

De rol van de psychiater binnen het nieuwe ggz-landschap

M. DESTOOP



Een jaar geleden startte ik als jonge psychiater vol enthousiasme en verwachtingen in een geestelijke gezondheidszorg (ggz) in evolutie. In het kielzog van Nederland en Groot-Brittannië vinden in België momenteel zinvolle ggz-hervormingen plaats met het oog op vermaatschappelijking van zorg. Dit maakt enerzijds dat het boeiende tijden zijn voor een beginnend psychiater om de zorg van de patiënt te verbeteren, maar anderzijds werd ik geconfronteerd met twee opmerkelijke zaken: ten eerste de rol als beleidspsychiater en ten tweede de gesplitste rol van beleidspsychiater en behandelend psychiater.

Nieuwe ggz-landschap

Allereerst een kleine toelichting over het nieuwe ggz-landschap. Sinds 2007 worden in België de hervormingen binnen artikel 107 (Van Hecke e.a. 2011) tot uitvoer gebracht om de invulling van 5 functies te realiseren. Deze functies zijn: 1. ggz-promotie, preventie, vroege detectie en interventie; 2. mobiele behandelingsteams; 3. psychosociale rehabilitatie; 4. residentiële ggz-units; 5. specifieke woonvormen (www.psy107.be). Deze hervormingen nopen ons tot nadenken over onze (nieuwe) rol als psychiater binnen dit ggz-landschap.

Rol als beleidspsychiater

De profielschets opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onderscheidt verschillende rollen op het gebied van behandeling en beleid. Het beroep van psychiater wordt in de profielschets omschreven als '*primair behandelend, medisch-specialistisch beroep*', dat wil zeggen een verbijzondering van het basisberoep van arts (NVvP 2005). Een psychiater dient zich dus hoofdzakelijk bezig te houden met de individuele behandeling van de patiënt (het operationele beleidsniveau inclusief).

Men kan zich dan afvragen in welke mate een psychiater een rol dient op te nemen als beleidsmaker binnen een ggz-organisatie of -netwerk. Uiteindelijk zijn op dit niveau vooral bekwame bestuurders nodig en maakt de beroepstitel niet het verschil. Bovendien bestaat er een tekort aan psychiaters, wat ons dwingt om psychiaters in te zetten in die rol waarin ze uniek zijn, bijvoorbeeld voor de individuele (medicamenteuze) behandeling.

Een belangrijk argument pleit echter voor een rol als beleidsmaker voor de psychiater binnen ggz-organisaties en -netwerken. De behandeling is het primaire gebeuren binnen een ggz-organisatie en de psychiater kan dit principe vanuit zijn of haar ethische rol als arts bewaken, opdat middelen en de organisatie niet het belangrijkste worden. Juist de brede competentie van de psychiater die daarenboven eindverantwoordelijke is voor de behandeling, maakt hem of haar geschikt om de koppeling te maken tussen patiëntenzorg en beleid (van Andel & Können 2007). Gezien het toenemend aantal projecten en netwerken binnen artikel 107 in België en het tekort aan psychiaters, is het nodig om systematisch na te gaan binnen welke organisaties een psychiater een beleidsfunctie moet opnemen.

Voor jonge psychiaters, als ikzelf, is het alleszins wenselijk aan de nieuwe rol van psychiater waar plots managementtaken en behartigen van belangen tot je kerntaken horen, terwijl je als psychiater in opleiding vooral leert op het vlak van behandelinhoudelijke aspecten (Tijdink 2013). De opleiding tot psychiater dient dus te worden afgestemd op de rol van beleidspsychiater, nadat duidelijk is binnen welke functies van artikel 107 een beleidsfunctie is weggelegd voor de psychiater.

Beleidspsychiater versus behandelaar

In de praktijk voldoen de meeste psychiaters in multidisciplinaire behandelteams aan de volledige profielschets volgens de NVvP. Denk hierbij aan psychiaters in centra voor geestelijke gezondheidszorg (functie 1), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen (functie 4). Binnen andere organisaties voldoen psychiaters slechts gedeeltelijk aan dit profiel door bijvoorbeeld enkel een beleidsfunctie op zich te nemen. Dit is momenteel het geval in verschillende mobiele teams (voornamelijk 2b-teams) waarbinnen de psychiater enkel een coördinerende beleidsfunctie heeft zonder behandelend arts te zijn. Er wordt dan een beroep gedaan op een externe ambulante psychiater voor de behandeling. Een vergelijkbare situatie doet zich voor in psychosociale centra (functie 3) en beschutte woonvormen (functie 5). Dit brengt ons bij de vraag: in welke settings is het raadzaam dat de rol van psychiater wordt verdeeld over 2 psychiaters? En meer specifiek: wat zijn dan de beslissingsmogelijkheden van zo'n beleidspsychiater?

Een eerste bedenking betreft de multidisciplinaire behandeling. Enerzijds: is er sprake van een volwaardige multidisciplinaire behandeling als de psychiater van het team slechts aanstuurt zonder zelf in te staan voor een deel van de behandeling van de patiënt? Anderzijds: betekent een externe behandelend psychiater die geen deel uitmaakt van het team, een afbreuk voor het multidisciplinair behandelen? Met het oog op een volwaardige multidisciplinaire behandeling staan psychiaters in de *assertive outreach teams* in Birmingham en de FACT-teams in Nederland (functie-*assertive community treatment*) alvast wel in voor zowel de behandeling als het beleid (Van Veldhuizen e.a. 2012).

Een tweede bedenking betreft de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van beleidspsychiaters en behandelend psychiaters. In de regel is eerst onderzoek van de patiënt noodzakelijk voordat we een diagnose kunnen stellen en/of een behandeling kunnen instellen. Dit houdt in dat de beleidspsychiater slechts andere teamleden kan aansturen in de behandeling als hij of zij de patiënt heeft gezien (NVvP 2005). Neem bijvoorbeeld een situatie waarbij een patiënt zich heeft gesuïcideerd. Ligt de verantwoordelijkheid dan bij de beleidspsychiater die het team heeft aangestuurd, maar de patiënt nooit heeft onderzocht? Of bij de behandelend psychiater die geen lid is van het multidisciplinaire team, dat voornamelijk instond voor de begeleiding? Er is dus duidelijk een spanningsveld tussen beide rollen (en dus psychiaters) met repercussies op de aansturing van het team en de verantwoordelijkheid.

Besluit

Gezien het toenemend aantal projecten en netwerken binnen artikel 107 is het nodig om systematisch na te gaan binnen welke organisaties een psychiater een beleidsfunctie moet opnemen. Vervolgens dient de opleiding tot psychiater hierop te worden afgestemd. Bovendien moet binnen het nieuwe ggz-landschap de gesplitste rol van beleids- en behandelend psychiater kritisch bekeken worden.

LITERATUUR

- Andel H van, Können EE, red. Psychiatrie in georganiseerd verband. Assen: Van Gorcum; 2007. p. 23-4.
- Hecke J Van, Joos L, Daems J, Matthyssen V, De Bruyne S. Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? Tijdschr Psychiatr 2011; 12: 917-26.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Herziene profielschets psychiater. Utrecht: NVvP; 2005. <http://www.nvvp.net>.
- Tijdink J. Van aios naar psychiater: Hoe doe je dat? De Jonge Psychiater 2013. <http://www.dejongepsychiater.nl/index.php/loopbaan/259-van-aios-naar-psychiater-hoe-doe-je-dat>
- Veldhuizen R van, Bähler M, Polhuis D, van Os J, red. Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p 144-5.

AUTEUR

MARIANNE DESTOOP, psychiater, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, en onderzoeker, Universiteit Antwerpen (UA-CAPRI).

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marianne Destoop, PC Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.

E-mail:

Marianne.destoop@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

The role of the psychiatrist in the new mental health care