

PLAATS VAN PSYCHIATRIE IN DE ZORG WORDT NODELOOS INGEWIKKELD GEMAAKT

De psychiater is een gewone medisch specialist

De psychiatrie lijdt aan een identiteitscrisis. Maar dat zou niet nodig hoeven zijn. We zijn medisch specialisten zoals alle andere, vindt psychiater Andrea Ruissen. Hoezo DSM, hoofdbehandelaar, regiebehandelaar? Laten we gewoon doen waarvoor we zijn opgeleid.

De psychiatrie worstelt met haar rol. Men wil evidencebased werken, maar de *evidence base* is erg smal. De DSM lijkt een keihard fundament, maar ook versie 5 blijkt een onwetenschappelijk consensusproduct. De etiologie van psychische stoornissen is helaas veelal onduidelijk en het dominante verklaringsmodel voor psychiatrische stoornissen is nog steeds het biopsychosociale model. De opmars van de neurowetenschappen is enorm en verschrikkelijk kostbaar, maar heeft voor de dagelijkse psychiatriepraktijk nog vrijwel

niets opgeleverd. En de psychofarmacotherapie maakt de verwachtingen van een decennium of drie, vier geleden niet waar. Deze situatie werd eerder door de NVvP-voorzitter Damiaan Denys getypeerd als een identiteitscrisis. In een column stelt hij zelfs openlijk de vraag: Wie is de psychiater?¹

Laten we die identiteit eens nader beschouwen. Zeker omdat er per 1 januari 2017 iets wezenlijks gaat veranderen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg: de introductie van het regiebehandelaarschap.

Regiebehandelaar

Nog niet zo lang geleden was de psychiater gewoon lid van een behandelteam. Hij bracht de medisch-psychiatrische expertise in, zoals de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige de sociaal-psychiatrische expertise inbracht en de maatschappelijk werker, de ervaringsdeskundige, de psycholoog en de basisarts ook ieder hun eigen rol en ervaring hadden. Op een gegeven moment vonden de partijen in de ggz dat enige hiërarchie nodig was, zoals ook duidelijk werd in het Bestuurlijk Akkoord: het hoofdbehandelaarschap ggz was daar. De behoefte aan een 'hoofd' van de behandeling had te maken met het verzekeringstechnische fenomeen 'rechtmatige zorg', bestrijding van grootschalig misbruik van verzekeringsgelden (denk aan Europsych en pgb-fraude) en de ambitie van 'gepast gebruik' in de ggz. Stuk voor stuk steekhoudende argumenten. Het hoofdbehandelaar-

1. HOOFDBEHANDELAAR

De hoofdbehandelaar stelt de diagnose vast, stelt het behandelplan vast, checkt de medebehandelaars en de dossiervoering, laat zich informeren door relevante betrokkenen, ook in teamverband, zorgt voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten, en heeft inzicht in de behandeling, evalueert, toetst en stelt bij en rond af conform de DBC-spelregels.

2. REGIEBEHANDELAAR

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Hij is het centrale aanspreekpunt en heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij stelt het behandelplan op, vast en bij. De regiebehandelaar stemt af en coördineert. Bij verschil van mening of inzicht heeft de regiebehandelaar de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. De regiebehandelaar checkt de bevoegdheid en bekwaamheid van de betrokken zorgverleners, ziet toe op dossiervoering, laat zich informeren en informeert, toetst de behandelactiviteiten en zorgt ten slotte voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten.



GETTY IMAGES

Het diagnostisch proces hoort thuis bij de psychiater, waarbij vanzelfsprekend onderdelen uitbesteed kunnen worden aan andere disciplines.

schap kon gevoerd worden door een psychiater of een klinisch psycholoog, en onder voorwaarden ook door een enkele andere discipline. De minister maakte alvast zelf regels over hoofdbehandelaarschap (zie *kader 1*). Ondertussen ging het veld broeden op eigen regels en het veld kwam er niet uit. Dus werd een commissie van drie wijzen geformeerd: de commissie-Meurs. En die commissie (er zat geen psychiater in) introduceerde de term 'regiebehandelaar' (zie *kader 2*). Alle academisch geschoolde en BIG-geregistreerde professionals in de ggz kunnen als regiebehandelaar optreden en ten opzichte van het hoofdbehandelaarschap wordt het takenpakket nog iets uitgebreid. Tegen de achtergrond van dit regiebehandelaarschap wordt de identiteit van de psychiater erg relevant. In ieder geval

is duidelijk dat de psychiater zeker niet altijd de regie heeft over de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Sterker nog, in de basis-ggz kán de regie vanaf januari niet meer bij de psychiater liggen. De psychiater kan daar alleen als medebehandelaar optreden, volgens het kwaliteitsstatuut.² Maar ook in de specialistische ggz zal de psychiater vaker niet dan wel het regiebehandelaarschap voeren, zo is de verwachting.

Vooral een dokter

Belangrijk is om vast te stellen dat de psychiater eerst en vooral een dokter is. De psychiater werd opgeleid als arts, registreerde zich in het BIG-register als zodanig, volgde een medisch-specialistische vervolgopleiding en kreeg vervolgens in het BIG-register ook een aantekening

daarvoor. Psychiaters zijn dus medisch specialisten; geen generalisten en ook geen profielartsen. Waar de knoarts gaat over keel, neus en oren en de dermatoloog over de huid, zo gaat de psychiater over de geest. De naam zegt het al: iatros van de psyche, arts van de geest, dokter voor de geestesziek(t)en. De opleiding tot psychiater is, zoals elke medisch-specialistenopleiding, daarom vormgegeven conform het CanMEDs-model: medische competenties staan centraal. In dat model is behalve aandacht voor kennis en wetenschap ook ruimte voor de competenties samenwerking, communicatie, maatschappelijk handelen, professionaliteit en organisatie.

Ook psychiaters werken met het medisch model: anamnese, (psychiatrisch) onder-

zoek, aanvullend onderzoek, conclusie en beleid. Dokters plakken geen labels, en dus psychiaters ook niet; maar zij stellen diagnoses, die psychiaters – net als sommige andere medisch specialisten – classificeren volgens een bepaald systeem. Dat de DSM als classificatiesysteem overheerst is een politieke keuze, maar bepaalt onze identiteit niet. Classificatiesystemen als de ICD-10 passen in veel gevallen ook prima, en voor de dagelijkse gang van zaken is een classificatie vaak niet eens nodig, maar volstaat de diagnose. De Richtlijn psychiatrische diagnostiek profileert het diagnostisch proces dan ook gewoon als medisch-specialistische arbeid, waarin classificatie maar een klein rolletje speelt.

De kern van ons werk wordt niet bepaald door wat wij mogen of moeten

Aanpalende vakgebieden

Het diagnostisch proces hoort dus thuis bij de psychiater, waarbij vanzelfsprekend onderdelen uitbesteed kunnen worden aan andere disciplines. Wederom is er analogie met de andere medisch specialisten: waar een internist de X-thorax graag overlaat aan de röntgenlaborant en de echo-lever aan de echoscopist, zoekt de psychiater voor verfijning van de diagnostiek samenwerking met een (academisch geschoolde) collega-discipline; zo is bijvoorbeeld voor een psychodiagnostisch onderzoek of neuropsychologisch onderzoek een psycholoog nodig. Echter, de samenvoeging van de uitkomsten van eigen onderzoek en deze aanvullende

onderzoekresultaten is bij uitstek de expertise van de medisch specialist. Het beleid voor de psychiatrische patiënt kan in heel wat gevallen ook prima door een ander dan de psychiater (mede) uitgevoerd worden: psychotherapeuten, psychologen, agogen, verpleegkundigen hebben allemaal kwaliteiten die van cruciaal belang zijn in de psychiatrische behandeling. Dat geldt in de psychiatrie, maar dat geldt ook in de andere medische specialismen: verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten; allerlei disciplines leveren hun bijdrage aan elke medisch-specialistische behandeling. Maar de psychiater is niet alleen dokter. Zoals een cardioloog vaardigheden en kennis moet bezitten van bijvoorbeeld de inspanningsfysiologie, de orthopeed van fysiotherapie, en de oogarts van optometrie, zo moet de psychiater vaardigheden en kennis bezitten van de psychotherapie. Deze psychotherapeutische identiteit staat niet tegenover de medische, maar is geïntegreerd in het zijn van medisch specialist. Precies zoals andere medisch specialisten onderdelen van aanpalende vakgebieden in meer of mindere mate integreren in hun ‘medisch specialist zijn’.

Gewoon

Voor het tuchtrecht zijn psychiaters gewóón medisch specialisten die zich gewóón aan de regels en richtlijnen van ons vak en ons beroep dienen te houden.³ Vreemd dus dat een aios psychiatrie minder betaald krijgt dan een aios in een ander medisch specialisme; en vooral dat we dat hebben laten gebeuren. Ook is het opmerkelijk dat de psychiatrie veelal georganiseerd is via ggz-instellingen en niet zoals de andere medische specialismen via ziekenhuizen en poliklinieken; en dat wij een apart woord hebben voor onze pillen, namelijk psychofarmaca (ooit gehoord van gynaecofarmaca of oftalmofarmaca?). Verwonderlijk is dat de psychiater een heel eigen deelgebied heeft geïntroduceerd: de beleidspsychiatrie; een vakgebied dat beoefend wordt door de beleidspsychiater (stelt u zich eens

voor: de beleidschirurg of de beleidskinderdarts!). Het is op z'n minst bijzonder dat de kinder- en jeugdpsychiatrie helemaal niet meer gefinancierd wordt via het zorgverzekeringsstelsel. Bijna bizar is het dat de voltooid-levendiscussie gedemedicaliseerd moet worden, maar dat toch opeens de psychiater erbij gesleept wordt. En last but not least: ronduit onwenselijk is het dat psychiaters vinden dat ze niet de regie hoeven te voeren in de specialistische ggz.

Kern van ons werk

‘Medisch specialisten spreken met één stem’, zo lezen we recentelijk nog in dit blad (MC 2016/ 44: 14). Psychiaters zouden daarom, net als de andere medisch specialisten, termen als regiebehandelaar en hoofdbehandelaar links moeten laten liggen. De KNMG-handreiking over verantwoordelijkheidsverdeling voldoet in veel gevallen, ook in de ggz. De kern van ons werk wordt niet bepaald door wat wij mogen of moeten volgens een kwaliteitsstatuut, veldnormen of een commissie van wijzen. De kern van ons werk wordt bepaald door onze competenties: medisch-psychiatrische diagnostiek en indicatiestelling, in interactie met de somatiek (van neuropsychiatrie tot psychosomatiek) en het vormgeven van beleid, bijvoorbeeld wat betreft psychotherapie, farmacotherapie, (dwang-) behandeling op het grensvlak van of onder de BOPZ en ga zo maar door. Het zijn die competenties die de psychiater maken tot wat die is: een gewone medisch specialist. Laten we ons dus ook zo gedragen – en de regie voeren, in elk diagnostisch proces en elke medisch-psychiatrische behandeling weer. ■

contact

ruissen@emergis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen. Daar vindt u ook meer artikelen en blogs over dit onderwerp.