

INGEZONDEN

Reactie op 'De multidisciplinair werkende psychiater in de Herziene Profielschets Psychiater. Juridisch en organisatorisch buiten de werkelijkheid?'

De profielschets plaatst de psychiater wél in de werkelijkheid

Collega ten Doesschate en jurist Hubben (2006) zijn van mening dat de profielschets 'voorbijgaat aan de situatie binnen een instelling' en pleiten er derhalve voor dat de psychiater alleen 'op indicatie patiënten zelf onderzoekt'.

In een juridisch en organisatorisch betoog wordt uiteengezet dat de psychiater 'indien hij dit noodzakelijk acht de patiënt zelf moet onderzoeken en niet slechts zien'. Door de aanname dat (het bestuur) van de instelling per definitie zorg draagt voor een adequate verantwoordelijkheidstoebeding binnen de instelling, concluderen de auteurs dat alleen de zelfstandig gevestigde psychiater de patiënt zelf behoeft te onderzoeken en de multidisciplinair werkend psychiater niet. De multidisciplinair werkzame psychiater zou enkel en alleen er op hoeven toe te zien dat de patiënt volgens de binnen de instelling geldende regels bejegend wordt. De auteurs stellen hierbij een formele oplossing vanuit het belang van de instelling centraal en helaas niet de verantwoordelijkheid van de psychiater vanuit diens betrokkenheid bij de individuele patiënt. De auteurs geven hun vertrouwen daarbij nogal nadrukkelijk aan de werking van de Kwaliteitswet in de instelling en gaan daarbij voorbij aan het feit dat de individuele psychiater zich nooit mag verschuilen achter instellingsbeleid (Regionaal Tuchtcollege Den Haag 2001). De profielschets is wat dit betreft kraakhelder: het doet er niet toe in welke context de psychiater zijn werk doet. Als de psychiater wordt betrokken bij indicatiestelling en behandeling van de patiënt, dient hij de patiënt te zien. Dat de zelfstandig gevestigd psychiater kennelijk gemakkelijker in staat is om zulks te doen doet niets af aan het feit dat ook de psychiater die niet zelfstandig werkt (net zoals elke medisch specialist) aan tucht-

rechtelijk bevestigde professionele eisen (Centraal Tuchtcollege, 26 maart 2002) moet voldoen.

De vraag kan overigens gesteld worden of sommige collega's zich ook niet al te vlot in posities laten manoeuvreren waarin zij die verantwoordelijkheid moeilijk of niet kunnen waarmaken. Denk hierbij ook aan (te) grote aantallen patiënten waarvoor verantwoordelijkheid wordt gedragen.

Kern van ons betoog is dat het niet uitmaakt in welke context de psychiater betrokken wordt bij de patiënt. Als hij betrokken is bij indicatiestelling of behandeling, dient de psychiater aan bij zijn opleiding passende specifieke vereisten te voldoen, waarbij 'het zien' van de patiënt een wat magere samenvatting genoemd kan worden van die vereisten. Opvallend in dit verband is dat de auteurs zich op het spekgladde ijs begeven van de organisatie van de zorg als zij stellen dat 'juridisch gezien er geen enkele reden is om dwingend voor te schrijven dat een psychiater, in de functie van behandelcoördinator, alle patiënten persoonlijk moet zien'. Niet alleen wordt de functie behandelcoördinator nergens nader toegelicht, maar ook is deze functie onbekend in de wet- en regelgeving. De psychiater – behandelcoördinator of niet – die betrokken is bij de indicatiestelling of behandeling van een patiënt zal er een harde dobber aan hebben bij de rechtsprekende tribunaal te beargumenteren waarom hij de patiënt die suïcide heeft gepleegd niet heeft gezien, gesproken, gehoord, enzovoort.

Gesteld kan worden dat het begrip betrokkenheid in de profielschets onderbelicht is. Vanuit zijn specifieke medisch-specialistische deskundigheid op het gebied van de contextuele aspecten van ziekte moet in het bijzonder van de psychiater verwacht worden dat hij duidelijk maakt wie, op welke wijze en onder welke voorwaarden de burger als patiënt kan en mag relateren aan de psychiater. Met andere woorden: de psychiater zelf moet verantwoordelijkheid nemen voor de context van de patiënt. En vanuit patiëntperspectief: ook de patiënt die in een instelling belandt heeft recht op adequate medisch-specialistische diagnostiek en behandeling.

LITERATUUR

Centraal Tuchtcollege. (2002). *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, p. 427-432.

Doesschate, R.J.A. ten, & 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.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag. (2001). Uitspraak 7 juni 2000. *Nederlandse Staatscourant*, (nr.8).

C.M.M. VLEUGELS, psychiater, jurist

J.J.T. EISENGA, psychiater

ANTWOORD aan Vleugels en Eisenga

De stelling van Vleugels en Eisenga dat 'het niet uitmaakt in welke context de psychiater betrokken wordt bij de patiënt' is niet vol te houden. Bij lezing van de rechterlijke beslissingen waaraan Vleugels en Eisenga hun betoog ten grondslag leggen, blijkt het tegendeel. Ook de (tucht)rechter kijkt bij zijn beoordeling juist naar de omstandigheden die zich in de aan hem voorgelegde casus voordoen. In de door Vleugels en Eisenga met instemming aangehaalde beslissing van het Regionaal Tuchtcollege Den Haag (2001) had de arts het wel bijzonder bont gemaakt en zij beriep zich vervolgens ter verklaring van haar zonder meer tekortschietende werkwijze, op de wijze waarop de organisatie waar zij werkte (Riagg) was ingericht.

Wat was het geval? De arts in kwestie schreef aan een patiënt (klager) haloperidol voor, terwijl zij de patiënt nimmer had gezien en ook nimmer met deze patiënt had gesproken over deze medicatie. Aldus vergewiste zij zich er ook niet van of dit middel wel verenigbaar was met de andere medicatie die hij gebruikte. Later bleek een dergelijke onverenigbaarheid. Ook de aan de betreffende afdeling verbonden verpleegkundige had de patiënt niet gezien of gesproken en baseerde zich alleen op mededelingen van de vrouw van klager. Ter rechtvaardiging van haar handelwijze, die *luce clarius* in strijd is met basale professionele normen, meende de arts zich te kunnen beroepen op 'het

toen geldende beleid van haar afdeling van het Riagg'. Natuurlijk passeerde het Tuchtcollege dit verweer en oordeelde dat 'de praktijkvoering onder geen voorwaarde mag geschieden op een wijze dat via een derde medicijnen worden voorgeschreven voor de patiënt'. Het met voeten treden van dergelijke professionele normen kan natuurlijk niet worden goed gepraat met verwijzing naar instellingsbeleid.

Ook de tweede zaak die Vleugels en Eisenga voor hun betoog aanhalen overtuigt niet. Het gaat hier om een zorgmijder bij wie de vraag aan de orde komt of de psychiater voldoende zijn verantwoordelijkheid heeft waargemaakt. Het Centraal Tuchtcollege (2002) beantwoordde die vraag ontkennend. Het is wel van belang om na te gaan welke argumenten het Centraal College daaraan ten grondslag legde. De kern daarvan is dat de psychiater op tal van punten zijn verantwoordelijkheid verzaakte. Zo zag hij over het hoofd dat het medisch dossier tal van zorgwekkende gegevens bevatte die op zichzelf al aanleiding hadden moeten zijn tot een gedwongen opname. De aanleidingen om de medische diagnose te verifiëren, de uitgevoerde behandelingen beter te registreren en de voortgang van de behandeling beter bij te houden, bleven alle onbenut. Verder liet de psychiater achterwege om over het beleid te communiceren met de curator van de patiënt.

Kortom: de voorbeelden van Vleugels en Eisenga overtuigen niet. Natuurlijk kan professioneel ondermaats handelen, met of zonder Profielschets, nooit worden gerechtvaardigd met een beroep op de organisatie. Twijfel over dat basale inzicht valt in ons artikel op geen enkele wijze te lezen.

LITERATUUR

Centraal Tuchtcollege. (2002). *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, p. 427-432.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag. (2001). Uitspraak 7 juni 2000. *Nederlandse Staatscourant*, (nr.8).

R.J.A. TEN DOESSCHATE

J.H. HUBBEN