

De psychiater moet er achter kunnen staan

F. BOER

Vijfentwintig jaar na het destijds invloedrijke artikel 'Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit' door Sanders-Woudstra e.a. (1982) stelt de Rotterdamse groep (in een wat andere opstelling) opnieuw de identiteit van de kinderpsychiatrie aan de orde (Verheij e.a. 2007). Zij zegt dat het diagnostisch proces in de afgelopen vijftien jaar veranderd is en dat dit gevolgen heeft voor de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater. In het artikel wordt eerst uiteengezet wat die verandering inhoudt. Vanaf de tussenkop 'Functiebeschrijving' verandert het artikel van karakter. De uitspraken die daarna worden gedaan over het handelen van de kinder- en jeugdpsychiater zijn niet langer beschrijvend, maar normatief. De auteurs formuleren hier hun profielschets van de kinder- en jeugdpsychiater. In de laatste zin van het artikel stellen zij vast '[...] hoewel de geschetste wijze van taakin-vulling momenteel zeker niet op iedere werkplek gemeengoed zal zijn'. Dit is een spannende opmerking. Wanneer dit artikel dezelfde uitwerking heeft als het artikel uit 1982, zal de voorgestelde profielschets straks de norm zijn. De werkplekken met een andere taakin-vulling hebben dan een probleem. Het is de vraag of dit terecht is. Daarom wil ik kritisch bij de opvattingen van Verheij e.a. stilstaan, die ik eerst samenvat.

(A) Er zijn geen diagnostische activiteiten in engere zin, die alleen door kinder- en jeugdpsychiaters kunnen worden uitgevoerd. Het unieke van de kinder- en jeugdpsychiater is niet een activiteit, maar een rol. Hij is de regisseur van het diagnostisch proces. Dit heeft de volgende consequenties: (1) de kinder- en jeugdpsychiater formuleert het multidisciplinaire diagnostische traject; (2) de kinder- en jeugdpsychiater ziet en spreekt in elk geval het kind en kiest welke informatie moet

worden verzameld en door wie; (3) de kinder- en jeugdpsychiater is coördinator van het multidisciplinaire team dat de verzamelde kwantitatieve en kwalitatieve diagnostische informatie dient te integreren, om te komen tot een beschrijvende diagnose die een behandelingsindicatie omvat.

(B) Diagnostisch onderzoek moet zoveel mogelijk gestandaardiseerd en feitelijk gebeuren, en daarnaast zuinig en efficiënt gericht zijn op een goede aansluiting bij de hulpvraag en de behandelingsmogelijkheden. Het spreken van het kind door de kinderpsychiater werd vroeger als het allerbelangrijkste gezien, omdat dit vooral 'de' diagnose zou opleveren, maar nu weten wij dat, naar gelang het probleem dat opgelost moet worden, verschillende soorten informatie en verschillende informanten gewicht in de schaal kunnen leggen.

(C) Sommige problemen lenen zich ervoor om de procedure van aanmelding naar de start van de behandeling heel kort en uiterst gericht informatief te houden. De behandeling zelf zal dan uitwijzen of deze snelle procedure volstaat of dat meer verklaring en een andere omschrijvende diagnose nodig is voor verdere behandelingsplanning.

Ik wil de argumenten uit B en C gebruiken om te laten zien dat over de in A voorgestelde werkwijze anders gedacht kan worden. Maar eerst wil ik stilstaan bij een aspect dat in het artikel onderbelicht is gebleven: de specifieke deskundigheid. Ik maak daarvoor een uitstapje naar het meest gezaghebbende boek op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie, het ook door Verheij e.a. geciteerde *Child and Adolescent Psychiatry* (Rutter & Taylor 2002). Dit boek telt 27 hoofdstukken over de diagnostiek en behandeling van specifieke psychi-

sche stoornissen. Van maar liefst 8 van de 27 hoofdstukken is de eerste auteur niet een psychiater maar een psycholoog. Om welke stoornissen gaat het? Om spraak- en taalstoornissen bijvoorbeeld, of om leesstoornissen. Dit zal de vraag oproepen of die als primaire stoornis wel tot het domein van de kinder- en jeugdpsychiatrie behoren, of alleen als zij als comorbide conditie voorkomen. Maar ook genderidentiteitsstoornissen en problemen bij zuigelingen als de moeder een kraambedpsychose heeft. Het domein van de klinisch psycholoog in het algemene ziekenhuis? Ten slotte onomstreden tot de kinder- en jeugdpsychiatrie gerekende stoornissen als angststoornissen, posttraumatische stressstoornissen, hechtingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen. Zoals het is bij de medewerkers van *Child and Adolescent Psychiatry*, zo is het ook binnen instellingen. Soms is de meest deskundige medewerker op een bepaald gebied niet een psychiater maar een gedragswetenschapper.

Verheij e.a. bepleiten een zuinige, efficiënte, op behandeling gerichte diagnostiek, waarbij zo veel mogelijk van gestandaardiseerde methoden gebruik wordt gemaakt. Zij waarschuwen ervoor het diagnostisch gewicht van het klinisch interview niet te overschatten. Wanneer problemen zich daarvoor lenen, kan de procedure kort en uiterst gericht zijn. Dit beschouw ik als belangrijke aanbevelingen. Het ligt voor de hand om een en ander te laten doen door de medewerker die op het gebied van de vermoedelijke stoornis over de meeste deskundigheid beschikt. Ook ligt het voor de hand die medewerker zelf een diagnose te laten stellen en tot een behandelingsindicatie te laten komen. Er hoeft dan geen (officieel) multidisciplinair overleg plaats te vinden. Ook bij deze werkwijze zal de verantwoordelijk medewerker soms een beroep doen op aanvullend onderzoek door andere disciplines. Maar dat wil niet zeggen dat die onderzoeksgegevens pas geïntegreerd kunnen worden in een teambespreking. Dat kan ook gebeuren in onderling overleg of als aanbeveling van de medeonderzoeker aan de hoofduitvoerder van het onderzoek. Ik pleit hiervoor omdat naar mijn

mening momenteel in de kinder- en jeugdpsychiatrie nog veel te veel diagnoses worden gesteld door een 'team', in plaats van door de verantwoordelijk onderzoeker. Dat suggereert ten onrechte dat diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie een moeilijker aangelegenheid is dan elders in de geneeskunde, waar doorgaans één specialist de diagnose stelt en een behandeling indiceert.

Multidisciplinair overleg zou gereserveerd moeten worden voor het bespreken van ingewikkelde gevallen, waarbij de gebruikelijke diagnostiekprotocollen tekortschieten en vooral voor het bespreken van patiënten die niet reageren op de behandeling.

Vaak zal specifieke deskundigheid op een bepaald diagnostisch domein berusten bij een psychiater, die dan verantwoordelijk is voor de uitvoering van de diagnostiek. Maar bij veel instellingen zal op sommige diagnostische domeinen vergelijkbare of grotere deskundigheid bestaan bij een psycholoog. Die zal dan verantwoordelijk kunnen zijn voor de diagnostiek. Verheij e.a. stellen voor om in zo'n geval éérs een psychiater een gesprek te laten hebben met het kind. Maar het is op grond van aanmeldingsgegevens vaak goed mogelijk vast te stellen om welke stoornis het vermoedelijk gaat. Het voeren van een enkel gesprek doet daar niet veel aan toe of af. Vandaar dat in sommige instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie de psychiater wel degene is die op grond van aanmeldingsgegevens het kind aan de meest geschikte onderzoeker (psychiater of psycholoog) toewijst, maar daarvoor niet per se het kind zelf ziet. Wanneer vervolgens diagnostiek en behandeling succesvol worden gedaan door een psycholoog, kan dit betekenen dat een kind nooit gezien is door een psychiater. Daar lijkt mij in het geval van succes geen enkel bezwaar tegen. Het lijkt me zelfs een voordeel, want de patiënt heeft de deskundige hulp gehad waarop hij recht heeft en daarvoor is geen onnodige tijd gebruikt van andere disciplines.

Vandaar mijn pleidooi om, als de aanmeldingsvraag op papier helder is en de meest deskundige medewerker bijvoorbeeld psycholoog is, niet routinematig een gesprek met een psychiater te

laten plaatsvinden. Zeker wanneer een kinder- en jeugdpsychiater beperkt beschikbaar is, moet die in zo'n geval pas worden ingezet wanneer een diagnose ingewikkeld blijkt of een behandeling stagneert.

In dit commentaar ga ik niet in op de vraag wanneer in elk geval wél een psychiater moet worden ingeschakeld. Zulke situaties zijn er natuurlijk, zowel bij beoordelingen als bij behandelingen. In die situaties berust de specifieke deskundigheid waar ik hierboven van sprak per definitie bij de psychiater. Maar ons vak is breder en het is gekunsteld om de psychiater overal voor te zetten. Hij moet wel overal achter kunnen staan.

LITERATUUR

- Rutter, M. & Taylor, E. (Red.) (2002). *Child and Adolescent Psychiatry* (4de druk). Oxford: Blackwell.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 257-265.
- Verheij, F., Verhulst, F.C., & Ferdinand, R.F. (2007). Kinder- en jeugdpsychiatrie: een vak en een identiteit II. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 429-438.

AUTEUR

F. BOER is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en afdelingshoofd Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Academisch Medisch Centrum en als zodanig werkzaam bij De Bascule, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. F. Boer, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, AMC/De Bascule, Postbus 12474, 1100 AL Amsterdam.

E-mail: f.boer@amc.uva.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-5-2007.