

De multidisciplinair werkende psychiater in de Herziene Profielschets Psychiater

Juridisch en organisatorisch buiten de werkelijkheid?

R.J.A. TEN DOESSCHATE, J.H. HUBBEN

SAMENVATTING In de Herziene Profielschets Psychiater wordt gesteld: ‘multidisciplinaire samenwerking laat dus onverlet de hoofdregel dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft gezien een onderzoek of behandeling kan indiceren’. In deze benadering wordt geen rekening gehouden met het feit dat veel psychiaters werkzaamheden verrichten in dienstverband. In dat kader gelden meer en andere juridische en organisatorische regels dan voor de zelfstandig gevestigde psychiater. Daaraan wordt in de profielschets ten onrechte voorbijgegaan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 389-393]

TREFWOORDEN indicatie, indicatiestelling, multidisciplinaire samenwerking, profielschets psychiater

In de Herziene Profielschets Psychiater heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) met betrekking tot de indicatiestelling een passage opgenomen over de verantwoordelijkheid van de psychiater die werkzaam is in een multidisciplinair team. Dit heeft geleid tot onrust binnen de beroepsgroep, omdat een voldoende juridische onderbouwing ontbreekt.

VOORGESCHIEDENIS

In augustus 1996 bracht het bestuur van de NVVP het rapport *Profielchets Psychiater* uit (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1996). In 2003 besluit het bestuur van de NVVP dat deze profielschets aan herziening toe is en stelt hiervoor een commissie samen onder voorzitterschap van prof. dr. G.F. Koerselman. De *Herziene Profielschets Psychiater* (www.nvvp.net) wordt in stemming gebracht onder de leden van de NVVP. In de begeleidende brief deelt de voorzitter mee dat het bestuur beslo-

ten heeft een eerder door de commissie geschrapt passage over de rol van de psychiater die werkzaam is in een multidisciplinair team, met betrekking tot indicatiestelling, weer op te nemen in de ter stemming voorgelegde profielschets. Deze passage over de multidisciplinaire werkwijze luidt als volgt: ‘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 multidisciplinair 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 [cursivering auteurs].'

Ter onderbouwing van deze wijziging voegt het bestuur een advies bij van mr. dr. J. Legemaate, die verbonden is aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. In dat advies stelt hij: '(...) Is het überhaupt denkbaar dat een psychiater onderzoek of behandeling indiceert zonder de patiënt zelf te zien en te spreken? Kijkend naar zowel de algemene medisch-professionele regels voor het indiceren van onderzoek en behandeling, als naar de tuchtrecht-spraak daarover (en meer specifiek naar tuchtrecht-spraak over bijvoorbeeld een psychiater die op afstand – via de telefoon – een oordeel over een patiënt velt zonder eigen onderzoek) moet het antwoord op die vraag ontkennend luiden. In elk geval is het zien en spreken van de patiënt de 'hoofdregel'. Overeenkomstig de opmerkingen onder punt 2 [het citaat hierboven] is het dus ook in het kader van multidisciplinaire samenwerking een geldende hoofdregel dat de indicerende psychiater de patiënt zelf moet zien en spreken. Dat kan door op de in aanmerking komende plaats in par. 3.6 de volgende aanvulling op te nemen: "Multidisciplinaire samenwerking laat dus onverlet de hoofdregel dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft gezien een onderzoek of behandeling kan indiceren." Tot slot en om misverstanden te voorkomen: het zal regelmatig gebeuren dat een behandelaar een psychiater in consult roept en hem/haar een reactie vraagt op een bepaalde kwestie rond een patiënt. Vaak zal de psychiater dan een (beknopte) reactie geven of een suggestie doen, zonder de patiënt verder te kennen of te hebben gezien. Mits met terughoudendheid toegepast lijkt dat geen probleem: de eindverantwoordelijkheid voor de indicatie en behandeling komt niet bij de psychiater, maar blijft bij de eigenlijke behandelaar. Zodra echter een psychiater een onderzoek of een behandeling indiceert, neemt en heeft hij voor die indicatie de volle verantwoordelijkheid. En

dan geldt dat het zien van de patiënt hoofdregel is.'

De herziene profielschets en het advies van Legemaate roepen een aantal juridische en inhoudelijke vragen op. De kern daarvan is dat de inmiddels met ruime meerderheid aangenomen profielschets geheel voorbijgaat aan de situatie binnen een instelling. Met instelling worden hier niet alleen het psychiatrisch ziekenhuis en de polikliniek bedoeld, maar ook een academisch ziekenhuis, een groepspraktijk en dergelijke. Als een psychiater werkzaam is in een instelling, is er in het algemeen sprake van een aanstelling in dienstverband en dat heeft consequenties voor de organisatorische randvoorwaarden waarbinnen die functie wordt vervuld. Dit wordt nog versterkt door het feit dat geen rekening is gehouden met de eisen inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en evenmin met eisen die de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet) aan het bestuur van een zorginstelling stelt met betrekking tot de toedeling van verantwoordelijkheden aan individuele beroepsbeoefenaren. Ten slotte wordt ook aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) voorbijgegaan: op grond van die wet hebben immers de beoefenaren van in artikel 3 of artikel 14 geregelde beroepen eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Deze aspecten worden hieronder nader toegelicht en beargumenteerd.

COMMENTAAR

Het lijkt erop dat de *Herziene Profielschets Psychiater* ervan uitgaat dat het niet uitmaakt of de psychiater werkzaamheden verricht in vrije vestiging dan wel in dienstverband. In paragraaf 3.5 staat letterlijk: '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.' Hier is sprake van een fundamenteel misverstand dat consequenties heeft voor de in de herziene profielschets gekozen benadering.

Ten eerste vloeit uit de aanstelling in dienstverband immers voort dat de psychiater ook te maken heeft met de organisatorische randvoorwaarden die de instelling heeft vastgesteld. Natuurlijk kan tegen die randvoorwaarden onder omstandigheden bezwaar worden gemaakt, maar de drempel daarvoor is hoog. Het klassieke voorbeeld is het geval waarin sprake is van gewetensbezwaar.

Ten tweede werkt het genoemde misverstand ook door in de verdere uitwerking van de herziene profielschets. Zo wordt in paragraaf 3.2.1 uitsluitend aandacht besteed aan het 'contract' tussen psychiater en patiënt waar bedoeld wordt op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De juridische werkelijkheid is echter dat in geval van een psychiater in dienstverband deze behandelingsovereenkomst totstandkomt tussen de instelling als rechtspersoon en de patiënt (zie artikel 7:446 Burgerlijk Wetboek) en dat de instelling ter uitvoering van die overeenkomst psychiaters of andere BIG-erkende professionals kan inzetten. Op basis van die behandelingsovereenkomst draagt de instelling in juridisch opzicht de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de inrichting van het proces van besluitvorming, toedeling van verantwoordelijkheid, inrichting van overleg en dergelijke, en niet de psychiater. Dit aspect verdwijnt in paragraaf 3.2.1 volledig achter de horizon en de verantwoordelijkheid van de instelling – en dus van het bestuur van de instelling – wordt miskend. Bij de vrijgevestigde psychiater is in dit opzicht de situatie anders: deze psychiater sluit rechtstreeks een behandelingsovereenkomst met de patiënt. Indien de vrijgevestigde specialist werkzaam is in het ziekenhuis, draagt ook het ziekenhuis een eigen verantwoordelijkheid.

In de derde plaats bepaalt de Kwaliteitswet in artikel 2: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.' Artikel 3 luidt, voor zover hier van belang: 'De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zo-

wel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg.' De zorgaanbieder – daaronder valt ook het psychiatrisch ziekenhuis en andere instellingen van deze aard – dient dus verantwoorde zorg aan te bieden en daarbij zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Het bestuur van de instelling heeft op grond van de Kwaliteitswet een prominente rol in de toedeling van deze verantwoordelijkheid. Ook daaraan wordt in de profielschets voorbijgegaan.

Tot slot is het in de praktijk niet ongebruikelijk dat binnen de instelling een psychiater voorzitter en/of behandelteamcoördinator is van een multidisciplinair team met daarin andere beroepsbeoefenaren. Genoemd kunnen worden ex artikel 14 BIG: psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten; en ex artikel 3 BIG: artsen, gz-psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen. Al deze beroepsbeoefenaren zijn bevoegd en bekwaam om zelfstandig individuele gezondheidszorg uit te oefenen zoals bedoeld in de Wet BIG. Dat in een dergelijk team ook mensen werken die in opleiding zijn voor een van de genoemde beroepen, blijft hier buiten beschouwing, omdat de relatie opleider-opleideling elders (onder meer in opleidingseisen) geregeld is.

Elke beoefenaar van een van de genoemde beroepen is gehouden zich niet buiten het in de Wet BIG globaal voor zijn professie omschreven deskundigheidsgebied te begeven. In dat kader is elk van deze beroepsbeoefenaren (ook tuchtrechtelijk) verantwoordelijk voor zijn of haar diagnostisch en therapeutisch handelen, begeleiden, verplegen en verzorgen. In het kader van deze wet zijn verder bepaalde handelingen voorbehouden aan bepaalde beroepen. Daarnaast is in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening het voorschrijven van geneesmiddelen voorbehouden aan artsen, waarbij het conform de professionele standaard gebruikelijk is dat de voorschrijvende arts de patiënt zelf gezien heeft.

Ook moet elk van deze beroepsbeoefenaren, daar waar zijn bevoegdheden en bekwaamheden tekortschieten, een meer of anders deskundige collega's in consult roepen. Zoals hierboven beschreven gaat de patiënt die in behandeling komt bij een instelling, een behandelingsovereenkomst aan met die instelling. Op basis daarvan en op basis van de Kwaliteitswet moet het bestuur zorgdragen voor een goede verantwoordelijkheidstoedeling en schakelt het voor de uitvoering van deze overeenkomst een daarvoor geschikt geachte medewerker in. Het ligt voor de hand dat het bestuur daartoe de meest breed opgeleide medewerker kiest. Dat kan de psychiater zijn, maar dat hoeft niet zonder meer het geval te zijn. De psychiater, in die functie geplaatst, beoordeelt of andere teamleden zorgvuldig handelen en verantwoorde zorg geven. Als deze functionaris van mening is dat diagnostiek, indicatiestelling of behandeling niet aan die normen voldoen, wordt niet voldaan aan de eisen die onder meer de behandelingsovereenkomst met zich meebrengt. Het is ook aan deze psychiater om te bepalen in welke gevallen de patiënt gezien moet worden door welke beroepsbeoefenaren. Vanuit die functie kan de psychiater andere professionals functionele aanwijzingen geven. Dit geldt overigens ook als deze functie door een andere beroepsbeoefenaar dan een psychiater wordt vervuld. Juridisch gezien is er geen enkele reden om dwingend voor te schrijven dat een psychiater, in de functie van behandelcoördinator, alle patiënten persoonlijk moet zien. In de praktijk gebeurt dit ook niet en is dit niet noodzakelijk. Het is gewrongen en bovendien onjuist om die noodzaak te baseren op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dit laat onverlet dat de psychiater, daar waar zij of hij dit noodzakelijk acht, de patiënt zelf moet onderzoeken en niet slechts 'zien', zoals de profielschets stelt.

CONCLUSIE

De thans vigerende profielschets van 2005 van de NVVP stelt dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft 'gezien' een onderzoek of be-

handeling kan indiceren. Dit is stellig te verdedigen voor een vrijgevestigd psychiater, die in een eigen praktijk zelf de behandelingsovereenkomst aangaat met de patiënt. De patiënt die onder behandeling komt bij een instelling, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, gaat echter een overeenkomst aan met (het bestuur van) die instelling. Die instelling moet vervolgens zorgen dat er een juiste verantwoordelijkheidstoedeling plaatsvindt tussen de verschillende (BIG-geregistreerde) beroepsbeoefenaren. Als de psychiater hierin een uitgesproken rol heeft, bijvoorbeeld als teamcoördinator, moet de psychiater erop toezien dat onderzoek, indicatie, behandeling en evaluatie van die behandeling volgens de binnen de instelling geldende regels geschieden. In dat kader zal de psychiater op indicatie patiënten zelf onderzoeken. De hierboven besproken passage over de rol van de psychiater bij multidisciplinaire samenwerking kan dus beter uit de profielschets verwijderd worden, dan wel worden voorzien van de kanttekening dat deze uitsluitend betrekking heeft op de zelfstandig gevestigde psychiater.

LITERATUUR

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (1996). *Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Herziene Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

AUTEURS

R. J. A. TEN DOESSCHATE is psychiater en directeur van Adhesie te Deventer.

J. H. HUBBEN is advocaat bij Nysingh advocaten-notarissen in Arnhem en hoogleraar gezondheidsrecht aan de Medische en Juridische Faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: R.J.A. ten Doesschate, psychiater, directeur Adhesie, Postbus 5003, 7400 GC Deventer.

E-mail: r.tendoesschate@adhesie.nl.

J.H. Hubben, Nysingh advocaten-notarissen, Postbus 9220, 6800 KA Arnhem.

E-mail: j.h.hubben@nysingh.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-11-2005.

SUMMARY

'The psychiatrist working in a multidisciplinary team and the revised profile of the psychiatrist' – R.J.A. ten Doesschate, J.H. Hubben –

The document entitled 'Herziene Profielsschets Psychiater (Revised Profile of a Psychiatrist)' contains the following statement: 'Belonging to and working in a multidisciplinary team does not invalidate one of the fundamental rules of psychiatric practice according to which the psychiatrist can only refer a patient for investigation and treatment if he himself has actually seen the patient'. This statement overlooks the fact that many psychiatrists are employees i.e. they work in hospitals or group practices, and are not in private practice. As employees they fall under a larger body of legal and organisational rules and regulations than do psychiatrists in private practice. The revised profile fails to take this aspect into account.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 389-393]

KEY WORDS indication, multidisciplinary cooperation, profile, psychiatrist