATs, referaten en klinische presentaties worden met een specifiek beoordelingsformulier beoordeeld. Per jaar worden ten minste twee als voldoende beoordeelde CATs, referaten of klinische presentaties gedaan.

Het eindreferaat behelst de presentatie van een onder supervisie van een psychiater zelfstandig uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek of literatuuronderzoek. Bij voorkeur betreft het een onderwerp binnen het terrein van het aandachtsgebied waarvoor de aios heeft gekozen. Het onderwerp dient voor aanvang van het onderzoek door de opleider van het onderdeel algemene psychiatrie en, indien van toepassing, door de opleider van het aandachtsgebied te zijn goedgekeurd.

De beoordeling van CATs, referaten en klinische presentaties vindt plaats door een (gepromoveerd) lid van de opleidingsgroep. Het eindreferaat wordt beoordeeld door de superviserend psychiater, de opleider van het aandachtsgebied en de opleider voor het onderdeel algemene psychiatrie.

7.8 Overige beoordelingsformulieren

Voor diverse onderdelen binnen de opleiding is het zinvol deze op een gestructureerde wijze te beoordelen. Voor de volgende items is er een beoordelingsformulier.

- Beoordeling psychotherapieën: beoordeling vindt plaats door de supervisor van de betreffende psychotherapiestroming.
- Beoordeling van geneeskundige verklaringen in het kader van de wet Bopz: door supervisor ad hoc.
- Beoordeling rapportages: beoordeling door supervisor rapportages.
- Stagebeoordeling: bij het afronden van een stage en voorafgaand aan een voortgangsgesprek met de opleider wordt een stagebeoordeling door de supervisor ingevuld.
- Beoordeling medisch handelen: voor het afronden van een stage en voorafgaand aan een voortgangsgesprek met de opleider wordt door de aios met de supervisor vastgelegd of de aios de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen behorend bij de thema's in de betreffende stage heeft bereikt.
- Beoordeling niveau van specialismegebonden competenties: de opleider vult aan de hand van de gegevens verkregen uit het portfolio bij ieder voortgangsgesprek of beoordelingsgesprek een competentiebeoordeling in, met de competentiekaart als leidraad.

Hoofdstuk 6

Koppeling tussen competenties, leerdoelen, leermiddelen en toetsen

Gebaseerd op de hoofdstukken 3, 4 en 5 is het nu niet alleen mogelijk om aan te geven welke competenties en leerdoelen gekoppeld zijn aan de verschillende thema's, maar kunnen ook de bij deze thema's behorende leermiddelen en toetsen worden weergegeven. In tabel 6.1 wordt geïllustreerd op welke manier de thema's van het onderdeel algemene psychiatrie en van het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie (zie tabel 3.2) gekoppeld zijn aan de specialismegebonden competenties (zie bijlage II), aan de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlagen III en IV), aan de leermiddelen (zie hoofdstuk 4) en aan de toetsen (zie hoofdstuk 5).

De eerste rij van de tabel laat zien dat alle zeven specialismegebonden competenties in principe in alle aan psychiatrische patiëntenzorg gekoppelde thema's verworven kunnen worden. Verder valt eruit af te lezen dat veel, maar niet alle ziektebeelden in alle thema's gezien kunnen worden en dus veel ziektegebonden leerdoelen in alle thema's bereikt kunnen worden. Eveneens wordt geïllustreerd dat de meeste leermiddelen en toetsen in alle thema's gehanteerd worden.

De rijen daaronder geven aan welke specialismegebonden competenties en welke ziektegebonden leerdoelen medisch handelen in ieder geval in het betreffende thema aan de orde komen. In de twee rechterkolommen is aangegeven welke aanvullende leermiddelen en toetsen per thema dienen te worden ingezet, naast de leermiddelen en toetsen genoemd in de eerste rij.

De onderste drie rijen betreffen thema's die niet aan psychiatrische patiëntenzorg zijn gekoppeld. Voor deze thema's geldt een beperkter aantal leermiddelen en toetsen.

Omdat voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie dezelfde thema's gevolgd kunnen worden als voor het onderdeel algemene psychiatrie, zijn deze thema's in de tabel gekoppeld aan dezelfde competenties, leermiddelen en leerdoelen. Bedacht moet echter wel worden dat de specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen, die zijn gekoppeld aan thema's die gevolgd worden in het kader van het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie, uitgebreider en meer verdiepend zijn (zie tabel 7.1 en bijlage IV) dan de specialismegebonden competenties en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen van thema's die gevolgd worden in het kader van de stages algemene psychiatrie, die door alle aios bereikt moeten worden (zie tabel 3.4 en bijlage III).

Tabel 6.1 Koppeling tussen de specialismegebonden competenties (zie bijlage II), gegroepeerde ziektebeelden, waar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage III voor algemene psychiatrie en bijlage IV voor volwassenenpsychiatrie) mee samenhangen, de leermiddelen en de toetsen per thema algemene psychiatrie en volwassenenpsychiatrie

Thema	Specialismegebonden competenties	Ziektebeelden en kritische beroepssituaties	Leermiddelen	Toetsen
<i>Alle thema's psychiatrische patiëntenzorg</i>	1 Medisch handelen 2 Communicatie 3 Samenwerking 4 Kennis en wetenschap 5 Maatschappelijk handelen 6 Organisatie 7 Professionaliteit	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen a. Acute psychose b. Agressief gedrag c. Suïcidaal gedrag d. Automutilatie e. Zelfverwaarlozing	• Werkbegeleiding • Supervisie • Introductie cursus (voorafgaand aan eerste stage van de opleiding) • Training basale vaardigheden (in eerste maanden van de opleiding) • Themagebonden kennisonderwijs • Regionaal psychotherapieonderwijs • Leertherapie (meestal tweede of derde jaar van de opleiding) • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• KPB's • KPB's overdracht • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling brieven en dossiers • Beoordeling CATs en referaten • Stagebeoordeling • Voortgangsgesprekken • Jaarlijkse beoordeling niveau competenties
<i>Verplichte thema's</i>	<i>Specialismegebonden competenties bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek</i>	<i>Aanvullende leermiddelen</i>	<i>Aanvullende toetsen</i>
Klinische psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Landelijke kennistoets • Beoordeling klinische presentaties • Beoordeling geneeskundige verklaringen

Tabel 6.1 Vervolg

Ambulante psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.2 6 Organisatie: 6.4	2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen		- Landelijke kennistoets - Beoordeling psychiatrische rapportages
Spoedeisende psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.2, 3.4 5. Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4	2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen		- Landelijke kennistoets - Beoordeling geneeskundige verklaringen
Consultatieve psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.4 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.3 4 Kennis en wetenschap: 4.4	1 Cognitieve stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	- Somatisch onderwijs - Klinische presentaties	- Landelijke kennistoets - Beoordeling klinische presentaties
Psychiatrische psychotherapie	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1, 2.2 3 Samenwerking: 3.4 7 Professionaliteit: 7.2, 7.3	3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	- Psychotherapieonderwijs - Praktijktraining psychotherapie - Supervisie psychotherapie	- Landelijke kennistoets - Beoordeling psychotherapieën
Keuzethema's deelterrein	Specialismegebonden competenties bij uitstek	Ziektebeelden bij uitstek	Aanvullende leermiddelen	Aanvullende toetsen
Ziekenhuispsychiatrie	2 Communicatie: 2.3 3 Samenwerking: 3.1 4 Kennis en wetenschap: 4.2 6 Organisatie: 6.2	1 Cognitieve stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	- Somatisch onderwijs - Klinische presentaties	- Thema gebonden kennistoets - Beoordeling geneeskundige verklaringen - Beoordeling klinische presentaties

Tabel 6.1 Vervolg

Verslavingspsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.2	1 Cognitieve stoornissen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties
Forensische psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 4 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	2 Psychotische stoornissen 6 Verslavingen 7 Drangstoornissen 8 Persoonlijkheidsstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen	• Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties • Beoordeling geneeskundige verklaringen • Beoordeling psychiatrische rapportages
Psychiatrie verstandelijk beperkten	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 7 Drangstoornissen 9 Ontwikkelingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties
Psychiatrie zelfstandige praktijk	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.1, 6.3	3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	• Praktijktraining psychotherapie • Supervisie psychotherapie	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling psychotherapieën • Beoordeling psychiatrische rapportages

Tabel 6.1 Vervolg

<i>Keuzethema's niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gerelateerd</i>	<i>Specialismegebonden competenties bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek</i>	<i>Leermiddelen</i>	<i>Toetsen</i>
Beleidspsychiatrie	3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.2, 6.3	Niet van toepassing	• Werkbegeleiding • Themagebonden kennisonderwijs • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• Themagebonden kennistoets • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling CATs en referaten • Voortgangsgesprekken • Stagebeoordeling
Wetenschappelijk onderzoek	3 Samenwerking: 3.4 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.2 6 Organisatie: 6.4	Niet van toepassing	• Werkbegeleiding • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• 360-gradenbeoordeling • Beoordeling CATs en referaten • Voortgangsgesprekken • Stagebeoordeling
Somatische gezondheidszorg	1 Medisch handelen: 1.1, 1.2 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 6 Organisatie: 6.2	1 Cognitieve stoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	• Werkbegeleiding • Somatisch onderwijs • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• KPB's • KPB's overdracht • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling brieven en dossiers • Beoordeling CATs en referaten • Voortgangsgesprekken • Stagebeoordeling

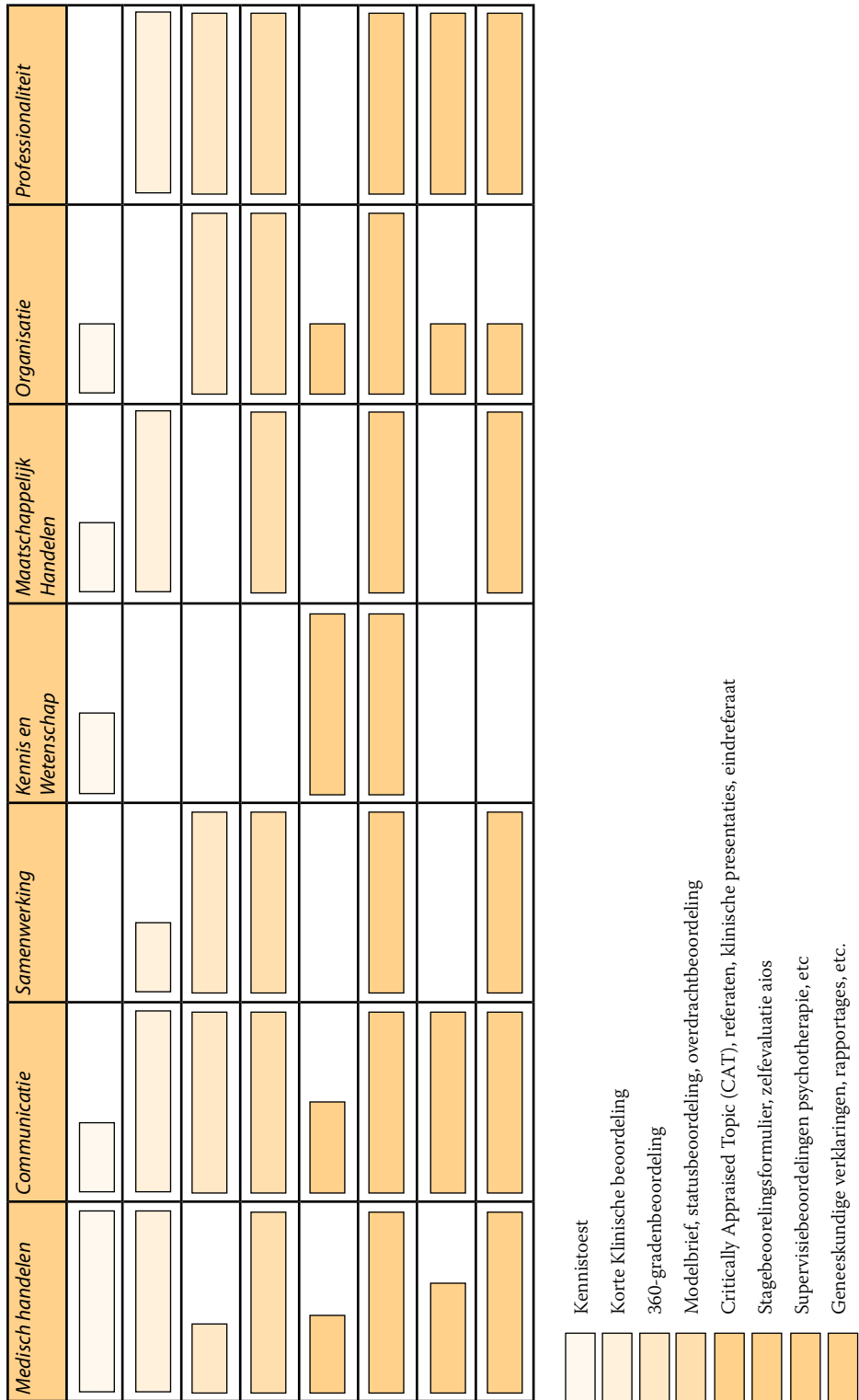
In tabel 6.2 wordt aangegeven door middel van welke leermiddelen bij uitstek (zie hoofdstuk 4) de specialismegebonden competenties (zie bijlage II) worden aangeboden aan de aios. In figuur 6.1 ten slotte, is te zien met welke toetsinstrumenten (zie hoofdstuk 5) de verschillende specialismegebonden competenties bij uitstek worden getoetst.

Tabel 6.2 Koppeling tussen leermiddelen en specialismegebonden competenties

<i>Leermiddel</i>	<i>Medisch handelen</i>	<i>Communicatie</i>	<i>Samenwerking</i>	<i>Kennis en wetenschap</i>	<i>Maatschappelijk handelen</i>	<i>Organisatie</i>	<i>Professionaliteit</i>
Werkbegeleiding	1.1, 1.2, 1.3, 1.4*	2.1, 2.2, 2.3, 2.4	3.1, 3.2, 3.3, 3.4	4.1, 4.3	5.1, 5.2, 5.3, 5.4	6.2, 6.3, 6.4	7.1, 7.2, 7.3, 7.4
Supervisie	1.3	2.1	3.4				7.1, 7.2, 7.3, 7.4
Psychotherapiesupervisie	1.1, 1.2	2.1, 2.2					7.2
Leertherapie		2.1				6.1	7.2, 7.3
Introductiecursus	1.1, 1.3, 1.4	2.4	3.2		5.3	6.4	
Kennisonderwijs	1.1			4.1, 4.3	5.1		
Somatisch onderwijs	1.1, 1.2, 1.4						
Disciplineoverstijgend onderwijs				4.1	5.3	6.2, 6.3, 6.4	7.4
Basaal vaardigheidsonderwijs	1.2, 1.3	2.1, 2.2					
Psychotherapieonderwijs	1.1	2.1, 2.2					
Praktijktraining psychotherapie	1.2	2.1, 2.2					
Refereren, CATs, eindreferaat	1.4			4.1, 4.2, 4.3, 4.4		6.4	
Klinische presentaties	1.1			4.4	5.1		

* Paragraafnummers verwijzen naar Bijlage II Specialismegebonden competenties psychiatrie.

Figuur 6.1 Relatie tussen toetsinstrumenten en de competentiegebieden die ermee worden getoetst



De lengte van de gekleurde balken duidt aan in welke mate een toetsinstrument de betreffende competentie toetst

Hoofdstuk 7

Aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie

Het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie behelst twee jaar in de opleiding tot psychiater, naast het twee en een half jaar durend algemene deel van de opleiding.

In dit hoofdstuk wordt het deel van het opleidingsplan dat van toepassing is op het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie uiteengezet, voor zover het afwijkt van of aanvullend is op het eerder geschrevene.

1 Aanvullende competenties volwassenenpsychiatrie

De volwassenenpsychiater voldoet zowel aan de competenties voor de algemene psychiatrie als aan de aanvullende competenties voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie.

De aanvullende competenties voor de volwassenenpsychiatrie, die naast de competenties van de algemene psychiatrie moeten worden gezien, zijn omschreven in de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen volwassenenpsychiatrie (zie bijlage IV). Deze gelden alleen voor de ziektebeelden die van toepassing zijn binnen de thema's waarin de aios binnen het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie specifiek ervaring opdoet.

2 Thema's

Voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie gelden dezelfde thema's als voor het onderdeel algemene psychiatrie. Deze zijn in hoofdstuk 3 beschreven. De ziektegebonden leerdoelen bij deze thema's gaan echter verder dan bij de thema's van de algemene psychiatrie, omdat er van de aios nu verdieping wordt verwacht van zijn kennis en vaardigheden (zie bijlage IV).

2.1 Ziektegebonden leerdoelen bij de thema's

In tabel 7.1 zijn de thema's voor het aandachtsgebied met de daarbij behorende groepen ziektebeelden en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen weergegeven. Op dezelfde wijze als in tabel 3.4 is aan de hand van bijlage IV vastgelegd welke kennis en vaardigheden over welke ziektebeelden aan het einde van de verschillende thema's bereikt moeten zijn.

3 Stages

De opleidingsinrichting die stages aanbiedt, omschrijft per stage welke thema's in de stage aan de orde zijn. Stages duren minimaal zes maanden en maximaal een jaar.

3.1 Minimale eisen

Voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie worden de volgende aanvullende eisen gesteld aan de invulling van de stages tijdens de opleiding.

Tabel 7.1 Koppeling van ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage IV) per gegroepeerde ziektebeelden aan de thema's binnen het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie

[illegible]

- Minimaal gedurende zes maanden voor ten minste 0,2 fte het thema consultatieve psychiatrie. Dit kan, bij een fulltimeaanstelling en voor maximaal 0,2 fte, naast één van de andere behandelcontexten plaatsvinden.
- Tijdens alle stages patiëntenzorg, dus gedurende minimaal achttien maanden, komt het thema psychiatrische psychotherapie als thema aan de orde.

Samenvattend is in tabel 7.2 aangegeven hoe de betreffende thema's in stages vorm gegeven kunnen worden voor de aios, die kiest voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie.

4 Onderwijs

Het kennisonderwijs binnen het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie bestaat uit onderdelen passend bij de hierboven genoemde thema's. Enerzijds betreft het verdieping van het onderwijs in de algemene psychiatrie, anderzijds betreft het themaspecifiek onderwijs in deelspsychiatrische onderwerpen, zoals psychiatrie bij verstandelijk beperkten of forensische psychiatrie. Doel is het verwerven van de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen die passen bij de betreffende thema. Binnen dit onderdeel is daarom veel ruimte voor de individuele aios, afhankelijk van de samenstelling van de opleidingsroute. Voor het aanbieden van een stage met een keuze-thema uit de groep patiëntenpopulaties of werkterreinen, dient de opleider hier bij passend onderwijs te koppelen. Ook het psychotherapieonderwijs en het somatisch onderwijs lopen door in het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie. De aios moet in staat worden gesteld de bij de gekozen thema's genoemde ziektegebonden leerdoelen medisch handelen te verwerven.

Zo wordt een aios na een stage met het thema psychiatrie in de zelfstandige praktijk, geacht de evidence-based farmacotherapie en psychotherapie te kunnen indiceren en verrichten bij stemmingsstoornissen, angst- en dwangstoornissen, stoornissen met vooral somatische symptomen en persoonlijkheidsstoornissen. Indien een stage met het thema psychiatrische psychotherapie wordt doorlopen, gelden hiervoor vanzelfsprekend extra eisen op het gebied van de psychotherapeutische vaardigheden.

4.1 Refereren, klinische presentaties, critically appraised topics (CATs)

Het opleidingsinstituut, waar de aios stages volgt in het kader van het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie, wordt geacht bijeenkomsten te verzorgen waar leden van de opleidingsgroep en de aios referaten, klinische presentaties en critically appraised topics (CATs) houden.

5 Koppeling tussen thema's, competenties, leerdoelen, leermiddelen en toetsen

Hiervoor wordt verwezen naar tabel 6.1 (waarbij de ziektegebonden leerdoelen zijn gebaseerd op bijlage IV).

6 Toetsing en kwaliteitsbeleid

Voor het onderdeel toetsing wordt verwezen naar het hoofdstuk 5. De filosofie, methodiek en het portfolio voor het aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie sluiten aan bij de gehele opleiding tot psychiater. Het kwaliteitsbeleid voor het onderdeel valt samen met dat van het algemene deel van de opleiding.

Tabel 7.2 Overzicht thema's en stages voor aios die kiezen voor het aandachtgebied volwassenenpsychiatrie*

<i>Verplicht of keuze</i>	<i>Thema</i>	<i>Voorbeelden van stage-instellingen</i>	<i>Duur stages in maanden binnen de opleiding in het aandachtgebied</i>
Verplicht	Klinische psychiatrie	Ziekenhuisafdeling Opnameafdeling Vervolgafdeling Deeltijdbehandeling Specialistische behandelafdeling	Max. 24
Verplicht	Ambulante psychiatrie	Polikliniek Dagbehandeling Sociale psychiatrie Openbare ggz Zelfstandig gevestigde praktijk	Max. 24
Verplicht	Spoedeisende psychiatrie (7x24-uurspsychiatrie)	Crisisdienst Sociale psychiatrie Openbare ggz	Max. 12 (min. 0,2 fte)
Verplicht	Consultatieve psychiatrie	Algemeen ziekenhuis Verpleeghuis Verzorgingshuis Eerstelijnsinstelling	Max. 12 (min. 0,2 fte)
Verplicht	Psychiatrische psychotherapie**	Alle stages met psychiatrische patiëntenzorg	18-24 (min. 0,1 fte)
Keuze	Ziekenhuispsychiatrie Verslavingspsychiatrie Forensische psychiatrie Psychiatrie bij verstandelijk beperkten Psychiatrische psychotherapie Psychiatrie in de zelfstandig gevestigde praktijk	Diverse stagemogelijkheden	Max. 12
Keuze	Somatische gezondheidszorg	Ziekenhuisafdeling Verpleeghuis Huisartsenpraktijk	Max. 6
Keuze	Wetenschappelijk onderzoek	Wetenschappelijke stage	Max. 6
Keuze	Beleidspsychiatrie	Beleidspsychiatrie	Max. 6

* Al deze stages kunnen zowel in het onderdeel Algemene psychiatrie als in het onderdeel Volwassenenpsychiatrie worden gevolgd

** Het thema Psychiatrische psychotherapie is in ieder geval onderdeel van stages gedurende ten minste drie jaar van de opleiding

Hoofdstuk 8

Aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie

Het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie behelst twee jaar in de opleiding tot psychiater, naast het twee en een half jaar durend algemene deel van de opleiding.

In dit hoofdstuk wordt het deel van het opleidingsplan dat van toepassing is op het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie uiteengezet, voor zover het afwijkt van of aanvullend is op het overige opleidingsplan psychiatrie.

1 Aanvullende competenties kinder- en jeugdpsychiatrie

De kinder- en jeugdpsychiater voldoet zowel aan de competenties voor het algemene deel van de opleiding als aan de aanvullende competenties voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie. De aanvullende competenties voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, die naast de competenties van de algemene psychiatrie moeten worden gezien, zijn omschreven in de specialisatiegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen kinder- en jeugdpsychiatrie (zie bijlagen V en VI). Deze competenties komen in de volgende thema's aan de orde.

2 Thema's

Voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie is gekozen voor de volgende thema's.

Behandelcontexten:

- (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie;
- ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie;
- consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie;
- kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie.

Ontwikkelingsfasen:

- heel jonge kinderen in hun opvoedingscontext;
- basisschoolkinderen;
- adolescenten;
- kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

Werkterreinen:

- wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

2.1 Ziektegebonden leerdoelen bij de thema's

In tabel 8.1 zijn de thema's voor het aandachtsgebied met de daarbij behorende groepen ziektebeelden en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen weergegeven. Op dezelfde wijze als in tabel 3.4 is aan de hand van bijlage VI vastgelegd welke kennis en vaardigheden over welke ziektebeelden aan het einde van de verschillende thema's bereikt moeten zijn.

Tabel 8.1 Koppeling van ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage VI) per gegroepeerde ziektebeelden aan de thema's binnen het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie

Ziektebeelden		Stoornissen in de motoriek	Verstandelijke beperkingen	Pervasive ontwikkelingsstoornissen	Disruptieve stoornissen	Ticsstoornissen	Verslavingen	Psychotische stoornissen	Stemmingsstoornissen	Angst- en dwangstoornissen	Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen	Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken	Regulatiestoornissen	Aanpassingsstoornissen	Psychopathologie bij heel jonge kinderen
<i>Thema's aan directe patiënten-zorg gerelateerd</i>	(Dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie (max. 1 jaar)			X	X			X	X						
	Ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie (max. 1 jaar)			X	X	X			X	X				X	
	Kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie (max. 2 jaar)				X				X	X					
	Consultatieve psychiatrie (max. 1 jaar)						X		X			X		X	
	Heel jonge kinderen in hun opvoedingscontext (max. 6 maanden)	X		X					X	X	X		X	X	X
	Basisschoolkinderen (max. 6 maanden)			X	X					X		X		X	
	Adolescenten (max. 6 maanden)						X	X	X		X		X		
	Psychiatrie bij licht verstandelijk beperkten (max. 6 maanden)	X	X	X	X			X						X	
	Verslavingspsychiatrie bij adolescenten (max. 6 maanden)				X		X	X	X						
	Orthopsychiatrie/Forensische psychiatrie (max. 6 maanden)		X	X	X		X	X						X	
	Somatische gezondheidszorg	X	X				X	X	X			X		X	
<i>De aios kent aan het eind van dit thema/deze thema's de:</i>	Normale ontwikkeling	X				X		X		X	X		X	X	X
	Epidemiologie			X	X	X	X		X	X		X		X	
	Etiopathogenese	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Diagnose	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Therapie	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X

Tabel 8.1 Vervolg

		Ziektebeelden	Stoornissen in de motoriek	Verstandelijke beperkingen	Pervasive ontwikkelingsstoornissen	Disruptieve stoornissen	Ticstoornissen	Verslavingen	Psychotische stoornissen	Stemmingsstoornissen	Angst- en dwangstoornissen	Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen	Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken	Regulatiestoornissen	Aanpassingsstoornissen	Psychopathologie bij heel jonge kinderen
<i>De aios is aan het eind van dit thema/deze thema's in staat tot:</i>	Signaleren en (differentiële) diagnose stellen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Diagnosticeren van comorbiditeit			X	X	X				X						X
	Toepassen van gestructureerde interviews, meetinstrumenten			X	X	X			X	X						
	Integreren van de diagnostiek			X	X	X			X	X						
	Geven van psycho-educatie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Schrijven van multidisciplinair behandelplan		X	X	X	X			X	X						
	Indicatie stellen voor geëigende behandeling		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zelf uitvoeren van geëigende medicamenteuze en andere neurobiologische behandelingen			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zelf uitvoeren van geëigende psychotherapeutische behandelingen			X	X	X			X	X			X			
	Zelf uitvoeren van geëigende overige behandelingen			X				X				X				
	Samenwerken met andere disciplines		X	X								X	X	X		
	Begeleiden van school			X	X					X		X				
	Regie voeren over behandeling			X	X	X			X	X						
	Indicatie stellen voor gespecialiseerde behandeling door ander/elders	X										X				

3 Stages

De opleidingsinrichting die stages aanbiedt, omschrijft per stage welke thema's in de stage aan de orde zijn. Stages duren minimaal zes maanden en maximaal een jaar. In bijzondere gevallen kan hiervan worden afgeweken naar een duur van drie maanden, indien aannemelijk kan worden gemaakt dat de betreffende stage een wezenlijke bijdrage levert aan de competentieontwikkeling van de aios.

3.1 Minimale eisen

Voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie worden de volgende minimale eisen gesteld aan de invulling van de stages (genoemde duur betreft steeds fulltime-equivalenten, tenzij anders vermeld).

- Minimaal zes maanden het thema klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Hiervan kan, bij een fulltimeaanstelling, maximaal 0,2 fte het thema consultatieve (liaison) kinder- en jeugdpsychiatrie betreffen. Bij voorkeur wordt klinische ervaring opgedaan bij zowel (heel) jonge kinderen als adolescenten. Wanneer dit niet uitvoerbaar is, dient de aios tijdens zijn opleiding ten minste drie behandelingen gedaan te hebben binnen de leeftijdsgroep, waarbij geen stage-ervaring kon worden opgedaan.
- Minimaal zes maanden het thema ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie. Hiervan kan, bij een fulltimeaanstelling, maximaal 0,2 fte het thema consultatieve (liaison) kinder- en jeugdpsychiatrie betreffen.
- Tijdens alle stages patiëntenzorg, dus gedurende minimaal achttien maanden, komt het thema psychiatrische psychotherapie bij kinderen en jeugdigen als thema aan de orde.
- Minimaal zes maanden (ten minste 2/10 van een fulltimeaanstelling) het thema consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, eventueel gecombineerd met een klinisch of ambulant thema.
- De aios dient ervaring op te doen met regelmatige multidisciplinaire diagnostische besprekingen. Aan de hand hiervan wordt een diagnostisch en behandelbeleid geformuleerd.
- De aios dient ervaring op te doen in liaisonpsychiatrie, bijvoorbeeld binnen de kindergeneeskunde of met consultatie ten behoeve van Bureau Jeugdzorg, jeugdhulpverlening, justitie (civiel: wettelijke ondertoezichtstelling OTS, beoordeling omgangsregeling en strafrechtelijke rapportage).

3.2 Keuzemogelijkheden

- Maximaal zes maanden van de totale opleidingsduur van het aandachtsgebied mag worden ingevuld met een stage met het thema psychiatrie voor licht verstandelijk beperkten of met een voor het aandachtsgebied relevant deel terrein uit de algemene psychiatrie, bijvoorbeeld verslavingspsychiatrie of forensische psychiatrie. Deze stage moet duidelijk bijdragen aan de te verwerven competenties voor het aandachtsgebied.
- Maximaal zes maanden van de totale opleidingsduur van het aandachtsgebied mag worden ingevuld met een stage in de voor de kinder- en jeugdpsychiatrie relevante medisch specialismen of met wetenschappelijk onderzoek.

Samenvattend is in tabel 8.2 aangegeven hoe de betreffende thema's in stages vormgegeven kunnen worden voor de aios, die kiest voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie.

3.3 Somatiek

Tijdens de opleidingsduur dient de aios kinder- en jeugdpsychiatrie onderwijs te krijgen in de kindergeneeskunde en de kinderneurologie, en ervaring op te doen in de consultatie bij ten minste een van deze disciplines.

4 Onderwijs

Voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat het onderwijsprogramma uit

Tabel 8.2 Overzicht thema's en stages binnen het aandachtgebied kinder- en jeugdpsychiatrie

<i>Verplicht of keuze</i>	<i>Thema</i>	<i>Voorbeelden van stage-instellingen</i>	<i>Duur stages in maanden binnen de opleiding in het aandachtgebied</i>
Verplicht	Klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie	Opnameafdeling of dagklinische afdeling	6-12
Verplicht	Ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie	Polikliniek met kinderen en jeugdigen in alle leeftijd fasen	6-12
Verplicht	Consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie	Afdeling kindergeneeskunde of kinderneurologie Bureau Jeugdzorg Jeugdhulpverlening Jeugdjustitiële inrichtingen Raad voor de Kinderbescherming	6-12 (min. 0,2 fte)
Verplicht	Kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie**	Alle stages met kinder- en jeugdpsychiatrische patiëntenzorg	Min. 18 (tijdens andere stages)
Keuze*	Heel jonge kinderen in hun opvoedingscontext	Dagklinische afdelingen of consultatief binnen een MKD of KDV	Max. 6
Keuze*	Basisschoolkinderen	Ambulante of Klinische of dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie	Max. 6
Keuze*	Adolescenten	Ambulante of Klinische of dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie	Max. 6
Keuze	Psychiatrie voor licht verstandelijk beperkten	Relevante stage voor kinder- en jeugdpsychiatrie	Max. 6
Keuze	Verslavingspsychiatrie bij adolescenten	Adolescenten unit voor Verslavingspsychiatrie of Dubbeldiagnose	Max. 6
Keuze	Orthopsychiatrie/ forensische psychiatrie	(Dag)klinische afdeling voor orthopsychiatrie of consultatief op een JJI	Max. 6
Keuze	Somatische gezondheidszorg	Afdeling Kindergeneeskunde of Kinderneurologie	Max. 6
Keuze	Wetenschappelijk onderzoek	Wetenschappelijke stage	Max. 6

* Bij voorkeur wordt klinische ervaring opgedaan zowel bij (heel jonge) kinderen als bij adolescenten. Wanneer dit niet uitvoerbaar is dient de aios tijdens zijn opleiding ten minste drie behandelingen te volgen binnen de leeftijdsgroep waarbij geen stage-ervaring kon worden opgedaan

** Het thema psychiatrische psychotherapie is in ieder geval onderdeel van stages gedurende ten minste drie jaar van de gehele opleiding

algemeen theoretisch en technisch onderwijs en een specifieke psychotherapeutische verdieping in het aandachtsgebied. Het psychotherapieonderwijs behelst drie deelgebieden: de (cognitieve) gedragstherapie, de psychodynamische psychotherapie en de systeemgerichte therapie. Dit onderwijs wordt integratief gegeven, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de ouderbegeleiding. De aios voert voldoende indicatiestellingen en psychotherapieën onder supervisie uit om de, in deze drie psychotherapierichtingen en de ouderbegeleiding, noodzakelijke competenties te verwerven.

Ook binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt voor het onderwijs gebruikgemaakt van actuele literatuur en de richtlijnen. Het Concilium Psychiatricum stelt geregeld op advies van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een actuele lijst van verplichte en aanbevolen literatuur vast.

4.1 Landelijk onderwijs

Gezien de spreiding van opleidingsinrichtingen, het specialistische niveau van het onderwijs en het specialistische docentenaanbod, wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie naast lokaal theoretisch en technisch onderwijs, ook landelijk onderwijs aangeboden.

De landelijke onderwijsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie worden in blokken gegeven van twee dagen. Jaarlijks worden minimaal twee blokken gegeven en aan de blokken kan in willekeurige volgorde worden deelgenomen.

Ieder blok heeft een hoofdthema, bijvoorbeeld:

- ontwikkelingspsychologie, neurobiologie, neuro-imaging, genetica, epidemiologie en oriëntatie op wetenschappelijk onderzoek;
- diagnostiek in verschillende ontwikkelingsfasen;
- functionele neuroanatomie en neuropsychologie;
- medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelrichtlijnen in de kinder- en jeugdpsychiatrie;
- profiel van de kinder- en jeugdpsychiater;
- organisatie, werkveld en ethiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Binnen ieder blok komen kennis, recente wetenschappelijke inzichten, richtlijnen, diagnostiek, behandeling, attitude naar patiënt(jes) en hun opvoeders, en andere themaspecifieke zaken aan de orde. Er wordt vanuit gegaan dat de aios alle blokken volgt. De landelijke opleidingsdagen maken gebruik van verschillende onderwijsmethoden, zoals literatuurstudie, opdrachten, casusbesprekingen en discussie. De kennis wordt getoetst in een van de landelijke kennistoetsen, waarbij de verplichte literatuur als bron geldt.

4.2 Somatisch onderwijs

Tijdens de stages kinder- en jeugdpsychiatrie wordt somatisch onderwijs gegeven en zo mogelijk *bedside teaching* aangeboden in de vakgebieden pediatrie en/of kinderneurologie.

4.3 Refereren, klinische presentaties, critically appraised topics (CATs)

Het opleidingsinstituut waar de aios zich het aandachtsgebied eigen maakt, wordt geacht bijeenkomsten te verzorgen waar leden van de opleidingsgroep en de aios referaten, klinische presentaties en critically appraised topics (CATs) houden.

5 Toetsing en kwaliteitsbeleid

Voor het onderdeel toetsing wordt verwezen naar hoofdstuk 5. De filosofie, methodiek en het portfolio voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie sluiten aan bij de gehele oplei-

ding tot psychiater. Ook voor de docentprofessionalisering van opleiders, docenten, en supervisors, wordt aangesloten bij hetgeen georganiseerd wordt voor de opleiding tot psychiater in zijn geheel.

6 Koppeling tussen thema's, competenties, leerdoelen, leermiddelen en toetsen

Net als voor de algemene psychiatrie en de volwassenenpsychiatrie kunnen, op basis van bijlagen V en VI, de thema's gekoppeld worden aan de specialismegebonden competenties en de ziektegebonden leerdoelen kinder- en jeugdpsychiatrie, en aan de leermiddelen beschreven in hoofdstuk 4 en de toetsen beschreven in hoofdstuk 5 (zie tabel 8.3 op de volgende pagina).

Tabel 8.3 Koppeling tussen de specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie (zie bijlage V), gegroepeerde ziektebeelden, waar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage VI) mee samenhangen, de leermiddelen en de toetsen per thema kinder- en jeugdpsychiatrie

Thema	Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie	Ziektebeelden bij kinderen en jeugdigen	Leermiddelen	Toetsen
<i>Alle thema's psychiatrische patiëntenzorg</i>	1 Medisch handelen 2 Communicatie 3 Samenwerking 4 Kennis en wetenschap 5 Maatschappelijk handelen 6 Organisatie 7 Professionaliteit	2 Verstandelijke beperkingen 3 Pervasive ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 9 Angst- en dwangstoornissen 13 Aanpassingsstoornissen	• Werkbegeleiding • Supervisie • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs) • Theoretisch technisch onderwijs • Regionaal psychotherapieonderwijs • Landelijk onderwijs eindreferaat	• KBP's • KBP's overdracht • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling brieven en dossiers • Beoordeling CAT's en referaten • Stagebeoordeling • Voortgangsgesprekken • Jaarlijkse beoordeling niveau competenties • Beoordeling eindreferaat
<i>Verplichte thema's</i>	<i>Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij kinderen en jeugdigen bij uitstek</i>	<i>Aanvullende leermiddelen</i>	<i>Aanvullende toetsen</i>
Klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.2, 1.3 2 Communicatie: 2.1, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3 6 Organisatie: 6.2 7 Professionaliteit: 7.2	3 Pervasive ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 7 Psychotische stoornissen 8 Stemmingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties • Beoordeling geneeskundige verklaringen

Tabel 8.3 Vervolg

Ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.4 2 Communicatie: 2.1, 2.3 3 Samenwerking: 3.1, 3.2 6 Organisatie: 6.4	3 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 5 Ticstoornissen 8 Stemmingsstoornissen 9 Angst- en dwangstoornissen 13 Aanpassingsstoornissen		• Themagebonden kennistoets • Beoordeling psychiatrische rapportages
Kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie	1 Medisch handelen: psychotherapeutische competenties 2 Communicatie: 2.1, 2.2 3 Samenwerking: 3.4 7 Professionaliteit: 7.2, 7.3	4 Disruptieve stoornissen 8 Stemmingsstoornissen 9 Angst- en dwangstoornissen	• Praktijktraining psychotherapie • Supervisie psychotherapie	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling psychotherapieën • Kennistoetsen
Consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.4 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.3 4 Kennis en wetenschap: 4.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	6 Verslaving 8 Stemmingsstoornissen 11 Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken 13 Aanpassingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties
<i>Keuzethema's patiëntenpopulaties per ontwikkelingsfase</i>	<i>Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie bij uitstек</i>	<i>Ziektebeelden bij kinderen en jeugdigen bij uitstек</i>	<i>Aanvullende leermiddelen</i>	<i>Aanvullende toetsen</i>
Heel jonge kinderen	1 Medisch handelen: 1.4 2 Communicatie: 2.3 3 Samenwerking: 3.1 5 Maatschappelijk handelen: 5.3 6 Organisatie: 6.2	14 Psychopathologie bij heel jonge kinderen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling geneeskundige verklaringen • Beoordeling klinische presentaties

Tabel 8.3 Vervolg

Basisschoolkinderen	1 Medisch handelen: 1.2, 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.2	3 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 9 Angst- en dwangstoornissen 11 Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken 13 Aanpassingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties
Adolescenten	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 4 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	6 Verslavingen 7 Psychotische stoornissen 8 Stemningsstoornissen 10 Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen 12 Regulatiestoornissen	• Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties • Beoordeling geneeskundige verklaringen • Beoordeling psychiatrische rapportages
<i>Keuzethema's deelterreinen</i>	<i>Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij kinderen en jeugdigen bij uitstek</i>	<i>Aanvullende leermiddelen</i>	<i>Aanvullende toetsen</i>
Kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.1, 3.4	1 Stoornissen in de motoriek 2 Verstandelijke beperkingen 3 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 7 Psychotische stoornissen 11 Aanpassingsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Themagebonden kennistoets • Beoordeling klinische presentaties
Verslaving bij adolescenten	1 Medisch handelen: 1.3 3 Samenwerking: 3.3, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4	4 Disruptieve stoornissen 6 Verslavingen 9 Psychotische stoornissen		• Themagebonden kennistoets

Tabel 8.3 Vervolg

Orthopsychiatrie/Forensische psychiatrie	1 Medisch handelen: 1.3 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3	2 Verstandelijke beperkingen 3 Pervasive ontwikkelingsstoornissen 4 Disruptieve stoornissen 6 Verslavingen 7 Psychotische stoornissen 13 Aanpassingsstoornissen		Themagebonden kennistoets
Keuzethema's niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gerelateerd	<i>Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie bij uitstek</i> 3 Samenwerking: 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.4 6 Organisatie 6.2	<i>Ziektebeelden bij kinderen- en jeugdigen bij uitstek</i> 1 Stoornissen in de motoriek 2 Verstandelijke beperkingen 6 Verslavingen 7 Psychotische stoornissen 8 Stemmingsstoornissen 11 Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken 13 Aanpassingsstoornissen	Aanvullende leermiddelen	Aanvullende toetsen
Somatische gezondheidszorg		1 Stoornissen in de motoriek 2 Verstandelijke beperkingen 6 Verslavingen 7 Psychotische stoornissen 8 Stemmingsstoornissen 11 Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken 13 Aanpassingsstoornissen	- Werkbegeleiding - Somatisch onderwijs - Refereren - Critically Appraised Topics (cats) - Landelijk onderwijs	- KPB's - KPB's overdracht 360-gradenbeoordeling - Beoordeling brieven en dossiers - Beoordeling CATs en referaten - Stagebeoordeling - Voortgangsgesprekken
Wetenschappelijk onderzoek	3 Samenwerking: 3.4 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.2 6 Organisatie: 6.4	Niet van toepassing	- Werkbegeleiding - Themagebonden kennisonderwijs - Refereren - Critically Appraised Topics (CATs) - Landelijk onderwijs	- Themagebonden kennistoets 360-gradenbeoordeling - Beoordeling cats en referaten - Stagebeoordeling - Voortgangsgesprekken

Hoofdstuk 9

Aandachtsgebied ouderenpsychiatrie

Het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie behelst twee jaar in de opleiding tot psychiater, naast het twee en een half jaar durend algemene deel van de opleiding.

In dit hoofdstuk wordt het deel van het opleidingsplan dat van toepassing is op het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie uiteengezet, voor zover het afwijkt van of aanvullend is op het overige opleidingsplan psychiatrie.

1 Aanvullende competenties ouderenpsychiatrie

De ouderenpsychiater voldoet zowel aan de competenties voor het algemene deel van de opleiding als aan aanvullende competenties voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie.

De aanvullende competenties voor de ouderenpsychiatrie, die naast de competenties van de algemene psychiatrie moeten worden gezien zijn omschreven in de algemene competenties ouderenpsychiatrie en ziektegebonden leerdoelen medisch handelen ouderenpsychiatrie (zie bijlagen VII en VIII). Deze competenties komen in de volgende thema's aan de orde.

2 Thema's

Voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie is gekozen voor de volgende thema's.

Behandelcontexten:

- klinische ouderenpsychiatrie;
- ambulante ouderenpsychiatrie;
- consultatieve ouderenpsychiatrie;
- psychiatrische psychotherapie bij ouderen.

Patiëntenpopulaties:

- gerontopsychiatrie;
- psychogeriatric.

Werkerterreinen:

- beleidspsychiatrie binnen de ouderenpsychiatrie;
- wetenschappelijk onderzoek binnen de ouderenpsychiatrie;
- somatische gezondheidszorg voor ouderen.

2.1 Ziektegebonden leerdoelen bij de thema's

In tabel 9.1 zijn de thema's voor het aandachtsgebied met de daarbij behorende groepen ziektebeelden en de daarmee samenhangende ziektegebonden leerdoelen medisch handelen weergegeven. Op dezelfde wijze als in tabel 3.4 is aan de hand van bijlage VIII vastgelegd welke kennis en vaardigheden over welke ziektebeelden aan het einde van de verschillende thema's bereikt moeten zijn.

Tabel 9.1 Koppeling van de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage VIII) per gegroepeerde ziektebeelden aan de thema's binnen het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie

Ziektebeelden		Cognitieve en andere stoornissen door een somatische aandoening	Psychotische stoornissen	Stemmingsstoornissen	Angst- en dwangstoornissen	Stoornissen met vooral somatische symptomen	Verslavingen	Persoonlijke- en aanpassingsstoornissen
Thema's aan directe patiëntenzorg gerelateerd	Klinische ouderenpsychiatrie (max. 1 jaar)	X	X	X				X
	Ambulante ouderenpsychiatrie (max. 1 jaar)	X	X	X	X		X	X
	Consultatieve ouderenpsychiatrie (max. 1 jaar)	X		X		X	X	X
	Gerontopsychiatrie (max. 1 jaar)		X	X	X	X	X	X
	Psychiatrische psychotherapie bij ouderen			X	X	X		X
	Psychogeriatric (max. 1 jaar)	X						
	Somatische gezondheidszorg	X				X	X	X
De aios kent aan het eind van dit thema/deze thema's de:	Epidemiologie	X	X	X	X	X	X	X
	Etiopathogenese	X	X	X	X	X	X	X
	Diagnose	X	X	X	X	X	X	X
	Therapie	X	X	X	X	X	X	X

Tabel 9.1 Vervolg

	Ziektebeelden	Cognitieve en andere stoornissen door een somatische aandoening	Psychotische stoornissen	Stemmingsstoornissen	Angst- en dwangstoornissen	Stoornissen met vooral somatische symptomen	Verslavingen	Persoonlijke- en aanpassingsstoornissen
<i>De aios is aan het eind van dit thema/deze thema's in staat tot:</i>	Signaleren en (differentiële) diagnose stellen	X	X	X	X	X	X	X
	Cultuurgebonden presentaties herkennen		X	X	X	X		X
	Leeftijdgebonden presentaties herkennen			X	X			X
	Opnemen van een heteroanamnese	X	X	X	X	X	X	X
	Verrichten van lichamelijk onderzoek	X	X	X	X	X	X	
	Toepassen van meetinstrumenten	X	X	X	X		X	X
	Indicatie stellen voor en interpreteren van neuro-psychologisch onderzoek	X						X
	Herkennen van comorbiditeit	X	X	X	X	X	X	X
	Herkennen en hanteren van suicidaliteit		X	X				X
	Indicatie stellen voor en interpreteren van aanvullend diagnostisch onderzoek	X	X	X	X	X	X	X
	Geven van psycho-educatie	X	X	X	X	X	X	X
	Voorlichten van verzorgenden	X						
	Indicatie stellen voor behandeling in overleg met andere disciplines	X	X	X	X	X		X
	Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging	X	X	X				X
	Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling	X	X	X				
	Geven van symptoomgerichte, structurerende begeleiding	X	X	X		X		X
	Indicatie stellen voor, uitvoeren en bewaken van geëigende psychofarmacotherapie of andere neurobiologische therapie	X	X	X	X	X	X	X
	Bevorderen van therapietrouw		X	X			X	
	Indicatie stellen voor geëigende psychotherapie		X	X	X	X		X
	Uitvoeren van geëigende psychotherapie			X	X	X		X
	Nazorg verlenen aan patiënt en betrokkenen	X		X				
	Indicatie stellen voor gespecialiseerde behandeling door ander/elders	X	X	X		X	X	X

3 Stages

De opleidingsinrichting die stages aanbiedt, omschrijft per stage welke thema's in de stage aan de orde zijn. Stages duren minimaal zes maanden en maximaal een jaar. In bijzondere gevallen kan hiervan worden afgeweken naar een duur van drie maanden, indien aannemelijk kan worden gemaakt dat de betreffende stage een wezenlijke bijdrage levert aan de competentieontwikkeling van de aios.

3.1 Minimale eisen

Voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie worden de volgende minimale eisen gesteld aan de invulling van de stages (genoemde duur betreft steeds fulltime-equivalenten, tenzij anders vermeld). Samenvattend is in tabel 9.2 aangegeven hoe de betreffende thema's in stages vormgegeven kunnen worden voor de aios, die kiest voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie.

- Minimaal zes maanden het thema klinische ouderenpsychiatrie. Hiervan kan, bij een fulltime-aanstelling, maximaal 0,2 fte het thema consultatieve ouderenpsychiatrie betreffen.
- Minimaal zes maanden het thema ambulante ouderenpsychiatrie. Hiervan kan, bij een fulltime-aanstelling, maximaal 0,2 fte het thema consultatieve ouderenpsychiatrie betreffen.
- Minimaal zes maanden (ten minste 2/10 van een fulltimeaanstelling) het thema consultatieve ouderenpsychiatrie, eventueel gecombineerd met een klinisch of ambulant thema.
- Tijdens alle stages patiëntenzorg, dus gedurende minimaal achttien maanden, komt het thema psychiatrische psychotherapie bij ouderen als thema aan de orde.
- Minimaal zes maanden thema somatische gezondheidszorg bij ouderen.
- Minimaal zes maanden het thema gerontopsychiatrie en minimaal zes maanden thema psychogeriatric (deze ervaring kan binnen één of meerdere behandelcontext(en) worden opgedaan, zodat stages met een geïntegreerd patiëntenaanbod mogelijk zijn).
- De aios dient ervaring op te doen met regelmatige multidisciplinaire diagnostische besprekingen, zoals besprekingen waarin de resultaten van neuropsychologisch onderzoek en beeldvormend onderzoek worden beoordeeld en worden geïnterpreteerd in samenhang met het klinisch beeld. Aan de hand hiervan wordt een diagnostisch en behandelbeleid geformuleerd.

3.2 Keuzemogelijkheden

- Maximaal zes maanden van de totale opleidingsduur van het aandachtsgebied mag worden ingevuld met wetenschappelijk onderzoek (thema wetenschappelijk onderzoek).
- Maximaal zes maanden van de totale opleidingsduur van het aandachtsgebied mag worden ingevuld met een stage met het thema beleidspsychiatrie, of met een voor het aandachtsgebied relevant deel terrein uit de algemene psychiatrie, bijvoorbeeld verslavingspsychiatrie. Deze stage moet duidelijk bijdragen aan de te verwerven competenties voor het aandachtsgebied.

Samenvattend is in tabel 9.2 aangegeven hoe de betreffende thema's in stages vormgegeven kunnen worden voor de aios, die kiest voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie.

3.3 Somatische gezondheidszorg voor ouderen

Het verwerven van competenties voor het thema somatische gezondheidszorg voor ouderen in het aandachtsgebied kan op verschillende manieren plaatsvinden. De volgende stages voldoen voor het thema somatiek.

- Stage binnen een van de volgende somatische specialismen: neurologie, interne geneeskunde met onderdeel ouderen, klinische geriatrie. Voor dergelijke stages gelden de volgende nadere bepalingen.
 - De stage bevindt zich in een voor de specialistische opleiding erkende inrichting.

Tabel 9.2 Overzicht thema's en stages binnen het aandachtgebied ouderenpsychiatrie

<i>Verplicht of keuze</i>	<i>Thema</i>	<i>Voorbeelden van stage-instellingen</i>	<i>Duur stages in maanden binnen de opleiding in het aandachtgebied*</i>
Verplicht	Klinische ouderenpsychiatrie	Opnameafdeling	6-12
Verplicht	Ambulante ouderenpsychiatrie	Polikliniek	6-12
Verplicht	Consultatieve ouderenpsychiatrie	Algemeen ziekenhuis Verpleeghuis Verzorgingshuis	6-12 (min. 0,2 fte)
Verplicht	Gerontopsychiatrie Psychogeriatric	Opnameafdeling Polikliniek Consultatief	6-12
Verplicht	Psychiatrische psychotherapie bij ouderen**	Alle stages met ouderenpsychiatrische patiëntenzorg	18-24 (min. 0,1 fte)
Verplicht	Somatische gezondheidszorg bij ouderen	Interne ouderen/klinische geriatrie Neurologie Ziekenhuispsychiatrie Klinisch met somatische supervisie	6
Keuze	Wetenschappelijk onderzoek	Wetenschappelijke stage	Max. 6
Keuze	Gerontopsychiatrie Psychogeriatric Beleidspsychiatrie Ander relevant thema uit de algemene psychiatrie	Relevante stage voor ouderenpsychiatrie	Max. 6

* Omdat stages meer dan één thema omvatten tellen de verplichte thema's op tot meer dan twee jaar

** Het thema psychiatrische psychotherapie is in ieder geval onderdeel van stages gedurende ten minste drie jaar van de gehele opleiding

- Er geldt voldoende diversiteit van het patiëntenaanbod.
- In bijzondere gevallen kan worden afgeweken van deze regels, mits aannemelijk kan worden gemaakt dat het alternatief bijdraagt aan het verwerven van competenties voor het thema somatiek van het aandachtgebied ouderenpsychiatrie.
- Een stage ziekenhuispsychiatrie binnen een algemeen/academisch ziekenhuis, met inbegrip van consultatieve psychiatrie.
- Een stage op een opnameafdeling ouderenpsychiatrie, waar complexe diagnostiek en behandeling van somatische comorbiditeit ruim aanwezig is en waarbij regelmatige supervisie van lichamelijk onderzoek, diagnostiek en interpreteren van hulponderzoek gewaarborgd is. Een aan de afdeling verbonden neuroloog en internist met onderdeel ouderengeneeskunde of geriater draagt zorg voor deze aspecten.

4 Onderwijs

Voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie bestaat het onderwijsprogramma uit algemeen theoretisch en technisch onderwijs en uit een psychotherapeutische verdieping in het aandachtsgebied. De aios voert voldoende indicatiestellingen en psychotherapieën onder supervisie bij een patiënt boven de vijfenzeftig jaar uit om de noodzakelijke competenties in een van de psychotherapievormen, die vereist zijn voor de opleiding tot psychiater, te verwerven.

Daarnaast wordt net als in het algemene deel van de opleiding tot psychiater relevante literatuur gelezen en worden klinische presentaties verzorgd.

Ook binnen de ouderenpsychiatrie wordt voor het onderwijs gebruikgemaakt van actuele literatuur en de richtlijnen. Het Concilium Psychiatricum stelt geregeld op advies van de afdeling ouderenpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een actuele lijst van verplichte en aanbevolen literatuur vast.

4.1 Landelijk onderwijs

Gezien de spreiding van opleidingsinrichtingen, het specialistische niveau van het onderwijs en het specialistische docentenaanbod, wordt naast lokaal theoretisch en technisch onderwijs ook landelijk onderwijs aangeboden.

Landelijke onderwijsdagen ouderenpsychiatrie worden in vier blokken gegeven van twee dagen. Jaarlijks worden minimaal twee blokken gegeven en aan de blokken kan in willekeurige volgorde worden deelgenomen.

Ieder blok heeft een hoofdthema, bijvoorbeeld:

- cognitieve stoornissen en somatiek;
- psychiatrische stoornissen;
- psychologie, psychotherapie en persoonlijkheidsstoornissen;
- organisatie en ethiek binnen de ouderenpsychiatrie.

Binnen ieder blok komen kennis, recente wetenschappelijke inzichten, richtlijnen, diagnostiek, behandeling, attitude en andere themaspecifieke zaken aan de orde. Er wordt vanuit gegaan dat de aios alle blokken volgen.

De landelijke opleidingsdagen maken gebruik van verschillende onderwijsmethoden, zoals literatuurstudie, opdrachten, casusbesprekingen en discussie. De kennis wordt getoetst in een van de landelijke kennistoetsen, waarbij de verplichte literatuur als bron geldt.

4.2 Somatisch onderwijs

Binnen de opleidingsinrichting moet behalve supervisie over de somatische zorg, onderwijs worden verzorgd betreffende somatische onderwerpen. Hiervoor geldt minimaal een uur interne geneeskunde en een uur neurologie per maand. Dit onderwijs kan gegeven worden aan de hand van casuïstiek, door de aios ingebracht, en/of kan theoretische verdieping betreffen van somatische onderwerpen die relevant zijn voor de ouderenpsychiater.

In tabel 9.2 zijn de thema's voor het aandachtsgebied met de daarbij behorende specialismegebonden competenties en groepen ziektebeelden weergegeven. Op dezelfde wijze als in tabel 3.4 is aan de hand van bijlage VIII vast te stellen welke kennis en vaardigheden over welke ziektebeelden aan het einde van de verschillende thema's bereikt moeten zijn.

4.3 Refereren, klinische presentaties, critically appraised topics (CATs)

Het opleidingsinstituut, waar de aios zich het aandachtsgebied eigen maakt, wordt geacht bijeenkomsten te verzorgen waar leden van de opleidingsgroep en de aios referaten, klinische presentaties en critically appraised topics (CATs) houden.

5 Toetsing en kwaliteitsbeleid

Voor het onderdeel toetsing wordt verwezen naar het hoofdstuk 5. De filosofie, methodiek en het portfolio voor het aandachtsgebied sluiten aan bij de gehele opleiding tot psychiater. Ook voor de docentprofessionalisering van opleiders, docenten en supervisoren binnen het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie, wordt aangesloten bij hetgeen georganiseerd wordt voor de opleiding tot psychiater in zijn geheel.

6 Koppeling tussen thema's, competenties, leerdoelen, leermiddelen en toetsen

Net als voor de algemene psychiatrie en de volwassenenpsychiatrie kunnen, op basis van bijlage VII en VIII, de thema's gekoppeld worden aan de specialismegebonden competenties en de ziektegebonden leerdoelen ouderenpsychiatrie, en aan de leermiddelen beschreven in hoofdstuk 4 en de toetsen beschreven in hoofdstuk 5 (zie tabel 9.3).

Tabel 9.3 Koppeling tussen de specialismegebonden competenties (zie bijlage VII), gegroepeerde ziektebeelden, waar de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen (zie bijlage VIII) mee samenhangen, de leermiddelen en de toetsen per thema ouderenpsychiatrie

Thema	Specialismegebonden competenties ouderenpsychiatrie	Ziektebeelden en kritische beroepssituaties bij ouderen	Leermiddelen	Toetsen
<i>Alle aan patiëntenzorg gekoppelde thema's</i>	1 Medisch handelen 2 Communicatie 3 Samenwerking 4 Kennis en wetenschap 5 Maatschappelijk handelen 6 Organisatie 7 Professionaliteit		• Werkbegeleiding • Supervisie • Themagebonden kennisonderwijs • Landelijk kennisonderwijs • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs) • Eindreferaat	• KPB's • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling brieven en dossiers • Themagebonden kennistoets • Beoordeling CATs, klinische presentaties en referaten • Stagebeoordeling • Voortgangsgesprekken • Jaarlijkse beoordeling niveau competenties • Beoordeling eindreferaat
<i>Verplichte thema's</i>	<i>Specialismegebonden competenties ouderenpsychiatrie bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek</i>	<i>Aanvullende leermiddelen</i>	<i>Aanvullende toetsen</i>
Klinische ouderenpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.2, 1.3 2 Communicatie: 2.1, 2.4 3 Samenwerking: 3.1, 3.2 4 Kennis en Wetenschap: 4.1, 4.4 7 Professionaliteit: 7.1, 7.2	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 7 Persoonlijkheidsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Beoordeling klinische presentaties

Tabel 9.3 Vervolg

Ambulante ouderenpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.1, 1.3 2 Communicatie: 2.2, 2.3 3 Samenwerking: 3.1, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.1, 5.2 6 Organisatie: 6.1, 6.2 7 Professionaliteit: 7.1, 7.3	1 Cognitieve stoornissen 2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Persoonlijkheidsstoornissen		• Beoordeling geneeskundige verklaringen
Consultatieve ouderenpsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.2 2 Communicatie: 2.3, 2.4 3 Samenwerking: 3.2, 3.4 4 Kennis en wetenschap: 4.4 7 Professionaliteit: 7.3	1 Cognitieve stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Persoonlijkheidsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Beoordeling klinische presentaties
Gerontopsychiatrie	1 Medisch handelen: 1.1, 1.3 2 Communicatie: 2.1, 2.2 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.2 5 Maatschappelijk handelen: 5.1, 5.2 7 Professionaliteit	2 Psychotische stoornissen 3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Persoonlijkheidsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties • Psychotherapieonderwijs • Praktijktraining psychotherapie • Supervisie psychotherapie	• Beoordeling klinische presentaties • Beoordeling psychotherapieën
Psychogeriatrie	1 Medisch handelen: 1.2, 1.3 2 Communicatie: 2.1, 2.2 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.2 5 Maatschappelijk handelen: 5.2, 5.3 7 Professionaliteit 7.4	1 Cognitieve stoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Beoordeling klinische presentaties

Tabel 9.3 Vervolg

Psychiatrie psychotherapie bij ouderen	1 Medisch handelen: 1.1, 1.3 2 Communicatie: 2.1, 2.2 5 Maatschappelijk handelen: 5.2 7 Professionaliteit: 7.2, 7.3	3 Stemmingsstoornissen 4 Angst- en dwangstoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 8 Persoonlijkheidsstoornissen	• Psychotherapieonderwijs • Praktijktraining psychotherapie • Supervisie psychotherapie	• Beoordeling psychotherapie
Somatische gezondheidszorg bij ouderen	1 Medisch handelen: 1.1 2 Communicatie: 2.1 3 Samenwerking: 3.1, 3.2 5 Maatschappelijk handelen: 5.1, 5.2 6 Organisatie: 6.2 7 Professionaliteit: 7.1	1 Cognitieve stoornissen 5 Stoornissen met somatische symptomen 6 Verslavingen 7 Persoonlijkheidsstoornissen	• Somatisch onderwijs • Klinische presentaties	• Beoordeling klinische presentaties
<i>Keuzethema's niet aan directe patiëntenzorg gerelateerd</i>	<i>Specialismegebonden competenties ouderenspsychiatrie bij uitstek</i>	<i>Ziektebeelden bij uitstek</i>	<i>Leermiddelen</i>	<i>Toetsen</i>
Beleidspsychiatrie	3 Samenwerking: 3.3, 3.4 5 Maatschappelijk handelen: 5.3, 5.4 6 Organisatie: 6.2, 6.3	Niet van toepassing	• Werkbegeleiding • Themagebonden kennisonderwijs • Landelijk kennisonderwijs • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• Themagebonden kennistoets • 360-gradenbeoordeling • Beoordeling CATs en refereren • Voortgangsgesprekken • Stagebeoordeling
Wetenschappelijk onderzoek	3 Samenwerking: 3.1, 3.3 4 Kennis en wetenschap: 4.1, 4.4 6 Organisatie: 6.2	Niet van toepassing	• Werkbegeleiding • Refereren • Critically Appraised Topics (CATs)	• 360-gradenbeoordeling • Beoordeling CATs en refereren • Voortgangsgesprekken • Stagebeoordeling

Hoofdstuk 10

Kwaliteit van de opleiding

1 Kwaliteit van de opleiding tot psychiater

Voor de kwaliteit van de opleiding tot psychiater zijn verschillende elementen van belang. Globaal kunnen deze elementen worden onderscheiden op twee niveaus (zie tabel 10.1): het niveau van het ontwerp van het opleidingsplan en de opleidingseisen, en het niveau van de uitvoering van het ontworpen opleidingsplan en de opleidingseisen.

Tabel 10.1 Verschillende niveaus waarop de kwaliteit van de opleiding bewaakt en bevorderd wordt

	<i>Verantwoordelijk</i>	<i>Middelen ter verhoging en/of bewaking van de kwaliteit</i>
<i>Ontwerp</i>	Wetenschappelijke vereniging	Periodieke evaluatie en eventueel bijstellen van opleidingsplan en -eisen
<i>Uitvoering</i>	Lokale opleidingsinrichtingen en -regio's	Toetsing: visitatie MSRC Docentprofessionalisering

1.1 Evaluatie van het opleidingsplan en de opleidingseisen

Voor het opstellen van het opleidingsplan en de opleidingseisen ten behoeve van de opleiding tot psychiater is de wetenschappelijke vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), verantwoordelijk. Daarvan is dit opleidingsplan het resultaat.

Het is opleidingsplan en de opleidingseisen worden periodiek en systematisch geëvalueerd en desgewenst bijgesteld. Het Concilium Psychiatricum is met deze taak belast.

1.2 Kwaliteit van uitvoering

De werkplek speelt een cruciale rol in het opleiden tot medisch specialist. Om die reden verdient de inbedding van de opleiding in de inrichting bijzondere aandacht. Een opleidingsinrichting heeft echter diverse belangen naast het opleiden van artsen tot psychiater, zoals patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek, waardoor de aandacht tussen deze zaken gemakkelijk disproportioneel verdeeld raakt. Daarom voorzien de opleidingseisen in kwaliteitsbevorderende randvoorwaarden.

In een opleidingsinrichting vormt de opleiding dan ook een vast onderdeel van beleid en van functiebeschrijvingen voor leden van de opleidingsgroep. Daarnaast dienen cruciale elementen van de opleiding te worden gewaarborgd.

De kwaliteit van uitvoering van het opleidingsplan en die van het naleven van de opleidingseisen valt onder de verantwoordelijkheid van de lokale opleidingsinrichtingen en -regio's. Zoals voor alle medisch specialismen geldt, wordt de kwaliteit van uitvoering getoetst aan de hand van

opleidingseisen door de visitatiecommissie van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Daarnaast is het van belang de verschillende actoren in de opleiding te scholen om de kwaliteit van uitvoering van de verschillende elementen van de opleiding te bevorderen.

2 Docentprofessionalisering

Van psychiaters en andere professionals die betrokken zijn bij het verzorgen van de opleiding tot psychiater, mag zowel een specifieke deskundigheid als een aantoonbare affiniteit met opleiden verwacht worden. Deze kwaliteiten en kenmerken komen tot uiting in een aantal competenties, welke voor de verschillende leden van de opleidingsgroep zijn geformuleerd (zie tabel 10.2). De docentprofessionalisering richt zich op het verwerven en onderhouden van deze competenties voor alle leden van de opleidingsgroep: docenten en supervisors, de opleider en diens plaatsvervanger.

2.1 Te bereiken competenties voor leden van de opleidingsgroep

De competenties waarover de verschillende actoren in de opleidingsgroep moeten beschikken worden in tabel 10.2 geformuleerd. In deze tabel wordt een opbouw zichtbaar in het aantal competenties waarover men moet beschikken. De opleider wordt geacht over alle genoemde competenties te beschikken, terwijl voor de overige functies delen van deze competentieomschrijvingen gelden.

2.2 Opzet van de docentprofessionalisering

Bij het opzetten van een scholingsaanbod voor opleiders, supervisors en docenten worden de uitgangspunten raamplan scholing opleiders gebruikt als eisen (zie kader), zoals beschreven in het artikel 'Naar scholing voor opleiders in de specialistische vervolgopleidingen' door S. Bolhuis en anderen (Tijdschrift voor medisch onderwijs, 2005, 24(2)).

Eisen aan docentprofessionalisering in de medische vervolgopleidingen

- De scholing sluit aan bij de relevante wet- en regelgeving betreffende de gewenste competenties en werkwijze van de opleidingsgroep.
- De scholing is gericht op de dagelijkse (opleidings)praktijk, waarin de opleidingsgroep en aios samenwerken.
- De scholing omvat een traject van in de tijd gespatieerde cursusonderdelen, terwijl in de tussentijd wordt gewerkt aan de implementatie van opgedane kennis en vaardigheden in de dagelijkse praktijk.
- De scholing wordt op maat aangeboden voor de verschillende functies binnen de opleidingsgroep, waarbij elk lid van de opleidingsgroep de basiscursus volgt en de scholing wordt aangepast aan de functie die binnen de opleidingsgroep vervuld wordt.
- De scholing wordt gecertificeerd door de wetenschappelijke vereniging.

De docentprofessionalisering wordt trapsgewijs opgezet, conform de competentieopbouw die in tabel 10.2 zichtbaar wordt gemaakt.

De eerste trede is gericht op de ontwikkeling van competenties voor docenten. Hieraan nemen alle leden van de opleidingsgroep deel. Bij de tweede trede staat het verwerven van competen-

ties voor het geven van supervisie centraal, waaraan supervisoren en opleiders deelnemen. De derde trede betreft het verwerven van competenties voor opleiders en is bestemd voor opleiders en hun plaatsvervangers. Ook in tabel 10.3 wordt een dergelijke opbouw aan de hand van onderwerpen in de scholing duidelijk gemaakt.

Een aantal praktische punten voor een mogelijke opzet van de scholing van leden van de opleidingsgroep staat hieronder geformuleerd. Een commissie van het Concilium Psychiatricum draagt zorg voor het ontwerpen en uitvoeren van een scholingsprogramma.

Een mogelijke opzet voor de scholing van opleidingsgroepen in de opleiding tot psychiater

- Het volledige scholingstraject beslaat zes dagen cursorisch onderwijs, verspreid over twee tot drie jaar aangeboden. Docenten volgen twee dagen, supervisoren vier dagen en (plaatsvervangend) opleiders zes dagen.
- Tussen de bijeenkomsten werken opleiders aan eigen leerpunten door middel van intervisie (en/of supervisie of coaching). Voor het opzetten van collegiale intervisie worden een handleiding en begeleiding aangeboden.
- De cursus wordt voorbereid en uitgevoerd door minimaal twee cursusleiders, waarbij een van de cursusleiders een psychiater is die in de praktijk werkzaam is (of recent was). De andere cursusleider is geschoold op educatief gebied (dat wil zeggen op het gebied van het leren aan volwassenen, met name het leren op de werkplek, onderwijskundige principes en/of organisatieverandering).
- De bijeenkomsten richten zich op het oefenen van het handelen als onderwijsgevende in relevante onderwijssituaties en het reflecteren op eigen ervaringen.
- Ter ondersteuning van het leren wordt een cd-rom en/of website aangeboden waarop onder andere voorbeelden van onderwijs in de praktijk te zien zijn, informatie over veelgebruikte onderwijsvormen kan worden geraadpleegd en een self-assessment kan worden uitgevoerd.

2.3 Portfolio

De (plaatsvervangend) opleider houdt een portfolio bij waarin de gevolgde cursus docentprofessionalisering en andere activiteiten, zoals bezoek aan relevante congressen, symposia en workshops, worden bijgehouden. Ook worden de opleidingsonderdelen die de opleider verzorgt, inclusief evaluaties hiervan, in dit portfolio bijgehouden en bewaard.

Daarnaast worden de overige leden van de opleidingsgroep geëvalueerd op de bijdragen die zij aan de opleiding leveren. In geval van onderwijs waaraan meer alios deelgenomen hebben, kan dit de gemiddelde uitslag of een groepsgewijze evaluatie betreffen.

Het portfolio van de opleider en de evaluaties betreffende onderwijs door overige leden van de opleidingsgroep verzorgd, zijn ter inzage voor de visitatiecommissie van de MSRC toegankelijk. In tabel 10.4 wordt aangegeven op welke wijze de verschillende actoren in de opleidingsgroep worden geëvalueerd.

Tabel 10.2 Competenties van docenten, supervisoren en opleiders in de opleiding tot psychiater

Competenties		Docent	Supervisor	Mentor	Opleider
Kennis betreffende:	de algemene psychiatrie	×	×	×	×
	didactische methodes	×	×	×	×
	leerprocessen bij volwassenen	×	×	×	×
	evaluatie- en beoordelingssystemen	×	×	×	×
	opleidingsplan en -eisen psychiatrie	×	×	×	×
	ethiek en wetgeving	×	×	×	×
	diepergaande kennis op ten minste een deelaspect	×			×
	wetenschappelijke onderzoeksmethodologie	×			×
	supervisiemodellen		×	×	×
	organisatiemodellen t.b.v. opleiden				×
	algemene beleidspsychiatrie				×
Vaardigheden, is in staat:	een veilig opleidingsklimaat te creëren en te behouden	×	×	×	×
	conflicten te hanteren en daarbij het belang van de opleiding (aios) hoog te houden	×	×	×	×
	kennis over te dragen en vaardigheden te onderwijzen	×	×	×	×
	leerprocessen te bevorderen	×	×	×	×
	feedback te geven en te ontvangen en ervoor te zorgen dat anderen feedback uitwisselen	×	×	×	×
	de aios te instrueren, coachen, delegeren	×	×	×	×
	zelfreflectie te bevorderen		×	×	×
	te reflecteren op de eigen rol als model, dit te expliciteren en onderwerp te maken van discussie		×	×	×
	ten aanzien van de aios rekening te houden met:				
	• de persoon van de individuele aios	×	×	×	×
	• het stadium van opleiding	×	×	×	×
	• de te verwerven competenties	×	×	×	×
	de eigen scholing en die van de opleidingsgroep op peil te houden	×	×	×	×
	de organisatie van de opleiding binnen de dagelijkse werkzaamheden vorm te geven met alle betrokken partijen		×	×	×
	werkrelatie te hanteren		×	×	×
	leiding te geven aan het opleidingscompartiment				×
	zorg te dragen voor de inbedding van de opleiding in de inrichting en het opleidingsklimaat te bewaken				×
	in (netwerken van) organisaties te werken				×
	de verschillende beoordelingsresultaten te wegen en op grond hiervan tot een geschiktheidsbeoordeling te komen				×

Tabel 10.2 Vervolg

Competenties		Docent	Supervisor	Mentor	Opleider
Attitude:	is zich bewust van de bijzondere didactische verantwoordelijkheid	×	×	×	×
	staat open voor kritiek	×	×	×	×
	is zelfkritisch	×	×	×	×
	is betrokken en toont dat	×	×	×	×
	kan delen en delegeren	×	×	×	×
	is een rolmodel	×	×	×	×
	betrokken bij eigen opleidingsinrichting	×	×	×	×
	participeert in kwaliteitszorg en -toetsing ten aanzien van de opleiding	×	×	×	×
	reflecteert op de eigen rol als model, is in staat dit te expliciteren en onderwerp te maken van discussie		×	×	×
	neemt verantwoordelijkheid voor de organisatie van de eigen inrichting en/of afdeling		×	×	×

Tabel 10.3 Onderwerpen in de scholing voor leden van de opleidingsgroep in de opleiding tot psychiater

[illegible]

Tabel 10.4 Evaluatievormen van de verschillende opleidingsrollen in de opleidingsgroep

	<i>Evaluatievorm</i>	<i>Beoordelaar(s)</i>
<i>Docenten</i>	Feedbackformulieren over geven onderwijs	Aios
<i>Werkbegeleiders en supervisors</i>	Evaluatieformulier supervisie	Aios
<i>Opleider (en plaatsvervangend opleider)</i>	Evaluatieformulieren	Aios en overige leden opleidingsgroep

Bijlage I

Herziene profielschets psychiater (april 2005)

1 Inleiding

In augustus 1996 bracht de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een profielschets psychiater uit. Daarmee werd in een breed gevoelde behoefte voorzien. Over de vraag wat van een psychiater wel of niet kan worden verwacht, bestaat in de samenleving veel onduidelijkheid. Die situatie is ongunstig voor een adequate beroepsuitoefening van de psychiater en is nadelig voor potentiële patiënten. Het rapport 'Profielschets psychiater', opgesteld door een commissie onder leiding van Willem van Tilburg, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan een verheldering van wat van een psychiater mag worden verwacht. Uitgaande van de identiteit van de psychiatrie als medisch specialisme, werd ingegaan op het werkkterrein en de methoden van de psychiatrie, op patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken van de psychiater en op de vereiste kennis en vaardigheden. Vele formuleringen zijn ook nu nog onverkort geldig.

Toch bestaat er inmiddels behoefte aan een herziening van de toenmalige profielschets. Daarin lag een sterke nadruk op de stelling dat de psychiatrie zich als specialisme kenmerkt door de breedte van haar werkkterrein. Als consequentie daarvan werd aan de psychiater de rol van *playing captain* toegedacht binnen een multidisciplinaire organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en werd van de psychiatrie verwacht dat ze oplossingen zou kunnen aangeven voor uiteenlopende maatschappelijke problemen. Ontwikkelingen na 1996 brengen met zich mee, dat die uitgangspunten opnieuw geformuleerd moeten worden. Daarbij gaat het om vooral maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkeling met betrekking tot de opleiding van artsen en medisch specialisten, en ontwikkelingen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg.

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft een commissie herziening profielschets benoemd bestaande uit G. Koerselman (voorzitter), P. Hodiament, W. van Hezewijk, R. Kok, A. van Reekum en E. de Ruyter Korver. Een eerste concept is besproken op de bestuursvergadering van 17 juni 2003. Nadien zijn er verschillende gelegenheden geweest waarop zowel belangrijke gremia binnen de vereniging als individuele leden commentaar konden geven. De commissie heeft de verschillende reacties gewogen en zoveel mogelijk verwerkt. Ten slotte heeft ze een definitieve versie aan het bestuur aangeboden.

2 Ontwikkelingen

2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Wetgeving

Het van kracht worden van de wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) in 1993 (laatste versie geldig vanaf 2003) heeft consequenties voor het profiel van het beroep psychiater, omdat de wet de contouren aangeeft van wat in deze context onder beroep moet worden verstaan. Volgens de criteria van die wet impliceert het begrip 'beroep' dat de beoefenaar ervan over een specifieke deskundigheid beschikt, die is verkregen door het volgen van een op enigerlei wijze van overheidswege erkende opleiding. De werkzaamheden van de beroepsbeoefenaar leveren een bijdrage aan de volksgezondheid en zijn specifiek gericht op de individuele patiënt. Het gaat daarbij om een directe relatie met de patiënt, of om het verrichten van werkzaamheden die rechtstreeks zijn gericht op de individuele patiënt. Dit impliceert dan ook dat de beroepsbeoefenaar een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft in de relatie met zijn patiënt. De specifieke deskundigheid blijkt uit een titel, die de beroepsbeoefenaar zowel tegenover het publiek als tegenover andere werkers op het gebied van individuele gezondheidszorg herkenbaar maakt als iemand die over de desbetreffende deskundigheid beschikt. Dit betekent dat een omschrijving van die specifieke deskundigheid en van de specifieke relatie tot de individuele patiënt in een profielbeschrijving van het beroep van psychiater centraal moet staan.

Toegenomen vraag

Dat er sprake is van een toenemende vraag naar psychiatrische zorg blijkt enerzijds uit een toenemende aanmelding van patiënten bij psychiaters of bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (deze toename is niet gecorrigeerd voor het aantal heraanmeldingen per jaar voor dezelfde klacht bij verschillende instellingen of psychiaters) en anderzijds uit competentiediscussies tussen bijvoorbeeld politie en justitie aan de ene kant en ggz-instellingen aan de andere kant over de verantwoordelijkheid voor overlast door psychotische of verslaafde mensen of voor vandalisme en agressie. Ook op problemen door immigratie of gebroken en disfunctionerende gezinnen worden de psychiatrie en de ggz aangesproken. De vraag doet zich daardoor voor hoe de grenzen van die verantwoordelijkheid moeten worden getrokken. Dat hier sprake is van een belangrijk probleem is wel gebleken uit het feit, dat het ministerie van vws een landelijke commissie geestelijke volksgezondheid instelde, die in 2002 het rapport 'Zorg van velen' het licht deed zien. De conclusies daarvan werden in 2003 door de minister overgenomen. In het rapport werden verschillende kanttekeningen geplaatst bij de wijze waarop de geïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg zijn grenzen bewaakt. De adviezen van de commissie werden in het 'veld' verdeeld ontvangen. Complicerend voor een plaatsbepaling van de psychiatrie is daarbij, dat geen duidelijke afgrenzing is gegeven van de domeinen van de psychiatrie en van de geestelijke gezondheidszorg. Ook dat brengt een behoefte aan een nadere profilering van de psychiater met zich mee.

DBC-ontwikkeling en de 'knip in de zorg'

De behoefte aan een andere financieringssystematiek in de gezondheidszorg heeft geleid tot de ontwikkeling van zogenoemde diagnose-behandelcombinaties (DBC's), waarmee voor verschillende medische specialismen de noodzaak is ontstaan het aanbod nader te formuleren. Afgezien van de vraag hoe de uitkomst van die ontwikkeling uiteindelijk zal zijn heeft dat een bezinning op de kerntaken van die specialismen nodig gemaakt. De ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties is voor de psychiatrie echter tot onderdeel gemaakt van een DBC-ontwikkeling voor de gehele ggz. In 2005 gaat de gehele ggz vanuit de AWBZ (AWBZ, Staatsblad. 14 december 1967) over naar het verzekerde tweede compartiment, behalve de zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven. De komst hierna van de basisverzekering en de DBC-ontwikkeling, draagt bij aan de noodzaak tot een nadere omschrijving van het aanbod van de psychiater.

Psychotherapie

In het kader van een aanpassing van de wet BIG is het noodzakelijk geworden dat psychiaters aantomen te beschikken over psychotherapeutische deskundigheid, die herkenbaar is toegesneden op de behoefte van psychiatrische patiënten en zich daarmee onderscheidt van het aanbod door andere beroepen.

2.1 Medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen

De ontwikkelingen op het gebied van de genetica, de theoretische en toegepaste neuroscience en de epidemiologie gaan zo snel, dat een profiel van de psychiater ruimte moet bieden om de uitkomsten daarvan te kunnen incorporeren.

2.2 Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg

De maatschappelijk gevoelde behoefte aan verheldering van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg noopte het ministerie van vws tot een adviesaanvraag aan het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (CONO). Dat advies had betrekking op een nadere omschrijving van de verschillende beroepen, die werkzaam zijn in de ggz. In opdracht van het CONO is over deze vraag een rapport opgesteld door Hutschemaekers en Neijmeijer, dat in 1998 verscheen onder de titel 'Beroepen in beweging'. De auteurs definiëren voor alle beroepen in de geestelijke gezondheidszorg, dus ook voor dat van psychiater, een karakterisering op basis van drie dimensies. De eerste dimensie betreft het onderscheid tussen specifieke typen van opleiding: gezondheidszorgopleidingen of opleidingen binnen de bredere gedragswetenschappelijke of welzijnscontext.

De tweede dimensie maakt onderscheid tussen primair behandelende en primair begeleidend beroepen. In de praktijk blijkt de tweede dimensie parallel te lopen aan het niveau van opleiding: postdoctoraal en universitair versus hbo en mbo.

Daarnaast onderscheiden Hutschemaekers en Neijmeijer als derde dimensie die van generalisme versus specialisme. Een specialisme is een verbijzondering of een verdieping van een generalisme. In die zin kan, conform de terminologie van de wet BIG, worden gesproken van basisberoepen en van specialistische beroepen. Het beroep van psychiater moet op grond daarvan worden omschreven als een primair behandelend, medischspecialistisch beroep, dat wil zeggen als een verbijzondering van het basisberoep van arts.

2.3 Ontwikkelingen in de opleiding van artsen en medisch specialisten

Vrij kort na elkaar zijn met betrekking tot zowel de basisarts als de medisch specialist omschrijvingen gepubliceerd van eindtermen en algemene competenties. Die omschrijvingen zijn dus ook van toepassing op de psychiater als medisch specialist. Ze funderen als het ware een meer specifieke omschrijving van het profiel van de psychiater. Omwille van de duidelijkheid volgt hieronder een korte samenvatting van wat beide documenten behelzen met de verwijzingen naar de desbetreffende teksten en toelichtingen.

Profiel en eindtermen van de basisarts

In 2001 heeft het Disciplineoverleg Medische Wetenschappen van de Samenwerkende Nederlandse Universiteiten een vernieuwde versie gepubliceerd van het Raamplan Artsopleiding van 1994. Deze tekst is onderschreven door de Wetenschappelijke Verenigingen en de opleidingscolleges van de KNMG. Het Raamplan omvat onder meer een profiel van de arts aan het einde van de artsopleiding en algemene eindtermen van de artsopleiding, die aangeven aan welke eisen een arts moet kunnen voldoen (Raamplan 2001, p. 25-45).

Het profiel noemt als belangrijkste kenmerken van de arts:

'De arts heeft zich het proces van het medisch probleemoplossen eigen gemaakt, bezit een breed kennis- en vaardighedenpakket en is daardoor in staat om elke vervolgopleiding in te gaan en in staat om met andere disciplines/hulpverleners samen te werken, is wetenschappelijk gevormd, bezit de juiste attitudes (professioneel gedrag), is flexibel: kan op ontwikkelingen inspelen, is wettelijk bevoegd en bekwaam medisch te handelen en draagt hier verantwoordelijkheid voor. Bij het medisch handelen worden de eigen grenzen in acht genomen, bepaald door opleiding en ervaring.'

De eindtermen hebben betrekking op de kennis, de vaardigheden en het professionele gedrag van de arts. Het Raamplan onderscheidt daarin medische, wetenschappelijke en persoonlijke aspecten, en voorts aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. Samengevat gaat het daarbij om het volgende.

Bij de medische aspecten vraagt het Raamplan van de arts kennis en inzicht met betrekking tot de somatische, psychische en sociale structuur en functies van mannen, vrouwen en kinderen, ook in hun onderlinge relatie, met aandacht voor de normale levensfasen en de mogelijk versturende factoren daarin, en voor menselijk gedrag in verschillende omstandigheden, met name in probleemsituaties en bij verschillende culturele achtergronden. De arts moet bij de individuele patiënt in staat zijn tot probleemomschrijving, het opnemen van de anamnese en het verrichten van lichamelijk onderzoek. De resultaten daarvan moeten kunnen worden vertaald in een probleemanalyse, die aanleiding geeft tot het indiceren van aanvullend onderzoek. De uitkomst daarvan vraagt om een vervolgprobleemanalyse en het opstellen van een beleidsplan, dat op maat moet kunnen worden toegesneden. Dit beleidsplan moet in een therapeutisch gesprek en door middel van advies en voorlichting aan de patiënt worden overgebracht. De arts moet farmacotherapie kunnen indiceren en instellen, en zo nodig kunnen verwijzen. De uitkomst van het beleid moet worden geëvalueerd. In alle fasen van de ziekte moet de patiënt op een open en respectvolle wijze worden begeleid. De arts draagt zorg voor goede verslaglegging en registratie en werkt mee aan preventie en predictie op individueel en collectief niveau.

Met betrekking tot de wetenschappelijke aspecten kent de arts de grondbeginselen van wetenschappelijk onderzoek en is hij/zij zich bewust van de betekenis van het wetenschappelijk denken voor zijn handelen. De arts bevordert en onderhoudt zijn vakbekwaamheid.

Ten aanzien van de persoonlijke aspecten maakt het Raamplan onderscheid tussen de arts-patiëntrelatie, het persoonlijk functioneren en de wederzijdse beïnvloeding van werk en privéleven.

In relatie tot de arts-patiëntrelatie geeft de arts blijk van een open houding ten aanzien van patiënten, ongeacht hun persoonlijke of culturele achtergrond en de prognose van hun aandoening. De arts streeft naar een zo gelijkwaardig mogelijke relatie met de patiënt. Hij heeft aandacht voor de wijze waarop de patiënt met zijn klachten omgaat en de betekenis die de ziekte voor hem heeft. Ook heeft hij begrip voor de situatie van de patiënt, diens sociale achtergrond en zijn omgeving. De arts heeft besef van de afhankelijke positie van de patiënt. Voorts is de arts in staat om te gaan met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt (of iemand in de directe omgeving), zoals gevoelens van erotiek, irritatie, afkeer, schaamte enzovoort. De arts kan omgaan met gevoelens van de patiënt jegens hem, kan openstaan voor diens subjectieve behoeften en verwachtingen en kan informatie met tact en empathie in begrijpelijke taal overbrengen. De arts kan een functionele relatie met de patiënt bewaren, ook als die geïndiceerde diagnostiek of behandeling afwijst. De arts kan onvrede bij de patiënt signaleren en bespreekbaar ma-

ken. Hij kan adequaat reageren als de relatie verstoord raakt of te intiem dreigt te worden. Zo nodig zoekt de arts zelf hulp.

Voor wat betreft zijn persoonlijk functioneren geeft de arts er blijk van dat hij kan omgaan met onzekerheid, acute situaties en stress, dat hij verantwoordelijkheid kan dragen en zijn eigen beperkingen kan onderkennen, dat hij kan omgaan met onmachtsgedoele en beslissingen durft te nemen waaronder het afzien van behandeling, dat hij flexibel is en zijn financiële onafhankelijkheid kan bewaren ten opzichte van derden.

Met betrekking tot het medisch handelen kan de arts grenzen en mogelijkheden van de gegeven situatie, van de eigen beroepsuitoefening en van de medische professie in het algemeen beoordelen. Hij kan omgaan met fouten van zichzelf of anderen, durft eigen fouten te erkennen tegenover patiënten en collegae, en kan er lering uit trekken. De arts kan een evenwicht vinden tussen te veel dan wel te weinig medische bemoeienis. Hij zet zich in voor het lichamelijk, geestelijk en sociale welzijn van mensen en voor alle vormen van gezondheidszorg. De arts onderkent eigen gevoelens, normen en waarden in relatie tot existentiële vragen over leven, dood, ziekte en gezondheid en kan omgaan met medisch etische vragen. De arts neemt het verplichte medisch beroepsgeheim in acht en kan zijn handelen in de beroepsmatige en de privésfeer scheiden. Het Raamplan benadrukt dat de arts over de persoonlijk kwaliteiten moet beschikken om in teamverband te kunnen functioneren. Aspecten daarvan zijn dat hij verschillende rollen in teamverband moet kunnen aannemen, zich toetsbaar durft op te stellen, deskundigheid van anderen kan accepteren en kan inbrengen in zijn eigen handelen, en dat hij zijn taken kan afbakenen ten opzichte van andere medische disciplines en verpleegkundige en paramedische professies.

In relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem gaat het Raamplan in op verantwoordelijkheden van de arts ten opzichte van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Ook worden hier algemene en specifieke aspecten van de medische ethiek genoemd en wordt een opsomming gegeven van een aantal juridische aspecten van de gezondheidszorg en de medische beroepsuitoefening. Zowel het profiel van de arts als de eindtermen van de medische opleiding vormen het fundament voor iedere specialistische toespitsing. Ze zijn voldoende specifiek om de basisarts te beschrijven en voldoende algemeen om in hun geheel geldig te zijn voor een medisch specialisme. Waar in de profielschets psychiater verder niet uitdrukkelijk anders wordt aangegeven, moet worden aangenomen dat het profiel van de arts en de eindtermen van de medische opleiding in die vorm ook gelden voor de psychiater als medisch specialist.

De kerncompetenties van de medisch specialist

Het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten heeft voor het vaststellen van de algemene competenties van de medisch specialist een in Canada ontwikkelde formulering, CanMEDS 2000-model (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) 2000 Project, 1996) als uitgangspunt gekozen. Hierin worden zeven verschillende competentiegebieden van de medisch specialist onderscheiden en wordt voor elk gebied aangegeven welke de daarbij horende competenties zijn. In de nu voorliggende nieuwe versie van de profielschets psychiater zal daarom bij de meer specifieke uitwerking worden aangegeven welk competentiegebied daarbij aan de orde is.

De zeven competentiegebieden en daarbij horende algemene competenties van de medisch specialist zijn de volgende.

1 Medisch handelen

- 1.1 De specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied.
- 1.2 De specialist past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence-based toe.
- 1.3 De specialist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
- 1.4 De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe voor patiëntenzorg en onderwijs.

2 Communicatie

- 2.1 De specialist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op.
- 2.2 De specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie.
- 2.3 De specialist bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie.
- 2.4 De specialist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus.

3 Samenwerking

- 3.1 De specialist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners.
- 3.2 De specialist verwijst adequaat.
- 3.3 De specialist levert effectief intercollegiaal consult.
- 3.4 De specialist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

4 Kennis en wetenschap

- 4.1 De specialist beschouwt medische informatie kritisch, heeft kennis van basale onderzoeksmethodiek, en bedrijft de geneeskunde waar mogelijk volgens evidence-based richtlijnen
- 4.2 De specialist bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis.
- 4.3 De specialist ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.
- 4.4 De specialist bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.

5 Maatschappelijk handelen

- 5.1 De specialist kent en herkent de determinanten van ziekte.
- 5.2 De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
- 5.3 De specialist handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.
- 5.4 De specialist treedt adequaat op bij incidenten in de zorg.

6 Organisatie

- 6.1 De specialist organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling.
- 6.2 De specialist werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie.
- 6.3 De specialist besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord.
- 6.4 De specialist gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, en voor bij- en nascholing.

7 Professionaliteit

- 7.1 De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
- 7.2 De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
- 7.3 De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen.
- 7.4 De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

De formulering van competenties volgens CanMEDS is nogal ruim. Competentiegebied 7 bijvoorbeeld geeft meer een algemeen niveau weer van de eisen, die aan de beoefenaar van een verantwoordelijk, mensgericht beroep moeten worden gesteld. Bij de uitwerking ervan in een profiel van een concreet specialisme zal dan ook rekening moeten worden gehouden met eisen, die voortvloeien uit ontwikkelingen ten aanzien van wetgeving en beleid.

3 De psychiater als medisch specialist**3.1 Uitgangspunten**

Een specialisme is een verbijzondering van een basisberoep. Al datgene wat een basisberoep in het algemeen kenmerkt, geldt ook voor het specialisme. Het specialisme past dat toe op een sector van het gebied dat het basisberoep bestrijkt. Binnen die sector is er sprake van een verdieping, die zich

uit in de toepassing van meer kennis en vaardigheden dan in het basisberoep ter beschikking zijn. Aan de ene kant leidt dit ertoe dat de specialist door die beschikbaarheid over toegevoegde kennis en vaardigheden op zijn terrein meer autonoom kan zijn. Aan de andere kant impliceert het ook, dat de specialist buiten het gebied van zijn sector juist minder autonoom is. Met andere woorden, de bekwaamheid van de specialist als arts wordt bepaald door de kennis en vaardigheden die hij zich door opleiding (zoals specialisatie en bij- en nascholing) en persoonlijke ervaring aantoonbaar heeft verworven en behouden. Daarbuiten wordt hij niet bekwaam geacht. Uiteraard is die grens niet in alle gevallen even scherp te trekken. Als algemene regel echter is deze consequentie van de begrenzing die specialisering inhoudt, mede bepalend voor de vertaling van de algemene kerncompetenties van de medisch specialist in bekwaamheden van de psychiater.

3.2 De psychiater: communicatie (competentiegebied 2) en maatschappelijk handelen (competentiegebied 5)

De psychiater en de arts-patiëntrelatie

Aan de relatie tussen arts en patiënt kunnen drie niveaus worden onderscheiden.

Op het eerste niveau is er als hoofdregel sprake van een contract. Dat is uitgewerkt in de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (wgbo, Staatsblad. 1 april 1995). Arts en patiënt zijn partijen bij deze overeenkomst, die wederzijds rechten en plichten met zich meebrengt. Voor de aard daarvan zij naar de wettekst verwezen. Relevant is vooral, dat de arts een overeenkomst aangaat, waarin hij zich verplicht te beantwoorden aan professionele standaarden die binnen zijn beroepsgroep gelden (de richtlijnen van de NVVP) en juiste productvoorlichting. Het is in deze context dat de rol van de patiënt ook wel als die van 'klant' wordt aangeduid.

Op het tweede niveau is de relatie tussen arts en patiënt een hulpverleningsrelatie. In zoverre zijn beide partijen niet in een gelijke positie, dat een van die partijen in nood is of kan zijn. Dat legt op de arts een verdergaande verantwoordelijkheid. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de bepaling in de wgbo, dat een arts de behandelovereenkomst niet eenzijdig kan opzeggen zonder dwingende redenen. Juist omdat een hulpverleningsrelatie een zekere afhankelijkheid in zich draagt voor de hulpvragende partij, brengt dat een extra verantwoordelijkheid voor de hulpverlenende partij met zich mee. Overigens verschilt de rol van de arts in dat opzicht niet wezenlijk van die van anderen, die beroepsmatig hulpverleners. Het is vooral in deze context dat men de patiënt wel 'cliënt' noemt. Dit begrip impliceert dat de arts in zekere zin diens belangen behartigt.

Op het derde niveau is specifiek voor het beroep van arts, dat diens professionele activiteit betrekking heeft op ziekte. De zin van een behandelovereenkomst met een arts wordt bepaald door het feit dat degene die de arts raadpleegt, een mogelijke of reeds bestaande ziekte vermoedt. Met gevolg dat op de eerste plaats de plichten die voortvloeien uit de behandelovereenkomst en uit de hulpverleningsrelatie, er nog pregnanter door worden. In de tweede plaats kan het ook betekenen, dat de arts soms zelf handelingen moet verrichten zonder dat de patiënt in de gelegenheid is om daarover zijn wil uitdrukkelijk kenbaar te maken. Men denke bijvoorbeeld aan acute medische noodsituaties. Omdat in deze derde conditie de eigen inbreng van de patiënt verminderd kan zijn bij een gelijktijdige toename van de macht van de arts, wordt het woord 'patiënt' soms geassocieerd met zulk machtsverschil als een ongewenst aspect van de arts-patiëntrelatie. Daarbij wordt echter misverstaan dat de omstandigheden die met ziekte gepaard kunnen gaan, de arts juist des te meer verplichten om de plichten na te komen, die voortvloeien uit de hulpverleningsrelatie en de behandelovereenkomst. Met andere woorden, het woord patiënt verwijst niet naar verminderde rechten van de hulpvrager, maar naar vermeerderde plichten van de hulpverlener. Bovendien bakent het een domein af in vergelijking met andere hulpverlenende beroepen.

Op die grond is het woord patiënt te verkiezen als aanduiding van degene met wie de arts zijn professionele relatie heeft. Daarmee wordt ook aangeduid dat de verantwoordelijkheden van de arts niet kunnen worden overgedragen. Een dergelijk overdracht kan worden gesuggereerd door de aanduiding 'cliënt' voor de patiënt in diens relatie met een instelling of een instituut. Ook al zou men degene die gebruikt maakt van de voorzieningen van een instelling voor gezondheidszorg klant of cliënt willen noemen, dan nog is binnen zo'n instelling primair sprake van een arts-patiëntrelatie. Dit impliceert dat de bijzondere verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënt geborgd moet worden in de vorm van professionele autonomie. Professionele autonomie houdt in, dat de arts zijn werkwijze en de kwaliteit daarvan laat bepalen door professionele normen die binnen zijn beroepsgroep gelden. Instellingsnormen kunnen daarvoor niet in de plaats komen. Dit kan worden gegarandeerd in een professioneel statuut.

Het feit dat de relatie tussen arts en patiënt op deze drie niveaus tot uitdrukking komt, kan voor de arts een conflict van plichten met zich meebrengen. De eisen aan die relatie op het niveau van de behandelovereenkomst vergen immers dat de autonome wilsbepaling van de patiënt als uitgangspunt

wordt genomen. De hulpverleningsrelatie op het terrein van ziekte brengt echter met zich mee, dat de arts soms dient te handelen in de bestwil van de patiënt, zonder dat deze zijn eigen keuzes (tijdelijk) kenbaar kan maken of eventueel zelfs (tijdelijk) tegen diens uitgesproken keuze in. Dat laatste kan zich alleen voordoen in zeer bijzondere omstandigheden. Niettemin brengt deze spanning met zich mee, dat de arts-patiëntrelatie structureel wordt gekenmerkt door de noodzaak om enerzijds de autonomie van de patiënt te respecteren en anderzijds diens lijden, in zijn bestwil, te verminderen. Zoals dat geldt voor de verhouding tussen iedere arts en zijn patiënt, geldt ook voor die tussen patiënt en psychiater dat alleen het woord 'patiënt' alle aspecten van die verhouding omvat. Het gaat daarbij zowel om het aspect van een behandelovereenkomst tussen twee partijen (bij minderjarigen gaat het daarbij ook – vanaf 12 jaar – of uitsluitend – beneden 12 jaar – om een behandelovereenkomst met de ouders of wettelijke vertegenwoordigers) als om de meer asymmetrische relatie tussen een hulpvrager en een hulpverlener. Essentieel is echter de notie, dat de hulpvraag plaatsvindt in het kader van (een vermoeden van) ziekte. In het begrip patiënt zijn al deze niveaus vervat. Een aanduiding als 'cliënt' (zoals die in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt) geeft de verhouding tussen de psychiater en de patiënt niet adequaat weer. Het is juist de combinatie van de drie verschillende aspecten die impliceert, dat ook binnen het specialisme psychiatrie de verhouding tussen arts en patiënt centraal staat. De relatie tussen patiënt en psychiater gaat vóór alle andere relaties, die in het kader van behandeling verder relevant kunnen zijn.

De autonomie van de patiënt

In de psychiatrie is het bovenstaande nog pregnanter dan voor de algemeen arts of voor andere medische specialisten. De psychiatrische ziekte kan namelijk zelf van invloed zijn op hulpvraag en behandelovereenkomst. Psychiatrische ziekte kan met zich meebrengen dat de patiënt niet of niet volledig in staat is om zich een oordeel te vormen over zijn situatie. De patiënt kan dan niet in vrijheid zijn wil bepalen. Dat betekent dat de psychiater ter voorkoming van eventueel gevaar als gevolg van de psychiatrische ziekte genoodzaakt kan zijn om aan de burgemeester toestemming tot gedwongen opneming te vragen of aan de officier van justitie te vragen zo'n toestemming bij de rechter te vorderen. De rol van de psychiater is daarbij geregeld in de wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz, Staatsblad, 17 januari 1993). Echter ook als er geen sprake is van een zodanig gevaar dat een dergelijke gedwongen opneming onvermijdelijk is, zal de psychiater toch rekening moeten houden met de beïnvloeding van de oordeelsvorming en de wilsbekwaamheid van de patiënt door de psychiatrische ziekte. Dit vergt ook buiten de context van de wet Bopz een bijzondere verantwoordelijkheid, die vereist dat de psychiater hiertoe over specialistische kennis en vaardigheden beschikt. Als gevolg van hun ziekte zijn sommige psychiatrische patiënten verminderd in staat hun eigen belangen te behartigen. De psychiater signaleert zulk onvermogen en voorziet in een oplossing voor de daaruit voortvloeiende problemen door advies of consultatie aan andere medische specialisten of behandelaars of door het inschakelen van hulpverleners op maatschappelijk gebied. Indien nodig verstrekt de psychiater inlichtingen aan de medisch adviseur van betrokken instanties. In zulke gevallen is toestemming van de patiënt vereist. Mocht deze niet wilsbekwaam zijn, dan verstaat de psychiater zich hierover met diens naasten of andere wettelijke vertegenwoordigers.

Empathie

Ten aanzien van het vermogen tot aanvoelen van de patiënt worden aan iedere arts bijzondere eisen gesteld. In de psychiatrie gelden die eisen nog sterker, omdat de empathie bemoeilijkt wordt door de invloed die psychiatrische ziekte uitoefent op het denken, voelen en willen van de patiënt. Dit kan ertoe leiden dat uitingen of gedragingen van een psychiatrische patiënt 'oninvoerbaar' lijken. De psychiater heeft specialistische kennis van de wijze waarop de communicatie van gedachten, gevoelens en bedoelingen, en het daarmee samenhangend gedrag in interactie met de omgeving, kunnen worden beïnvloed door verschillende psychiatrische ziekten. Ook kan hij daarbij de invloed beoordelen van het stadium en het niveau van de ontwikkeling van de patiënt. Die kennis maakt het hem mogelijk om uitingen en gedragingen van een patiënt in die context te interpreteren, daarop te anticiperen en er de best mogelijke reactie op te geven. Dat vormt tevens de basis voor de kwaliteit van de bejegening van de patiënt zelf en van diens naasten. Nog meer dan in andere specialismen is bejegening in de psychiatrie al een aspect van behandeling. A fortiori geldt dat in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit uitvoeringsaspect vergt vaardigheid, die door coaching en ervaring moet worden verkregen.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de psychiater

Voor zover mogelijk en nodig bevordert de psychiater de kennis over zowel de oorzaken als de gevolgen van psychiatrische ziekte bij de patiënt en diens omgeving, maar ook bij beleidsmakers en de bevolking als geheel. De psychiater beperkt zich daarbij tot informatie die door wetenschappelijke kennis wordt geschraagd. Bij kinderen en jeugdigen kan de psychiater zich nooit beperken tot voor-

lichting aan alleen de patiënt, maar moet de informatie in alle gevallen ook worden gericht aan de directe en ruimere sociale omgeving van het kind. De psychiater draagt er zorg voor dat zijn rol bij het terugdringen van overlast door psychiatrische patiënten zo goed mogelijk wordt afgestemd met die van het openbaar gezag en van relevante hulpverlenende instanties.

3.3 De psychiater: medisch handelen (competentiegebied 1)

Domein

De psychiatrie is het medisch specialisme dat in diagnostisch en therapeutisch opzicht somatische, psychologische en sociale benaderingen integreert bij de zorg om de geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu. Dit wordt begrepen onder het biopsychosociale model. Het richt zich daartoe op de verstoring van de intentionele (cognitieve en emotionele) betrokkenheid van de patiënt op zijn omgeving. Zo'n verstoring manifesteert zich bijvoorbeeld als angst zonder dreiging, als somberheid zonder verlies of als achterdocht zonder vervolging. Deze formulering houdt in dat de psychiater de specialist is van de wisselwerking tussen brein en omgeving. Specifiek voor de psychiatrie is de gerichtheid op de ontwikkeling van hersenfuncties die de intentionele, dat wil zeggen betekenisverlenende relatie tussen het individu en diens omgeving regelen. Hersenen en psyche zijn daarin niet te scheiden. Psyche is in die zin te beschouwen als een functie van een uiterst complex materieel systeem. Dat de psychiater zich richt op de hersenfunctie van betekenisverlening brengt met zich mee, dat verstoringen in die functie benaderbaar zijn vanuit de hersenen zelf, maar ook vanuit de omgevingsinvloed. De regulatie van de functie van de neuronale circuits die daarbij betrokken zijn, behoort tot het diagnostisch en therapeutisch domein van de psychiater, evenals de regulatie van verstoorde betekenisverlening door invloed uit te oefenen op het niveau van het individu en dat van de omgeving. Daarin vloeit de 'enge' interpretatie van begrippen als biologische en sociale psychiatrie in elkaar over. Rechtstreekse beïnvloeding van de hersenen (bijvoorbeeld met medicijnen) verandert betekenisverlening en gedrag, terwijl rechtstreekse beïnvloeding van betekenisverlening (bijvoorbeeld met psychotherapie) en gedrag (bijvoorbeeld met omgevingsinterventies) veranderingen in de hersenen teweegbrengt. Die samenhang is kenmerkend voor het domein van de psychiatrie.

Voor zover overigens de functie van relevante neuronale circuits niet primair is gestoord maar secundair door andere lichamelijke ziekten wordt ontregeld (zoals doorbloedingsstoornissen, stofwisselingsstoornissen, tumoren of traumata), wordt het desbetreffende kennisgebied in de psychiatrie beschreven als organische psychiatrie. Het niveau van kennis van de psychiater omvat op het gebied van de organische psychiatrie dat van de algemeen arts met een specifieke verdieping in relatie tot de invloed van de desbetreffende lichamelijke aandoeningen op hersengebieden, die een rol spelen bij mentale functies. Wanneer de diagnostiek en de behandeling van zulke algemene lichamelijke ziekten een specialistisch niveau vragen, zal de psychiater in intercollegiaal verband samenwerken met medische specialisten op het desbetreffende terrein (zoals de neuroloog of de internist).

Het vaststellen van psychiatrische ziekte (zie ook de richtlijn van de NVvP over het psychiatrisch onderzoek)

Zoals ook de algemeen arts stelt de psychiater als specialist ziekte vast in het contact met de individuele patiënt. Het criterium daarvoor is dat uit de uitingen of gedragingen van de patiënt valt af te leiden, dat er sprake is van individueel lijden of disfunctioneren. Om dat te kunnen bepalen houdt de psychiater rekening met culturele omgevingsvariabelen, met individuele variabelen en met datgene wat bekend is over de grens tussen normaal en abnormaal psychisch functioneren (de psychopathologie). Toepassing van de psychopathologie impliceert dat de psychiater aangeeft, welke psychische functies afwijken van hetgeen, rekening houdend met het bovenstaande, als normaal kan worden beschouwd, en in welke mate dat het geval is. Ten behoeve van de controleerbaarheid maakt de psychiater daarbij zo mogelijk gebruik van binnen de beroepsgroep vigerende registratiesystemen. Voor verdere identificatie van de eventueel gevonden afwijkingen in psychische functies stelt de psychiater hierin patronen vast. Ten behoeve van de controleerbaarheid maakt hij daarbij gebruik van classificatiesystemen die in de psychiatrie algemeen geaccepteerd zijn.

Bij het interpreteren van het verhaal van de patiënt houdt de psychiater er rekening mee, dat meegedeelde feiten gekleurd kunnen zijn door herinneringen (of herinneringsvervalsingen), wensen en emoties, zonder dat de patiënt zich daarvan bewust hoeft te zijn. De psychiater beschikt over de kennis en de vaardigheid om op zulke vertekeningen van de realiteit te anticiperen, deze te herkennen en, zo nodig, te corrigeren.

Bij het vaststellen van ziekte betreft de psychiater de omstandigheden van de patiënt. Zowel lijden als disfunctioneren impliceren immers dat er een verstoring is opgetreden in de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving in de breedste zin. De sociale en culturele achtergrond van elke patiënt

bepaalt de expressie van de ziekte. De psychiater kent daarom de juiste rol toe aan omgevingsfactoren bij het ontstaan en onderhouden van klachten en ziekteverschijnselen, en aan factoren die de gezondheid kunnen bevorderen. Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met het tijdsverloop, zodat informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt en diens toekomstperspectief moeten worden meegewogen. Overigens bestaat er ook 'normaal' lijden, waarbij negatieve cognities, emoties en intenties een adequate afspiegeling zijn van de aard en intensiteit van negatieve levensomstandigheden. In zo'n geval behoeven mensen weliswaar hulp of steun, maar niet ook een psychiatrische behandeling.

De psychiater legt, waar mogelijk, verband tussen patronen van afwijkend psychisch functioneren en eventuele afwijkingen in hersenfuncties of de ontwikkeling daarvan. Daarbij kan het gaan om morfologische veranderingen in de hersenen die relevant zijn voor het stellen van een diagnose. Daarvoor kan neuroradiologisch onderzoek nodig zijn. Functionele afwijkingen van bepaalde hersengebieden vergen bijvoorbeeld neurofysiologisch of neuropsychologisch onderzoek of onderzoek met isotopen. Afwijkingen in de signaaloverdracht tussen hersencellen (neurotransmissie) kunnen worden verondersteld op basis van patronen van klachten of symptomen. Ook kan worden gezocht naar relaties tussen afwijkingen in mentale functies en stoffen die van buiten komen (psychotrope stoffen) of die elders in het lichaam worden geproduceerd (bijvoorbeeld hormonen). In dit verband kan ook worden gezocht naar de invloed van lichamelijke aandoeningen die indirect de functie van hersencellen beïnvloeden, en kan worden vastgesteld of bepaalde gebieden van de hersenen door zo'n ziekte zijn aangedaan. Ten slotte kan een relatie worden gezocht met afwijkingen op genetisch gebied, die van invloed kunnen zijn op relevante hersenfuncties. Voor al deze vormen van diagnostiek geldt, dat ze geïndiceerd zijn, voor zover ze consequenties hebben voor behandeling of prognose. In overleg met de patiënt kan diagnostiek op het niveau van hersenen of genetisch materiaal ook worden geïndiceerd ten behoeve van het voorspellen van het beloop van de ziekte (prognose) of de mogelijke overdracht van de ziekte aan nakomelingen.

Ten behoeve van de efficiëntie laat de psychiater zich bij het vaststellen van ziekte leiden door de principes van de differentiële diagnostiek, zoals die in de geneeskunde algemeen toepassing vindt. Dit houdt in dat de psychiater zoekt welke aandoening zoveel mogelijk klachten en symptomen zo goed mogelijk kan verklaren. De zoekstrategie is daarom gericht op het uitsluiten van mogelijke verklaringen en niet op het insluiten van zoveel mogelijk gegevens. Differentiële diagnostiek verloopt in twee stappen. De eerste daarvan is gericht op patroonherkenning (zoals hierboven besproken) en de tweede op identificatie van mogelijke oorzaken (etiologische factoren). De eerste stap leidt tot een classificatie en de tweede tot een diagnose. Op basis van een classificatie zijn algemene uitspraken te doen over mogelijk effectieve behandelvormen of een te verwachten beloop. Op basis van een diagnose kan een individueel behandelplan worden geformuleerd, dat aangrijpt op etiologische factoren in een casus. Bij het onderzoeken van alternatieven in het kader van de differentiële diagnostiek wordt om praktische redenen een volgorde aangehouden waarbij de voorrang wordt bepaald door de ernst van de consequenties van een diagnose of door de waarschijnlijkheid dat die diagnose aan de orde is.

Bij de diagnostiek laat de psychiater zich ten behoeve van de doelmatigheid leiden door het principe van de proportionaliteit. Dit houdt in dat bij de diagnostiek niet méér middelen worden ingezet dan noodzakelijk is voor de differentiaaldiagnostische procedure. Bij noodzakelijke uitbreiding van de inzet van diagnostische middelen ziet de psychiater erop toe, dat eenvoudige en niet belastende middelen voorrang krijgen, tenzij de ernst van de toestand direct de toepassing van een meer ingrijpende diagnostiek noodzakelijk maakt (gefaseerde of getrapte diagnostiek). Bij de keuze van diagnostische verrichtingen wordt rekening gehouden met de kans dat deze aan het uitsluiten of bevestigen van een differentiaaldiagnostische hypothese bijdragen, en met de noodzaak de diagnostische conclusie doorzichtig en controleerbaar te maken. De psychiater is bekend met de sensitiviteit en de specificiteit van de ingezette diagnostische middelen.

De psychiater verricht het psychiatrisch onderzoek conform de beroepsstandaard, zoals die is neergelegd in richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Richtlijn psychiatrisch onderzoek, 2001). De psychiater beheerst het lichamelijk onderzoek op het niveau van de basisarts en heeft daarbij op specialistisch niveau een vaardigheid in het vaststellen van lichamelijke symptomen van (neuro)psychiatrische ziekten. Als aanvullend onderzoek nodig is dat expertise vergt op een ander terrein dan dat van de psychiater, zal de psychiater zelf om zulk onderzoek verzoeken. Dat kan bijvoorbeeld betrekking hebben op neuroradiologisch, neurofysiologisch of neuropsychologisch onderzoek, of milieuonderzoek door een maatschappelijk werkende. In alle gevallen is de psychiater in staat de uitkomst van zulk onderzoek te interpreteren, het in te passen in het geheel van diagnostische overwegingen en de consequenties ervan voor verder beleid te bepalen. Het principe van de zuinigheid brengt met zich mee dat alleen onderzoek wordt gedaan dat consequenties heeft voor behandeling of prognose. In die context kan neuroradiologisch, biografisch of milieuonderzoek weliswaar interessant zijn, maar niet als routine geïndiceerd.

De psychiater kan de noodzakelijke diagnostiek, afhankelijk van de vereiste expertise, zelf uitvoeren, deze verrichten in overleg met een medisch specialist op een ander gebied (consultatie) of overdragen aan een andere specialist (medebehandeling, verwijzing).

Psychiatrische behandeling

Het uitgangspunt van de psychiatrische behandeling is de relatie tussen de psychiater en zijn patiënt. Die relatie is in principe al gevestigd in de diagnostische fase. Bij alle aspecten van de behandeling is de hantering van de relatie met de patiënt steeds een basisvoorwaarde voor elke meer specifieke handeling. Bij het opstellen van een behandelplan wordt rekening gehouden met de rol die de omgeving van de patiënt mogelijk speelt bij het ontstaan of onderhouden van de ziekte, en met de consequenties die de ziekte en de behandeling ervan voor die omgeving hebben. Indien mogelijk wordt de omgeving van de patiënt, met diens toestemming, bij de opstelling en uitvoering van het behandelplan betrokken. Bij kinderen en jeugdigen is dat altijd het geval.

Het is ondoenlijk om bij de beschrijving van het profiel van de medisch specialist een uitputtend overzicht te geven van concrete, therapeutische ingrepen die aan dat specialisme ter beschikking staan. Een dergelijk overzicht zou geen recht doen aan de ontwikkeling van nieuwe technieken of van nieuwe toepassingen van bestaande technieken. In dat verband is hier slechts een globale aanduiding van therapeutische technieken in de psychiatrie op zijn plaats.

Uitgaande van de verschillende niveaus waarop een medische behandeling gericht kan zijn, kan de psychiater in principe beschikken over de volgende therapeutische mogelijkheden.

Op genniveau. Vooralsnog zijn ingrepen op het gebied van genen niet mogelijk, omdat daarvoor met betrekking tot concrete mentale functies of psychiatrische aandoeningen het causaal-pathogenetisch inzicht ontbreekt of omdat de techniek niet beschikbaar is. Dat sluit echter geenszins uit dat therapeutische ingrepen op genniveau in de toekomst ter beschikking zullen komen. Kennis van de daaraan ten grondslag liggende werkingsprincipes en vaardigheid en ethische aspecten met betrekking tot indicatie en toepassing, behoren tot het werkterrein van de psychiater. Afhankelijk van de omvang van die kennis en vaardigheid zal eventueel structurele samenwerking met andere beroepen noodzakelijk zijn.

Op het niveau van organen of orgaansystemen. Beïnvloeding op orgaanniveau is mogelijk met behulp van medicatie. De psychiater indiceert een medicamenteuze behandeling op basis van farmacologische en klinisch-epidemiologische kennis, waarbij hij rekening houdt met individuele omstandigheden van de patiënt. In het algemeen geldt daarbij wat hieronder in paragraaf 3.4 wordt aangegeven met betrekking tot de registratie van behandelvormen, de beschikbaarheid van voldoende bewijs met betrekking tot de effectiviteit ervan en de balans tussen gewenste en ongewenste effecten. Medicatie die geïndiceerd is om psychische functies te beïnvloeden, heeft effect op het functioneren van neuronale circuits. Dat effect kan ook indirect verlopen via bijvoorbeeld beïnvloeding van bloedvoorziening, hormoonfuncties, het immuunsysteem en dergelijke. Voor zover de beïnvloeding van dergelijke systemen specifieke deskundigheid op het niveau van een ander specialisme vraagt, werkt de psychiater daartoe in intercollegiaal verband samen. De psychiater kan toedieningswijzen die niet door de patiënt zelf kunnen worden aangewend, indien nodig zelf toepassen (bijvoorbeeld intraveneuze of intramusculaire toediening) of delegeren aan een verpleegkundige (bijvoorbeeld toediening per sonde of intramusculaire toediening).

Therapeutische beïnvloeding op orgaanniveau is in de psychiatrie ook mogelijk met behulp van fysieke technieken. De psychiater beschikt over de kennis en vaardigheid die nodig is voor het indiceren, toepassen en controleren van zulke behandelingen. Dat geldt voor bijvoorbeeld elektroconvulsietherapie (ECT). Ook op dit gebied kunnen nieuwe technieken ter beschikking komen, aanvankelijk in onderzoeksoptzet en later binnen het vast beschikbare arsenaal. Ten tijde van het opstellen van dit profiel wordt onderzoek verricht naar toepassing van elektrische of magnetische stimulering van de hersenen via verschillende toegangswegen (transcranieel, intracerebraal of via afferente stimulatie). Voor sommige van zulke behandelvormen is samenwerking met andere specialismen (zoals anesthesie, neurochirurgie, chirurgie, neurofysiologie en dergelijke) noodzakelijk, of moeten speciale voorzieningen beschikbaar zijn. Dat betekent in de praktijk dat het ontbreken van zulke samenwerkingsmogelijkheden of voorzieningen consequenties kan hebben voor de bekwaamheid van de psychiater met betrekking tot dergelijke behandeltechnieken.

Ook communicatieve technieken hebben overigens effect op orgaanniveau.

Op individueniveau. Bij het indiceren en uitvoeren van iedere behandeling houdt de psychiater bij zowel kinderen en jeugdigen als volwassenen rekening met algemene individuele kenmerken zoals leeftijd, ontwikkelingsfase, geslacht en etnische afkomst. Daarnaast worden strikt individuele gegevens over levens- en ziektegeschiedenis en levensomstandigheden meegewogen.

De psychiater vraagt de patiënt naar diens opvattingen met betrekking tot zijn klachten en verschijn-

selen, en naar de daarmee samenhangende emoties. De empathie van de psychiater betreft specifiek ook de wijze waarop de aandoening van de patiënt diens gedachten en emoties kan beïnvloeden. Daarbij geeft de psychiater speciale aandacht aan het bieden van steun en hoop, en aan de realiteits-toetsing en zelfwaardering van de patiënt. Voor het hanteren van de therapeutische relatie maakt de psychiater gebruik van de verbale en non-verbale methoden. Hij kiest doelgericht positie op de dimensies: nabijheid versus afstand, structuur versus openheid, veiligheid versus confrontatie en stimulerend versus afremming van zowel emoties als gedrag.

In elke arts-patiëntrelatie moet rekening worden gehouden met de invloed, die de ziekte van de patiënt op die relatie zelf heeft. De afhankelijke positie van de patiënt kan ertoe leiden dat deze verwachtingen van de arts heeft, die worden bepaald door behoeften of angsten die voortvloeien uit zijn afhankelijkheidspositie en niet overeenkomen met de werkelijkheid (overdracht). Bij psychiatrische patiënten kan dat in nog sterkere mate aan de orde zijn, omdat de psychiatrische ziekte zelf van invloed kan zijn op de realiteitstoetsing. De psychiater is in staat op zulke verwachtingen of angsten te anticiperen, deze te herkennen als ze optreden en deze te hanteren. Dat geldt omgekeerd ook voor zijn eigen opvattingen of emoties met betrekking tot de patiënt, voor zover deze uit zijn persoonlijke achtergrond voortvloeien (tegenoverdracht). De psychiater is in staat zulke reacties bij zichzelf te signaleren en deze te hanteren. De psychiater hoedt zich voor overschrijding van de grens van de professionele relatie met de patiënt. De beroepscode van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Beroepscode voor Psychiaters, juni 2003) dient daarbij als richtlijn.

De psychiater is in staat in zijn dagelijks handelen psychotherapeutische vaardigheden toe te passen. Voorts is hij in staat specifieke vormen van psychotherapie toe te passen, die gericht zijn op het beïnvloeden van cognities, emoties en gedragingen van de patiënt met als doel de klachten en symptomen die uit diens aandoening voortvloeien, te doen verdwijnen of te verminderen. Evenals bij andere specifieke behandelvormen laat de psychiater zich bij de keuze van psychotherapievormen leiden door de principes van *evidence based medicine* (zie paragraaf 3.4). Dit betekent dat bij de indicatie van psychotherapie voorrang wordt gegeven aan vormen, die door protocollering overdraagbaar zijn en waarvan de werkzaamheid in gecontroleerd onderzoek is aangetoond (ten tijde van het opstellen van dit profiel is dit voor verschillende psychiatrische aandoeningen het geval met betrekking tot (vormen van) gedragstherapie, cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische therapie). De psychiater beheerst ten minste die vormen, waarvan effectiviteit is aangetoond bij de aandoeningen, die de psychiater behandelt. Hij draagt er zorg voor dat zijn werkwijze controleerbaar en overdraagbaar is en dat het effect ervan door uitkomstmeting kan worden geverifieerd. De psychiater is in staat verschillende behandelvormen (zoals farmacotherapie en psychotherapie) bij eenzelfde patiënt achtereenvolgens of tegelijkertijd in onderlinge samenhang toe te passen. Aangezien van verschillende vormen van psychotherapie effectiviteit is aangetoond bij meer dan één psychiatrische aandoening en, omgekeerd, verschillende psychiatrische aandoeningen positief kunnen worden beïnvloed door meer dan één vorm van psychotherapie, houdt de psychiater bij de indicatiestelling van psychotherapie rekening met individuele kenmerken van de patiënt, zodat de beste match tussen methode en individu tot stand kan worden gebracht. Daarin verschilt het indicatiebeleid bij psychotherapie overigens niet van dat bij farmacotherapie.

Als verdere verbetering van de toestand van de patiënt niet te verwachten is en alle redelijkerwijs toepasbare behandelvormen zijn toegepast, zet de psychiater zich in om het lijden van de patiënt te verlichten of zo draagbaar mogelijk te maken. Daarvoor maakt hij gebruik van verschillende middelen, zoals vormen van farmacotherapie en psychotherapie, steun en begeleiding, en aanpassing van leefomstandigheden. Daarbij werkt de psychiater, waar nodig, samen met andere specialismen en beroepsgroepen.

Voor het geval waarin de psychiater zich door ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt geplaatst voelt in een conflict van plichten, zij hier verwezen naar de wetgeving en de jurisprudentie op dat gebied en naar de desbetreffende richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Richtlijn hulp bij zelfdoding, april 1998).

Op omgevingsniveau. Aangezien psychiatrisch ziek zijn per definitie een verstoring met zich meebrengt van de verhouding tussen het individu en zijn omgeving, dient de psychiater altijd aandacht aan die omgeving te besteden. De mate waarin dat moet gebeuren, hangt af van verschillende omstandigheden. Relevante omstandigheden zijn de volgende.

De omstandigheden van de patiënt spelen een rol bij het ontstaan of het voortbestaan van de psychiatrische aandoening. In dat geval zal de psychiater trachten die omstandigheden te beïnvloeden. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren door behalve aan de patiënt ook aan diens naasten uitleg en advies te geven met betrekking tot de aandoening die aan de orde is (psycho-educatie). Ook kan worden geprobeerd de omgeving van de patiënt of de verhouding van de patiënt met diens omgeving te beïnvloeden met systematische vormen van psychotherapie, zoals partner-relatietherapie of gezinstherapie. In

zulke vormen van therapie wordt rekening gehouden met wetmatigheden van groepsprocessen. Ook in groepstherapie wordt daarvan gericht gebruikgemaakt. Voorts kan de psychiater deskundigen op het gebied van de sociale hulpverlening verzoeken om invloed uit te oefenen op sociale omstandigheden, die bijdragen aan het ontstaan of onderhouden van de psychiatrische ziekte, dan wel problemen op te lossen die uit die ziekte zijn voortgekomen.

De mate waarin de psychiater zich richt op de omgeving van de patiënt, is afhankelijk van de mate van diens autonomie. Hoe meer de patiënt autonoom is, hoe meer van hem kan worden verwacht dat hij zelf de eventueel noodzakelijke acties in zijn omgeving onderneemt. Alle ziekte gaat gepaard met vermindering van autonomie. De aard en mate van die afname hangen samen met de aard en de ernst van de aandoening. Omdat psychiatrische ziekten interfereren met de intentionele (cognitieve en emotionele) relatie van de patiënt tot zijn omgeving, is de kans groot dat bij psychiatrische aandoeningen speciale aandacht aan die relatie moet worden gegeven. De ernst van de aandoening kan tot een zodanige afname van autonomie leiden, dat psychiatrische opname noodzakelijk is, soms zelfs op basis van dwang en soms in combinatie met separatie of andere dwangmaatregelen. Hiervoor zij verwezen naar de desbetreffende wet- en regelgeving.

In sommige gevallen is er tevens sprake van beperking van autonomie, die niet voortvloeit uit de psychiatrische ziekte als zodanig.

Dat is aan de orde bij bijvoorbeeld kinderen en jeugdigen beneden de zestien jaar. De arts-patiëntrelatie is dan uitgebreid tot een driehoek door de betrokkenheid van ouders of verzorgers. Psychiaters met een aantekening als kinder- en jeugdpsychiater beschikken over toegevoegde vaardigheid om die driehoeksrelatie te hanteren. Het feit dat kinderen en jeugdigen in ontwikkeling zijn, brengt bovendien met zich mee dat hun omgeving een relatief grote invloed heeft op het ontstaan en voortbestaan van psychiatrische ziekte. De kinder- en jeugdpsychiater is in staat een zodanige invloed op die omgeving uit te oefenen, dat daardoor het herstel van de psychiatrische aandoening van de patiënt wordt bevorderd of de negatieve consequenties ervan worden verminderd.

Verminderde autonomie is ook structureel aan de orde bij psychiatrische patiënten in detentie. Dat heeft zowel betrekking op gedetineerden die een psychiatrische ziekte hebben of krijgen, als op gedetineerden die in opdracht van de rechter moeten worden behandeld (ter beschikkingstelling, tbs). Psychiaters die werkzaam zijn in de context van de forensische psychiatrie kunnen in dat veld diagnostiek, behandeling en risicomanagement gestalte geven met kennis van betreffende wet- en regelgeving.

Ook bij ouderen kan door omstandigheden die niet rechtevree uit de ziekte voortvloeien, afname van autonomie aan de orde zijn. Psychiaters die ouderen behandelen zijn op hoogte van de voorzieningen die nodig zijn om dit autonomietekort op te vangen en stemmen de behandeling op grond daarvan af met de relevante instanties en/of hulpverleners.

Psychiatrische behandeling brengt behalve verlichting van klachten en symptomen in principe ook revalidatie van psychische functies met zich mee. Op basis daarvan is resocialisatie, dat wil zeggen herstel van functioneren van de patiënt in zijn omgeving een intrinsiek aspect van elke psychiatrische behandeling. Afhankelijk van de mate van autonomie van de patiënt ligt het zwaartepunt daarbij ofwel bij het handelen van de patiënt zelf ofwel bij beïnvloeding van diens omgeving. De psychiater is bekend met rehabilitatie en 'herstel'(recovery) als eigentijdse methodieken en visies over hoe patiënten (soms) met hun handicaps kunnen leren leven. De psychiater heeft bij langdurige ziekte oog voor existentiële vragen en is sensitief voor aspiraties en toekomstwensen van de patiënt. Hij werkt met patiënten en andere professies samen om de patiënt de beste kansen te bieden om zijn of haar eigen herstel te bevorderen.

Soms doen zich situaties voor waarin het disfunctioneren van de patiënt en de omstandigheden in zijn omgeving zodanig verweven zijn, dat interventie van de psychiater noodzakelijk is in de directe leefomgeving van de patiënt zelf. Zo'n situatie is de acute crisis, waarbij de omgeving van de patiënt enerzijds en diens disfunctioneren anderzijds elkaar zodanig negatief beïnvloeden, dat sprake is van acute escalatie. De psychiater is in staat ter plaatse technieken voor crisisinterventie toe te passen, die zowel betrekking hebben op de patiënt als op diens omgeving. Een negatieve interactie tussen patiënt en omgeving kan zich ook voordoen bij patiënten, die door hun psychiatrische ziekte niet in staat zijn zichzelf te handhaven, of die behandeling of hulp afwijzen en mede daardoor in omstandigheden terechtkomen, die hun aandoening verergeren. Ook in zulke situaties kan het noodzakelijk zijn dat de psychiater maatregelen neemt op de plaats waar de patiënt zich bevindt, die zowel de patiënt als zijn omgeving betreffen. In zowel de acute crisissituatie als in de chronische omstandigheid van zorgvermijding, kan het noodzakelijk zijn dat zulk ingrijpen gepaard gaat met maatregelen in het kader van de Wet Bopz.

Waar mogelijk zet de psychiater zijn bekwaamheid in ten behoeve van preventie op het bredere terrein van de algemene en geestelijke gezondheidszorg door voorlichting te geven aan patiënten, de

omgeving van patiënten, beleidsmakers, omschreven bevolkingsgroepen of de gehele bevolking. De psychiater draagt er zorg voor dat zulke adviezen worden ondersteund door wetenschappelijke kennis. Een dergelijke bijdrage kan bijvoorbeeld bestaan uit (medewerking aan) het opstellen en invoeren van (eventueel multidisciplinaire) preventieprogramma's.

Psychiatrische rapportage

De psychiater kan een rapport uitbrengen over een patiënt in het kader van strafrechtelijke, civielrechtelijke of bestuursrechtelijke procedures. Het doel van een dergelijke rapportage is het inlichten van de aanvragende instantie omtrent het al of niet bestaan van een psychiatrische stoornis bij de onderzochte en omtrent consequenties daarvan, die relevant zijn in de context van de procedure. Behandeling is daarbij niet het primaire doel van het contact tussen de psychiater en de onderzochte. Niettemin is de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst onverkort van toepassing. Psychiatrische rapporten dienen te voldoen aan eisen, die zijn neergelegd in jurisprudentie van het Centraal Tucht College en in de desbetreffende richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Richtlijn psychiatrische rapportage, december 2001).

Bekwaamheid

Als medisch specialist is de psychiater slechts op een deelgebied van de geneeskunde bekwaam. Het terrein waarop de psychiater bekwaam is, is in dit profiel beschreven in de paragrafen die betrekking hebben op het vaststellen van psychiatrische ziekte en op de behandeling daarvan. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie leidt uit die omschrijving eindtermen (Eindtermen psychiatrie, 2002) voor de opleiding tot psychiater af, die weer worden vertaald in opleidingseisen. Die opleidingseisen behoeven, na toetsing door het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten, wettelijke vaststelling. Voor het concrete niveau van kennis en vaardigheid dat van de psychiater mag worden verlangd, zij hier verder verwezen naar de desbetreffende eindtermen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Hoewel het hier beschreven werkteerrein van de psychiater per definitie slechts een sector is van het gehele terrein van de geneeskunde, is het toch betrekkelijk breed. Die breedte vloeit niet zozeer voort uit het feit dat de psychiater zich richt op de manifestatie van ziekte op zowel het niveau van het individu als op dat van diens lichaam en diens leefomgeving; dat geldt immers voor elke arts in behandelende functies. De breedte hangt samen met het grote aantal stoornissen dat met psychisch disfunctioneren gepaard kan gaan, met het feit dat psychiaters deze stoornissen behandelen in alle leeftijdscategorieën, met de diversiteit van behandelvormen en met het feit dat psychiatrische patiënten door de aard van hun aandoening in zeer verschillende settings moeten worden behandeld. Zolang de psychiatrie geen formeel erkende subspecialismen kent, betekent dit dat de psychiater verantwoordelijk is voor de afgrenzing van zijn feitelijke bekwaamheid. Psychiaters kunnen zich immers in de praktijk concentreren op de diagnostiek en behandeling van bepaalde ziekten, op bepaalde leeftijdscategorieën van patiënten, op bepaalde vormen van behandeling of op bepaalde settings waarin die behandeling moet worden uitgevoerd. Voor zover zij daardoor ervaring verliezen op andere terreinen, kan dit consequenties hebben voor hun aansprakelijkheid op die andere terreinen. Zolang de psychiatrie geen erkende deelspecialisaties kent, dient de psychiater bij herregistratie blijk te geven van voldoende bij- en nascholing op het gehele gebied van de psychiatrie. Indien binnen het specialisme psychiatrie alsnog deelspecialisaties ontstaan, zal daarvoor een vervolgprofiel moeten worden opgesteld met daaruit voortvloeiende eindtermen en opleidingseisen.

Binnen de psychiatrie bestaat een aantekening op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Voor die aantekening is aanvullende opleiding noodzakelijk. Dit betekent dat psychiaters met zo'n aantekening een extra bekwaamheid hebben op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze heeft betrekking op onder meer psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen, stoornissen die op de kindertijd en adolescentie beginnen, de invloed van de mentale ontwikkeling op de psychische gezondheid, en de betekenis van ouders en opvoeders voor die ontwikkeling. Kinder- en jeugdpsychiaters die ook volwassen patiënten behandelen, dragen zorg voor na- en bijscholing op het gebied van de gehele psychiatrie.

Hoewel de psychiater zich kan concentreren op een bepaald aspect van het specialisme, zijn er gebieden van kennis en vaardigheid die in alle omstandigheden op een paraat niveau moeten worden onderhouden. Dat heeft betrekking op het hanteren van de relatie met patiënten met alle psychiatrische aandoeningen, op het herkennen van psychiatrische ziektepatronen en mogelijke oorzaken daarvan, en op het kunnen vaststellen van behandelindicaties op het gebied van elektroconvulsie therapie (en eventuele andere geregistreerde vormen van fysische behandeling), farmacotherapie, psychotherapie en revalidatie/resocialisatie.

Opleiden

De psychiater geeft, waar mogelijk, invulling aan zijn verantwoordelijkheid voor kennisoverdracht aan volgende generaties door actief bij te dragen aan onderwijs aan medische studenten, arts-assistenten in opleiding tot psychiater, huisartsen in opleiding enzovoort. Waar mogelijk draagt de psychiater bij aan de nascholing op psychiatrisch gebied van mensen met medische, verpleegkundige en paramedische beroepen.

3.4 De psychiater: kennis en wetenschap (competentiegebied 4)

Het werk van iedere arts stoelt op de geneeskunde als wetenschap. Dit betekent in de eerste plaats dat het diagnostische en curatieve handelen van de arts gebaseerd moet zijn op toetsbare aannames. Zulke aannames worden in beginsel geleverd door basiswetenschappen: geneeskunde is in die context toegepaste wetenschap. De biologie (in ruime zin) kan worden beschouwd als de primaire basiswetenschap. Daarnaast wortelt de geneeskunde in tal van wetenschappen, zoals fysiologie, genetica, farmacologie, maar ook psychologie, sociologie of filosofie. Waar het om gaat, is dat het diagnostisch en therapeutisch handelen kan worden onderbouwd met toetsbare bevindingen uit relevante wetenschapsgebieden. De stand van de wetenschap bepaalt dan ook in hoge mate het domein van zowel arts als specialist. Voor de psychiater geldt dit onverkort.

Een tweede aspect van wetenschappelijkheid heeft betrekking op de status van de diagnostiek en de behandeling zelf. Als zelfstandige wetenschap bepaalt de geneeskunde de validiteit van diagnoses en de effectiviteit van behandeling. Voor de individuele arts betekent dit, dat van al het diagnostisch en therapeutisch handelen moet kunnen worden aangegeven op welk niveau van wetenschappelijke kennis dit is gebaseerd. In dat kader spreekt men van *evidence based medicine* (EBM) (D.L. Sackett e.a., *Evidence Based Medicine*, 2000). EBM definieert niveaus van wetenschappelijke kennis. De meeste zekerheid kan worden ontleend aan kennis die berust op herhaalde experimenten die zelf weer voldoen aan kwaliteitsnormen van betrouwbaarheid en validiteit. Een zwakkere maar niet onbelangrijke basis voor kennis is bijvoorbeeld ervaring van experts. EBM vereist dat de arts zijn professionele handelen laat leiden door het hoogste niveau van bewijs uit onderzoek dat voorhanden is gecombineerd met systematische ervaringskennis rekening houdend met de wensen van de patiënt. Het spreekt vanzelf dat bij tal van complexe medische problemen de hoogste mogelijke sport van die ladder niet gehaald kan worden. De verantwoordingsplicht van de arts brengt met zich mee, dat hij kan aangeven op welk hoogst bereikbare niveau hij zich heeft georiënteerd. Bij een keuze tussen twee vormen van diagnostiek of behandeling zal hij in principe die vorm kiezen, die door het hoogste niveau van bewijsvoering wordt ondersteund mits dit toepasbaar is op de individuele patiënt.

Empirische of experimentele kennis heeft in het algemeen betrekking op onderzoek bij groepen van patiënten. Zulke kennis gecombineerd met praktijkkennis kan worden samengevat in richtlijnen. In de praktijk van het werk van de arts doen zich in individuele casuïstiek tal van situaties voor, die zich niet geheel laten vangen in protocollen of richtlijnen. Dit betekent dat de arts ook in staat moet zijn om evidence-based kennis zelf te verwerven en te vertalen naar de individuele situatie en daarbij de vele factoren af te wegen, die in zo'n individuele situatie aan de orde kunnen zijn. De vertaalslag van preklinische kennis of kennis op groepsniveau naar individuele omstandigheden wordt wel aangeduid met 'geneeskunst'. Het vermogen om de vaardigheid die in dat begrip wordt vervat, toetsbaar in de praktijk te brengen vergt intensieve en langdurige praktijkervaring, die door supervisie en interventie kan worden getoetst. Binnen de praktijk van de geneeskunde vallen EBM en geneeskunst samen.

Iedere psychiatrische behandeling dient wetenschappelijk te kunnen worden verantwoord. Dit impliceert dus dat van zo'n behandeling moet worden aangegeven op welk kennisniveau van evidence based medicine ze is gefundeerd. Voor zover daartoe door de beroepsvereniging opgestelde of aanvaarde richtlijnen ter beschikking zijn, neemt de psychiater zulke richtlijnen in beginsel als uitgangspunt. Daarbij weegt de psychiater wel expliciet de bijzonderheden van de individuele patiënt, zoals die voortvloeien uit diens leeftijd en ontwikkeling, persoonlijkheid, levens- en ziektegeschiedenis, toekomstperspectief en levensomstandigheden. Op basis daarvan past de psychiater beschikbare richtlijnen in een individueel geval eventueel op een zodanige wijze aan, dat die aanpassing doorzichtig en te verantwoorden is. Redenen om in het individuele geval van die richtlijnen af te wijken worden gedocumenteerd.

Dit betekent dat de psychiater bij het instellen van een behandeling voor de vastgestelde psychiatrische ziekte gebruik maakt van klinisch-epidemiologische kennis en van kennis op het gebied van de psychopathologie/nosologie. Bij de behandeling maakt de psychiater gebruik van technieken, die goed omschreven zijn, waarvan de balans van voor- en nadelen te beoordelen is, waarvan het effect of de effectiviteit in wetenschappelijk onderzoek zijn getoetst en die in de beroepsgroep als aanvaardbaar worden beschouwd. Over de geïndiceerde behandeling geeft de psychiater voorlichting aan de patiënt en eventueel diens naasten, waarbij behalve het te verwachten effect ook eventuele nadelen

of bijwerkingen worden besproken. Wanneer voor een bepaalde psychiatrische ziekte meer dan één behandeling mogelijk is, laat de psychiater zich niet alleen leiden door eigen deskundigheid en ervaring, maar uitdrukkelijk ook door de wens van de patiënt met wie de verschillende mogelijkheden worden besproken. Eventueel verwijst de psychiater naar een collega, die in de betreffende techniek meer bedreven is.

Zoals voor de gehele geneeskunde geldt, wordt ook in de psychiatrie gebruikgemaakt van technieken die dikwijls buiten het eigen vak worden ontwikkeld. Dat geldt voor technische voorzieningen, voor geneesmiddelen, maar ook voor bijvoorbeeld psychotherapeutische technieken. Specifiek voor een specialisme is dat zulke technieken worden toegepast bij patiënten met dat type van aandoeningen, waarop het specialisme zich richt. De deskundigheid van de specialist brengt met zich mee, dat daartoe de juiste indicatie kan worden gesteld op basis van klinisch-epidemiologische gegevens en van analyse van pathogenetische factoren in een individuele casus. Die deskundigheid heeft ook betrekking op de afweging van voor- en nadelen van de geïndiceerde behandeling, eveneens op basis van algemene klinisch-epidemiologische kennis en afwegingen in een individuele casus. Omdat psychiatrische ziekten kunnen interfereren met het oordeelsvermogen van de patiënt of met diens vermogen tot communicatie, vergt het in overeenstemming brengen van een geïndiceerde behandeling met de specifieke wens van de patiënt in de psychiatrie een bijzondere deskundigheid.

Sommige therapeutische technieken kan de psychiater onafhankelijk van samenwerking met anderen toepassen. Voor andere technieken geldt echter dat ze te complex zijn of op een deelgebied een zodanige kennis of vaardigheid vergen, dat de specialist daarover zelf niet volledig kan beschikken. In zo'n situatie is samenwerking met anderen noodzakelijk. Een dergelijke samenwerking kan volgens een vast patroon verlopen en dan worden vastgelegd in een multidisciplinaire richtlijn of protocol, maar kan ook in individuele gevallen ad hoc worden afgesproken. Ook kan zich een situatie voordoen waarin een bepaalde therapeutische techniek tevens behoort tot het therapeutische arsenaal van een andere beroepsgroep. In het belang van de patiënt maakt de psychiater duidelijke afspraken over eventuele afstemming. Voor sommige therapeutische technieken bestaan officiële registraties. Dat geldt bijvoorbeeld voor medicijnen maar ook voor elektrische apparatuur. De psychiater beperkt zich in principe tot geregistreerde methoden en indicaties. Bij toepassing van een geregistreerd middel buiten het daarvoor geregistreerde indicatiegebied (*off label*) wordt dat met de patiënt besproken en in de verslaglegging verantwoord. Bij het toepassen van een niet-geregistreerd geneesmiddel, geeft de psychiater een bewustheidsverklaring af. Toepassing van methoden die niet zijn geregistreerd en waarvoor evenmin voldoende bewijs is van effectiviteit bij een bepaalde indicatie, vindt in beginsel alleen plaats in het kader van wetenschappelijk onderzoek, waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven op basis van informatie en waarvoor toestemming is verkregen van een medisch etische commissie.

Waar mogelijk draagt de psychiater bij aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de psychiatrie door wetenschappelijk onderzoek te bevorderen, bijvoorbeeld door dat zelf te initiëren of door medewerking aan onderzoek te verlenen.

3.5 De psychiater: organisatie (competentiegebied 6)

De psychiater heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zijn praktijkorganisatie. In beginsel is het daarbij niet relevant of de werkzaamheden worden verricht in vrije vestiging of in dienstverband. De psychiater zet zich in alle omstandigheden in om te bevorderen, dat voldoende middelen kunnen worden ingezet om evenwichtig tegemoet te komen aan de eisen die in het kader van patiëntenzorg, scholing en externe activiteiten aan hem en zijn medewerkers worden gesteld. De psychiater draagt er zorg voor dat alle verslaglegging tijdig en adequaat plaatsvindt. De psychiater kan, eventueel desgevraagd, een constructieve bijdrage leveren aan het werk van besturen of commissies, die direct of indirect relevant zijn voor zijn beroepsuitoefening. De psychiater zorgt er door eigen inzet en door het aansturen van medewerkers voor, dat er sprake is van een therapeutisch behandelklimaat, dat respect en veiligheid in brede zin bevordert.

Bij zijn handelen op het gebied van de diagnostiek en van de indicatie en uitvoering van behandelingen, laat de psychiater zich leiden door de normen die daarvoor door de beroepsgroep zijn geformuleerd. Die normen zijn vervat in de eindtermen van de opleiding voor het specialisme psychiatrie en de daarvan afgeleide, wettelijk erkende opleidingseisen, in door de beroepsvereniging erkende richtlijnen, en in de stand van wetenschap. De psychiater draagt er zorg voor dat hij door bij- en nascholing op de hoogte blijft van de actuele stand daarvan. Hij is bereid zijn handelen aan die normen te toetsen door deelname aan 'medical audit' besprekingen met beroepsgenoten. Hij draagt er zorg voor dat dit uitgangspunt in zijn praktijkvoering ook feitelijk tot uitdrukking komt. De psychiater bevordert dat ook eventuele medewerkers kunnen werken volgens de standaarden van hun professie.

Voor zover hij daarbij mede afhankelijk is van bijdragen van andere personen of instanties heeft de

psychiater een inspanningsverplichting om in samenwerking tot een zo goed mogelijke praktijkorganisatie te komen. De psychiater is in staat een behandelteam zodanig te leiden dat de verschillende professionele bijdragen van medewerkers aan de behandeling doelmatig worden geïntegreerd. De psychiater is wat betreft het vaststellen van het behandelplan en het uitvoeren daarvan de centrale figuur, voor die patiënten, voor wie hij de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid draagt.

3.6 De psychiater: samenwerking (competentiegebied 3)

Wezenlijk voor het beroep van iedere arts is diens professionele relatie met zijn patiënt. Natuurlijk kunnen artsen functies in de samenleving als geheel of meer in het bijzonder in de gezondheidszorg vervullen, waarop dit niet van toepassing is. Dat doet evenwel niets af aan het feit, dat het beroep van arts fundamenteel wordt bepaald door het feit dat een arts professioneel iets doet voor en met een patiënt. De aard van het professionele contact met andere medewerkers in de gezondheidszorg wordt door dat uitgangspunt bepaald. Het primaat van de arts-patiëntrelatie heeft dus ook consequenties voor de relatie tussen de psychiater en vertegenwoordigers van andere beroepen in de gezondheidszorg. De psychiater kan de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden nooit overdragen aan bijvoorbeeld een instelling of een team. Bij alle vormen van incidentele of structurele samenwerking met vertegenwoordigers van medische of andere beroepen, blijft het belang van de patiënt altijd richtlijn. Bij de behandeling van eenzelfde patiënt werken psychiaters regelmatig samen met onder andere de volgende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

- Basisartsen. Indien de psychiater in het kader van de opleiding tot psychiater samenwerkt met een arts-assistent, is er sprake van een supervisie relatie. De arts-assistent heeft weliswaar een eigen verantwoordelijkheid voor zijn medisch handelen, maar de psychiater is verantwoordelijk voor de controle daarvan en voor zijn adviezen en instructies aan de arts-assistent. Een supervisie relatie houdt ook in, dat de psychiater zoveel mogelijk in een eigen contact met de patiënt controleert of de verkregen informatie juist is, en of de adviezen en instructies worden opgevolgd dan wel tot het beoogde resultaat leiden. Onder supervisie zijn zowel begrepen supervisie over het algemeen functioneren van de arts-assistent als werkbegeleiding ten aanzien van concrete medisch-psychiatrische handelingen. De psychiater maakt bij supervisie en werkbegeleiding gericht gebruik van zijn voorbeeldrol. Voor zover de persoonlijkheidsontwikkeling van de arts-assistent bij supervisie aan de orde is, respecteert de psychiater diens zelf gestelde grenzen. Wanneer de psychiater bij de behandeling van een patiënt samenwerkt met een basisarts die niet in opleiding is tot psychiater, geldt in principe hetzelfde. De psychiater hoeft zich dan als supervisor echter niet te laten leiden door de specifieke opleidingseisen het specialisme psychiatrie.
- Huisartsen. In zijn relatie met de huisarts als verwijzer of consultvrager heeft de psychiater een eigen verantwoordelijkheid voor zover het werkzaamheden op het gebied van zijn specialisme betreft. De psychiater dient daarbij wel binnen de context van de vraagstelling bij verwijzing of consultvraag te blijven. Indien omstandigheden het nodig maken daar buiten te treden, dient overleg met de verwijzend of consulterend huisarts plaats te vinden. In principe wordt de patiënt na behandeling door de psychiater terugverwezen naar de huisarts, tenzij bijzondere omstandigheden dat verhinderen. Ook in die situatie wordt daarover overlegd met de huisarts. Indien de patiënt naar de huisarts wordt terugverwezen, draagt de psychiater zo spoedig mogelijk zijn bevindingen aan de huisarts over in combinatie met advies over verder beleid. Als de huisarts de psychiater in consult heeft gevraagd blijft deze in principe verantwoordelijk voor de uitvoering van de adviezen tenzij de behandeling door de psychiater wordt overgenomen via een verwijzing. Voor zover de psychiater met de huisarts samenwerkt en de huisarts daarbij tegelijkertijd een apart aspect van diagnostiek en behandeling voor zijn rekening neemt (meestal ter vaststelling of behandeling van lichamelijke ziekten), is er sprake van een taakverdeling in intercollegiaal verband. De psychiater houdt daarbij de volledige verantwoordelijkheid voor het specialistische gedeelte van diagnostiek en behandeling, en voor de afstemming daarvan met de bevindingen en adviezen van de huisarts.
- Andere medische specialisten. In intercollegiaal verband is er hierbij sprake van consultatie of van medebehandeling. Bij consultatie kan de psychiater als consultvrager optreden of als consultverlener. In beide situaties dient er sprake te zijn van (controle op) een duidelijke vraagstelling en een duidelijk advies. Bij medebehandeling dient te worden afgesproken hoe de activiteiten op het gebied van de betrokken specialismen op elkaar worden afgestemd.
- Verpleegkundigen. De psychiater geeft de medisch-specialistische context aan van het behandelplan, waarbinnen de verpleegkundige werkzaamheden verricht op basis van eigen professionele standaarden. De psychiater houdt bij zijn beleid rekening met de bevindingen van de verpleegkundige en met de resultaten van diens activiteiten. Voor zover de bevoegdheid of bekwaamheid

van de verpleegkundige dat toelaat, kan de psychiater bepaalde diagnostische en/of behandelactiviteiten aan de verpleegkundige overdragen. De psychiater blijft daarbij verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering daarvan.

- Niet-medische beroepsbeoefenaren met een erkenning krachtens de wet BIG. De hier bedoelde beroepsbeoefenaren, zoals gezondheidszorgpsychologen of klinische psychologen, hebben een zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot diagnostiek en behandeling van onder meer psychiatrische patiënten. Voor zover de psychiater aan deze beroepsbeoefenaren diagnostisch onderzoek vraagt, is hij zelf verantwoordelijk voor de specificatie van die aanvraag, voor de interpretatie van de uitkomst binnen de context van de gehele diagnostiek en voor de inpassing van de resultaten ervan in het behandelplan. Voor zover de psychiater aspecten van de behandeling aan de psycholoog overdraagt, behoudt de psychiater zelf de medische verantwoordelijkheid, tenzij hij zelf de behandeling heeft afgesloten. Als een psychiater een patiënt onderzoekt of mede behandelt op verzoek van een behandelend psycholoog, geldt in het algemeen hetzelfde als hierboven is aangegeven bij de relatie tot andere medische specialisten. Voor zijn aandeel in de samenwerking met een behandelend psycholoog, behoudt de psychiater de volledige verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de arts-patiëntrelatie die hij daarbij aangaat.
- Paramedische of agogische beroepen. Hierbij gaat het om de samenwerking met bijvoorbeeld ergotherapeuten, creatief therapeuten, maatschappelijk werkers en vergelijkbare beroepsbeoefenaren. Ook hier geldt dat de psychiater de werkzaamheden van deze beroepsbeoefenaren in het kader van de psychiatrische behandeling indiceert en de effecten ervan in het kader van de totale behandeling bewaakt. De psychiater houdt rekening met de bevindingen van deze beroepsbeoefenaren.
- Multidisciplinaire samenwerking. Hieronder wordt gewoonlijk verstaan dat het samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen bij de behandeling van een patiënt wordt bepaald door bij protocol vastgestelde procedures. De toepassing van zulke protocollen kan in individuele gevallen overleg bekorten of vereenvoudigen. Toch blijft ook binnen zo'n multidisciplinaire verband geldig wat hierboven is aangegeven met betrekking tot de samenwerking met concrete beroepsbeoefenaren. Dit betekent dat de psychiater onverminderd verantwoordelijk blijft voor zijn eigen aandeel in de psychiatrische behandeling en voor de inpassing van de bijdrage van andere beroepsbeoefenaren in het totaal van die behandeling. Multidisciplinaire samenwerking laat dus onverlet de hoofdregel dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft gezien een onderzoek of behandeling kan indiceren.

4 De kern

Is nu uit al het voorafgaande kort en krachtig af te leiden wat de kern is van deze profielschets psychiater? Rekening houdend met onvermijdelijk verlies aan nuance en verwijzend naar voorafgaande onderbouwing, kan die kern het beste als volgt worden weergegeven.

Als medisch specialist behandelt de psychiater patiënten die lijden of disfunctioneren doordat hun cognitieve en emotionele betrokkenheid op henzelf of hun leefomgeving verstoord is geraakt. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater daartoe zowel de therapeutische relatie als technieken die deze verstoring opheffen of de gevolgen ervan verzachten.

Bijlage II

Specialismegebonden competenties psychiatrie

1 Medisch handelen

1.1 De psychiater bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied

Ten aanzien van psychopathologie, het psychisch functioneren in het algemeen en diagnostiek heeft de psychiater grondige kennis van de volgende punten.

- Alle aspecten van de psychopathologie, namelijk:
 - de omschrijvingen en de fenomenologische kenmerken van alle psychiatrische symptomen en pathologische persoonlijkheidskenmerken;
 - de criteria voor alle psychiatrische diagnoses volgens de meest recente internationale classificatiesystemen (DSM en ICD);
 - de differentiaaldiagnostische mogelijkheden.
- Pathogenetische mechanismen van psychiatrische symptomen, ziektebeelden, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.
- De gangbare theoretische modellen en hun empirische ondersteuning, daarin begrepen evolutionaire, genetische, neurobiologische, psychologische, sociale en culturele factoren, die oorzakelijk, bijdragend en onderhoudend zijn aan psychiatrische problematiek.
- Somatische oorzaken van psychiatrische symptomen in het kader van differentiaaldiagnostiek en de invloed van somatische comorbiditeit op psychiatrische aandoeningen en vice versa.
- Onderdelen van de neurobiologie die relevant zijn voor het begrip van pathogenetische mechanismen van psychiatrische ziektebeelden.
- De genetica van psychiatrische en voor de psychiatrie relevante stoornissen, waaronder relatieve risico's voor bloedverwanten van patiënten met een bekende stoornis.
- De invloed van veroudering op risico's en uitingsvormen van psychopathologie, evenals de consequenties voor de behandeling.
- Stressfysiologie en -psychologie in relatie tot psychiatrische ziektebeelden.
- Somatische klachtenpresentaties zonder organisch substraat.
- Persoonlijke-, cognitieve en neuropsychologie, daarin begrepen de mogelijkheden, betrouwbaarheid en validiteit van testpsychologisch onderzoek.
- Ontwikkelingspsychopathologie, waaronder:
 - continuïteiten en discontinuïteiten van psychiatrische stoornissen bij kinderen, adolescenten en volwassenen;
 - levensfaseproblematiek;
 - de invloed van traumatiserende of belastende ervaringen.
- Alle gangbare psychiatrisch-diagnostische methoden en instrumenten, waaronder:
 - gestructureerde psychiatrische interviewtechnieken;
 - psychotherapeutische interviewtechnieken;
 - beoordelingsinstrumenten;
 - vragenlijsten.
- De epidemiologie van psychiatrische stoornissen.
- Verslavingsgedrag.
- Seksuologie.
- Arbeidsgerelateerde psychische klachten en problemen.
- De invloed van sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit, cultuur en religie op alle hierboven genoemde aspecten van de psychopathologie.

Ten aanzien van behandeling heeft de psychiater grondige kennis van de volgende punten.

- De werkingsmechanismen, effectiviteit en doelmatigheid, indicaties en contra-indicaties, en bijwerkingen van:
 - de gangbare psychofarmaca;
 - elektroconvulsietherapie;
 - lichttherapie;
 - de basisprincipes van psychotherapie;
 - de gemeenschappelijke therapiefactoren;
 - kenmerken en theoretische basis van de belangrijkste referentiekaders (cognitief gedrags-therapeutisch, experiëntieel, psychodynamisch, systeemtheoretisch, groepsdynamisch);
 - de gangbare psychotherapeutische interventies.
- De kenmerken, theoretische basis, effectiviteit en doelmatigheid, indicaties en contra-indicaties van de gangbare psychosociale interventies, waaronder:
 - crisisinterventie;
 - revalidatie en rehabilitatie, preventie;
 - klinische, dagklinische, poliklinische en ambulante zorgarrangementen, waaronder milieu-therapie, met aandacht voor de specifieke behoeften van jeugdigen en ouderen.
- De invloed van sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit, cultuur en religie op alle hierboven genoemde aspecten van de behandeling.

Bovengenoemde zaken zijn nader uitgewerkt per ziektebeeld in de ziektegebonden competenties, welke de minimale kennis en vaardigheden omschrijven die de psychiater dient te bezitten aan het eind van de opleiding.

1.2 De psychiater past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence-based toe

Competenties ten aanzien van diagnostiek en indicatiestelling

- Anamnese (inclusief sociale anamnese).
- Heteroanamnese.
- Biografie.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Differentiaaldiagnose.
- Indicatiestelling aanvullende diagnostiek (laboratorium, biologisch, psychologisch, psychiatrisch) en interpretatie van de bevindingen (voor psychologische en psychiatrische diagnostiek: interpretatie van de bevindingen vanuit de gangbare theoretische modellen: cognitief, leertheoretisch, experiëntieel, psychodynamisch, systeemtheoretisch en groepsdynamisch).
- Samenbrengen, integreren en interpreteren van bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen in de context van levensfase, levensloop en levensomstandigheden.
- Psychiatrisch-diagnostische classificatie, differentiële diagnostiek en diagnostische formulering bij alle leeftijdscategorieën.
- Indicatiestelling voor behandeling:
 - adequaat hanteren richtlijnen en EBM-systematiek;
 - farmacotherapie en andere biologische behandelingen;
 - somatische behandeling bij psychiatrische patiënten;
 - psychotherapie: individuele, relatie-, gezins- en groepsbehandeling;
 - begeleiding;
 - revalidatie en rehabilitatie;
 - overige, inclusief ECT en lichttherapie.

Competenties ten aanzien van behandeling

- Instellen en ingesteld houden op psychofarmacologische behandeling, daarin begrepen bestrijding van bijwerkingen en het bevorderen en beoordelen van therapietrouw.
- Het toepassen van detoxificatie.
- Hanteren van interventies met een steunend, clarificerend en explorerend karakter.
- Uitvoering van individuele, groeps- en gezinsinterventies en integratie van die interventies in multimodale behandelingsstrategieën.
- Het toepassen van gemeenschappelijke psychotherapiefactoren.
- De algemene vaardigheden behorend bij:
 - experiëntiële interventies;
 - psychodynamische interventies;

- cognitieve gedragstherapeutische, psychotherapeutische interventies;
- groepsdynamische interventies;
- systemische interventies.
- Het toepassen van ziektebeeldgeoriënteerde individuele psychotherapeutische behandeling vanuit een (cognitieve) gedragstherapeutisch kader.
- Het toepassen van elementaire inzichtgevende therapie-ingrediënten vanuit een psychodynamisch of cliëntgericht kader.
- Adequate omgang met richtlijnen en protocollen, inclusief het beredeneerd afwijken daarvan, de context in aanmerking nemende.
- Het verzorgen van psycho-educatie aan patiënten en familieleden.
- Uitvoering van sociaalpsychiatrische interventies.
- Het faseren, combineren en integreren van alle gangbare psychofarmacologische, psychologische en psychosociale interventies.
- Kunnen omgaan met de maatschappelijke context van het medisch handelen.
- Adequate omgang met de invloed van sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit cultuur en religie op alle hierboven genoemde aspecten van de psycho-educatie en behandeling.

1.3 De psychiater levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg

Dit komt tot uitdrukking in competentie ten aanzien van het hanteren van bepaalde rollen (zie ook de competenties genoemd bij professionaliteit).

- Hanteren *informed consent*.
- Omgang met crisissituaties.
- Inschatten en verminderen van risico.
- Hanteren van dwangmaatregelen.
- Hanteren van de rol van onafhankelijk beoordelaar (second opinion, rapportage, Bopz-maatregelen).
- Het dragen van (eind)verantwoordelijkheid in een team.

1.4 De psychiater vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe

2 Communicatie

2.1 De psychiater bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op

Dit komt tot uitdrukking in competentie ten aanzien van het vestigen en in stand houden van een werkrelatie, blijkend uit de volgende vermogens.

- Het creëren en in stand houden van de factoren die een goede werkrelatie bevorderen, zoals vertrouwen, eerlijkheid, openheid, veiligheid en vermogen tot introspectie (bij de psychiater).
- Het waarnemen en beheersen van interacties in individuele, partner-relatie-, gezins- en groeps-gesprekken.
- Het bereiken van overeenstemming over een behandelplan, ook in contexten waarin er sprake is van:
 - culturele en religieuze diversiteit;
 - intellectuele beperkingen;
 - sociale achterstand;
 - onmacht;
 - druk van derden.

Dit komt daarnaast tot uitdrukking in competenties ten aanzien van het leren hanteren van de eigen rol, zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Leren herkennen, hanteren en gebruik maken van (de impact van) eigen gevoelens en gedrag in de behandelrelatie, in het bijzonder met betrekking tot:
 - afstand en nabijheid;
 - overdracht en tegenoverdracht;
 - het verschil tussen inhouds- en betrekkingniveau;
 - op de ziekte of stoornis berustende typische wijzen van interacteren met de arts.
- Vermogen tot zelfreflectie.
- Adequaats omgaan met klachten, fouten en ongelukken.

Dit komt ten slotte tot uitdrukking in competenties ten aanzien van omgang met partner en familie, zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Informatie verwerven.
- Informatie kunnen delen (voorlichting) aangepast aan het intellectuele niveau en het sociale

milieu van patiënt, familie en andere betrokkenen.

- Kunnen adviseren ten aanzien van behandelingsalternatieven en preventie.
- Kunnen motiveren.
- Kunnen omgaan met culturele en religieuze diversiteit.

2.2 De psychiater luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie

Zoals blijkt uit het vermogen om:

- ook tussen de regels door te luisteren;
- verbale en non-verbale communicatie adequaat te interpreteren;
- effectief te communiceren met verbale, non-verbale en geschreven middelen;
- te steunen en te motiveren;
- adequaat om te gaan met verschillen in sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit cultuur en religie van patiënten.

2.3 De psychiater bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie

Meer in het bijzonder gaat het daarbij om de volgende competenties.

- Het verwerven van relevante informatie.
- Het geven van voorlichting, aangepast aan het intellectuele niveau en het sociale milieu van patiënt, familie en andere betrokkenen.
- Het kunnen adviseren ten aanzien van behandelingsalternatieven en preventie.
- Kunnen motiveren.
- Het kunnen omgaan met culturele en religieuze diversiteit.

2.4 De psychiater doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus

Zoals blijkt uit:

- bijhouden van het medisch dossier;
- adequate archivering;
- het adequaat overdragen van kennis omtrent de patiënt bij waarneming;
- adequate en tijdige berichtgeving aan collegae en derden.

3 Samenwerking

3.1 De psychiater draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg

De psychiater functioneert adequaat in een multidisciplinair team, zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Functioneel leidinggeven aan een multidisciplinair behandelteam.
- Luisteren en helder communiceren.
- Vormgeven aan consistent beleid.
- Motiveren en richting geven.
- Het waarnemen en hanteren van groepsinteracties binnen het behandelteam, onder meer het adequaat hanteren van conflicten.
- Het handhaven van een balans tussen toegeven en ruggengraat tonen.
- Het hanteren van verschillen in sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit cultuur en religie tussen leden van het team.

De psychiater werkt adequaat samen met andere maatschappelijke actoren, zoals de politie, het buurtwerk, de gemeente, het Leger des Heils, woningbouwcorporaties, tolken, religieuze leiders van diverse godsdiensten en dergelijke.

4 Kennis en wetenschap

4.1 De psychiater beschouwt medische informatie kritisch en is in staat wetenschappelijke literatuur kritisch te evalueren

4.2 De psychiater bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis

Dit blijkt onder meer uit het vermogen een vraag uit de praktijk te vertalen in een vraag waar op basis van wetenschappelijk onderzoek iets over te zeggen valt.

4.3 De psychiater ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan

Daardoor blijven kennis en klinische vaardigheden op peil blijven en nemen waar mogelijk toe. Dit blijkt uit de volgende vaardigheden.

- Het herkennen van eigen beperkingen in kennis en vaardigheden.
- Het zorg dragen voor relevante bij- en nascholing zoals die vanuit de eigen beroepsgroep wordt aangedragen.
- Het vermogen adequaat gebruik te maken van beschikbare up-to-date informatie in medische bibliotheken, Medline, Cochrane en andere elektronische databases.
- Het vermogen (nieuwe) richtlijnen en protocollen in het eigen professionele handelen te integreren.
- Het vermogen om op basis van nieuw wetenschappelijk inzicht de eigen praktijkvoering te verbeteren.

4.4 De psychiater bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg

- De psychiater maakt bekend op welke specifieke expertise zijnerzijds collegae of anderen een beroep kunnen doen.

5 Maatschappelijk handelen**5.1 De psychiater kent en herkent de determinanten van ziekte****5.2 De psychiater bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel**

Dit komt tot uitdrukking in competenties ten aanzien van het uitvoeren van maatregelen met een publiek aspect op de volgende terreinen.

- Preventie.
- Gezondheidsbevordering en -ondersteuning.
- Voorlichting.
- Het signaleren en reageren op beleid, omstandigheden en maatschappelijke discussies met negatieve gevolgen voor de gezondheid of de belangen van patiënten en/of hun families.
- Adequate omgang met de media.

5.3 De psychiater handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen (Bopz, WGBO en andere)

De psychiater bezit over de volgende competenties.

- In staat zijn tot geneeskundige beoordeling voor IBS of RM, alsmede onvrijwillige behandeling.
- Om kunnen gaan met de diverse juridische kaders die voor de psychiater van belang zijn.
- In staat zijn tot het uitbrengen van psychiatrische rapportages.

De psychiater heeft kennis van de volgende zaken.

- Juridische aspecten:
 - Bopz;
 - WGBO;
 - forensisch psychiatrische aspecten van het strafrecht;
 - patiëntenrechten;
 - medisch tuchtrecht.
- Medisch ethische opvattingen, in het bijzonder met betrekking tot de psychiatrie.
- De werkzaamheden van de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP).
- Uitgangspunten van zelfhulp, zelfhulporganisaties en patiëntenverenigingen.

5.4 De psychiater treedt adequaat op bij incidenten in de zorg

De psychiater is in staat het eigen handelen af te stemmen op andere vormen van maatschappelijke hulpverlening, zoals de politie, reclassering, het buurtwerk, de gemeente, het Leger des Heils, woningbouwcorporaties en dergelijke.

6 Organisatie

6.1 De psychiater organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling

6.2 De psychiater werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie

Effectiviteit en doelmatigheid betreffen ook de kwaliteit van het medisch handelen en de controle daarop; voor deze controle op kwaliteit gelden de volgende competenties.

- In staat zijn de activiteiten zo te structureren dat men leert van collegae (*medical audit*).
- In staat zijn een geschikt systeem van review van dossiers en resultaten van behandeling te ontwikkelen.
- Evaluaties van patiënten kunnen verkrijgen en interpreteren (*outcome*; *satisfactie*).

6.3 De psychiater besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord

De psychiater heeft daartoe kennis van de volgende zaken.

- De verzekeringsaspecten en overheidsbeleid inzake geestelijke gezondheidszorg.
- Competenties van beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt.

6.4 De psychiater gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg (elektronisch patiëntendossier) en voor bij- en nascholing

De psychiater is in staat de eigen praktijk adequaat te organiseren, zoals tot uitdrukking komt in de volgende competenties.

- In staat zijn de omvang en aard van de eigen praktijk te bepalen.
- Verantwoord beheer van tijd, middelen.
- Verantwoord beheer van kosten.
- Adequaat regelen van de waarneming.
- Adequaat voorschrijfgedrag en overleg met apotheken.
- Vormgeven aan de professionele identiteit, zowel persoonlijk als op het niveau van de instelling.

De psychiater neemt waar mogelijk en gewenst deel aan relevante overlegvormen en commissiewerk in de eigen beroepsgroep.

7 Professionaliteit

7.1 De psychiater levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte, respectvolle en betrokken wijze en beschikt over een groot verantwoordelijkheidsgevoel

7.2 De psychiater vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag

De psychiater heeft een scherp besef van en controle over de invloed van eigen belevingen, opvattingen en stijlkenmerken op de relatie met een patiënt en op de interpretatie van uitingen en observaties, ook binnen een behandelteam.

7.3 De psychiater kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen

7.4 De psychiater oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep

- Het zich houden aan ethische codes en juridische regels.
- Het vermogen om morele dilemma's te herkennen, aan de orde te stellen en waar mogelijk op te lossen.
- Het vermogen adequaat te reageren op onverantwoordelijk gedrag van collegae.

Bijlage III

Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen algemene psychiatrie

Kennis en vaardigheden, gekoppeld aan thema's

1 Cognitieve en andere stoornissen door een somatische aandoening

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten, somatische gezondheidszorg.

1.1 Delirium

Kennis

Algemeen

- De pathofysiologie van het delirium.
- Risicofactoren, zoals oudere leeftijd, hersenschade, zintuigdefecten, ondervoeding en midde-
lengebruik.
- Luxerende factoren, zoals infectie, koorts, dehydratie, elektrolytstoornis, polyfarmacie, anti-
cholinerg werkzame psychofarmaca, deficiënties, onttrekking van middelen, intoxicatie, ope-
ratie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor delirium door een somatische aandoening, intoxicatie, onthou-
ding of multiple oorzaken.
- Differentiële diagnostiek: dementie, depressieve stoornis, psychotische stoornis, dissociatieve
stoornis.
- Indicaties voor somatisch onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Psychologische interventies (realiteitsoriëntatie, bescherming).
- Juridische kaders: onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Preventieve maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Oorzakelijke factoren herkennen en indicatie stellen voor somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Structurerende, psychologische en beschermende interventies en adviezen.
- Psycho-educatie aan patiënt, naasten en somatische behandelaars.

1.2 Dementie

Kennis

Algemeen

- De pathogenese, inclusief genetische aspecten, van de diverse vormen van dementie, waaronder ziekte van Alzheimer, vasculaire, frontotemporale, lewy-body- en parkinsondementie.
- Risicofactoren: infecties, trauma, interne en neurologische afwijkingen, intoxicaties.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor dementie van het alzheimer- of vasculaire type, door somatische aandoeningen, middelen of multiple oorzaken.
- Differentiële diagnostiek: delirium, depressieve stoornis, amnestische en cognitieve stoornissen, normale veroudering.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornis, psychotische stoornis, angststoornis.
- Meetinstrumenten voor screening.
- Neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze ondersteuning van cognitieve functies en symptoombestrijding.
- Maatregelen en adviezen gericht op compensatie van cognitieve functiestoornissen en op bijkomende gedragsstoornissen, psychotische verschijnselen en stemmingsstoornissen.
- Zorgvormen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor screening.
- Indicatie stellen voor aanvullend diagnostisch onderzoek.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze en psychologische ondersteuning van cognitieve functies en behandeling van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.3 Amnestische stoornissen

Kennis

Algemeen

- Oorzaken: voedingsdeficiëntie, middelengebruik.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor amnestische stoornis door een middel.
- Differentiële diagnostiek: dementie, delirium, depressieve stoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, normale veroudering.

Therapie

- Interventie bij thiaminesubstitutie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van voedingsdeficiënties en behandeling van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.4 Overige psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening

Kennis

Algemeen

- Neurobiologische mechanismen.
- Organische oorzaken: ziekte van Parkinson, Huntington, Wilson, andere interne en neurologische afwijkingen, intoxicaties, antipsychotische medicatie (maligne neurolepticumsyndroom).

Diagnose

- De diagnostische criteria voor katatone stoornis.
- De diagnostische criteria voor het maligne neurolepticumsyndroom.
- Differentiële diagnostiek: delirium, andere psychotische stoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, conversiestoornis, nagebootste stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, stemmingsstoornis.
- Comorbiditeit: schizofrenie, depressieve stoornis.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Indicaties voor elektroconvulsietherapie.
- Behandeling van primaire oorzaak, comorbiditeit en complicaties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.5 Persoonlijkeitsverandering door een somatische aandoening

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening.
- Differentiële diagnostiek: demantie, delirium, intoxicaties, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, andere psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening.
- (Neuro)psychologisch onderzoek.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.

2 Psychotische stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten.

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Neurobiologische en psychologische ontwikkelingsmechanismen.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopbeïnvloedende factoren.
- Pathogenetische mechanismen van wanen en hallucinaties.
- Neurobiologische en neuropsychologische stoornissen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, demantie en intoxicatie door middelen.
- De dimensionale symptoomdomeinen.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressieve stoornis, angststoornis, middelengebruik, persoonlijkheidsstoornis) en somatisch (zoals diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoening).
- Suïcidaliteit en zelfverwaarlozing.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de anti-psychotische medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie.
- Indicaties voor psychosociale interventies.
- Juridische kaders, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antipsychotische en overige medicamenteuze behandeling in verschillende stadia van het ziekteproces.
- Herkennen en behandelen (dan wel indicatie stellen voor een somatisch specialist) van medicatiebijwerkingen van de verschillende antipsychotica, zoals parkinsonsyndroom, tardieve dyskinesie, acute dystonie, akathisie, maligne neurolepticumsyndroom, gewichtstoename, seksuele functiestoornis, diabetes mellitus.
- Uitvoeren van resocialisatie en structurerende begeleiding.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Indicatie stellen voor psychosociale behandelvormen, zoals thuiszorg en arbeidsrehabilitatie, en voor gespecialiseerde instellingen.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3 Stemmingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, consultatieve psychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk.

3.1 Depressieve stoornissen*Kennis**Algemeen*

- Epidemiologie.
- Genetische, leeftijds- en seksspecifieke kenmerken en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische, waaronder psychodynamische, mechanismen.
- Somatische oorzaken.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen van depressieve klachten.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de depressieve en dysthyme stoornissen en stemmingsstoornissen door een somatische aandoening of een middel.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, dementie, aanpassingsstoornis, rouwreactie, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (zoals angststoornis, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis) en somatisch (zoals schildklierfunctiestoornis).
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve, interpersoonlijke en psychodynamische therapie.
- Indicaties voor en bijwerkingen van elektroconvulsie therapie.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antidepressieve medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van antidepressiva.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit, waaronder non-suïcideafsprak.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor interpersoonlijke, psychodynamische en systeemtherapie en voor psychosociale behandelvormen.

- Indicatie stellen voor lichttherapie en elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3.2 Bipolaire stemmingsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Beloopsvormen, waaronder *rapid cycling*.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de bipolaire I- en II-stoornissen en cyclothyme stoornis.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, psychotische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, gedragsstoornis en aandachtstekortstoornis.
- Comorbiditeit: alcohol- en middelenmisbruik.
- Meetinstrumenten voor screening en gestructureerde ernstmeting.
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de stemmingsstabilisatoren.
- Indicaties voor cognitieve en interpersoonlijke therapie.
- Juridische kaders en maatregelen, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor screening en gestructureerde ernstmeting.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling met stemmingsstabilisatoren en andere middelen.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van stemmingsstabilisatoren en overige medicatie.
- Uitvoering van structurerende begeleiding, waaronder het opstellen van een crisisplan.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit, waaronder non-suïcideafsprak.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

4 Angst- en dwangstoornissen

Bij uitstek in de thema's: ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk.

4.1 Angststoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen.
- Stressfysiologie en -psychologie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor paniekstoornis met en zonder agorafobie, fobische stoornis, stressgerelateerde stoornis en gegeneraliseerde angststoornis.
- Differentiële diagnostiek: stemmingsstoornis, psychotische stoornis.

- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressie, middelenmisbruik) en somatisch (zoals cardiaal).
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van anxiolytische en antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie en gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie en gedragstherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

4.2 Obsessieve-compulsieve stoornis

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor obsessieve-compulsieve stoornis.
- Differentiele diagnostiek ten opzichte van andere angststoornissen, stemmingsstoornis, psychotische stoornis, stoornis van de lichaamsbeleving, hypochondrie, eetstoornis, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
- Comorbiditeit: andere angststoornis.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie, exposure en andere vormen van gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie en exposure.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5 Stoornissen met vooral somatische symptomen

Bij uitstek in de thema's: consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk, somatische gezondheidszorg.

5.1 Somatoforme stoornissen

Kennis

Algemeen

- Predisponerende, luserende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Zieken- en invalidenrol.
- Kenmerkende interactiepatronen tussen patiënt en arts/zorgcircuit.
- Psychologische mechanismen.
- Onderliggende somatische aandoening.
- Fysiologie en psychologie van vermoeidheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor conversiestoornis, somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en neurasthenie, pijnstoornis, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, dissociatieve stoornis, angststoornis, depressieve stoornis, seksuele stoornis, nagebootste stoornis, simulatie.

Therapie

- Indicaties voor steunende en suggestieve behandeling.
- Indicaties voor doorbreking van rolbevestiging in systeem en arts-patiëntinteracties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van symptoomgerichte suggestieve behandeling en doorbreking van rolbevestigende interacties.
- Tegengaan van overmatige medische consumptie en ziektewinst.
- Relaxatietherapie.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.2 Dissociatieve stoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor dissociatieve amnesie, dissociatieve fugue, dissociatieve identiteitsstoornis, depersonalisatiestoornis.
- Differentiële diagnostiek: posttraumatische stressstoornis, conversiestoornis, amnestische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.

5.3 Eetstoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor anorexia nervosa en bulimia nervosa.
- Differentiële diagnostiek: depressie, angststoornis, somatisatiestoornis, stoornis in de impulsbeheersing.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis.
- Somatische complicaties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.

5.4 Seksuele disfuncties

Kennis

Algemeen

- De variatiebreedte van de normale seksuele responscyclus en de pathofysiologie van seksuele functiestoornissen bij mannen en vrouwen.
- Culturele en religieuze invloeden.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornissen in het seksueel verlangen, seksuele opwindingsstoornissen, orgasmestoornissen, seksuele pijnstoornissen.
- Differentiële diagnostiek: seksuele functiestoornissen veroorzaakt door een somatische aandoening of een (genees)middel.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornis.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Behandeling van seksuele functiestoornissen ten gevolge van een geneesmiddel.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of een somatisch specialist.
- Psycho-educatie aan patiënt en partner.

5.5 Genderidentiteitsstoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de genderidentiteitsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: psychotische stoornis, parafilie, interseksaandoening (zoals congenitale bijnierschorshyperplasie), persoonlijkheidsstoornis.

Vaardigheden

- Signaleren.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar.

5.6 Slaapstoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van normale circadiane patronen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor primaire insomnia, primaire hypersomnia, narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek, nachtmerries, pavor nocturnus, slaapwandelen.
- Differentiële diagnostiek: depressieve stoornis, angststoornis, door middelen geïnduceerde slaapstoornis en somatische aandoening.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van hypnotische medicijnen.
- (Verslavings)risico's van hypnoticagebruik.
- Andere medicamenteuze behandelingen.
- Dagstructurering en slaaphygiëne.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor cognitieve of gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor aanvullende diagnostiek en gespecialiseerde instelling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.7 Nagebootste stoornissen

Kennis

Algemeen

- Luxerende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- De verschillende presentaties, inclusief seksedifferentiatie.
- Kenmerkende interactiepatronen tussen patiënt en arts/zorgcircuit.
- Iatrogene schade.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de nagebootste stoornis.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, somatoforme stoornis, simulatie.

Therapie

- Consultverlening.
- Interfererende artsgebonden factoren.
- Indicaties voor interventie- en confrontatiemethoden.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Consultatie aan somatisch behandelaar en bevordering van effectieve benadering.
- Indicatie stellen voor confrontatie.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.

6 Verslavingen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- De fysiologische effecten van psychoactieve stoffen: alcohol, amfetamine, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, opioïden, fencyclidine, sedativa, hypnotica en anxiolytica.
- Risicofactoren: genetisch, psychologisch (waaronder psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen), sociaal.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor afhankelijkheid, onthouding, intoxicatie en chronisch misbruik van alcohol, amfetamines, cafeïne, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, fencyclidine, hypnoticum, anxiolyticum.
- De psychische en somatische effecten die veroorzaakt worden door gebruik, intoxicatie en/of abstinentie van de diverse middelen.
- Somatische en psychiatrische comorbiditeit.
- Meetinstrumenten voor screening.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling van afhankelijkheid, intoxicatie en onthouding.
- Gespecialiseerde instellingen.
- Juridische kaders en maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor screening.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van intoxicatie en onthouding van psychoactieve middelen.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde instelling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

7 Drangstoornissen

Bij uitstek in de thema's: forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten.

7.1 Parafilieën

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme.
- Differentiële diagnostiek: normale seksuele fantasieën, gedragingen, of gebruik van objecten voor seksuele opwindings.

- Comorbiditeit: zwakzinnigheid, manische episode, schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis, intoxicatie, somatische aandoening, persoonlijkheidsstoornis.

Vaardigheden

- Signaleren.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar, eventueel in een justitieel kader.

7.2 Stoornissen in de impulsbeheersing

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor periodieke explosieve stoornis, kleptomanie, pyromanie, pathologisch gokken, trichotillomanie.
- Differentiële diagnostiek: gedragsstoornis, ticstoornis, aandachtstekortstoornis, persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde instelling, eventueel in justitieel kader.

8 Persoonlijkeits- en aanpassingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk, somatische gezondheidszorg.

8.1 Persoonlijkheidsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en andere risicofactoren.
- Temperamenten en persoonlijkheidsdimensies.
- Ontwikkelingskenmerken.
- Psychologische en sociale mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor paranoïde, schizoïde, schizotypische, antisociale, borderline, theatrale, narcistische, ontwijkende, afhankelijke, obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis, aandachtstekortstoornis, depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornis, aan middelen gebonden stoornis.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, stoornis in de impulsbeheersing.
- Meetinstrumenten voor screening en gestructureerde diagnostiek.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Behandelstrategie bij (auto)agressief of suïcidaal gedrag.
- (Tegen)overdracht en handhaving van therapeutische relatie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor screening en gestructureerde diagnostiek.

- Indicatie stellen voor een psychotherapeutische behandeling.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of instelling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Toepassen van structurerende begeleiding en hanteren van (tegen)overdracht.
- Toepassen van behandelstrategieën ter voorkoming van crisissituaties.
- Indicatie stellen voor individuele psychotherapie en systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

8.2 Aanpassingsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van normale stressreacties.
- Copingmechanismen en -stijlen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor aanpassingsstoornissen met depressieve stemming en/of angst, dan wel stoornis in het gedrag.
- Differentiële diagnostiek: normale stressreactie, rouwreactie, acculturatieprobleem, angststoornis, depressieve stoornis.
- Comorbiditeit: persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Indicaties voor kortdurende psychotherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor kortdurende individuele psychotherapie.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9 Ontwikkelingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: ambulante psychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten.

9.1 Verstandelijke beperkingen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor verstandelijke beperkingen.
- Comorbiditeit: pervasieve ontwikkelingsstoornis, emotionele en gedragsproblemen, psychotische stoornis.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Herkennen en behandelen van comorbide psychiatrische stoornissen.
- Indicatie stellen voor psychologisch onderzoek.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.

9.2 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen

Kennis

Diagnose

- Epidemiologie.
- De diagnostische criteria voor autistische stoornis, stoornis van Asperger, pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese bij volwassenen.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.

9.3 Aandachtstekortstoornissen

Kennis

Diagnose

- Epidemiologie.
- De diagnostische criteria voor aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.
- Differentiële diagnostiek: situationele hyperactiviteit, pervasieve ontwikkelingsstoornis, zwakzinnigheid, stoornissen in de impulsregulatie.
- Comorbiditeit: verslaving, stemmingsstoornissen, angststoornissen, ticstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese bij volwassenen.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.

9.4 Ticstoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornis van Gilles de la Tourette en chronische motorische of vocale en passagère ticstoornissen.
- Differentiële diagnostiek: andere bewegingsstoornissen, stereotiepebewegingsstoornis, dwanghandelingen, neurologische aandoeningen, iatrogene bewegingsstoornissen (zoals door methylfenidaat).
- Comorbiditeit: aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.

10 Kritische beroepssituaties

10.1 Acute psychose

Kennis

- Ziektebeelden die gepaard kunnen gaan met acute psychose.
- Juridische kaders: WGBO en Bopz.

Vaardigheden

- Stellen van psychiatrische diagnose.
- Ernst en risico schatten van psychotische uitingen en passende maatregelen nemen, inclusief onvrijwillige opname.
- Medicamenteuze behandeling.

10.2 Agressief gedrag

Kennis

- Risicofactoren voor agressief gedrag.
- Ziektebeelden die gepaard kunnen gaan met agressief gedrag.
- Juridische kaders: WGBO en Bopz.

Vaardigheden

- Stellen van psychiatrische diagnose.
- Ernst en (recidief)risico schatten van agressief gedrag en passende maatregelen nemen, inclusief onvrijwillige opname.
- Toepassen van medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen die ten grondslag liggen aan agressief gedrag.
- Toepassen van strategieën ter voorkoming van recidief en versterking van arts-patiëntrelatie.
- Hanteren van (tegen)overdracht.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.

10.3 Suïcidaal gedrag*Kennis*

- Risicofactoren en luxerende factoren voor tentamen suïcidii en geslaagde suïcide.
- Ziektebeelden en persoonlijkheidstrekken die gepaard kunnen gaan met suïcidaliteit.
- Verschijnselen van intoxicatie door middelen en medicijnen.
- Het nationale vergiftigingscentrum van het RIVM.
- Juridische kaders: WGBO en Bopz.
- Administratieve afhandeling van een geslaagde suïcide.

Vaardigheden

- Stellen van psychiatrisch diagnose.
- Ernst en (recidief)risico schatten van suïcidale uitingen en passende maatregelen nemen, inclusief onvrijwillige opname.
- Toepassen van medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen die ten grondslag liggen aan suïcidaal gedrag.
- Indicatie stellen voor somatische behandeling.
- Toepassen van strategieën ter voorkoming van recidief en versterking van arts-patiëntrelatie, zoals non-suïcideafpraak.
- Hanteren van (tegen)overdracht.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Retrospectief reconstrueren en evalueren van factoren die een rol gespeeld kunnen hebben bij een geslaagde suïcide.
- Nazorg bieden aan naasten na een suïcidepoging of geslaagde suïcide.
- Vaststellen van een persisterende authentieke doodswens bij ontbreken van (ernstige) psychopathologie.
- Open gespreksvoering bij verzoek om hulp bij zelfdoding en beleidsbepaling overeenkomstig de vigerende zorgvuldigheidseisen.

10.4 Automutilatie en zelfdestructief gedrag*Kennis*

- Risicofactoren en luxerende factoren voor automutilatie en zelfdestructief gedrag.
- Ziektebeelden en persoonlijkheidstrekken die gepaard kunnen gaan met automutilatie en zelfdestructief gedrag.
- Juridische kaders: WGBO en Bopz.
- Basale kennis van wondverzorging en andere medische interventies ter behandeling van de gevolgen van automutilatie en zelfdestructief gedrag, inclusief indicaties voor verwijzing naar de chirurg of andere somatisch specialist.
- Systeemaspecten.

Vaardigheden

- Stellen van psychiatrische diagnose.
- Ernst en (recidief)risico schatten van auto-agressief gedrag en passende maatregelen nemen, inclusief onvrijwillige opname.
- Toepassen van medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen die ten grondslag liggen aan auto-agressief gedrag.
- Indicatie stellen voor somatische behandeling.
- Toepassen van strategieën ter voorkoming van recidief en versterking van arts-patiëntrelatie, zoals een non-automutilatiecontract.
- Hanteren van (tegen)overdracht.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.

10.5 Ernstige zelfverwaarlozing

Kennis

- Ziektebeelden en persoonlijkheidstrekken die gepaard kunnen gaan met zelfverwaarlozing.
- Juridische kaders: WGBO en Bopz.
- Basale kennis van medische interventies ter behandeling van de gevolgen van ernstige zelfverwaarlozing, inclusief indicaties voor verwijzing naar somatische specialisten.
- Kennis van de mogelijkheden van maatschappelijke opvang.

Vaardigheden

- Stellen van psychiatrische diagnose.
- Ernst en risico schatten van ernstige zelfverwaarlozing en passende maatregelen nemen, inclusief onvrijwillige opname.
- Toepassen van medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen die ten grondslag liggen aan zelfverwaarlozing.
- Indicatie stellen voor somatische behandeling.
- Toepassen van strategieën ter voorkoming van recidief en versterking van arts-patiëntrelatie.
- Hanteren van (tegen)overdracht.

Bijlage IV

Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen voor het aandachtsgebied volwassenen- psychiatrie

Kennis en vaardigheden gekoppeld aan thema's

1 Cognitieve stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten, somatische gezondheidszorg.

1.1 Delirium

Kennis

Algemeen

- De pathofysiologie van het delirium.
- Risicofactoren zoals oudere leeftijd, hersenschade, zintuigdefecten, ondervoeding en midde-
lengebruik.
- Luxerende factoren zoals infectie, koorts, dehydratie, elektrolytstoornis, polyfarmacie, anticho-
linerg werkzame psychofarmaca, deficiënties, onttrekking van middelen, intoxicatie, operatie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor delirium door een somatische aandoening, intoxicatie, onthou-
ding of multiple oorzaken.
- Differentiële diagnostiek: dementie, depressieve stoornis, psychotische stoornis, dissociatieve
stoornis.
- Indicaties voor somatisch onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Elektroconvulsietherapie.
- Psychologische interventies (realiteitsoriëntatie, bescherming).
- Juridische kaders: onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Preventieve maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Oorzakelijke factoren herkennen en indicatie stellen voor somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Structurerende, psychologische en beschermende interventies en adviezen.
- Psycho-educatie aan patiënt, naasten en somatische behandelaars.

1.2 Dementie

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- De pathogenese, inclusief genetische aspecten, van de diverse vormen van dementie, waaronder ziekte van Alzheimer, vasculaire, frontotemporale, lewy-body- en parkinsondementie.
- Risicofactoren: infecties, trauma, interne en neurologische afwijkingen, intoxicaties.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor dementie van het alzheimer- of vasculaire type, door somatische aandoeningen, middelen of multiple oorzaken.
- Differentiële diagnostiek: delirium, depressieve stoornis, amnestische en cognitieve stoornissen, normale veroudering.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornis, psychotische stoornis, angststoornis.
- Meetinstrumenten voor screening.
- Neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze ondersteuning van cognitieve functies en symptoombestrijding.
- Maatregelen en adviezen gericht op compensatie van cognitieve functiestoornissen en op bijkomende gedragsstoornissen, psychotische verschijnselen en stemmingsstoornissen.
- Zorgvormen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor screening.
- Indicatie stellen voor aanvullend diagnostisch onderzoek.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze en psychologische ondersteuning van cognitieve functies en behandeling van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.3 Amnestische stoornissen

Kennis

Algemeen

- Oorzaken: voedingsdeficiëntie, intoxicatie, infectie, trauma, tumoren, interne en neurologische afwijkingen, middelengebruik.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor amnestische stoornis door een somatische aandoening of een middel.
- Differentiële diagnostiek: dementie, delirium, depressieve stoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, normale veroudering.
- Neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek.

Therapie

- Interventies bij behandelbare oorzaken, waaronder thiaminesubstitutie.
- Medicamenteuze ondersteuning van cognitieve functies.
- Geheugen en oriëntatie bevorderende/compenserende maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor aanvullend diagnostisch onderzoek.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van voedingsdeficiënties, ondersteuning van cognitieve functies en behandeling van psychiatrische comorbiditeit.
- Begeleiden bij rouw over verlies van capaciteiten.
- Indicatie stellen voor een specialistisch zorgkader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.4 Overige psychiatrische stoornissen door een somatische oorzaak

Kennis

Algemeen

- Neurobiologische mechanismen.
- Organische oorzaken: ziekte van Parkinson, Huntington, Wilson, andere interne en neurologische afwijkingen, intoxicaties, antipsychotische medicatie (maligne neurolepticumsyndroom).

Diagnose

- De diagnostische criteria voor katatonie door een somatische aandoening.
- Diagnostische criteria voor het maligne neurolepticumsyndroom.
- Differentiële diagnostiek: delirium, andere psychotische stoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, conversiestoornis, nagebootste stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, stemmingsstoornis.
- Comorbiditeit: schizofrenie, depressieve stoornis.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Elektroconvulsietherapie.
- Behandeling van primaire oorzaak, comorbiditeit en complicaties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.5 Persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening

Kennis

Algemeen

- Oorzakelijke en onderhoudende factoren.
- Frontale-executieve functies en functiestoornissen.
- De verschillende uitingsvormen.
- De invloed van persoonlijkheidstrekken en copingstijlen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening.
- Differentiële diagnostiek: dementie, delirium, intoxicaties, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, andere gedrags- en psychische stoornissen.
- (Neuro)psychologisch onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor gedragstherapie.
- Indicatie stellen, uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

2 Psychotische stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten.

*Kennis**Algemeen*

- Epidemiologie.
- Neurobiologische en psychologische ontwikkelingsmechanismen.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Pathogenetische mechanismen van wanen en hallucinaties.
- Neurobiologische en neuropsychologische stoornissen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor schizofrenie, schizofreniforme en schizoaffectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis, gedeelde psychotische stoornis, psychotische stoornis door een somatische aandoening of een middel.
- Differentiële diagnostiek: andere psychotische stoornis, somatische aandoening, stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, dementie en intoxicatie door middelen.
- De dimensionele symptoomdomeinen.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressieve stoornis, angststoornis, middelengebruik, persoonlijkheidsstoornis) en somatisch (zoals diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoening).
- Suïcidaliteit en zelfverwaarlozing.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de anti-psychotische medicijnen.
- Cognitieve therapie.
- Psychosociale interventies, zoals thuiszorg en arbeidsrehabilitatie.
- Juridische kaders, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Regie voeren over complexe langdurige behandeling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antipsychotische en overige medicamenteuze behandeling in verschillende stadia van het ziekteproces.
- Herkennen en behandelen (dan wel indicatie stellen voor een somatisch specialist) van medicatiebijwerkingen van de verschillende antipsychotica, zoals parkinsonsyndroom, tardieve dyskinesie, acute dystonie, akathisie, maligne neurolepticumsyndroom, gewichtstoename, seksuele functiestoornis, diabetes mellitus.
- Uitvoeren van structurerende begeleiding.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Indicatie stellen voor elektroconvulsiotherapie.
- Indicatie stellen voor psychosociale behandelvormen, zoals thuiszorg en arbeidsrehabilitatie, en voor gespecialiseerde instellingen.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3 Stemmingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk.

3.1 Depressieve stoornissen*Kennis**Algemeen*

- Epidemiologie
- Genetische, leeftijds- en seksspecifieke kenmerken en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.

- Neurobiologische en psychologische, waaronder psychodynamische, mechanismen.
- Somatische oorzaken.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen van depressieve klachten.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de depressieve en dysthyme stoornissen en stemmingsstoornissen door een somatische aandoening of een middel.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, dementie, aanpassingsstoornis, rouwreactie, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde diagnostiek.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (zoals angststoornis, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis) en somatisch (zoals schildklierfunctiestoornis).
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de antidepressieve medicijnen.
- Cognitieve, interpersoonlijke en psychodynamische therapie.
- Indicaties voor en bijwerkingen van elektroconvulsietherapie.
- Lichttherapie.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antidepressieve medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van antidepressiva.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit, waaronder non-suïcideafpraak.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van interpersoonlijke, psychodynamische en systeemtherapie en voor psychosociale behandelvormen.
- Indicatie stellen en uitvoeren van lichttherapie en elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3.2 Bipolaire stemmingsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopbeïnvloedende factoren.
- Beloopsvormen, waaronder *rapid cycling*.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de bipolaire I- en II-stoornissen en cyclothyme stoornis.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, psychotische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, gedragsstoornis en aandachtstekortstoornis.
- Comorbiditeit: alcohol- en middelenmisbruik.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde diagnostiek.
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de stemmingsstabilisatoren.
- Cognitieve, interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie.
- Juridische kaders en maatregelen, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Regie voeren over complexe langdurige behandeling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling met stemmingsstabilisatoren en andere middelen.

- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van stemmingsstabilisatoren en overige medicatie.
- Uitvoering van structurerende begeleiding, waaronder het opstellen van een crisisplan.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en sociaalritmetherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van interpersoonlijke en systeemtherapie.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit, waaronder non-suïcideafsprak.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

4 Angst- en dwangstoornissen

Bij uitstek in de thema's: ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk.

4.1 Angststoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen.
- Stressfysiologie en -psychologie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor paniekstoornis met en zonder agorafobie, fobische stoornis, stressgerelateerde stoornis en gegeneraliseerde angststoornis.
- Differentiële diagnostiek: stemmingsstoornis, psychotische stoornis.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressie, middelenmisbruik) en somatisch (zoals cardiaal).
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van anxiolytische en antidepressieve medicijnen.
- Cognitieve therapie en gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie en psychosociale interventies.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

4.2 Obsessieve-compulsieve stoornis

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor obsessieve-compulsieve stoornis.
- Differentiële diagnostiek ten opzichte van andere angststoornissen, stemmingsstoornis, psychotische stoornis, stoornis van de lichaamsbeleving, hypochondrie, eetstoornis, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
- Comorbiditeit: andere angststoornis.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Antidepressieve medicijnen.
- Cognitieve therapie, exposure en andere vormen van gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en exposure.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5 Stoornissen met vooral somatische symptomen

Bij uitstek in de thema's: consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk, somatische gezondheidszorg.

5.1 Somatoforme stoornissen**Kennis****Algemeen**

- Epidemiologie.
- Predisponerende, luxerende, onderhoudende en verloopbeïnvloedende factoren.
- Ziekten- en invalidenrol.
- Kenmerkende interactiepatronen tussen patiënt en arts/zorgcircuit.
- Psychologische mechanismen.
- Onderliggende somatische aandoening.
- Fysiologie en psychologie van vermoeidheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor conversiestoornis, somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en neurasthenie, pijnstoornis, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, dissociatieve stoornis, angststoornis, depressieve stoornis, seksuele stoornis, nagebootste stoornis.

Therapie

- Steunende en suggestieve behandeling.
- Doorbreking van rolbevestiging in systeem en arts-patiëntinteracties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van symptoomgerichte suggestieve behandeling en doorbreking van rolbevestigende interacties.
- Tegengaan van overmatige medische consumptie en ziekte winst.
- Relaxatietherapie.
- Indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.2 Dissociatieve stoornissen

Kennis

Algemeen

- Predisponerende, luxerende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Iatrogene mechanismen.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor dissociatieve amnesie, dissociatieve fugue, dissociatieve identiteitsstoornis, depersonalisatiestoornis.
- Differentiële diagnostiek: posttraumatische stressstoornis, conversiestoornis, amnestische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis.

Therapie

- Cognitieve therapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van relatie- of systeemtherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.3 Eetstoornissen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en neuro-endocriene factoren.
- Variatiebreedte van normaal voedingspatroon en normaal gewicht.
- Effecten op het gezinsfunctioneren.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor anorexia nervosa en bulimia nervosa.
- Differentiële diagnostiek: depressie, angststoornis, somatisatiestoornis, stoornis in de impulscontrole.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis.
- Somatische complicaties.

Therapie

- Cognitieve, gedragstherapeutische en systeembehandeling.
- Diëtistische en somatische controle (gewichtsherstelprogramma).
- Medicamenteuze behandeling van eetstoornis of psychiatrische comorbiditeit.
- Somatische behandeling van eetstoornis en complicaties.
- Systeemaspecten.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve en gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Herkennen en behandelen van de meest voorkomende complicaties van anorexia, overgewicht en purgeergedrag.
- Bewaking van somatische toestand (relevante bloedwaarden, cardiale en endocriene toestand).
- Indicatie stellen voor somatisch specialist en gespecialiseerde instelling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.4 Seksuele disfuncties

Kennis

Algemeen

- De variatiebreedte van de normale seksuele responscyclus en de pathofysiologie van seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen.
- Culturele en religieuze invloeden.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornissen in het seksueel verlangen, seksuele opwindingsstoornissen, orgasmestoornissen, seksuele pijnstoornissen.
- Differentiële diagnostiek: seksuele stoornissen veroorzaakt door een somatische aandoening of een (genees)middel.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- (Cognitieve) gedragstherapie en relatietherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Behandeling van seksuele functiestoornissen ten gevolge van een geneesmiddel.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van (cognitieve) gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van relatietherapie.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of een somatisch specialist.
- Psycho-educatie aan patiënt en partner.

5.5 Genderidentiteitsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Normale relaties tussen genderidentiteit, genderrol en biologisch geslacht.
- Genderontwikkeling (genetische, hormonale en opvoedingsinvloeden).

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de genderidentiteitsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: psychotische stoornis, parafilie, interseksaandoening (zoals congenitale bijnierschorshyperplasie), persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Gedragstherapie en psychodynamisch georiënteerde behandeling.
- Indicatie voor geslachtsaanpassing.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van gedragstherapie of psychodynamische behandeling.
- Indicatie stellen voor beoordeling voor geslachtsaanpassing.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar.
- Psycho-educatie aan patiënt en partner.

5.6 Slaapstoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van normale circadiane patronen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor primaire insomnia, primaire hypersomnia, narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek, nachtmerries, pavor nocturnus, slaapwandelen.
- Differentiële diagnostiek: depressieve stoornis, angststoornis, door middelen geïnduceerde slaapsstoornis en somatische aandoening.
- Polysomnografie.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van hypnotische medicijnen.
- (Verslavings)risico's van hypnoticagebruik.
- Andere medicamenteuze behandelingen.
- Dagstructurering en slaaphygiëne.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve of gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor aanvullende diagnostiek en gespecialiseerde instelling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.7 Nagebootste stoornissen**Kennis****Algemeen**

- Luxerende, onderhoudende en verloopbeïnvloedende factoren.
- De verschillende presentaties, inclusief seksedifferentiatie.
- Kenmerkende interactiepatronen tussen patiënt en arts/zorgcircuit.
- Iatrogene schade.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de nagebootste stoornis.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, somatoforme stoornis, simulatie.

Therapie

- Consultverlening.
- Interfererende artsgebonden factoren.
- Interventie- en confrontatiemethoden.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Consultatie aan somatisch behandelaar en bevordering van effectieve benadering.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van confrontatie en doorbreking van bevestigende interacties.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.

6 Verslavingen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, forensische psychiatrie, somatische gezondheidszorg.

Kennis**Algemeen**

- Epidemiologie.
- De fysiologische effecten van psychoactieve stoffen: alcohol, amfetamine, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, opioïden, fencyclidine, sedativa, hypnotica en anxiolytica.
- Risicofactoren: genetisch, psychologisch (waaronder psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen), sociaal.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor afhankelijkheid, onthouding, intoxicatie en chronisch misbruik van alcohol, amfetamines, cafeïne, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, fencyclidine, hypnoticum, anxiolyticum.
- De psychische en somatische effecten die veroorzaakt worden door gebruik, intoxicatie en/of abstinentie van de diverse middelen.
- Somatische en psychiatrische comorbiditeit.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling van afhankelijkheid, intoxicatie en onthouding.
- Medicamenteuze regulering van gebruik.
- Gedragstherapie.
- Gespecialiseerde instellingen.
- Juridische kaders en maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van afhankelijkheid, intoxicatie en onthouding van psychoactieve middelen.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor gedragstherapie, andere vormen van psychotherapie of systeem-interventie.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde instelling.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

7 Drangstoornissen

Bij uitstek in de thema's: forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten.

7.1 Parafilieën

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van normaal seksueel gedrag.
- Psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme.
- Differentiële diagnostiek: normale seksuele fantasieën, gedragingen, of gebruik van objecten voor seksuele opwindning.
- Comorbiditeit: zwakzinnigheid, manische episode, schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis, intoxicatie, somatische aandoening, persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- (Cognitieve) gedragstherapie en relatietherapie.
- Justitiële aspecten en forensisch psychiatrische behandeling.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Uitvoeren van structurerende begeleiding.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van (cognitieve) gedragstherapie of relatietherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

7.2 Stoornissen in de impulsbeheersing

Kennis

Algemeen

- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor periodieke explosieve stoornis, kleptomanie, pyromanie, pathologisch gokken, trichotillomanie.
- Differentiële diagnostiek: gedragsstoornis, ticstoornis, aandachtstekortstoornis, persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Cognitieve en gedragstherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicaties tellen voor en uitvoeren van (cognitieve) gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde instelling, eventueel in justitieel kader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

8 Persoonlijkheidsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, ambulante psychiatrie, spoedeisende psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrische psychotherapie, psychiatrie in de zelfstandige praktijk, somatische gezondheidszorg.

8.1 Persoonlijkheidsstoornissen

Kennis**Algemeen**

- Genetische en andere risicofactoren.
- Temperamenten en persoonlijkheidsdimensies (*big five*).
- Ontwikkelingskenmerken.
- Psychologische en sociale mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor paranoïde, schizoïde, schizotypische, antisociale, borderline, theatrale, narcistische, ontwijkende, afhankelijke, obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis, aandachtstekortstoornis, depressieve stoornis, angststoornis, aan middelen gebonden stoornis.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, stoornis in de impulsbeheersing.
- Meetinstrumenten voor normale en afwijkende persoonlijkheidstrekken.

Therapie

- Psychotherapeutische behandelvormen (psychodynamisch, cognitief, gedragstherapeutisch).
- Medicamenteuze behandeling.
- Behandelstrategie bij (auto)agressief of suïcidaal gedrag.
- (Tegen)overdracht en handhaving van therapeutische relatie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van een psychotherapeutische behandeling.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of instelling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Toepassen van structurerende begeleiding en hanteren van (tegen)overdracht.
- Toepassen van behandelstrategieën ter voorkoming van crisissituaties.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

8.2 Aanpassingsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van normale stressreacties.
- Copingmechanismen en -stijlen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor aanpassingsstoornissen met depressieve stemming en/of angst, dan wel stoornis in het gedrag.
- Differentiële diagnostiek: normale stressreactie, rouwreactie, acculturatieprobleem, angststoornis, depressieve stoornis.
- Comorbiditeit: persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Kortdurende psychotherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van kortdurende individuele psychotherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9 Ontwikkelingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: ambulante psychiatrie, verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk gehandicapten.

9.1 Verstandelijke beperking

Kennis

Algemeen

- Risicofactoren: genetisch, stoornissen in de hersenontwikkeling, obstetrische complicaties.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor zwakzinnigheid.
- Comorbiditeit: pervasieve ontwikkelingsstoornis, emotionele en gedragsproblemen, psychotische stoornis.
- Atypische presentatie van psychiatrische comorbiditeit.
- Meetinstrumenten: intelligentietests.

Therapie

- Agressieproblemen.
- Specifieke aandachtspunten voor het medicamenteus beleid (dosering, comorbiditeit).
- Speciale onderwijsvormen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Herkennen en behandelen van comorbide psychiatrische stoornissen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van farmacotherapie bij psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor psychologisch onderzoek.
- Vaststellen van het niveau van vaardigheden.
- Indicatie stellen voor gedragstherapie, gericht op vaardigheden en (on)gewenst gedrag.
- Indicatie stellen voor systeemtherapie en steunende begeleiding.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde hulpverleners en instellingen.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.2 Leerstoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van de normale intellectuele ontwikkeling.
- Risicofactoren en beschermende factoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornissen van lezen, rekenen en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid.
- Differentiële diagnostiek: zwakzinnigheid en zintuiglijke defecten.
- Comorbiditeit: ontwikkelingsstoornis, emotionele problemen, gedragsproblemen.
- Meetinstrumenten: de belangrijkste tests voor vaststelling van een leerstoornis.
- Herkennen van foutieve schoolkeuze, schoolfobie en schoolweigering, onvrijwillig schoolverzuim.

Therapie

- Remedial teachers, psychologen/orthopedagogen en leraren.
- Aangepaste onderwijsvormen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor kinder- en jeugdpsychiater.
- Herkennen van somatische (zintuiglijke) factoren.
- Herkennen en behandelen van emotionele en gedragsproblemen.
- Indicatie stellen voor en samenwerken met remedial teachers en psychologen/orthopedagogen.
- Beoordeling van interacties tussen kind en school, en kind en ouders, en indicatie stellen voor systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.3 Stoornissen in de motorische vaardigheden

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van de normale motorische ontwikkeling.
- Somatische aandoeningen en zintuiglijke defecten.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de coördinatieontwikkelingsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: ziekte van Parkinson, paresen, spierdystrofie en pervasieve ontwikkelingsstoornis.
- Comorbiditeit, zoals aandachtstekortstoornis.

Therapie

- Sensorische integratie therapie en motorische remedial teaching.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor kinder- en jeugdpsychiater, (kinder)neuroloog of revalidatiearts.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.4 Communicatiestoornissen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling van spraak, taal en non-verbale communicatie.
- Risicofactoren, zoals schoolproblemen, sociale isolatie, angststoornissen, aandachtstekortstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor expressieve en receptief-expressieve taalstoornissen, fonologische stoornis, stotteren.
- Differentiële diagnostiek: zwakzinnigheid, motorische spraakstoornis, zintuiglijk defect, omgevingsdeprivatie, selectief mutisme.

Therapie

- Gespecialiseerde behandelvormen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Herkennen van communicatiestoornissen door een motorische spraakstoornis, een zintuiglijk defect of een neurologische aandoening.
- Indicatie stellen voor kinder- en jeugdpsychiater en (kinder)neuroloog of kno-arts.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde diagnostiek en behandeling (bijvoorbeeld stottertherapie).
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.5 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen**Kennis****Algemeen**

- Risicofactoren: genetisch, stoornis in de hersenontwikkeling, obstetrische complicaties.
- Neurobiologische, neuropsychologische en sociaalpsychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor autistische stoornis, stoornis van Asperger, pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO.
- Differentiële diagnostiek: communicatiestoornis, zwakzinnigheid, hellerssyndroom, neurologische afwijkingen met progressieve dementie, ernstige deprivatie op jonge leeftijd, fragilele-X-syndroom, doofheid, schizofrenie op kinderleeftijd.
- Comorbiditeit: zwakzinnigheid, epilepsie, hyperactiviteit, stoornis in de regulatie van emoties, automutilatie.

Therapie

- Structuur, aanpassing op school, begeleiding van ouders.
- Medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen (bijvoorbeeld hyperactiviteit, agressie, stereotypie).

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en volwassenen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.6 Aandachtstekortstoornissen**Kennis****Algemeen**

- Risicofactoren: genetisch, stoornis in de hersenontwikkeling, obstetrische complicaties.
- Samenhang met deprivatie, verblijf in instituten, lagere economische klasse.
- Risico's voor de verdere ontwikkeling: verslaving en antisociale persoonlijkheidstrekken.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.
- Differentiële diagnostiek: situationele hyperactiviteit, pervasieve ontwikkelingsstoornis, zwakzinnigheid, stoornissen in de impulsregulatie.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornissen, angststoornissen, ticstoornissen.

Therapie

- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en volwassenen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- (Cognitieve) gedragstherapie en systeeminterventies.
- Specialistische en/of forensische behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en volwassenen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.

- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren van (cognitieve) gedragstherapie en systeemtherapie.
- Overleggen met justitiële medewerkers, politie, reclassering.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.7 Ticstoornissen

Kennis

Algemeen

- Genetische factoren.
- De rol van het dopaminerge systeem.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornis van Gilles de la Tourette en chronische motorische of vocale en passagère ticstoornissen.
- Differentiële diagnostiek: andere bewegingsstoornissen, stereotiepebewegingsstoornis, dwanghandelingen, neurologische aandoeningen, iatrogene bewegingsstoornissen (zoals door methylfenidaat).
- Comorbiditeit: aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen.

Therapie

- Interventies gericht op algemeen functioneren en ontspanningsoefeningen.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van gedragstherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9.8 Stereotiepe bewegingsstoornis

Kennis

Algemeen

- Neurobiologische mechanismen.
- Luxerende en onderhoudende omgevingsfactoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria.
- Differentiële diagnostiek: pervasieve ontwikkelingsstoornissen, ticstoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis, trichotillomanie.
- Comorbiditeit: zwakzinnigheid.

Therapie

- Preventieve maatregelen bij zelfbeschadiging.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor kinder- en jeugdpsychiater en neuroloog.
- Preventieve en beschermende maatregelen bij zelfbeschadiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

Bijlage V

Specialismegebonden competenties kinder- en jeugdpsychiatrie

1 Medisch handelen

1.1 De (kinder- en jeugd)psychiater bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied

Ten aanzien van psychopathologie bij kinderen en jeugdigen, het psychisch functioneren in het algemeen en diagnostiek heeft de (kinder- en jeugd)psychiater grondige kennis van de volgende punten.

- Alle aspecten van de ontwikkelingspsychopathologie, namelijk:
 - de omschrijvingen en de fenomenologische kenmerken van alle psychiatrische symptomen en pathologische kenmerken van de persoonlijkheid in ontwikkeling;
 - de criteria voor alle psychiatrische diagnoses volgens de meest recente internationale classificatiesystemen (DSM en ICD);
 - de differentiaaldiagnostische mogelijkheden.
- Pathogenetische mechanismen van psychiatrische symptomen, ziektebeelden, ontwikkelingsstoornissen en het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen.
- De gangbare theoretische modellen en hun empirische ondersteuning, daarin begrepen evolutionaire, genetische, biologische, psychologische, sociale en culturele factoren, die oorzaaklijk, bijdragend en onderhoudend zijn aan psychiatrische problematiek.
- Somatische oorzaken van psychiatrische symptomen in het kader van differentiaaldiagnostiek en de invloed van somatische comorbiditeit op psychiatrische aandoeningen en vice versa.
- Onderdelen van de neurobiologie die relevant zijn voor het begrip van pathogenetische mechanismen van psychiatrische ziektebeelden bij het zich ontwikkelende brein.
- De genetica van psychiatrische en voor de psychiatrie relevante stoornissen, waaronder relatieve risico's voor bloedverwanten van patiënten met een bekende stoornis.
- Stressfysiologie en -psychologie in relatie tot psychiatrische ziektebeelden.
- Somatische klachtenpresentaties zonder organisch substraat.
- Cognitieve en neuropsychologie, daarin begrepen de mogelijkheden, betrouwbaarheid en validiteit van testpsychologisch onderzoek.
- Ontwikkelingspsychopathologie, waaronder:
 - continuïteit en discontinuïteit van psychiatrische stoornissen bij kinderen, adolescenten en volwassenen;
 - levensfaseproblematiek;
 - de invloed van beschermende en traumatiserende of belastende ervaringen.
- Alle gangbare psychiatrisch-diagnostische methoden en instrumenten, waaronder:
 - (semi)gestructureerde psychiatrische interviewtechnieken;
 - psychotherapeutische interviewtechnieken voor kind en gezin;
 - beoordelingsinstrumenten;
 - vragenlijsten.
- De epidemiologie van psychiatrische stoornissen, waaronder de invloeden van risicofactoren als sociale positie, omgeving, leeftijd, sekse, etniciteit, cultuur en religie.
- Verslavingsgedrag.
- Seksuologie in het bijzonder van zich ontwikkelende individuen.
- Schoolgerelateerde psychische klachten en problemen.

Ten aanzien van behandeling heeft de (kinder- en jeugd)psychiater grondige kennis van de volgende punten.

- Educatieve en opvoedkundige benaderingen van ontwikkelingspsychopathologie.
- De sociale kaart van jeugdzorg en onderwijs om een optimale opvoedingsomgeving te garanderen voor zich ontwikkelende individuen met psychiatrische stoornissen.
- De werkingsmechanismen, effectiviteit en doelmatigheid, indicaties en contra-indicaties, en bijwerkingen van:
 - de gangbare psychofarmaca bij kinderen en adolescenten;
 - elektroconvulsie therapie bij adolescenten;
 - lichttherapie.
- De basisprincipes van psychotherapie:
 - de gemeenschappelijke therapiefactoren;
 - kenmerken en theoretische basis van de belangrijkste referentiekaders (cognitieve gedrags-therapeutisch, experiëntieel, psychodynamisch, systemisch, groepsdynamisch);
 - effectiviteit en doelmatigheid;
 - indicaties en contra-indicaties van de gangbare psychotherapeutische interventies.
- De kenmerken, theoretische basis, effectiviteit en doelmatigheid, indicaties en contra-indicaties van de gangbare psychosociale interventies, waaronder:
 - crisisinterventie, rekeninghoudend met het vigerende familierecht;
 - revalidatie en rehabilitatie, preventie;
 - klinische, dagklinische, poliklinische en ambulante zorgarrangementen, waaronder milieu-therapie, met aandacht voor de specifieke behoeften van jeugdigen en ouderen.

Bovengenoemde zaken zijn nader uitgewerkt per ziektebeeld in de ziektebeeldgebonden psychotherapie en werkveld van de kinder- en jeugdpsychiatrie eindtermen, welke de minimale kennis en competenties omschrijven die de psychiater met een aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie dient te bezitten aan het eind van de opleiding.

1.2 De (kinder- en jeugd)psychiater past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence-based toe

Dit komt tot uitdrukking in competenties ten aanzien van diagnostiek en indicatiestelling.

- Anamnese (inclusief sociale en schoolse anamnese).
- Heteroanamnese bij ouders/verzorgers.
- Heteroanamnese bij beroepsopvoeders en leerkrachten in het onderwijs.
- Ontwikkelingsanamnese.
- Psychiatrisch onderzoek bij kinderen en jeugdigen, rekening houdend met leeftijd- en ontwikkelingsniveauspecifieke aspecten.
- Differentiële diagnostiek.
- Indicatiestelling aanvullende diagnostiek (laboratorium, biologisch, psychologisch, psychiatrisch) en interpretatie van de bevindingen (voor psychologische en psychiatrische diagnostiek: interpretatie van de bevindingen vanuit de gangbare theoretische modellen, waaronder leertheoretische, cognitieve en psychodynamische modellen) alsmede didactische gegevens betreffende het schoolse functioneren.
- Samenbrengen, integreren en interpreteren van bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen in de context van de ontwikkelingsfase en de levensomstandigheden.
- Psychiatrisch-diagnostische classificatie, differentiële diagnostiek en diagnostische formulering bij alle leeftijdscategorieën.
- Indicatiestelling voor behandeling:
 - adequaat hanteren richtlijnen en EBM-systematiek;
 - farmacotherapie en andere biologische behandelingen;
 - educatieve interventies inclusief indicaties speciaal en clusteronderwijs;
 - somatische behandeling;
 - psychotherapie: individuele, relatie-, gezins- en groepsbehandeling;
 - begeleiding;
 - revalidatie en rehabilitatie;
 - overige, inclusief ECT en lichttherapie.

Competenties ten aanzien van behandeling zijn de volgende punten.

- Instellen en ingesteld houden op psychofarmacologische behandeling, daarin begrepen bestrijding van bijwerkingen en het bevorderen en beoordelen van therapietrouw.
- Het toepassen van detoxificatie.
- Hanteren van interventies met een steunend, clarificerend en explorerend karakter.
- Uitvoering van individuele, groeps- en gezinsinterventies en integratie van die interventies in multimodale behandelingsstrategieën.
- Het toepassen van gemeenschappelijke psychotherapiefactoren.
- De algemene vaardigheden behorend bij de steunende, structurerende, experiëntiële, psychodynamische, directiegedragstherapeutische en cognitieve gespreksvoering en psychotherapeutische interventies.
- Het toepassen van ziektebeeldgeoriënteerde individuele psychotherapeutische behandeling vanuit een (cognitieve) gedragstherapeutisch kader.
- Het toepassen van elementaire inzichtgevende therapie-ingrediënten vanuit een psychodynamisch of cliëntgericht kader.
- Het toepassen van gezinsgerichte systeemtherapeutische interventies.
- Adequate omgang met richtlijnen en protocollen, inclusief het beredeneerd afwijken daarvan, de context in aanmerking nemende.
- Het verzorgen van psycho-educatie aan patiënten en familieleden.
- Uitvoering van sociaalpsychiatrische interventies.
- Het faseren, combineren en integreren van alle gangbare psychofarmacologische, psychologische en psychosociale interventies.
- Kunnen omgaan met de maatschappelijke context van het medisch handelen.
- Het kunnen geven van gerichte adviezen ten aanzien van onderwijs, met name aanwenden van ambulante begeleiding binnen het gewone basisonderwijs, het indiceren van speciaal of clusteronderwijs.

1.3 De (kinder- en jeugd)psychiater levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg

Dit komt tot uitdrukking in competentie ten aanzien van het hanteren van bepaalde rollen (zie ook de competenties genoemd bij professionaliteit).

- Hanteren *informed consent*.
- Omgang met crisissituaties.
- Inschatten en verminderen van risico.
- Hanteren van dwangmaatregelen.
- Hanteren van de rol van onafhankelijk beoordelaar (second opinion, rapportage, rapportage inzake (toewijzen van) het ouderlijk gezag, en omgangsregelingen, Bopz-maatregelen).
- Het dragen van (eind)verantwoordelijkheid in een multidisciplinair team.

1.4 De (kinder- en jeugd)psychiater vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe

Competenties ten aanzien van het medisch handelen, komen tot uiting in het hanteren van beroepskritische situaties, waarvan de eerste twee de onderdelen vormen van meldingsplicht voor wettelijke ondertoezichtstelling.

- Het bedreigde kind (in alle leeftijdsfasen).
- De ouder die niet in staat is het ouderlijk gezag (tijdelijk) te dragen.
- De suïcidale patiënt.
- Het agressieve kind.
- De angstige en/of achterdochtige patiënt.
- De verleidende, chanterende adolescent.
- De somatiserende patiënt in het somatiserende gezin.
- De psychotische en/of manische patiënt.
- De depressieve patiënt.
- De verslaafde patiënt.
- De autistische patiënt.

2 Communicatie

2.1 De (kinder- en jeugd)psychiater bouwt effectieve behandelrelaties op met patiënten, hun (beroeps)opvoeders en leerkrachten, rekening houdend met de juridische verhoudingen, zoals vastgelegd in het familierecht rondom ouderlijk gezag en informatieplicht aan niet-gezagdragende ouders

Dit komt tot uitdrukking in competentie ten aanzien van het vestigen en in stand houden van een werkrelatie, blijkend uit de volgende vermogens.

- Het creëren en in stand houden van de factoren die een goede werkrelatie bevorderen, zoals vertrouwen, eerlijkheid, openheid, veiligheid en vermogen tot introspectie (bij de psychiater).
- Het waarnemen en beheersen van interacties in individuele, partner-relatie-, gezins- en groeps-gesprekken.
- Het bereiken van overeenstemming over een behandelplan met alle betrokkenen, ook in contexten waarin er sprake is van:
 - culturele en religieuze diversiteit;
 - intellectuele beperkingen;
 - sociale achterstand;
 - onmacht;
 - druk van derden.

Dit komt daarnaast tot uitdrukking in competenties ten aanzien van het leren hanteren van de eigen rol, zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Leren herkennen, hanteren en gebruikmaken van (de impact van) eigen gevoelens en gedrag in de behandelrelatie, in het bijzonder met betrekking tot:
 - afstand en nabijheid;
 - overdracht en tegenoverdracht;
 - het verschil tussen inhouds- en betrekkningsniveau;
 - op de ziekte of stoornis berustende typische wijzen van interacteren met de arts.
- Vermogen tot zelfreflectie.
- Adequaat omgaan met klachten, fouten en ongelukken.

Dit komt ten slotte tot uitdrukking in competenties ten aanzien van omgang met opvoeders in de brede zin (binnen de wettelijke kaders), zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Informatie verwerven.
- Informatie kunnen delen (voorlichting) aangepast aan het intellectuele niveau en het sociale milieu van patiënt, familie en andere betrokkenen.
- Kunnen adviseren ten aanzien van behandelingsalternatieven en preventie.
- Kunnen motiveren.
- Kunnen omgaan met culturele en religieuze diversiteit.

2.2 De (kinder- en jeugd)psychiater luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie

Zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Inspelen op het ontwikkelingsniveau.
- Omgaan met complexe opvoedingssituaties.
- Ook tussen de regels door luisteren.
- Verbale en non-verbale communicatie adequaat interpreteren.
- Effectief communiceren met verbale, non-verbale en geschreven middelen.
- Steunen en motiveren.

2.3 De (kinder- en jeugd)psychiater bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie

Meer in het bijzonder gaat het daarbij om de volgende competenties.

- Het verwerven van relevante informatie.
- Het geven van voorlichting, aangepast aan het ontwikkelingsniveau van patiënt, en intellectuele niveau en het sociale milieu van familie en andere betrokkenen.
- Het kunnen adviseren ten aanzien van schoolse aangelegenheden.
- Het kunnen adviseren ten aanzien van behandelingsalternatieven en preventie.
- Kunnen motiveren.
- Het kunnen omgaan met culturele en religieuze diversiteit.

2.4 De (kinder- en jeugd)psychiater doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus

- Bijhouden van het medisch dossier, rekeninghoudend met de geëigende rechten op inzage van dragers van ouderlijk gezag, niet-gezagdragende ouders en de bijzondere rechten van kinderen vanaf 12 tot 16 jaar met betrekking tot privacy van informatie die zij zelf hebben verstrekt en aan derden onthouden kan worden, zo ook van ouders ten aanzien van de jongere.
- Adequate archivering.
- Het adequaat overdragen van kennis omtrent de patiënt bij waarneming.
- Adequate en tijdige berichtgeving aan collegae en derden.

3 Samenwerking**3.1 De (kinder- en jeugd)psychiater overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners****3.2 De (kinder- en jeugd)psychiater verwijst adequaat****3.3 De (kinder- en jeugd)psychiater levert, vraagt en bespreekt intercollegiaal/interdisciplinair consult op effectieve wijze****3.4 De (kinder- en jeugd)psychiater draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg**

De (kinder- en jeugd)psychiater functioneert adequaat in een multidisciplinair team, zoals blijkt uit de volgende vermogens.

- Functioneel leidinggeven aan een multidisciplinair behandelteam.
- Luisteren en helder communiceren.
- Vormgeven aan consistent beleid.
- Het uitschrijven van dit beleid in een voor allen toegankelijk en uitvoerbaar behandelplan
- Motiveren en richting geven.
- Het waarnemen en hanteren van groepsinteracties binnen het behandelteam, onder meer het adequaat hanteren van conflicten.
- Het handhaven van een balans tussen toegeven en ruggengraat tonen.

De (kinder- en jeugd)psychiater werkt adequaat samen met andere maatschappelijke actoren, zoals Bureau Jeugdzorg, IVH-teams, jeugdzorg, MEE, Raad voor de Kinderbescherming, het (speciaal en cluster onderwijs, de politie, het buurtwerk, de gemeente en dergelijke.

4 Kennis en wetenschap**4.1 De (kinder- en jeugd)psychiater beschouwt medische informatie kritisch en is in staat wetenschappelijke literatuur kritisch te evalueren****4.2 De (kinder- en jeugd)psychiater bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis**

Dit blijkt onder meer uit het vermogen een vraag uit de praktijk te vertalen in een vraag waar op basis van wetenschappelijk onderzoek iets over te zeggen valt.

4.3 De (kinder- en jeugd)psychiater ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan

Daardoor blijven kennis en klinische vaardigheden op peil en nemen waar mogelijk toe. Dit blijkt uit de volgende vaardigheden.

- Het herkennen van eigen beperkingen in kennis en vaardigheden
- Het zorg dragen voor relevante bij- en nascholing, zoals die vanuit de eigen beroepsgroep wordt aangedragen.
- Het vermogen adequaat gebruik te maken van beschikbare up-to-date informatie in medische bibliotheken, Medline, Cochrane en andere elektronische databases.
- Het vermogen (nieuwe) richtlijnen en protocollen in het eigen professionele handelen te integreren.
- Het vermogen om op basis van nieuw wetenschappelijk inzicht de eigen praktijkvoering te verbeteren.

4.4 De (kinder- en jeugd)psychiater bevordert de deskundigheid van studenten, aijs, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg en jeugdhulpverlening

5 Maatschappelijk handelen

5.1 De (kinder- en jeugd)psychiater kent en herkent de determinanten van ziekte

5.2 De (kinder- en jeugd)psychiater bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel

Dit komt tot uitdrukking in competenties ten aanzien van het uitvoeren van maatregelen met een publiek aspect op de volgende terreinen.

- Preventie.
- Gezondheidsbevordering en -ondersteuning.
- Voorlichting.
- Het signaleren en reageren op beleid, omstandigheden en maatschappelijke discussies met negatieve gevolgen voor de gezondheid of de belangen van patiënten en/of hun families.
- door adequate omgang met de media

5.3 De (kinder- en jeugd)psychiater handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen (Bopz, WGBO en andere)

Dit komt tot uiting in de volgende competenties van de psychiater.

- In staat zijn tot beoordeling van kinderen met betrekking tot de vraag of zij bedreigd worden in hun lichamelijke en/of zedelijke ontwikkeling (wettelijke OTS).
- In staat zijn tot geneeskundige beoordeling voor IBS of RM, alsmede onvrijwillige behandeling.
- Het om kunnen gaan met de diverse juridische kaders die voor de psychiater van belang zijn.
- In staat zijn tot het uitbrengen van psychiatrische rapportages.

De (kinder- en jeugd)psychiater heeft kennis van de volgende zaken.

- Juridische aspecten.
- Medisch ethische opvattingen, in het bijzonder met betrekking tot de psychiatrie.
- De werkzaamheden van de patiëntvertrouwenspersoon.
- Uitgangspunten van zelfhulp, zelfhulporganisaties en patiëntenverenigingen.

5.4 De (kinder- en jeugd)psychiater treedt adequaat op bij incidenten in de opvoeding en de zorg

De (kinder- en jeugd)psychiater is in staat het eigen handelen af te stemmen op andere vormen van maatschappelijke hulpverlening, zoals de politie, Raad voor de Kinderbescherming en dergelijke.

6 Organisatie

6.1 De (kinder- en jeugd)psychiater organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling

6.2 De (kinder- en jeugd)psychiater werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorg-organisatie

Effectiviteit en doelmatigheid betreffen ook de kwaliteit van het medisch handelen en de controle daarop. Voor deze controle op kwaliteit gelden de volgende competenties.

- In staat zijn de activiteiten zo te structureren dat men leert van collegae (*medical audit*).
- In staat zijn een geschikt systeem van review van dossiers en resultaten van behandeling te ontwikkelen.
- Evaluaties van patiënten kunnen verkrijgen en interpreteren (outcome, satisfactie).

6.3 De (kinder- en jeugd)psychiater besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord

De (kinder- en jeugd)psychiater heeft daartoe kennis van de volgende zaken.

- De verzekeringsaspecten en overheidsbeleid inzake geestelijke gezondheidszorg.
- Competenties van beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt.

6.4 De (kinder- en jeugd)psychiater gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg (elektronisch patiëntendossier), en voor bij- en nascholing

De (kinder- en jeugd)psychiater is in staat de eigen praktijk adequaat te organiseren, zoals tot uitdrukking komt in de volgende competenties.

- In staat zijn de omvang en aard van de eigen praktijk te bepalen.
- Verantwoord beheer van tijd, middelen.
- Verantwoord beheer van kosten.
- Adequaat regelen van de waarneming.
- Adequaat voorschrijfgedrag en overleg met apotheken.
- Vormgeven aan de professionele identiteit, zowel persoonlijk als op het niveau van de instelling.

De (kinder- en jeugd)psychiater neemt waar mogelijk en gewenst deel aan relevante overlegvormen en commissiewerk in de eigen beroepsgroep.

7 Professionaliteit

7.1 De (kinder- en jeugd)psychiater levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte, respectvolle en betrokken wijze en beschikt over een groot verantwoordelijkheidsgevoel

7.2 De (kinder- en jeugd)psychiater vertoont adequaat persoonlijk en intermenselijk professioneel gedrag

De psychiater heeft een scherp besef van en controle over de invloed van eigen belevingen, opvattingen en stijlkenmerken op de relatie met een patiënt en op de interpretatie van uitingen en observaties, ook binnen een behandelteam.

7.3 De (kinder- en jeugd)psychiater kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen

7.4 De (kinder- en jeugd)psychiater oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep

Zoals blijkt uit de volgende punten.

- Het zich houden aan ethische codes en juridische regels.
- Het vermogen om morele dilemma's te herkennen, aan de orde te stellen en waar mogelijk op te lossen.
- Het vermogen adequaat te reageren op onverantwoordelijk gedrag van collega's.

Bijlage VI

Ziektegebonden en psychotherapeutische leerdoelen medisch handelen voor het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie

Ziektegebonden leerdoelen

1 Stoornissen van de motoriek

Bij uitstek in de thema's: kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsfasen en leeftijden.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Luxerende, onderhoudende en beschermende omgevingsfactoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria van dynamische coördinatiestoornissen.
- Differentiële diagnostiek.
- Comorbiditeit.

Therapie

- Indicatiestelling voor ergo- en fysiotherapeutische technieken.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie voor verwijzing naar kinderneuroloog; kindersfysiotherapeut.

2 Verstandelijke beperkingen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsfasen en leeftijden.
- Kennis van de meest voorkomende syndromen en hun psychopathologie.
- Klinische genetica van de meest voorkomende stoornissen met ontwikkelingspsychopathologie en/of verstandelijke beperkingen.
- Aanpassingsproblemen bij kind en omgeving ten gevolge van een verstandelijke beperking.
- Regulatieproblemen (slaap- en eetgedrag) bij kinderen en adolescenten met een verstandelijke beperking.

Diagnose

- De diagnostische criteria.
- Differentiële diagnostiek.
- Comorbiditeit van verstandelijke beperkingen.

Therapie

- Specifieke aspecten van:
 - psycho-educatie bij verstandelijke beperkingen;
 - psychofarmacologie;
 - gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicaties voor genetisch en somatisch onderzoek.
- Indicatie voor behandeling.
- Samenwerking met voorzieningen voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie, ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, heel jonge kinderen, basisschoolkinderen, kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie.

Kennis**Algemeen**

- Terminologie: van Kanner tot autismespectrumstoornissen.
- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Ontwikkeling van het klinische beeld in de loop van de ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Neuropsychologische mechanismen.
- Diagnostische instrumenten.
- Sociale kaart van de autisme hulpverlening in Nederland.
- Prognose en beeld in de volwassenheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor autistische stoornis, de stoornis van Rett, de desintegratiestoornis, de stoornis van Asperger, PDD-NOS (inclusief MCDD).
- Vroege signalering en detectie.
- Differentiële diagnostiek: perceptiestoornissen (doofheid en blindheid), specifieke ontwikkelingsstoornissen, communicatiestoornis, verstandelijke beperking, genetische en somatische aandoeningen, ernstige vroegkinderlijke deprivatie, schizofrenie.
- Comorbiditeit: angststoornissen, (auto)agressie, hyperactiviteit en ADHD, obsessieve-compulsieve stoornissen, tics, epilepsie, leerstoornissen.
- Familiaire componenten: diagnostiek van de milde fenotypes in de familie.
- Protocol aanvullend pediatrisch, genetisch en kinderneurologisch onderzoek.

Therapie

- Psycho-educatie voor ouders, betrokkenen en begeleiders.
- Vroege interventies.
- Ouderbegeleiding.
- Medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen.
- Indicaties voor sociale vaardigheidstrainingen, (cognitieve) gedragstherapie.
- Educatieve benadering.
- Klinische en dagklinische stages.
- Voorzieningen in het onderwijs.
- Voorzieningen voor opvang buiten het gezin (logeeropvang, buitenschoolse opvang).

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen in alle ontwikkelingsstadia.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen, jeugdigen en volwassenen.

- Specifieke vaardigheden in het psychiatrische onderzoek.
- Toepassen van diagnostische instrumenten.
- Integreren van de diagnostiek na multidisciplinair onderzoek.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandel-/begeleidingsplan.
- Indicatie stellen voor onderwijsvoorzieningen en opvangvoorzieningen buiten het gezin.
- Indicatie stellen voor vaardigheidstrainingen en (cognitieve) gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten

4 Disruptieve stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie, ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie, basisschoolkinderen, adolescenten, kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, verslaving bij adolescenten, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie).

4.1 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij kinderen en jeugdigen

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsfasen en leeftijden.
- Variatiebreedte van de kernsymptomen binnen de normale ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Neuropsychologische mechanismen.
- Genetische en overige risicofactoren bij het kind.
- Luxerende, onderhoudende en beschermende omgevingsfactoren.
- Epidemiologie.
- Ontwikkeling van het klinische beeld tot in volwassenheid/prognose.

Diagnose

- Diagnostische criteria.
- Differentiële diagnostiek: pervasieve ontwikkelingsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, leerstoornissen, verstandelijke beperking, somatische aandoeningen.
- Relevantie informatie verschillende informanten (ouders, kind, school).
- Relevantie aanvullende onderzoek: pediatriesch, neurologisch, genetisch, (neuro)psychologisch, orthodidactisch, schoolobservatie, gezinsonderzoek.
- Meetinstrumenten voor screening en ernstmeting.
- Comorbiditeit: gedragsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, leerstoornissen, ticstoornissen, middelenmisbruik.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen.
- Psycho-educatie.
- Ouderbegeleiding.
- *Parent-management*training.
- Indicaties voor sociaalvaardigheidstrainingen, (cognitieve) gedragstherapie, systeemtherapie.
- Klinische en dagklinische stages.
- Voorzieningen in het onderwijs.
- Voorzieningen voor opvang buiten het gezin (logeeropvang, buitenschoolse opvang).
- Sociale kaart van de ADHD hulpverlening in Nederland.

Vaardigheden

- Signaleren en stellen van de diagnose in de diverse ontwikkelingsstadia.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen, jeugdigen en volwassenen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor screening en ernstmeting.
- Toepassen van diagnostische instrumenten.
- Specifieke aandachtspunten binnen het psychiatrisch onderzoek.
- Integreren van de diagnostiek na multidisciplinair onderzoek.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandelplan.
- Indicatie stellen voor, uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van specifieke symptomen.

- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Indicatie stellen voor (dag)klinische behandeling.
- Indicatie stellen voor onderwijsvoorzieningen en opvangvoorzieningen buiten het gezin.
- Indicatie stellen voor vaardigheidstrainingen, (cognitieve) gedragstherapie.

4.2 Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld.
- Ontwikkeling van het klinische beeld in de loop van de ontwikkeling.
- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren bij het kind.
- Risicofactoren in de omgeving.
- Beschermende factoren bij kind en omgeving.
- Pathogenese: genomgevingcorrelatie en genomgevinginteractie.
- Beloop en prognose.

Diagnose

- De diagnostische criteria van de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, de antisociale gedragsstoornis.
- Differentiële diagnostiek: ADHD, PDD-NOS, stoornis van Asperger, dysthyme stoornis, depressieve stoornis, reactieve hechtingsstoornis, stoornis in de impulsbeheersing, aanpassingsstoornis met een stoornis van het gedrag, ouder-kindrelatieprobleem (V-code), antisociaal gedrag bij kind of jeugdige (V-code).
- Comorbiditeit: ADHD, leesstoornis, taalstoornis, coördinatieontwikkelingsstoornis, zwakbegeerdheid, lichte zwakzinnigheid, dysthyme stoornis, depressieve stoornis, angststoornis, posttraumatische stressstoornis, dissociatieve stoornis.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Farmacotherapie en effectieve psychotherapeutische methoden.
- Oudertraining in opvoedingsvaardigheden.
- Training in sociale probleemoplossing voor het kind; cognitieve gedragstherapie.
- Gezinstherapie.
- Schoolbegeleiding.
- Dagbehandeling en klinische behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese en speciële anamnese.
- Gezinsanamnese.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Integreren van de diagnostiek na multidisciplinair onderzoek.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandel-/begeleidingsplan.
- Psycho-educatie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en bewaken van verschillende psychotherapeutische behandelingen.
- Indicatie stellen voor (dag)klinische behandeling.

5 Ticstoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie.

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsleeftijden.
- Ontwikkeling van het klinisch beeld in de loop van de ontwikkeling.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Luxerende, onderhoudende en beschermende omgevingsfactoren.
- Epidemiologie van tics op de kinderleeftijd en de stoornis van Gilles de la Tourette.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Gedrag van symptomen over de tijd, factoren bij *waxing and waning*.
- Diagnostische instrumenten.
- Ouder/patiëntenvereniging.
- Ontwikkeling op volwassen leeftijd.

Diagnose

- Criteria voor tics.
- Diagnostische criteria voor stoornis van Gilles de la Tourette, chronische motorische of vocale ticstoornis, passagère ticstoornis, ticstoornis niet anderszins omschreven.
- Differentiële diagnostiek: OCS, neurologische aandoeningen.
- Comorbiditeit: ADHD, ODD, OCS, angststoornissen en depressie, pervasieve ontwikkelingsstoornis.
- Familiaire componenten: diagnostiek van GTS, tics, OCS en ADHD, ODD, PDD-NOS, ook bij broertjes en zusjes.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Ambulante begeleiding.
- Medicamenteuze behandeling.
- Gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van diagnostische instrumenten en instrumenten voor ernstmeting.
- Integreren van de diagnostiek na multidisciplinair onderzoek.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandelplan.
- Psycho-educatie aan ouders en naasten.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Indicatiestellen voor gedragstherapie.

6 Verslavingen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, adolescenten, verslaving bij adolescenten, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Kennis van middelen en wijzen van middelenmisbruik, inclusief verslaving aan internet, gokken, seks en dergelijke.
- Genetische en overige risicofactoren en ook beschermende factoren bij kind/jongere.
- Risico- en beschermende factoren in de omgeving.
- Epidemiologie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor middelenaafhankelijkheid en verslaving.
- Differentiële diagnostiek: dubbeldiagnose, externaliserende stoornissen, internaliserende stoornissen
- Dubbeldiagnoses, comorbiditeit: ADHD, gedragsstoornissen, angststoornissen, autisme-spectrumstoornissen.

Therapie

- Motiverende gesprekstechnieken.
- Detoxificatie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie voor behandeling en verwijzingen.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Motiverende gesprekstechnieken.

7 Psychotische stoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie, adolescenten, verslaving bij adolescenten, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie.

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsleeftijden.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Luxerende en onderhoudende omgevingsfactoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria van schizofrenie, acute verwardheidstoestanden, bipolaire stoornissen, psychotische toestandsbeelden ten gevolge van middelenmisbruik.
- Differentiële diagnostiek: pervasieve ontwikkelingsstoornissen, angststoornissen, gestoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid.
- Comorbiditeit.

Therapie

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicaties voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Medicatie bij psychotische stoornissen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatiestelling voor behandeling
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Uitvoeren medicamenteuze behandeling.

8 Stemmingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie, ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie, consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, adolescenten, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Klinische beeld van depressieve en bipolaire stoornissen in de diverse ontwikkelingsleeftijden.
- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren en beschermende factoren bij het kind.
- Luxerende en onderhoudende en beschermende systeemfactoren.
- Psychologische mechanismen.
- Neurobiologische mechanismen.

- Epidemiologie en risicofactoren voor suïcide en suïcidale ideaties op de diverse leeftijden.
- Diagnostische instrumenten.
- Prognose en beeld in de volwassenheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor depressieve stoornis, dysthyme stoornis, atypische depressie, psychotische depressie.
- De diagnostische criteria voor bipolaire stoornissen.
- Differentiële diagnostiek: angststoornis, chronischevermoeidheidssyndroom, drugmisbruik, anorexia nervosa, schizofrenie, ADHD, persoonlijkheidstrekken.
- Comorbiditeit: angststoornissen en ADHD.
- Familiaire belasting van stemmingsstoornissen.
- Somatische oorzaken en somatische comorbiditeit.
- Inschatting en beoordeling van suïcidaliteit en suïciderisico.

Therapie

- Cognitieve gedragstherapie.
- Interpersoonlijke therapie voor adolescenten (IPT-A).
- Gezinstherapie.
- Medicamenteuze therapie.
- Lichttherapie.
- ECT.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen in alle ontwikkelingsstadia.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en ouders.
- Specifieke vaardigheden in het psychiatrische onderzoek.
- Toepassen van diagnostische instrumenten en instrumenten voor ernstmeting.
- Integreren van de diagnostiek na een multidisciplinair uitgevoerd onderzoek.
- Indicatiestelling voor behandelingen.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandelplan.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

9 Angst- en dwangstoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrische psychotherapie, heel jonge kinderen, basisschoolkinderen, adolescenten.

9.1 Angststoornissen bij kinderen en jeugdigen

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsfasen/leeftijden.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling (normale en pathologische angst).
- Psychologische mechanismen.
- Epidemiologie.
- Neurobiologische mechanismen.
- Genetische en overige risicofactoren bij het kind.
- Luxerende en onderhoudende omgevingsfactoren.
- Diagnostische instrumenten.
- Prognose en beeld in de volwassenheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria van separatieangststoornis, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, selectief mutisme, paniekstoornis.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoeningen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, psychosen, middelenmisbruik, delirium.
- Comorbiditeit: depressie, ADHD, gedragsstoornissen, somatoforme stoornissen, slaapstoornissen, middelenmisbruik.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Gedragstherapie.
- Cognitieve gedragstherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en volwassenen.
- Specifieke vaardigheden in het leren onderscheiden van normale en overmatige angst.
- Uitvoeren psycho-educatie (ouders, kind, leerkracht).
- Uitvoeren medicamenteuze behandeling.
- Indiceren cognitieve gedragstherapie.

9.2 Obsessieve-compulsieve stoornissen bij kinderen en jeugdigen

Kennis

Algemeen

- Variatiebreedte van OCS-specifieke symptomen binnen de normale ontwikkeling.
- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsfasen/leeftijden.
- Epidemiologie.
- Neurobiologische mechanismen.
- Psychologische mechanismen.
- Genetische risicofactoren.
- Prognose en beeld in de volwassenheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria van OCS.
- Specifieke aandachtspunten binnen het psychiatrisch onderzoek.
- Gezinsfunctioneren (inclusief diagnostiek milde fenotypes in familie).
- Relevantie informatie verschillende informanten (ouders, kind, school).
- Relevantie aanvullende onderzoeken: pediatrisch, neurologisch, genetisch, (neuro)psychologische, orthodidactisch, schoolobservatie, gezinsonderzoek.
- Meetinstrumenten voor screening en ernstmeting.
- Differentiële diagnostiek: ticstoornis, autisme/PDD-NOS, psychose, angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen.
- Comorbiditeit: ticstoornis, ADHD.

Therapie

- (Cognitieve) gedragstherapie inclusief mediatietherapie.
- Psycho-educatie.
- Medicamenteuze behandeling.
- Gezinstherapie.
- Begeleiding onderwijs.
- (Dag)klinische behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en stellen van de diagnose.
- Afnemen ontwikkelingsanamnese bij kinderen/jongeren en volwassenen.
- Toepassen van meetinstrument voor screening en ernstmeting.
- Integreren van de diagnostiek na multidisciplinair onderzoek.
- Indicatiestelling (cognitieve) gedragstherapie.
- Indicatiestelling en uitvoeren medicamenteuze behandeling.
- Opstellen, bewaken en aansturen van een multidisciplinair behandel-/begeleidingsplan.
- Psycho-educatie aan ouders en naasten.
- Indicatiestelling speciaal onderwijs; begeleiden onderwijskundigen.
- Indicatiestelling voor (dag)klinische behandeling.
- Sturing geven aan (dag)klinische behandelingsprogramma's.

9.3 Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en jeugdigen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Psychologische mechanismen.
- Neurobiologische mechanismen.
- Klinisch beeld: acute stressstoornis; posttraumatische stressstoornis.
- Klinisch beeld in de verschillende ontwikkelingsleeftijden.
- Kwetsbaarheid (genetische bijdrage; temperament).
- Beschermende factoren (sociale steun; copingstijl).
- Diagnostische instrumenten.

Diagnose

- De diagnostische criteria van PTSS.
- Differentiële diagnostiek: andere psychische stoornissen die gepaard gaan met pathologische angst.
- Comorbiditeit: depressie, angststoornissen, dissociatieve stoornissen, hechtingsstoornissen, somatoforme stoornissen, slaapstoornissen, middelenmisbruik.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Cognitieve gedragstherapie.
- *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR)
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose.
- Ontwikkelingsanamnese bij kinderen en volwassenen.
- Specifieke vaardigheden in het leren onderscheiden van normale en pathologische reacties op schokkende gebeurtenissen.
- Uitvoeren psycho-educatie (ouders, kind, leerkracht).
- Uitvoeren medicamenteuze behandeling.
- Indiceren EMDR.
- Indiceren cognitieve gedragstherapie.

10 Genderidentiteitsstoornissen en seksuele stoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: heel jonge kinderen, adolescenten.

Kennis

Algemeen

- Genderidentiteitsontwikkeling in verschillende fasen van de ontwikkeling.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Genderdisforie.
- Transvestisme en andere seksuele gedragingen in de adolescentie.
- Transseksualiteit.

Diagnose

- De diagnostische criteria: transseksualiteit en andere genderdisforieën.
- Differentiële diagnostiek: ambigue genitalia.
- Comorbiditeit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Kennis verwijsmogelijkheden naar landelijke gespecialiseerde centra.
- Indicatie voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

11 Stoornissen met somatische symptomen of oorzaken bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, basisschoolkinderen, somatische gezondheidszorg.

11.1 Somatoforme stoornissen bij kinderen, jeugdigen en in gezinnen

Kennis

Algemeen

- Epidemiologie.
- Terminologie (functionele klachten, onbegrepen lichamelijke klachten, specifieke syndromen: zoals chronischevermoeidheidssyndroom, RAP (*recurrent abdominal pain*)).
- Spectrum van onschuldige voorbijgaande klachten tot stoornis met diagnostici en behandelars in diverse vakgebieden.
- Luxerende en onderhoudende factoren bij het kind en in de omgeving.

Diagnose

- Diagnostische criteria in DSM-IV en in de pediatrie (bijvoorbeeld voor chronischevermoeidheidssyndroom).
- Psychologische mechanismen.
- Comorbiditeit: angst(stoornissen), depressieve klachten/stoornis, rouw, traumatisering.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Systeeminterventies.
- (Cognitieve) gedragtherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatiestelling voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Gezinstherapie.
- Creëren van werkrelatie met kind/gezin dat niet specifiek vraagt om kinderpsychiatrische verwijzing.
- Samenwerking met kinderarts/-neuroloog en eventueel fysiotherapie en gezamenlijk behandeling vormgeven.
- Opstellen en bewaken van een behandelplan.
- Begeleiding school.

11.2 Nagebootste stoornissen bij kinderen en jongeren

Kennis

Algemeen

- Conversies en de Münchhausen by proxy.
- Samenwerkingsvormen en de vertrouwensarts als moderator bij vermoedens van Münchhausen by proxy.

Diagnose

- Diagnostische criteria.
- Differentiële diagnostiek.
- Somatoforme stoornis.

Therapie

- Het bieden van een 'eervolle uitweg' aan kind en gezin.
- Het voorkomen van verdere medicalisering.
- Gezinsinterventies.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Creëren van werkrelatie met kind/gezin.
- Samenwerking met kinderarts/-neuroloog en gezamenlijk behandeling vormgeven.

11.3 Psychische problemen/stoornissen bij kinderen en jeugdigen met ernstig lichamelijk lijden

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld in alle ontwikkelingsleeftijden.
- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Neurobiologische mechanismen.
- Luxerende en onderhoudende en beschermende omgevingsfactoren.

Diagnose

- Diagnostische criteria.
- Differentiële diagnostiek.
- Comorbiditeit: angststoornissen, stemmingsstoornissen, regulatiestoornissen, gedragsstoornissen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

11.4 Delirium bij kinderen

Kennis

Algemeen

- Klinisch beeld.
- De pathofysiologie van het delirium.
- Luxerende factoren, zoals infectie, koorts, dehydratie, elektrolytstoornis, polyfarmacie, anticholinerge psychofarmaca, deficiënties, onttrekking van middelen, intoxicatie, operatie.
- Risicofactoren, zoals ondervoeding.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor delirium door een somatische aandoening.
- Differentiële diagnostiek: angststoornissen, acute opwindingstoestanden, acute psychose, dissociatie.
- Indicaties voor somatisch onderzoek.

Therapie

- Preventieve maatregelen.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Oorzakelijke factoren herkennen en indicatie stellen voor somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Structurerende, psychologische en beschermende interventies en adviezen.
- Psycho-educatie aan patiënt, naasten en somatische behandelaars.

12 Regulatiestoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: heel jonge kinderen, adolescenten.

12.1 Eetstoornissen

Kennis

Algemeen

- Eetstoornissen en *failure to thrive* bij jonge kinderen.
- Anorexia en boulimia nervosa bij kinderen en adolescenten.

Diagnose

- Diagnostische criteria voor anorexia en boulemia nervosa in DSM-IV.
- Diagnostische instrumenten.
- Luxerende en onderhoudende systeemfactoren.
- Comorbiditeit: angst(stoornissen), depressieve klachten/stoornis, rouw, traumatisering.

Therapie

- Psycho-educatie.
- (Cognitieve) gedragstherapie.
- Gezinsinterventies.
- Medicamenteuze interventies.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie stellen voor behandeling.
- Multidisciplinaire behandelinzet.

12.2 Slaapstoornissen

Kennis

Algemeen

- Slaapfysiologie in verschillende ontwikkelingsfasen.

Diagnose

- Diagnostische criteria.
- Psycho-educatie.

Therapie

- (Cognitieve) gedragstherapie.
- Gezinsinterventies.
- Medicamenteuze interventies.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Slaapanamnese opnemen.
- Slaapmonitoring.
- Gerichte psycho-educatie geven.
- Indicatie stellen voor behandeling.
- Afgewogen medicamenteuze interventies aanbieden.

12.3 Enuresis en encopresis

Kennis

Algemeen

- Kennis van de normaliteit van zindelijkheidsontwikkeling.
- Kennis van de prevalentie van verstoorde uitscheidingspatronen in verschillende ontwikkelingsfasen.

Diagnose

- Diagnostische criteria in DSM-IV van enuresis en encopresis.

Therapie

- Psycho-educatie.
- Gedragsinterventies.
- Medicamenteuze interventies.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Psycho-educatie geven over zindelijkheidspsychohygiëne.
- Indicatie stellen voor behandeling.

13 Aanpassingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen

Bij uitstek in de thema's: ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, heel jonge kinderen, basisschoolkinderen, kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, orthopsychiatrie/forensische psychiatrie, somatische gezondheidszorg.

Kennis

Algemeen

- Definitie en klinisch beeld in alle ontwikkelingsleeftijden.

- Variatiebreedte van de normale ontwikkeling.
- Luxerende en onderhoudende en beschermende omgevingsfactoren.

Diagnose

- De diagnostische criteria van aanpassingsstoornissen met stoornissen in de emotie, gedrag of de gemengde vormen.
- Differentiële diagnostiek: normale rouw.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Indicatie voor behandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Kortdurende medicamenteuze ondersteuning.

14 Psychopathologie bij heel jonge kinderen

Bij uitstek in de thema's: heel jonge kinderen in hun opvoedingscontext.

Kennis

Algemeen

- De normale ontwikkeling tot zes jaar: lichamelijk, motorisch, taal en spraak, intelligentie, sociaal-emotioneel, impuls- en agressieregulatie.
- Ontwikkeling van ouderschap.
- Normale en gestoorde hechting.
- Normale en pathologische ouder- kindinteracties.
- Meest voorkomende chromosomale syndromen, die tot retardatie en ontwikkelingspsychopathologie kunnen leiden.

Diagnose

- Diagnostische classificatiesystemen: beperkingen en mogelijkheden bij infants.
- Diagnostische criteria en processen van: traumatische stressstoornissen, affectieve stoornissen (angststoornissen, stemmingsstoornissen, genderidentiteitsstoornissen), reactieve hechtingsstoornissen, aanpassingsstoornissen, regulatiestoornissen (stoornissen in slaapgedrag, stoornissen in eetgedrag), stoornissen in de relatievorming en communicatie (pervasive ontwikkelingsstoornissen), algemene retardatie, specifieke ontwikkelingsstoornissen (taal, spraak, motorische coördinatiestoornissen).
- Indicaties voor aanvullend onderzoek: genetisch, pediatriesch, neuropsychologisch.

Therapie

- Therapeutische interventies bij zeer jonge kinderen: gedragstherapie, ouder-kindtherapie, psychofarmacologie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Bepalen van niveau van vaardigheden: motoriek, spraak/taal, mentaal en sociaal-emotioneel.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van farmacotherapie.
- Indicatie stellen en interpretatie van psychologisch onderzoek.
- Indicatie stellen voor gedragstherapie, gericht op vaardigheden en (on)gewenst gedrag.
- Indicatie stellen voor systeemtherapie en steunende begeleiding.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde hulpverleners en instellingen.
- Psycho-educatie aan patiënt en opvoedingsomgeving.

Psychotherapeutische leerdoelen

(Cognitieve) gedragstherapie

Kennis

- Leertheoretische principes bij kinderen en jeugdigen.
- Gedragstherapeutische diagnostiek.
- Gedragstherapeutische behandelingen en technieken bij kinderen en jeugdigen.

- Evidence-based gedragstherapeutische behandelingen.
- Indicaties voor (cognitieve) gedragstherapeutische behandeling.

Vaardigheden

- Indicatiestelling voor (cognitieve) gedragstherapie.
- Uitvoeren van gedragstherapeutische diagnostiek bij kinderen en jeugdigen.
- Uitvoeren van (cognitieve) gedragstherapieën onder supervisie.

Systeemtherapie

Kennis

- Systeemtheoretische principes toepasbaar bij gezinnen en multidisciplinaire teams in (dag) klinische setting.
- Normale ontwikkeling van gezinnen.
- Intacte, één-ouder- en samengestelde gezinnen.
- Normale (adaptieve) en gestoorde (maladaptieve) gezinsinteracties.
- Transgenerationele patronen.
- Interactie tussen gezin en psychopathologie bij het kind.
- Evidence-based systeemtherapie.
- Indicaties voor gezinstherapie.

Vaardigheden

- Verrichten van gezinsdiagnostisch onderzoek.
- Toepassen instrumenten voor gezinsdiagnostisch onderzoek.
- Toepassen van systeemtherapeutische interventies.
- Uitvoeren van systeembehandeling onder supervisie.
- Consultatie met betrekking tot systeemfactoren in de (dag)klinische setting.

Psychodynamische psychotherapie

Kennis

- De ontwikkeling van het ego, de objectrelaties, de afweermechanismen.
- De psychosociale ontwikkeling.
- Normale en gestoorde hechting.
- Mentaliseren.
- Therapeutvariabelen.
- Overdracht en tegenoverdracht.
- Indicaties voor psychodynamische therapie.

Vaardigheden

- Procesbegeleiding/-therapie kunnen aangaan waarin het kind of de jeugdige centraal staat.
- Voortgang van de ontwikkeling veilig kunnen stellen (egosupport kunnen bieden).
- Verandering kunnen bewerkstelligen door inzicht te bieden.
- Verandering kunnen bewerkstelligen door corrigerende ervaringen te bieden.
- Ervaringen kunnen bewerken.

Ouderbegeleiding

Kennis

- Ouderschap.
- Ouderlijk gezag.
- Opvoedingsstijlen.
- Intacte, één-ouder- en samengestelde gezinnen.
- Ouderbegeleiding bij psychotherapie.
- Begeleidingsvormen in de verschillende ontwikkelingsfasen.
- Indicaties voor ouderbegeleiding.

Vaardigheden

- Indicatie stellen voor ouderbegeleiding.
- Uitvoeren ouderbegeleiding.

Bijlage VII

Specialismegebonden competenties ouderen- psychiatrie

1 Medisch handelen

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie: heeft specialistische kennis en vaardigheden met betrekking tot het vakgebied. Dit blijkt uit de werkwijze, waarbij alle aspecten van de psychiatrische stoornis, gerontologie, somatiek en sociale situatie worden geïntegreerd in de diagnostiek en het behandelbeleid.

1.1 Gerontologie

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie heeft kennis van de volgende zaken.

- Psychologische aspecten van veroudering zoals bepaald door levenservaring, confrontatie met een veranderende gezondheid en veranderingen in de sociale context.
- Biologische aspecten van veroudering.
- Sociaal-maatschappelijke aspecten van veroudering.
- Cultureel-historische achtergrond van ouderen.

1.2 Psychiatrie bij de oudere mens

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie kan kennis toepassen van en/of bij de volgende punten.

- Algemene psychiatrische ziektebeelden, hun prevalentie, presentatie en beloop bij ouderen.
- Specifieke verschijningsvormen en beloop van psychiatrische stoornissen bij ouderen, zoals stemmings-, angst-, psychotische en persoonlijkheidsstoornissen.
- Verslavingsproblemen, ontstaanswijze en beloop, bij ouderen.
- Delier in zijn verschillende vormen met als specifieke aspecten:
 - kunnen diagnosticeren van symptomen in verschillende verschijningsvormen;
 - differentiaaldiagnostiek, multifactoriële ontstaanswijze;
 - behandeling: hierover op specialistisch niveau kunnen overleggen met andere disciplines.
- Dementieën, de verschillende vormen, met als specifieke aspecten:
 - diagnosticeren van symptomen, subtypen, beloopsvormen, psychiatrische comorbiditeit, epidemiologie, pathogenese en moleculair-genetische aspecten van de meest voorkomende oorzaken;
 - het verrichten en interpreteren van lichamelijk onderzoek gericht op oorzaak van dementie;
 - indicaties voor aanvullend onderzoek en kunnen beoordelen, eventueel in collegiaal overleg, en interpreteren hiervan;
 - cognitieve, gedrags- en functiebeoordelingsschalen en kunnen beoordelen en interpreteren hiervan;
 - farmacotherapeutische en niet-farmacotherapeutische interventies bij behandeling van de cognitieve, psychiatrische en gedragsstoornissen;
 - het bepalen van zorgbehoefte;
 - diverse zorgmogelijkheden en de indicatie/overleg organen;
 - systeemaspecten rond de dementiepatiënt;
 - medisch etische aspecten rond dementie (vroegdiagnostiek, vertellen van diagnose, wilsbe kwaamheid, rijvaardigheid, levensbeëindiging).
- Psychopathologie voortkomende uit een somatische ziekte en de interactie tussen psychiatrische stoornissen en somatische ziekten.

- Mogelijke invloed van farmacotherapie voor een somatische aandoening en polyfarmacie op het psychiatrische toestandsbeeld en een afweging kunnen maken, in collegiaal overleg, met betrekking tot de noodzaak van toepassing.
- Psychologische c.q. psychiatrische aspecten bij lichamelijke ziekte.
- Specifieke risicofactoren bij ouderen, zoals somatische comorbiditeit.
- Aangrenzende vakgebieden, zoals de klinische geriatrie, neurologie, neuroradiologie, verpleeghuisgeneeskunde, neuropsychologie en kunnen integreren van de kennis uit deze vakgebieden in de diagnostiek en behandeling van psychopathologie bij ouderen.
- Het lichamenlijk (inclusief neurologisch) onderzoek en het interpreteren ervan in de context van de psychopathologie.
- De indicaties voor, beperkingen en interpretatie van:
 - medisch onderzoek: onderzoek door andere medische specialisten, laboratorium-, genetisch, neurofysiologisch, beeldvormend en functioneel beeldvormend onderzoek;
 - psychologisch onderzoek: neuropsychologisch, persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen, cognitieve, gedrags- en functiebeoordelingschalen;
 - sociaal-maatschappelijk en systeemonderzoek.
- Aan de leeftijd gerelateerde medisch-etische aspecten en principes.
- Het inschatten van de betekenis en consequenties (voor de patiënt) van diagnostiek en behandeling in relatie tot de verwachte levensduur en kwaliteit van leven.
- Het beoordelen van de mate van kwetsbaarheid, belastbaarheid, vermogen tot autonoom functioneren en wilsbekwaamheid.
- Het bepalen van het niveau van functioneren en de zorgbehoefte.
- Adequaats hanteren van problemen rond de huidige classificatiesystemen en de beperkingen ervan bij ouderen.

1.3 De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie stelt prioriteiten en is in staat de volgorde in de behandeling te bepalen, aangepast aan de oudere patiënt

Hij/zij kan de volgende interventies toepassen.

- Neurobiologische interventies:
 - farmacotherapeutische interventies;
 - indicatiestelling van ECT, bekendheid met en kennis van ECT, de plaats van ECT bij ouderen, zowel met als zonder psycho-organische comorbiditeit;
 - indicatie stellen voor andere biologische behandelmethoden.
- Psychologische interventies: cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Technieken en psychiatrische psychotherapie.
- Systeemgerichte interventies:
 - het geven van voorlichting en psycho-educatie;
 - het verrichten van of indiceren voor systeeminterventies en systeemtherapie;
 - het verrichten van of indiceren voor sociaal-maatschappelijke interventies, voorlichting en consultatie.
- Omgevingsgerichte interventies:
 - het initiëren van aanpassingen in de leefomgeving, waarbij kennis over zorgmogelijkheden en indicatie/overleg organen.

1.4 De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie vindt snel de vereiste informatie en past die goed toe

2 Communicatie

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 2.1 communiceert vaardig met de oudere patiënt met taal- en spraakproblemen, concentratieproblemen, cognitieve problemen en zintuiglijke beperkingen en bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op;
- 2.2 heeft vaardigheid om bij het informatie verzamelen en de behandeling van de patiënt op correcte wijze het systeem te betrekken;
- 2.3 gaat vaardig om met andere professionele hulpverleners in de zorgketen om effectief te communiceren over de individuele patiënt, rekening houdend met de grenzen van de geheimhoudingsplicht;
- 2.4 doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus.

3 Samenwerking

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 3.1 werkt adequaat samen met andere disciplines, zoals paramedici en de gebruikelijke leden van een multidisciplinair behandelteam;
- 3.2 geeft vorm aan nauwe samenwerking met huisartsen en medische specialisten, zoals de internist, de klinisch geriater, de neuroloog, de verpleeghuisarts;
- 3.3 zet de genoemde samenwerking in perspectief met specifiek op ouderen van toepassing zijnde onderwerpen als levensverwachting en kwaliteit van leven;
- 3.4 beheerst de veel voorkomende samenwerkingsvormen in de ouderenpsychiatrie, zoals consultatie in het verzorgings- en verpleeghuis, ziekenhuis of naar de eerste lijn.

4 Kennis en wetenschap

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 4.1 beschouwt medische informatie kritisch en is in staat wetenschappelijke literatuur kritisch te evalueren;
- 4.2 draagt kennis over aan andere disciplines ten behoeve van consultatie en is in staat binnen een multidisciplinair team kennishiaten met betrekking tot ouderenpsychiatrie te signaleren, en vergroting c.q. verdieping van kennis, ook op vlak van de samenhang psychiatrie en somatiek, te bevorderen;
- 4.3 ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan;
- 4.4 is in staat relevante kennis en vaardigheden op te doen uit aangrenzende disciplines en specialismen.

5 Maatschappelijk handelen

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 5.1 kent en herkent de effecten van veroudering bij de oudere mens en determinanten van ziekte bij de oudere patiënt;
- 5.2 is zich bewust van de bijzondere, vaak kwetsbare positie van de oudere patiënt in de samenleving en is zich bewust van de risico's voor de oudere mens bij veranderingen in de samenleving en is in staat hulp te bieden of te organiseren bij het optreden van negatieve gevolgen van die veranderingen;
- 5.3 heeft kennis van de relevante, op ouderen van toepassing zijnde, juridische aspecten en hanteert deze op een juiste wijze en heeft kennis van beperkende maatregelen die specifiek op bepaalde ouderen van toepassing zijn (zoals fixatie) en hun juridische context;
- 5.4 treedt adequaat op bij incidenten in de zorg, ook in de context van ketenzorg.

6 Organisatie

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 6.1 integreert genoemde kennis met betrekking tot de organisatie in zijn/haar handelen en houdt zicht op de balans in het werk ten aanzien van patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling;
- 6.2 werkt effectief en doelmatig binnen een organisatie en kan de specifieke positie van de ouderenpsychiatrie binnen een ggz-organisatie en in samenwerking met ketenpartners vormgeven
- 6.3 heeft kennis van de organisatie van het zorgcircuit en de ketenzorg voor ouderen zowel op het terrein van de ggz als de ouderengeneeskunde en -zorg;
- 6.4 kan adequate indicaties en contra-indicaties voor verwijzing naar andere voorzieningen in het zorgcircuit voor ouderen realiseren;
- 6.5 heeft aandacht voor het specifieke behandelmilieu voor ouderen;
- 6.6 besteedt de beschikbare middelen effectief en heeft daartoe kennis van verzekeringsaspecten en overheidsbeleid rond de oudere patiënt;
- 6.7 heeft kennis over de competenties van beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt.

7 Professionaliteit

De psychiater werkzaam in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie:

- 7.1 levert hoogstaande patiëntenzorg en gaat daarbij op een verantwoorde manier om met de autonomie van de oudere patiënt;
- 7.2 vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag, rekeninghoudend met de team- en organisatiecultuur binnen een psychiatrisch ouderencircuit;
- 7.3 is zich bewust van de specifieke overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen in de behandeling van de oudere patiënt;
- 7.4 kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daarbinnen en is zich bewust van zijn/haar eigen gevoelens en de invloed daarvan op het handelen ten aanzien van ouder worden en ouderdom;
- 7.5 gaat zorgvuldig en integer om met vraagstukken rondom kwaliteit van leven en levenseinde, en is in staat de wilsbekwaamheid van een patiënt op een graduele schaal te beoordelen.

Bijlage VIII

Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen ouderenpsychiatrie

Kennis en vaardigheden voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie

1 Cognitieve en andere psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening

Bij uitstek in de thema's: klinische ouderenpsychiatrie, ambulante ouderenpsychiatrie, consultatieve ouderenpsychiatrie, psychogeriatric, somatische gezondheidszorg bij ouderen.

1.1 Delirium

Kennis

- Kennis van de symptomen van het delier in verschillende verschijningsvormen.
- Kennis van de differentiaaldiagnostiek van delier (dementie, manie, psychose, depressie).
- Kennis van de verschillende oorzaken en de epidemiologie.
- Kennis van de multifactoriële ontstaanswijze.
- Kennis van de behandeling van de verschillende verschijningsvormen van het delier.

Vaardigheden

- Signaleren en kunnen diagnosticeren van symptomen van het delier in zijn verschillende verschijningsvormen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Op specialistisch niveau kunnen overleggen met andere disciplines en vaststellen van gezamenlijke behandeling van delier.
- Indicatie stellen voor, uitvoeren en bewaken van farmacotherapeutische en niet-farmacotherapeutische behandeling van het delier.
- Voorlichting geven aan en aansturen van verzorgenden betrokken bij de behandeling van de delirante patiënt.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Herkennen en behandelen van comorbide psychiatrische stoornissen.
- Nazorg verlenen na herstel van delier aan de patiënt en de betrokkenen.

1.2 Dementie

Kennis

- Kennis van de symptomen, subtypen, beloopvormen en differentiële diagnostiek van dementie.
- Kennis van psychiatrische comorbiditeit bij dementie.
- Kennis van de epidemiologie, pathogenese en moleculair-genetische aspecten van de meestvoorkomende oorzaken van dementie en amnestische stoornissen, zoals ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, parkinsondementie-complex, lewy-bodydementie.
- Kennis van het multifactoriële karakter van de verschillende verschijningsvormen.

- Kennis van de indicaties voor en beperkingen van geavanceerd neuromedisch onderzoek zoals neuropsychologisch onderzoek, EEG, CT, MRI, SPECT, laboratoriumonderzoek.
- Kennis van te hanteren cognitieve gedrags- en functiebeoordelingsschalen, inclusief de beperkingen ervan.
- Kennis van farmacotherapeutische interventies en niet farmacotherapeutische interventies ter behandeling van de cognitieve, de psychiatrische en de gedragsstoornissen.
- Kennis van de diverse zorgmogelijkheden en de hiertoe functionerende indicatie- en overlegorganen.
- Kennis van systeemaspecten rond de dementiepatiënt.
- Kennis van de medisch etische aspecten rond dementie (vroegdiagnostiek, mededelen van de diagnose, wilsbekwaamheid, rijvaardigheid, levensbeëindiging).

Vaardigheden

- Herkennen van symptomen van dementie.
- Kunnen diagnosticeren van dementie.
- Kunnen verrichten van lichamelijk (inclusief neurologisch) onderzoek gericht op de oorzaak van dementie.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Kunnen indiceren voor en beoordelen en interpreteren van de uitslagen van geavanceerd neuromedisch onderzoek.
- Op specialistisch niveau kunnen overleggen met andere disciplines en vaststellen van diagnose en eventueel gezamenlijke behandeling.
- Kunnen indiceren voor en interpreteren van de hierboven vermelde beoordelingsschalen.
- Kunnen indiceren en toepassen van farmacotherapeutische interventies en niet-farmacotherapeutische interventies ter behandeling van de cognitieve, de psychiatrische en de gedragsstoornissen.
- Kunnen bepalen van de zorgbehoefte en kunnen indiceren voor de benodigde zorg.
- Psycho-educatie kunnen geven aan de patiënt met dementie, rekening houdend met de cognitieve beperkingen, en aan de betrokken familie.
- Voorlichting geven aan patiënten, naasten en verzorgenden.
- Met de patiënt en de betrokken familie de bovengenoemde medisch etische aspecten rond dementie kunnen bespreken.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.

1.3 Amnestische stoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- Oorzaken: voedingsdeficiëntie, middelengebruik, strategisch infarct.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor amnestische stoornis door een middel.
- Differentiële diagnostiek: dementie, delirium, depressieve stoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, normale veroudering.

Therapie

- Interventie bij thiaminesubstitutie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van voedingsdeficiënties en behandeling van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerd zorgkader.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.4 Overige psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening

Kennis

Etiopathogenese

- Neurobiologische mechanismen.
- Organische oorzaken: ziekte van Parkinson, Huntington, Wilson, andere interne en neurologische afwijkingen, intoxicaties, antipsychotische medicatie (maligne neurolepticumsyndroom).

Diagnose

- De diagnostische criteria voor katatone stoornis.
- De diagnostische criteria voor het maligne neurolepticumsyndroom.
- Differentiële diagnostiek: delirium, andere psychotische stoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, conversiestoornis, nagebootste stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, stemmingsstoornis.
- Comorbiditeit: schizofrenie, depressieve stoornis.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Indicaties voor elektroconvulsietherapie.
- Behandeling van primaire oorzaak, comorbiditeit en complicaties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Gerichte heteroanamnese opnemen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

1.5 Persoonlijke verandering door een somatische aandoening

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening.
- Differentiële diagnostiek: dementie, delirium, intoxicaties, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, andere psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van (neuro)psychologisch onderzoek.
- Gericht beeldvormend en verder hulponderzoek aanvragen en interpreteren.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Gerichte heteroanamnese afnemen.
- Indicatie stellen voor neuroloog of andere somatisch specialist.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.

2 Psychotische stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische ouderenpsychiatrie, ambulante ouderenpsychiatrie, consultatieve ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie.

Kennis

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- Neurobiologische en psychologische ontwikkelingsmechanismen.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopbeïnvloedende factoren.
- Pathogenetische mechanismen van wanen en hallucinaties.

- Neurobiologische en neuropsychologische stoornissen.
- Culturele invloeden.
- Laat ontstane versus vroeg ontstane stoornissen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, dementie en intoxicatie door middelen.
- De dimensionale symptoomdomeinen.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressieve stoornis, angststoornis, middelengebruik, persoonlijkheidsstoornis) en somatisch (zoals diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoening).
- Suïcidaliteit en zelfverwaarlozing.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de anti-psychotische medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie.
- Indicaties voor psychosociale interventies.
- Juridische kaders, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antipsychotische en overige medicamenteuze behandeling in verschillende stadia van het ziekteproces.
- Herkennen en behandelen (dan wel indicatie stellen voor een somatisch specialist) van medicatiebijwerkingen van de verschillende antipsychotica, zoals parkinsonsyndroom, tardieve dyskinesie, acute dystonie, akathisie, maligne neurolepticumsyndroom, gewichtstoename, seksuele functiestoornis, diabetes mellitus.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Uitvoeren van resocialisatie en structurerende begeleiding.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Indicatie stellen voor cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Indicatie stellen voor psychosociale behandelvormen, zoals thuiszorg en arbeidsrehabilitatie, en voor gespecialiseerde instellingen.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

3 Stemmingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische ouderenpsychiatrie, ambulante ouderenpsychiatrie, consultatieve ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie, psychiatrische psychotherapie bij ouderen.

3.1 Depressieve stoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- Genetische, leeftijds- en seksspecifieke kenmerken en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische, waaronder psychodynamische, mechanismen.
- Somatische oorzaken.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen van depressieve klachten.
- Heterogeniteit depressie op late leeftijd.
- Rol somatische en cerebrale comorbiditeit op hoge leeftijd.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de depressieve en dysthyme stoornissen en stemmingsstoornissen door een somatische aandoening of een middel.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, dementie, aanpassingsstoornis, rouwreactie, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (zoals angststoornis, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis) en somatisch (zoals schildklierfunctiestoornis).
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve, interpersoonlijke en psychodynamische therapie.
- Indicaties voor en bijwerkingen van elektroconvulsietherapie met weging comorbiditeit.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.
- Leeftijdgebonden presentatie herkennen.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van antidepressieve medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van antidepressiva.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van interpersoonlijke, psychodynamische en systeemtherapie en voor psychosociale behandelvormen.
- Indicatie stellen voor lichttherapie en elektroconvulsietherapie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Nazorg verlenen na herstel aan de patiënt en de betrokkenen.

3.2 Bipolaire stemmingsstoornissen**Kennis****Etiopathogenese**

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopbeïnvloedende factoren.
- Beloopsvormen, waaronder *rapid cycling*.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor de bipolaire I- en II-stoornissen en cyclothyme stoornis.
- Differentiële diagnostiek: andere stemmingsstoornis, psychotische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, gedragsstoornis en aandachtstekortstoornis.
- Comorbiditeit: alcohol- en middelenmisbruik.
- Meetinstrumenten voor screening en gestructureerde ernstmeting.
- Beoordeling van suïcidaliteit.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van de stemmingsstabilisatoren.
- Indicaties voor cognitieve en interpersoonlijke therapie.
- Juridische kaders en maatregelen, zoals onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Maatregelen bij suïcidaliteit.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Toepassen van meetinstrument voor screening en gestructureerde ernstmeting.
- Opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling met stemmingsstabilisatoren en andere middelen.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van stemmingsstabilisatoren en overige medicatie.
- Uitvoering van structurerende begeleiding, waaronder het opstellen van een crisisplan.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie.
- Herkennen en hanteren van suïcidaliteit.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van dwangbehandeling.

4 Angst- en dwangstoornissen

Bij uitstek in de thema's: ambulante ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie, psychiatrische psychotherapie bij ouderen.

4.1 Angststoornissen**Kennis****Etiopathogenese**

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en beloopbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.
- Cultureel bepaalde uitingsvormen.
- Stressfysiologie en -psychologie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor paniekstoornis met en zonder agorafobie, fobische stoornis, stressgerelateerde stoornis en gegeneraliseerde angststoornis.
- Differentiële diagnostiek: stemmingsstoornis, psychotische stoornis.
- Comorbiditeit: psychiatrisch (depressie, middelenmisbruik) en somatisch (zoals cardiaal).
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van anxiolytische en antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie en gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Toepassen van meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.
- Cultuurgebonden presentaties herkennen.

- Leeftijdgebonden presentatie herkennen.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en gedragstherapie met modificaties bij ouderen.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

4.2 Obsessieve-compulsieve stoornis

Kennis

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- Genetische en overige risicofactoren.
- Luxerende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Neurobiologische en psychologische mechanismen.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor obsessieve-compulsieve stoornis.
- Differentiele diagnostiek ten opzichte van andere angststoornissen, stemmingsstoornis, psychotische stoornis, stoornis van de lichaamsbeleving, hypochondrie, eetstoornis, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
- Comorbiditeit: andere angststoornis.
- Meetinstrumenten voor gestructureerde ernstmeting.

Therapie

- Antidepressieve medicijnen.
- Indicaties voor cognitieve therapie, exposure en andere vormen van gedragstherapie.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrument voor gestructureerde ernstmeting.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicatie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve therapie en exposure.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5 Stoornissen met vooral somatische symptomen

Bij uitstek in de thema's: consultatieve ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie, somatische gezondheidszorg bij ouderen, psychiatrische psychotherapie bij ouderen.

5.1 Somatoforme stoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- Predisponerende, luxerende, onderhoudende en verloopsbeïnvloedende factoren.
- Zieken- en invalidenrol.
- Kenmerkende interactiepatronen tussen patiënt en arts/zorgcircuit, al dan niet cultureel bepaald.
- Psychologische mechanismen.
- Onderliggende somatische aandoening.
- Fysiologie en psychologie van vermoeidheid.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor conversiestoornis, somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en neurasthenie, pijnstoornis, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving.
- Differentiële diagnostiek: somatische aandoening, dissociatieve stoornis, angststoornis, depressieve stoornis, seksuele stoornis, nagebootste stoornis, simulatie.

Therapie

- Indicaties voor steunende en suggestieve behandeling.
- Indicaties voor doorbreking van rolbevestiging in systeem en arts-patiëntinteracties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van symptoomgerichte suggestieve behandeling en doorbreking van rolbevestigende interacties.
- Tegengaan van overmatige medische consumptie en ziektewinst.
- Relaxatietherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.2 Dissociatieve stoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor dissociatieve amnesie, dissociatieve fugue, dissociatieve identiteitsstoornis, depersonalisatiestoornis.
- Differentiële diagnostiek: posttraumatische stressstoornis, conversiestoornis, amnestische stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.

5.3 Seksuele functiestoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- De variatiebreedte van de normale seksuele responscyclus en de pathofysiologie van seksuele functiestoornissen bij mannen en vrouwen.
- Culturele en religieuze invloeden.
- Seksualiteit en veroudering.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor stoornissen in het seksueel verlangen, seksuele opwindingsstoornissen, orgasmestoornissen, seksuele pijnstoornissen.
- Differentiële diagnostiek: seksuele functiestoornissen veroorzaakt door een somatische aandoening of een (genees)middel.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornis.

Vaardigheden

- Problematiek bespreekbaar maken bij ouderen.
- Signaleren en diagnose stellen.
- Behandeling van seksuele functiestoornissen ten gevolge van een geneesmiddel.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of een somatisch specialist.
- Psycho-educatie aan patiënt en partner.

5.4 Eetstoornissen

Kennis

Diagnose

- De diagnostische criteria voor anorexia nervosa en bulimia nervosa.
- Differentiële diagnostiek: depressie, angststoornis, somatisatiestoornis, stoornis in de impulsbeheersing.
- Comorbiditeit: depressieve stoornis, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis.
- Somatische complicaties.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of een somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

5.5 Slaapstoornissen*Kennis*

Etiopathogenese

- Variatiebreedte van normale circadiane patronen.
- Slaap en veroudering.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor primaire insomnia, primaire hypersomnia, narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek, nachtmerries, pavor nocturnus, slaapwandelen.
- Differentiële diagnostiek: depressieve stoornis, angststoornis, door middelen geïnduceerde slaapstoornis en somatische aandoening.

Therapie

- Indicaties, contra-indicaties, doseringen, werkingsmechanismen en bijwerkingen van hypnotische medicijnen.
- (Verslavings)risico's van hypnoticagebruik.
- Andere medicamenteuze behandelingen.
- Dagstructurering en slaaphygiëne.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van cognitieve of gedragstherapie.
- Indicatie stellen voor aanvullende diagnostiek en gespecialiseerde instelling.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

6 Verslavingen

Bij uitstek in de thema's: ambulante ouderenpsychiatrie, consultatieve ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie, somatische gezondheidszorg bij ouderen.

6.1 Aan een middel gebonden stoornissen*Kennis*

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- De fysiologische effecten van psychoactieve stoffen: alcohol, amfetamine, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, opioïden, fencyclidine, sedativa, hypnotica en anxiolytica.
- Risicofactoren: genetisch, psychologisch (waaronder psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen), sociaal.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor afhankelijkheid, onthouding, intoxicatie en chronisch misbruik van alcohol, amfetamines, cafeïne, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, nicotine, fencyclidine, hypnoticum, anxiolyticum.
- De psychische en somatische effecten die veroorzaakt worden door gebruik, intoxicatie en/of abstinentie van de diverse middelen.
- Somatische en psychiatrische comorbiditeit.
- Meetinstrumenten voor screening.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling van afhankelijkheid, intoxicatie en onthouding.
- Gespecialiseerde instellingen.
- Juridische kaders en maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenendlaboratoriumonderzoek.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Toepassen van meetinstrument voor screening.
- Het opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling van intoxicatie en onthouding van psychoactieve middelen.
- Indicatie stellen voor gespecialiseerde instelling.
- Bevorderen van therapietrouw.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Nazorg verlenen na herstel aan de patiënt en de betrokkenen.

7 Persoonlijkheidsstoornissen en aanpassingsstoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische ouderenpsychiatrie, ambulante ouderenpsychiatrie, consultatieve ouderenpsychiatrie, gerontopsychiatrie, somatische gezondheidszorg bij ouderen, psychiatrische psychotherapie bij ouderen.

7.1 Persoonlijkheidsstoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- Epidemiologie.
- Genetische en andere risicofactoren.
- Temperamenten en persoonlijkheidsdimensies.
- Ontwikkelingskenmerken.
- Psychologische en sociale mechanismen.
- Persoonlijkheid en veroudering.
- Culturele invloeden.

Diagnose

- De beperkte waarde van diagnostische criteria voor paranoïde, schizoïde, schizotypische, antisociale, borderline, theatrale, narcistische, ontwijkende, afhankelijke, obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis bij ouderen.
- Differentiële diagnostiek: schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis, aandachtstekortstoornis, depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornis, aan middelen gebonden stoornis.
- Comorbiditeit: stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, stoornis in de impulsbeheersing.
- Meetinstrumenten voor screening en gestructureerde diagnostiek bij ouderen.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Behandelstrategie bij (auto)agressief of suïcidaal gedrag.
- (Tegen)overdracht en handhaving van therapeutische relatie.
- Consultatie aan ketenzorgpartners om schadelijke effecten te beperken.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Toepassen van meetinstrumenten voor screening en gestructureerde diagnostiek.
- Het opnemen van een gerichte heteroanamnese.
- Herkennen en behandelen van psychiatrische comorbiditeit.
- Indicatiestellen voor en interpreteren van (neuro)psychologisch onderzoek (persoonlijheidsdiagnostiek).

- Herkennen en hanteren van suicidaliteit.
- Interdisciplinair overleg over diagnostiek en beleid vormgeven.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van een psychotherapeutische behandeling.
- Indicatie stellen voor een gespecialiseerde behandelaar of instelling.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Toepassen van structurerende begeleiding en hanteren van (tegen)overdracht.
- Toepassen van behandelstrategieën ter voorkoming van crisissituaties.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.
- Beoordelen voor inbewaringstelling en rechterlijke machtiging.

7.2 Aanpassingsstoornissen

Kennis

Etiopathogenese

- Variatiebreedte van normale stressreacties.
- Copingmechanismen en -stijlen.
- Invloed van veroudering en levensfase op coping.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor aanpassingsstoornissen met depressieve stemming en/of angst, dan wel stoornis in het gedrag.
- Differentiële diagnostiek: normale stressreactie, rouwreactie, acculturatieprobleem, angststoornis, depressieve stoornis.
- Comorbiditeit: persoonlijkheidsstoornis.

Therapie

- Indicaties voor kortdurende psychotherapie.
- Medicamenteuze behandeling.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Indicatie stellen voor en interpreteren van screenend laboratoriumonderzoek.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van kortdurende individuele psychotherapie.
- Indicatie stellen voor en uitvoeren van systeeminterventie.
- Psycho-educatie aan patiënt en naasten.

Bijlage IX

Afkortingen en begripsomschrijvingen*

Aandachtsgebied	Deelgebied binnen het medisch specialisme psychiatrie waarvoor expliciet omschreven verdieping binnen of van na de opleiding tot psychiater een voorwaarde is, dat als zodanig is goedgekeurd door het bestuur van de NVVP, en waarvan de psychiater een door NVVP uitgegeven aantekening verkrijgt
Algemene competenties	De zeven competenties, met per competentie vier subcompetenties, gebaseerd op de CanMEDS competenties, geldend voor alle specialismen (zie Kaderbesluit): Medisch handelen, Communicatie, Samenwerking, Kennis en wetenschap, Organisatie en Professionaliteit
BBOV	Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen
BBOV-huisje	Een figuur in de vorm van een huisje waarin alle onderdelen van het opleidingsplan zijn ondergebracht
Besluit psychiatrie	Besluit van het CCMS dat betrekking heeft op de specifieke eisen voor de opleiding tot psychiater
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists; een netwerk voor medische educatie, dat heldere en hoge standaarden instelt voor essentiële competenties die van een medisch specialist worden verwacht in Canada
CBOG	College van Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, rechtsstreek ressorterend onder de minister van vws, dat a.o. alle opleidingsorganen in de gezondheidszorg bundelt
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CNO	Commissie Nieuwe Opleidingseisen van het Concilium Psychiatricum
Competentie	De bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke authentieke context adequaat uit te voeren door geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken/eigenschappen
Concilium Psychiatricum	Opleidingscommissie van de NVVP
Eindtermen	Geven weer waar elke psychiater aan behoort te voldoen en zijn daarmee het na te streven niveau voor de aios en ze zijn gebaseerd op het beroepsprofiel; voor de psychiatrie bestaan deze uit de 'Specialismegebonden competenties' en 'Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen'

Kaderbesluit	Besluit van het CCMS dat betrekking heeft op de algemene eisen van de opleiding, registratie en herregistratie van medische specialisten en van de erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen
Leertherapeut	Een psychiater die is ingeschreven in het register van een specialistische vereniging voor psychotherapie, dan wel een vergelijkbare ervaring heeft, die de aios psychotherapie aanbiedt in het kader van de opleiding, gericht op het persoonlijke leven en de psychische, sociale of biografische determinanten van het gedrag van de aios en de ontwikkeling van diens reflectieve vaardigheden
Mentor	Een psychiater, lid van de opleidingsgroep, die verantwoordelijk is voor de coaching van de aios betreffende diens persoonlijke en professionele functioneren in het dagelijks werk
MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OOR	Onderwijs- en Opleidingsregio: samenwerkingsverband van opleidingsinrichtingen rondom ieder der acht UMC's
Opleidingsplan	Beschrijving van de opleiding tot specialist; omvat het geheel van competenties, onderwijsmethode, -activiteiten en -materiaal, toetsing en kwaliteitszorg over het opleidingsplan; dit geheel wordt beeldend samengevat in het 'BBOV-huisje'
Psychiatrie	Het medisch specialisme dat zich richt op de integrale somatische, psychische en sociale diagnostiek, preventie en behandeling van stoornissen in de cognitieve functies, de emotionele functies, de psychomotoriek, de motivatie en het gedrag
Portfolio	Door de aios bij te houden dossier met (1) beoordelingsgegevens op basis waarvan leerdoelen geformuleerd kunnen worden en gereflecteerd kan worden op het functioneren, (2) aftekening van verplichte onderdelen, (3) toetsuitslagen
Specialismegebonden competenties psychiatrie	Algemene competenties uitgewerkt voor het specialisme psychiatrie
Stage	Een gedeelte van de opleiding dat gevolgd wordt bij een opleidingsinrichting en dat is omschreven wat betreft duur (een half of een heel jaar) en inhoud (één of meer thema's, bestaande uit (a) één of meer behandelcontexten en (b) een patiëntenpopulatie naar leeftijd en eventueel (c) één of meer patiëntenpopulaties naar psychiatrisch deelterrein, of (d) een niet aan directe psychiatrische patiëntenzorg gebonden werkterrein).
Supervisor	Een psychiater, lid van de opleidingsgroep, die verantwoordelijk is voor de supervisie van de aios betreffende diens persoonlijk en professioneel functioneren in het dagelijkse werk

Supervisor psychotherapie	Een psychiater die is ingeschreven in het register van een specialistische vereniging voor psychotherapie, dan wel een vergelijkbare ervaring heeft, of psychotherapeut, lid van de opleidingsgroep, die verantwoordelijk is voor de supervisie van de aios betreffende diens psychotherapeutische verrichtingen
Thema	Omschreven gebied van stoornissen, problemen en/of situaties, relevant en/of kenmerkend voor het vakgebied, die een indeling geven van de opleiding op basis van de werkzaamheden van de specialist; thema's zijn bundelend en vereenvoudigend, geven overzicht over het specialisme en vormen een leidraad voor het opleidingsplan, en dus ook voor de toetsing; thema's zijn idealiter een vereenvoudigde weergave van een zo groot mogelijke dekking van het vakgebied.
UMC	Universitair Medisch Centrum: samenwerkingsverband van de Medische Faculteit van een Universiteit met het bijbehorend Academisch Ziekenhuis
Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen	Uitwerking van de specialismegebonden competentie medisch handelen naar psychiatrische ziekten/stoornissen

* Zie ook het Kaderbesluit CCMS voor Begripsomschrijvingen

