

Reactie op 'De multidisciplinair werkende psychiater in de *Herziene Profielschets Psychiater*'

Stel u voor: u heeft sinds vier weken onderbuikklachten die gepaard gaan met buikpijn, intermitterende diarree met soms bloedbijmenging en een gewichtsverlies van 5 kilo. De huisarts wil u voor verdere diagnostiek en behandeling naar de internist verwijzen. In het ziekenhuis krijgt u een intake door de diëtiste, die immers samen met de diabetesverpleegkundige, de COPD-verpleegkundige en de decubitusassistente in een multidisciplinair team werkt, voorgezeten door de internist. De week na intake vindt multidisciplinair overleg plaats en wordt besloten tot verder onderzoek. Op basis van het verhaal van de diëtiste en het bloedonderzoek wordt een diagnose gesteld die u wordt meegedeeld door diezelfde diëtiste. Tevens wordt u voor behandeling verwezen naar de diabetesverpleegkundige.

Hoe zou u zich als patiënt voelen? En hoe als huisarts, die juist specifiek naar de internist wilde verwijzen? Toch is dit voorbeeld vergelijkbaar met de organisatie van zorg die Ten Doesschate & Hubben (2006) met hun argumentatie willen legitimeren.

Allereerst wil ik mijn collega's danken voor het aangaan van de discussie over de implicaties van de *Herziene Profielschets Psychiater* voor de organisatie van zorg, met name voor de multidisciplinair werkende psychiater. (Multidisciplinair heeft hier overigens betrekking op psychologische en paramedische disciplines, en niet op andere medisch specialismen.) Samengevat luidt het bezwaar van Ten Doesschate en Hubben dat het standpunt in de profielschets dat de psychiater slechts voor patiënten die hij gezien heeft een onderzoek of behandeling kan indiceren, voorbijgaat aan de organisatie van zorg zoals die binnen veel instellingen vormgegeven is. Met name worden ggz-instellingen genoemd waarbij de intake gedaan wordt door een multidisciplinair team, waarvan de psychiater vaak, maar niet altijd, voorzitter

of coördinator is. Overigens komen soortgelijke situaties ook in andere settings voor, zij het in een andere vorm. In vele psychiatrische 24-uursdiensten wordt de voorwacht door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) gedaan, met meestal een psychiater als achterwacht; psychiatrische consulten in het algemeen ziekenhuis worden op veel plaatsen gedaan door een SPV of consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) onder supervisie van een psychiater die de patiënt niet zelf ziet.

Met juridische argumenten proberen de auteurs de onhoudbaarheid van het standpunt dat de medisch specialist zijn patiënten gezien moet hebben, aan te tonen. Wij zijn geen jurist en kunnen niet oordelen over de steekhoudendheid van de genoemde juridische argumenten. Wel zijn wij van mening dat de discussie die gevoerd moet worden geen juridische is, maar in eerste instantie een inhoudelijke. Onafhankelijk van de juridische legitimatie staat het de psychiater vrij om een mening te hebben over de eigen professionele standaard en over wat als goede zorg gedefinieerd wordt. In bovenstaand voorbeeld leidt de 'multidisciplinaire' aanpak op zijn best tot uitstel van adequate diagnostiek en behandeling, als na intake besloten wordt de patiënt alsnog door te verwijzen naar de internist, en op zijn slechtst tot het missen van de diagnose en het uitblijven van behandeling, als de internist afgaat op onvolledige of misleidende informatie van de diëtiste. Dit is in eerste instantie het gevolg van het feit dat gerichte verwijzing naar een specifieke discipline onmogelijk geworden is, met als gevolg dat de patiënt niet gezien wordt door de discipline met de meest relevante expertise. Het is dan ook ondenkbaar dat een dergelijke organisatie van zorg, zoals die in veel ggz-instellingen regel is geworden, ingang zou vinden in bijvoorbeeld de interne geneeskunde. Zowel de patiënt, de verwijzer als de behandelaar zijn niet gediend met een dergelijke organisatie. De patiënt niet omdat hij niet de gelegenheid heeft om gezien te worden door degene met de meest gerichte expertise, de verwijzer niet omdat hij niet in staat gesteld wordt gericht te verwijzen, en de

behandelaar niet omdat er geen optimaal beroep op zijn deskundigheid gedaan wordt. Het veel gehoorde argument dat met name huisartsen niet goed weten naar wie zij mensen met verschillende klachten moeten verwijzen, is onjuist. Huisartsen weten heel goed welke patiënt bij de psychiater, de psycholoog, de maatschappelijk werker of de SPV thuishoort. En indien dat niet zo zou zijn, dan is dit een reden om gespecificeerde verwijscriteria op te stellen die gerichte verwijzing wél mogelijk maken. Het over één kam scheren van de verschillende disciplines in de ggz biedt geen oplossing en is bovendien een miskening van de specifieke expertise van de medisch specialist, de psycholoog en de andere disciplines. Het stellen van een psychiatrische diagnose is het werk van de psychiater en kan niet gebeuren zonder eigen psychiatrische anamnese en onderzoek. Hiertoe behoort volgens de meeste richtlijnen ook het naar waarde schatten van alle somatische factoren die zich in het kader van psychische stoornissen kunnen voordoen.

Alleen het creëren van de mogelijkheid van gerichte verwijzingen maakt dat elke betrokken discipline de verantwoordelijkheid voor zijn eigen beoordeling en behandeling kan nemen, en niet verantwoordelijk is voor het werk van anderen bij patiënten die hij niet gezien heeft. Het siert de commissie Herziene Profielschets Psychiater dat zij hierover geen onduidelijkheid laat bestaan. In plaats van met gekunstelde juridische argumenten de status-quo te trachten te legitimeren, zoals collega's Ten Doesschate en Hubben voor ogen staat, lijkt het mij zinvoller aanpassingen in de organisatie van zorg te overdenken die beter tegemoetkomen aan wat binnen de beroepsgroep beschouwd wordt als professionele standaard.

## LITERATUUR

- Ten Doesschate, R.J.A., & Hubben, J.H. (2006). De multidisciplinair werkende psychiater in de Herziene Profielschets Psychiater. Juridisch en organisatorisch buiten de werkelijkheid? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 389-393.

A.F.G. LEENTJENS, psychiater

F.R.J. VERHEY, zenuwarts en hoogleraar Neuropsychiatrie en Ouderenpsychiatrie

## ANTWOORD aan Leentjens en Verhey

Onze bijdrage gaf in de ondertitel aan dat ingegaan zou worden op juridische en organisatorische aspecten van de eigen verantwoordelijkheid van de psychiater als coördinator van een multidisciplinair team met betrekking tot diagnostiek en behandeling. Vanwege de beperking die de redactie echter oplegt met betrekking tot de omvang van een dergelijke bijdrage, lag de nadruk vooral op de juridische aspecten. Door het in onze bijdrage aangehaalde advies van mr.dr. J. Legemaate aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), was immers bij vele collegae de indruk gewekt dat de psychiater/teamcoördinator, die niet alle patiënten zelf onderzoekt, juridische risico's kan lopen. Met name dat hebben wij weerlegd en dat wordt door Leentjens en Verhey ook niet weersproken. Zij stellen dat zij niet kunnen oordelen over de steekhoudendheid van de juridische argumenten, waar zij kennelijk wel zoveel oordeel over hebben dat zij er later de kwalificatie 'gekunsteld' aan kunnen geven. Wij zijn dus verheugd met de reactie van Leentjens en Verhey, omdat die ons de gelegenheid geeft nader in te gaan op de organisatorische aspecten, los van het feit dat wij de hoop hadden met onze bijdrage de discussie te entameren.

Allereerst een voorbeeld: als er in het genoemde ziekenhuis sprake is van een diagnostiek protocol dat uitgevoerd kan worden door een diëtist, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat het net zulke goede of betere resultaten oplevert dan de gebruikelijke diagnostiek door een internist, dan bestaat daar vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoogpunt geen enkel bezwaar tegen. Waarschijnlijk is dit niet wat Leentjens en Verhey bedoelen. Als er namelijk niet volgens een dergelijk protocol gewerkt wordt en er gaat iets mis, dan loopt de internist tuchtrechtelijke, ar-

beidsrechtelijke, civielrechtelijke en strafrechtelijke risico's. De diëtist wordt in elk geval niet tuchtrechtelijk vervolgd, want dit beroep kent slechts een opleidingstitel ex artikel 34 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Diëtisten zijn dus niet BIG-geregistreerd en in dezen niet toetsbaar op beroepsuitoefening. Ook zal de directie van het ziekenhuis problemen kunnen krijgen in het kader van de Kwaliteitswet, omdat niet zorg gedragen is voor een adequate verantwoordelijkheids-toedeling. Dit kan ertoe leiden dat de betreffende afdeling in dat kader door de Inspectie gesloten wordt.

Wat is de feitelijke marsroute van deze patiënt? De waarschijnlijkheidsdiagnose volgens een geraadpleegde internist is coloncarcinoom. De patiënt wordt onderzocht door de co-assistent, door de assistent en als het goed is ook door de internist. Vervolgens vindt bloedonderzoek plaats, wordt de patiënt verwezen naar de radioloog voor beeldvormend onderzoek en naar de gastroloog voor een scopie. Als de waarschijnlijkheidsdiagnose bevestigd is, wordt de patiënt verwezen naar de chirurg en de anesthesist. Na de operatie wordt de patiënt mogelijk onderzocht en behandeld door de consulterend psychiatrisch verpleegkundige en de psychiater in verband met een delier. De stoma-verpleegkundige komt eraan te pas, evenals de fysiotherapeut en wellicht de radiotherapeut en de in chemotherapie gespecialiseerde internist en in het ergste geval mogelijk ook de anesthesist voor palliatieve behandeling. Er worden vele disciplines ingeschakeld die voor een deel parallel en voor een deel na elkaar werken om de patiënt met een ernstige ziekte te genezen dan wel een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te garanderen.

Helaas gaat er in een dergelijke complexe samenwerking wel eens iets mis, zoals de tuchtrechtspraak ons leert. Daarom gaat men er ook in algemene ziekenhuizen toe over om voor dit soort complexe behandeltrajecten multidisciplinaire/multimethodische teams samen te stellen. Als voorbeeld noemen wij de zogenaamde 'mammapoli's'. De huisarts verwijst niet naar één specialist, maar naar een gespecialiseerd team. Deze werkwi-

jze bestaat al jaren in de ggz-instellingen in Nederland en voldoet kennelijk aan een grote behoefte. Ondanks een zeer aanzienlijke capaciteitsuitbreiding bestaan er helaas op diverse plaatsen nog steeds wachtlijsten.

Leentjens en Verhey stellen dat de medisch specialist zijn patiënten gezien moet hebben. Zij geven daarbij niet aan wat ze met het bezittelijk voornaamwoord 'zijn' bedoelen, terwijl wij daar in onze bijdrage uitvoerig aandacht aan besteed hebben. Ook geven zij niet aan wat zij bedoelen met het werkwoord 'zien'. Bedoelen zij dat elke medisch specialist en andere beroepsbeoefenaar in bovengenoemd voorbeeld de patiënt conform de in zijn beroepsgroep bestaande standaard volledig moet onderzoeken? In de praktijk zal dat niet het geval zijn, maar doen zij datgene wat aan hen, als het goed is in het kader van een protocol, gevraagd wordt.

Leentjens en Verhey zijn van mening dat de enige oplossing om de professionele standaard van de psychiater te waarborgen, gelegen is in het fragmenteren van de ggz-instellingen. De huisarts mag niet meer verwijzen naar het multidisciplinair/multimethodisch team, maar moet van tevoren bepalen of de patiënt onderzocht en behandeld dient te worden door een verpleegkundige, door een verpleegkundig specialist ggz, een psychomotorisch therapeut, een gz-psycholoog, een klinisch psycholoog, een psychotherapeut et cetera. Zullen wij dat niet liever aan de huisarts of de patiënt zelf overlaten? De huisarts kan sedert jaar en dag kiezen als hij voor een monodisciplinaire behandeling de patiënt wil verwijzen naar een vrijgevestigd psychiater, een gz-psycholoog, een psychotherapeut et cetera, en doet dit ook. Los daarvan kan de huisarts ook binnen de ggz-instelling gericht naar iemand of naar een specifieke discipline verwijzen en dit gebeurt ook.

Als laatste: Leentjens en Verhey loven de commissie Profielschets Psychiater dat zij geen onduidelijkheid laten bestaan over de eigen verantwoordelijkheid van de psychiater met betrekking tot diagnostiek en behandeling. Zoals wij evenwel in onze bijdrage gesteld hebben, is de zin 'multidis-

ciplinaire samenwerking laat dus onverlet de hoofdregel, dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft gezien een onderzoek of behandeling kan indiceren' aan de Profielschets toegevoegd door het bestuur van de NVVP. Hen komt dus de lof toe van Leentjens en Verhey.

R.J.A. TEN DOESSCHATE

J.H. HUBBEN