



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Psychiater en psycholoog; een competentiekwestie in een APZ

Dick N. Oudshoorn*

Inleiding

Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis De Grote Rivieren is een gedecentraliseerde organisatie van een twaalfstal vestigingen die organisatorisch in vijf multifunctionele centra in Gorinchem, Sliedrecht en Dordrecht zijn ondergebracht. Ieder centrum, zelfs iedere afdeling, heeft zijn eigen budget en stelt zijn eigen medewerkers aan. Dit blijkt een doelmatige en door vrijwel iedereen als prettig ervaren opzet te zijn.

De twee deeltijd-directeuren en hun kleine staf zorgen voor de nodige eenheid en samenhang in deze verscheidenheid. Ze moeten een aantal randvoorwaarden in de gaten houden die te maken hebben met de totale beschikbare financiële ruimte, samenwerking met andere instellingen binnen en buiten de Rigg, naleving van de regelgeving (zoals de BOPZ), onderlinge functionele afstemming en bewaking van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

De Grote Rivieren is van meet af aan een *directief* psychiatrisch ziekenhuis geweest; of de patiënt nu (al dan niet vrijwillig) is opgenomen, in deeltijd of poliklinisch wordt behandeld, een jaarlang in het hostel of vijf jaar lang in een resocialisatiewoning verblijft, er wordt altijd met een strategisch en eclecticisch behandelingsplan gewerkt waarover de patiënt kan meebeslissen en dat regelmatig wordt getoetst en bijgesteld.

Psychologen, psychiaters en artsen-assistent zijn er in ongeveer even grote getale (van elk nu elf of twaalf) en de samenwerking tussen deze behandelaars is goed. Psychiaters en psychologen zijn elkaars collega's – dat is onze traditie. Sommige behandelteams worden door een psychiater geleid, andere door een psycholoog; een gedragswetenschapper kan zodoende chef over een of meer psychiaters of artsen-assistent zijn. Zo hebben we twee hostels die elk door een psycholoog worden geleid. Daar zijn wel artsen-assistent maar geen psychiaters aan verbonden.

Het incident

In een van de hostels deed zich onlangs een onaangenaam incident voor. De chef van het hostel (psycholoog X) gaf arts-assistent Y een opdracht en had kritiek op de uitvoering. De assistent reageerde door te zeggen dat hij niets met hem te maken had en dat hij alleen naar psychiater Z, zijn supervisor, hoefde te luisteren. X besprak dit in goede harmonie met collega Z en beiden constateerden dat de opmerking van de (nog onervaren) Y van een in onze organisatie ongebruikelijk gebrek aan tact getuigde, maar dat over de formele relaties en behandelverantwoordelijkheden waar het medische

* DR. D.N. OUDSHOORN, psychiater, is directeur behandelzaken van het APZ De Grote Rivieren in Dordrecht, Gorinchem en Sliedrecht.

zaken betreft eigenlijk niets officieel was vastgelegd. Hierop werd de directeur behandelzaken benaderd. En die was toevalligerwijs uw auteur.

Het dilemma van de directeur

Het begrip 'medische verantwoordelijkheid' is een belangrijk, bovendien wettelijk vastgelegd, principe, maar het wordt in de geestelijke gezondheidszorg weleens *ten onrechte* gebruikt om de positie van de medicus ten opzichte van andere disciplines te versterken.

Er lijkt een golfbeweging te zijn: tot ver in de jaren zestig was de positie van de medicus (i.c. de psychiater of zenuwarts) onbetwist – een psycholoog van een APZ in het westen des lands, die het waagde zich 'staflid' te noemen, werd door diens directeur-geneesheer vierkant gedesavouéerd.

Ten tijde van de anti-psychiatrische golf – eind jaren zestig en zeventig – werden de bordjes verhangen en kon je je als psychiater maar beter gedeisd houden; dit was met name in de beginjaren van de RIAGG's zo. Het waren echter niet alleen de psychologen en de sociaal-psychiatrische verpleegkundigen die daarvan profiteerden, maar vooral de *managers*. Nu is het tij gekeerd en is de psychiater als een vernieuwde en stralende Phoenix, met de DSM-III-R – inmiddels alweer DSM-IV – onder zijn vlerk, uit de as herrezen.

Toch blijft de vraag wie uiteindelijk verantwoordelijk is binnen RIAGG-verband, lastig (vgl. Dries, 1993). Uitspraken van het medisch tuchtcollege geven aan dat een psychiater zich niet achter het oordeel van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SVP) mag verschuilen als er met de patiënt iets mis gaat. De psychiater had de patiënt zelf moeten zien, ook als de SVP dat niet nodig vond. Desalniettemin is het ondoenlijk alle patiënten persoonlijk door de psychiater te doen onderzoeken, en bovendien zou iemand die daarop zou staan ongetwijfeld op weerstanden binnen de organisatie stuiten. De NVAGG stelt dat de medische verantwoordelijkheid zich vooral van die van andere disciplines onderscheidt waar somatische aspecten aan de orde komen. Dat *lijkt* duidelijk maar *is* het niet. Wordt onder 'somatisch' ook de hele neurochemie van de hersenen verstaan, of niet? Zo ja, dan heeft *elk* psychisch verschijnsel een somatisch (i.c. neurochemisch) aspect.

De Geneeskundige Inspectie gaat verder dan de NVAGG door te stellen dat de psychiater verantwoordelijk is voor het intake-proces en de verder te nemen beslissingen. Dat is op de keper beschouwd reëler en strookt op zijn minst met de jurisprudentie op dit gebied. Arme psychiater die niet door zijn team als autoriteit ervaren wordt.

Ach, het is een heel mooi beroep, en als je *goed* bent in je vak (en bovendien een aangenaam mens en geïnteresseerd in je patiënten) mag je er zonder meer trots op zijn dat je psychiater bent. Maar dat geldt natuurlijk net zo goed voor het beroep van psycholoog, psychotherapeut, enzovoort. Zo iemand is weliswaar geen arts, maar kan ook goed met patiënten overweg en heeft verstand van diagnostiek en van deugdelijke behandelingsstrategieën en methodes, en is qua wetenschappelijk-kritische opleiding meestal niet de mindere. Een goede psycholoog is meer waard dan een middelmatige psychiater en omgekeerd.

De ene discipline vult de andere aan en op die manier zijn ze in samenwerking meer waard dan iedere discipline voor zich.

Zo heeft de directeur behandelzaken van De Grote Rivieren dat altijd gesteld en hij houdt van iedereen evenveel. Maar wat nu na dit droevige incident? Gaan we een loopgravenstrijd over competenties krijgen? De directeur belooft de direct betrokkenen zijn standpunt schriftelijk kenbaar te maken.

De interventie

De directeur behandelzaken stuurt de volgende missive rond.

Verantwoordelijkheidsafbakening medici en gedragswetenschappers

- Alle patiëntenzorg binnen De Grote Rivieren geschiedt onder medische verantwoordelijkheid. Deze berust bij de directeur behandelzaken. Door hem wordt voor deze verantwoordelijkheid mandaat verleend. Dat betekent dat de chef-psychiater of chef-psycholoog de bevoegdheid uitoefent in naam van en onder verantwoordelijkheid van de directeur behandelzaken. Deze blijft verantwoordelijk en kan de bevoegdheid altijd ook zelf uitoefenen.
- 'Verantwoordelijkheid' betekent dat iemand verantwoording voor zijn werk, inclusief fouten en nalatigheden, is verschuldigd aan een hogere persoon of instantie. Zo is de arts-assistent verantwoording verschuldigd aan zijn chef, maar uiteindelijk aan de directeur behandelzaken, die op zijn beurt verantwoording verschuldigd is aan bijvoorbeeld de Inspectie en/of Justitie.
- 'Medisch' is een moeilijk afgrensbaar begrip. Over kerntaken zoals het voorschrijven van medicatie en het verrichten van lichamelijk onderzoek zal niemand twisten. Daarnaast verricht een psychiater of zijn arts-assistent een aantal taken waaraan medische aspecten kleven en doet hij ook het nodige dat helemaal niet medisch is. Anderzijds verricht een gedragswetenschapper geen enkele medische kerntaak maar doet hij wel veel werk waaraan ook medische aspecten zitten.
- Wat bevindt zich in dit grijze gebied? Zonder uitpuittend of volledig te zijn denk ik dan aan psychiatrische diagnostiek, het opstellen van behandelplannen en het beoefenen van psychotherapie, waaronder ook partner-relatie- en gezinstherapie. Praktisch gesproken zijn beide disciplines daarin gelijkwaardig. (Ook al is psychiatrisch onderzoek formeel een medische verrichting, we regelen dat alleen zo wanneer dit expliciet verlangd wordt. In het algemeen mogen we van onze gedragswetenschappers verwachten dat zij daar ook verstand van hebben, en dat ze op zijn minst een eerste schifting doen van gevallen die ze al dan niet aan een psychiater of arts-assistent moeten voorleggen.)
- Een chef draagt inhoudelijke verantwoordelijkheid voor alle patiëntenzorg die onder zijn/haar toezicht in zijn/haar team wordt geboden, inclusief het weigeren of afsluiten van een behandeling. Dit is een door de directeur behandelzaken *gemandateerde* verantwoordelijkheid. Dit betekent dat de chef het recht heeft om behandelingen bij te stellen, behoudens het gestelde in het volgende punt ten aanzien van medische kerntaken.
- Voor klinische teams of afdelingen waar verhoudingsgewijs veel medische handelingen worden verricht, c.q. veel wordt samengewerkt met medici-somatici, kan alleen een psychiater de chef zijn, maar voor alle overige teams/afdelingen (zoals poliklinieken, deeltijd-behandelingsteams, hostels) kan principieel ook een

gedragwetenschapper chef zijn. Deze is dan, net zoals dat voor alle chefs geldt, voor alle patiëntenzorg verantwoordelijk die door de directeur behandelingen aan hem/haar wordt gemandateerd. Medische kerntaken kunnen in dit geval nimmer deel uitmaken van zijn/haar mandaat. De directeur behandelingen moet derhalve voor alle teams/afdelingen waarvan de chef een niet-medicus is een apart mandaat geven aan een psychiater, dat zich tot de kerntaken beperkt, zoals medicatiebeleid, het (doen) verrichten van lichamelijk onderzoek en het inschakelen van andere medische specialisten en paramedici (bijvoorbeeld de fysiotherapeut). Dit moge duidelijk zijn waar het de principiële en daadwerkelijke afgrenzing van verantwoordelijkheden betreft, maar ontslaat de betrokkenen niet van de verplichting loyaal en collegiaal samen te werken. Basis van alle patiëntenzorg is immers het integrale behandelplan (inclusief het daarvan afgeleide verpleegplan).

- De gemandateerde psychiater mag werkzaamheden onder zijn toezicht laten uitvoeren door een arts-assistent, die *voor het overige* (dus alles behalve de medische kerntaken) onder de chef van de betrokken afdeling ressorteert. NB Wat betreft mandatering van een aantal taken van de directeur behandelingen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ) wordt binnenkort een regeling bekend gemaakt.

Epicrise

Alle betrokkenen en sleutelfiguren binnen De Grote Rivieren waarden dit Salomonsoordeel.

De hier geschetste casus zou ook de indruk kunnen wekken dat het een oordeel is als een directeur behandelingen geschoold is in de directieve therapie. Sterker nog: het lijkt erop alsof het verschil tussen behandelen en besturen maar betrekkelijk is; behandelaars die ook besturen vinden dat vaak ook.

Referentie

Dries, H. (1993). Is de RIAGG-psychiater eindverantwoordelijk? *MGV*, 562-566.