



OPGERICHT 17 NOVEMBER 1871

# Profielschets Psychiater

## Commissie Herziening Profielschets Psychiater

Door het Bestuur ter stemming voorgelegd aan de leden van de NVvP  
Februari 2005

Door de leden van de NVvP vastgesteld  
April 2005



Inhoud:	Pagina
<b>1 Inleiding</b>	5
<b>2 Ontwikkelingen</b>	6
2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	6
2.1.1 Wetgeving	6
2.1.2 Toegenomen vraag	6
2.1.3 DBC-ontwikkeling	6
2.1.4 Psychotherapie	7
2.2 Medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen	7
2.3 Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg	7
2.4 Ontwikkelingen in de opleiding van artsen en medisch specialisten	8
2.4.1 Profiel en eindtermen van de basis-arts	8
2.4.2 Kerncompetenties van de medisch specialist	10
<b>3 De psychiater als medisch specialist</b>	12
3.1 Uitgangspunten	12
3.2 Communicatie en maatschappelijk handelen	12
3.2.1 De psychiater en de arts-patiënt relatie	12
3.2.2 De autonomie van de patiënt	14
3.2.3 Empathie	15
3.2.4 De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de psychiater	15
3.3 Medisch handelen	15
3.3.1 Domein	15
3.3.2 Het vaststellen van psychiatrische ziekte	16
3.3.3 Psychiatrische behandeling	18
3.3.4 Psychiatrische rapportage	23
3.3.5 Bekwaamheid	24
3.3.6 Opleiden	25
3.4 Kennis en wetenschap	25
3.5 Organisatie	27
3.6 Samenwerking	28
<b>4 De kern</b>	31
<b>5 Referenties</b>	32



## 1. Inleiding

In augustus 1996 bracht de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een "Profielchets Psychiater<sup>1</sup>" uit. Daarmee werd in een breed gevoelde behoefte voorzien. Over de vraag wat van een psychiater wel of niet kan worden verwacht bestaat in de samenleving veel onduidelijkheid. Die situatie is ongunstig voor een adequate beroepsuitoefening van de psychiater en is nadelig voor potentiële patiënten. Het rapport "Profielchets Psychiater" van augustus 1996, opgesteld door een commissie onder leiding van Prof. dr. W. van Tilburg, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan een verheldering van wat van een psychiater mag worden verwacht. Uitgaande van de identiteit van de psychiatrie als medisch specialisme werd ingegaan op het werkterrein en de methoden van de psychiatrie, op patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken van de psychiater en op de vereiste kennis en vaardigheden. Vele formuleringen zijn ook nu nog onverkort geldig.

Toch bestaat er inmiddels behoefte aan een herziening van de toenmalige profielchets. Daarin lag een sterke nadruk op de stelling, dat de psychiatrie zich als specialisme kenmerkt door de breedte van haar werkterrein. Als consequentie daarvan werd aan de psychiater de rol van "playing captain" toegedacht binnen een multidisciplinaire organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en werd van de psychiatrie verwacht dat ze oplossingen zou kunnen aangeven voor uiteenlopende maatschappelijke problemen. Ontwikkelingen na 1996 brengen met zich mee, dat die uitgangspunten opnieuw geformuleerd moeten worden. Daarbij gaat het om vooral maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen met betrekking tot de opleiding van artsen en medische specialisten, en ontwikkelingen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg.

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft een commissie herziening profielchets psychiater benoemd bestaande uit prof. dr. G.F. Koerselman (voorzitter), prof. dr. P.P.G. Hodiament, dr. W.J.M. van Hezewijk, R. Kok, mevrouw A.C. van Reekum, en E.G.W.M. de Ruyter Korver. Een eerste concept is besproken op de bestuursvergadering van 17 juni 2003. Nadien zijn er verschillende gelegenheden geweest, waarop zowel belangrijke gremia binnen de Vereniging als individuele leden commentaar konden geven. De commissie heeft de verschillende reacties gewogen en zoveel mogelijk verwerkt. Tenslotte heeft ze een definitieve versie aan het Bestuur aangeboden.

---

<sup>1</sup> Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Profielchets Psychiater; augustus 1996

## 2. Ontwikkelingen

### 2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

#### 2.1.1 Wetgeving

Het van kracht worden van de wet BIG<sup>1</sup> (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) in 1993 (laatste versie geldig vanaf 2003) heeft consequenties voor het profiel van het beroep 'psychiater', omdat de wet de contouren aangeeft van wat in deze context onder beroep moet worden verstaan. Volgens de criteria van die wet impliceert het begrip 'beroep' dat de beoefenaar ervan over een specifieke deskundigheid beschikt, die is verkregen door het volgen van een op enigerlei wijze van overheidswege erkende opleiding. De werkzaamheden van de beroepsbeoefenaar leveren een bijdrage aan de volksgezondheid en zijn specifiek gericht op de individuele patiënt. Het gaat daarbij om een directe relatie met de patiënt, of om het verrichten van werkzaamheden die rechtstreeks zijn gericht op de individuele patiënt. Dit impliceert dan ook dat de beroepsbeoefenaar een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft in de relatie met zijn patiënt. De specifieke deskundigheid blijkt uit een titel, die de beroepsbeoefenaar zowel tegenover het publiek als tegenover andere werkers op het gebied van individuele gezondheidszorg herkenbaar maakt als iemand, die over de desbetreffende deskundigheid beschikt. Dit betekent dat een omschrijving van die specifieke deskundigheid en van de specifieke relatie tot de individuele patiënt in een profielbeschrijving van het beroep van psychiater centraal moet staan.

#### 2.1.2 Toegenomen vraag

Dat er sprake is van een toenemende vraag naar psychiatrische zorg blijkt enerzijds uit een toenemende aanmelding van patiënten bij psychiaters of bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ)<sup>2</sup>, en anderzijds uit competentie-discussies tussen bijvoorbeeld politie en justitie aan de ene kant en GGZ-instellingen aan de andere kant over de verantwoordelijkheid voor overlast door psychotische of verslaafde mensen of voor vandalisme en agressie. Ook op problemen door immigratie of gebroken en disfunctionerende gezinnen worden de psychiatrie en de GGZ aangesproken. De vraag doet zich daardoor voor hoe de grenzen van die verantwoordelijkheid moeten worden getrokken. Dat hier sprake is van een belangrijk probleem is wel gebleken uit het feit, dat het Ministerie van VWS een Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid instelde, die in 2002 het rapport "Zorg van Velen"<sup>3</sup> het licht deed zien. De conclusies daarvan werden in 2003 door de minister overgenomen. In het rapport werden verschillende kanttekeningen geplaatst bij de wijze waarop de geïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn grenzen bewaakt. De adviezen van de commissie werden in het 'veld' verdeeld ontvangen. Complicerend voor een plaatsbepaling van 'de psychiatrie' is daarbij dat geen duidelijke afgrenzing is gegeven van de domeinen van de psychiatrie en van de geestelijke gezondheidszorg. Ook dat brengt een behoefte aan een nadere profilering van de psychiater met zich mee.

#### 2.1.3 DBC-ontwikkeling en de 'knip in de zorg'

De behoefte aan een andere financieringssysteem in de gezondheidszorg heeft geleid tot de ontwikkeling van zogenoemde diagnose behandel combinaties (DBC's), waarmee voor verschillende

<sup>2</sup> Deze toename is niet gecorrigeerd voor het aantal heraanmeldingen per jaar voor dezelfde klacht bij verschillende instellingen of psychiaters

medische specialismen de noodzaak is ontstaan het aanbod nader te formuleren. Afgezien van de vraag hoe de uitkomst van die ontwikkeling uiteindelijk zal zijn heeft dat een bezinning op de kerntaken van die specialismen nodig gemaakt. De ontwikkeling van diagnose behandel combinaties is voor de psychiatrie echter tot onderdeel gemaakt van een DBC-ontwikkeling voor de gehele GGZ. In 2005 gaat de gehele GGZ van uit de AWBZ<sup>III</sup> over naar het verzekerde tweede compartiment, behalve de zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven. De komst hierna van de basisverzekering en de DBC ontwikkeling draagt bij aan de noodzaak tot een nadere omschrijving van het aanbod van de psychiater.

#### 2.1.4 Psychotherapie

In het kader van een aanpassing van de wet BIG<sup>IV</sup> is het noodzakelijk geworden dat psychiaters aantonen te beschikken over psychotherapeutische deskundigheid, die herkenbaar is toegesneden op de behoefte van psychiatrische patiënten en zich daarmee onderscheidt van het aanbod door andere beroepen.

#### 2.2 Medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen

De ontwikkelingen op het gebied van de genetica, de theoretische en toegepaste 'neuroscience' en de epidemiologie gaan zo snel, dat een profiel van de psychiater ruimte moet bieden om de uitkomsten daarvan te kunnen incorporeren.

#### 2.3 Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg

De maatschappelijk gevoelde behoefte aan verheldering van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg noopte het ministerie van VWS tot een adviesaanvraag aan het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (CONO). Dat advies had betrekking op een nadere omschrijving van de verschillende beroepen, die werkzaam zijn in de GGZ. In opdracht van het CONO is over deze vraag een rapport opgesteld door Hutschemaekers en Neijmeijer, dat in 1998 verscheen onder de titel "Beroepen in Beweging"<sup>V</sup>. De auteurs definiëren voor alle beroepen in de geestelijke gezondheidszorg, dus ook voor dat van psychiater, een karakterisering op basis van drie dimensies. De eerste dimensie betreft het onderscheid tussen specifieke typen van opleiding: gezondheidszorgopleidingen of opleidingen binnen de bredere gedragswetenschappelijke of welzijnscontext. De tweede dimensie maakt onderscheid tussen primair behandelende en primair begeleidende beroepen. In de praktijk blijkt de tweede dimensie parallel te lopen aan het niveau van opleiding: postdoctoraal en universitair versus HBO en MBO. Daarnaast onderscheiden Hutschemakers en Neijmeijer als derde dimensie die van generalisme versus specialisme. Een specialisme is een verbijzondering of een verdieping van een generalisme. In die zin kan, conform de terminologie van de wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), worden gesproken van basisberoepen en van specialistische beroepen. Het beroep van psychiater moet op grond daarvan worden omschreven als een "primair behandelend, medisch-specialistisch beroep", dat wil zeggen als een verbijzondering van het basisberoep van arts.

## 2.4. Ontwikkelingen in de opleiding van artsen en medisch specialisten

Vrij kort na elkaar zijn met betrekking tot zowel de basis-arts als de medisch specialist omschrijvingen gepubliceerd van 'eindtermen' en 'algemene competenties'. Die omschrijvingen zijn dus ook van toepassing op de psychiater als medisch specialist. Ze funderen als het ware een meer specifieke omschrijving van het profiel van de psychiater. Omwille van de duidelijkheid volgt hieronder een korte samenvatting van wat beide documenten behelzen met de verwijzingen naar de desbetreffende teksten en toelichtingen.

### 2.4.1 Profiel en eindtermen van de basis-arts

In 2001 heeft het Discipline-overleg Medische Wetenschappen van de Samenwerkende Nederlandse Universiteiten een vernieuwde versie gepubliceerd van het Raamplan Artsopleiding<sup>VI</sup> van 1994. Deze tekst is onderschreven door de Wetenschappelijke Verenigingen en de opleidingscolleges van de KNMG. Het Raamplan omvat onder meer een "profiel van de arts aan het einde van de arts-opleiding" en algemene eindtermen van de artsopleiding, die aangeven aan welke eisen een arts moet kunnen voldoen (Raamplan 2001, pag. 25 – 45).

Het "*profiel*" noemt als belangrijkste kenmerken van de arts:  
"De arts heeft zich het proces van het medisch probleemoplossen eigen gemaakt, bezit een breed kennis- en vaardighedenpakket en is daardoor in staat om elke vervolgopleiding in te gaan en in staat om met andere disciplines/hulpverleners samen te werken, is wetenschappelijk gevormd, bezit de juiste attitudes (professioneel gedrag), is flexibel: kan op ontwikkelingen inspelen, is wettelijk bevoegd en bekwaam medisch te handelen en draagt hier verantwoordelijkheid voor. Bij het medisch handelen worden de eigen grenzen in acht genomen, bepaald door opleiding en ervaring."

De "eindtermen" hebben betrekking op de kennis, de vaardigheden en het professioneel gedrag van de arts. Het Raamplan onderscheidt daarin medische, wetenschappelijke en persoonlijke aspecten, en voorts aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. Samengevat gaat het daarbij om het volgende:

- Bij de "medische aspecten" vraagt het Raamplan van de arts kennis en inzicht met betrekking tot de somatische, psychische en sociale structuur en functies van mannen, vrouwen en kinderen, ook in hun onderlinge relatie, met aandacht voor de normale levensfasen en de mogelijk versturende factoren daarin, en voor menselijk gedrag in verschillende omstandigheden, met name in probleemsituaties en bij verschillende culturele achtergronden. De arts moet bij de individuele patiënt in staat zijn tot probleemomschrijving, het opnemen van de anamnese en het verrichten van lichamelijk onderzoek. De resultaten daarvan moeten kunnen worden vertaald in een probleemanalyse, die aanleiding geeft tot het indiceren van aanvullend onderzoek. De uitkomst daarvan vraagt om een vervolg-probleemanalyse en het opstellen van een beleidsplan, dat op maat moet kunnen worden toegesneden. Dit beleidsplan moet in een therapeutisch gesprek en door middel van advies en voorlichting aan de patiënt worden overgebracht. De arts moet farmaco-therapie kunnen indiceren en



instellen, en zo nodig kunnen verwijzen. De uitkomst van het beleid moet worden geëvalueerd. In alle fasen van de ziekte moet de patiënt op een open en respect-volle wijze worden begeleid. De arts draagt zorg voor goede verslaglegging en registratie en werkt mee aan preventie en predictie op individueel en collectief niveau.

- Met betrekking tot de "wetenschappelijke aspecten" kent de arts de grondbeginselen van wetenschappelijk onderzoek en is hij <sup>3</sup> zich bewust van de betekenis van het wetenschappelijk denken voor zijn handelen. De arts bevordert en onderhoudt zijn vakbekwaamheid.
- Ten aanzien van de "persoonlijke aspecten" maakt het Raamplan onderscheid tussen de "arts-patiënt relatie", het "persoonlijk functioneren" en de "wederzijdse beïnvloeding van werk en privé-leven".

- In relatie tot de arts-patiënt relatie geeft de arts blijk van een open houding ten aanzien van patiënten ongeacht hun persoonlijke of culturele achtergrond en de prognose van hun aandoening. De arts streeft naar een zo gelijkwaardig mogelijke relatie met de patiënt. Hij heeft aandacht voor de wijze waarop de patiënt met zijn klachten omgaat en de betekenis die de ziekte voor hem heeft. Ook heeft hij begrip voor de situatie van de patiënt, diens sociale achtergrond en zijn omgeving. De arts heeft besef van de afhankelijke positie van de patiënt. Voorts is de arts in staat om te gaan met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt (of iemand in de directe omgeving), zoals gevoelens van erotiek, irritatie, afkeer, schaamte etc. De arts kan omgaan met gevoelens van de patiënt jegens hem, kan open staan voor diens subjectieve behoeften en verwachtingen en kan informatie met tact en empathie in begrijpelijke taal overbrengen. De arts kan een functionele relatie met de patiënt bewaren, ook als die geïndiceerde diagnostiek of behandeling afwijst. De arts kan onvrede bij de patiënt signaleren en bespreekbaar maken. Hij kan adequaat reageren als de relatie verstoord raakt of te intiem dreigt te worden. Zo nodig zoekt de arts zelf hulp.

- Voor wat betreft zijn persoonlijk functioneren geeft de arts er blijk van dat hij kan omgaan met onzekerheid, acute situaties en stress, dat hij verantwoordelijkheid kan dragen en zijn eigen beperkingen kan onderkennen, dat hij kan omgaan met onmachtsgedoe en beslissingen durft te nemen waaronder het afzien van behandeling, dat hij flexibel is en zijn financiële onafhankelijkheid kan bewaren ten opzichte van derden. Met betrekking tot het medisch handelen kan de arts grenzen en mogelijkheden van de gegeven situatie, van de eigen beroepsuitoefening en van de medische professie in het algemeen beoordelen. Hij kan omgaan met fouten van zichzelf of anderen, durft eigen fouten te erkennen tegenover patiënten en collega's en kan er lering uit trekken. De arts kan een evenwicht vinden tussen te veel dan wel te weinig medische bemoeienis. Hij zet zich in voor het lichamelijk, geestelijk en sociale welzijn van mensen en voor alle vormen van gezondheidszorg. De arts onderkent eigen gevoelens, normen en waarden in relatie tot existentiële vragen over leven, dood, ziekte en gezondheid en kan omgaan met medisch-ethische vragen. De arts neemt het verplichte medisch beroepsgeheim in acht en kan zijn handelen in de beroepsmatige en de privé-sfeer scheiden. Het Raamplan benadrukt dat de arts over de persoonlijke kwaliteiten

<sup>3</sup> In de tekst van deze Profielschets verwijzen mannelijke voornaamwoorden ook naar vrouwelijke

moet beschikken om in teamverband te kunnen functioneren. Aspecten daarvan zijn dat hij verschillende rollen in teamverband moet kunnen aannemen, zich toetsbaar durft op te stellen, deskundigheid van anderen kan accepteren en kan inbrengen in zijn eigen handelen, en dat hij zijn taken kan afbakenen ten opzichte van andere medische disciplines en verpleegkundige en paramedische professies.

- In relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem gaat het Raamplan in op verantwoordelijkheden van de arts ten opzichte van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Ook worden hier algemene en specifieke aspecten van de medische ethiek genoemd en wordt een opsomming gegeven van een aantal juridische aspecten van de gezondheidszorg en de medische beroepsuitoefening.

Zowel het profiel van de arts als de eindtermen van de medische opleiding vormen het fundament voor iedere specialistische toespitsing. Ze zijn voldoende specifiek om de basis-arts te beschrijven, en voldoende algemeen om in hun geheel geldig te zijn voor een medisch specialisme. Waar in de Profielschets Psychiater verder niet uitdrukkelijk anders wordt aangegeven, moet worden aangenomen dat het profiel van de arts en de eindtermen van de medische opleiding in die vorm ook gelden voor de psychiater als medisch specialist.

#### 2.4.2 De kerncompetenties van de medisch specialist

Het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten heeft voor het vaststellen van de algemene competenties van de medisch specialist een in Canada ontwikkelde formulering ("Canmeds2000 model (1996)")<sup>VI</sup> als uitgangspunt gekozen. Hierin worden zeven verschillende competentiegebieden van de medisch specialist onderscheiden, en wordt voor elk gebied aangegeven welke de daarbij horende competenties zijn. In de nu voorliggende nieuwe versie van de "Profielchets Psychiater" zal daarom bij de meer specifieke uitwerking worden aangegeven welk competentiegebied daarbij aan de orde is. De zeven competentiegebieden en daarbij horende algemene competenties van de medisch specialist zijn de volgende:

1. Medisch handelen
  - 1:1. De specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied.
  - 1:2. De specialist past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe.
  - 1:3. De specialist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
  - 1:4. De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe voor patiëntenzorg en onderwijs.
2. Communicatie
  - 2:1. De specialist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op.
  - 2:2. De specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie.
  - 2:3. De specialist bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie.
  - 2:4. De specialist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus.

3. Samenwerking
  - 3:1. De specialist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners.
  - 3:2. De specialist verwijst adequaat.
  - 3:3. De specialist levert effectief intercollegiaal consult.
  - 3:4. De specialist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.
  
4. Kennis en wetenschap
  - 4:1. De specialist beschouwt medische informatie kritisch, heeft kennis van basale onderzoeksmethodiek, en bedrijft de geneeskunde waar mogelijk volgens evidence based richtlijnen
  - 4:2. De specialist bevordert de verbreding en ontwikkeling van de wetenschappelijke vakkennis.
  - 4:3. De specialist ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.
  - 4:4. De specialist bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.
  
5. Geneeskundig Maatschappelijk handelen
  - 5:1. De specialist kent en herkent de determinanten van ziekte.
  - 5:2. De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
  - 5:3. De specialist handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.
  - 5:4. De specialist treedt adequaat op bij incidenten in de zorg.
  
6. Organisatie
  - 6:1. De specialist organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling.
  - 6:2. De specialist werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorg-organisatie.
  - 6:3. De specialist besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord.
  - 6:4. De specialist gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, en voor bij- en nascholing.
  
7. Professionaliteit
  - 7:1. De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integrale, oprechte en betrokken wijze.
  - 7:2. De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
  - 7:3. De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen.
  - 7:4. De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

De formulering van competenties volgens Canmeds is nogal ruim. Competentiegebied 7 bijvoorbeeld geeft meer een algemeen niveau weer van de eisen, die aan de beoefenaar van een verantwoordelijk, mensgericht beroep moeten worden gesteld. Bij de uitwerking ervan in een profiel van een concreet specialisme zal dan ook rekening moeten worden gehouden met eisen, die voortvloeien uit ontwikkelingen ten aanzien van wetgeving en beleid.

### 3. De psychiater als medisch specialist

#### 3.1 Uitgangspunten

Een specialisme is een verbijzondering van een basisberoep. Al datgene wat een basisberoep in het algemeen kenmerkt, geldt ook voor het specialisme. Het specialisme past dat toe op een sector van het gebied dat het basisberoep bestrijkt. Binnen die sector is er sprake van een 'verdieping', die zich uit in de toepassing van meer kennis en vaardigheden dan in het basisberoep ter beschikking zijn. Aan de ene kant leidt dit ertoe dat de specialist door die beschikbaarheid over toegevoegde kennis en vaardigheden op zijn terrein meer autonoom kan zijn. Aan de andere kant impliceert het ook, dat de specialist buiten het gebied van zijn sector juist minder autonoom is. Met andere woorden, de bekwaamheid van de specialist als arts wordt bepaald door de kennis en vaardigheden die hij zich door opleiding (zoals specialisatie en bij- en nascholing) en persoonlijke ervaring aantoonbaar heeft verworven en behouden. Daarbuiten wordt hij niet bekwaam geacht. Uiteraard is die grens niet in alle gevallen even scherp te trekken. Als algemene regel echter is deze consequentie van de begrenzing die specialisering inhoudt, mede bepalend voor de vertaling van de algemene kerncompetenties van de medisch specialist in bekwaamheden van de psychiater.

#### 3.2 De psychiater: communicatie (competentiegebied 2) en maatschappelijk handelen (competentiegebied 5)

##### 3.2.1 De psychiater en de arts-patiënt relatie

Aan de relatie tussen arts en patiënt kunnen drie niveaus worden onderscheiden.

- Op het eerste niveau is er als hoofdregel sprake van een contract. Dat is uitgewerkt in de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO<sup>VIII</sup>). Arts en patiënt zijn partijen bij deze overeenkomst, die wederzijds rechten en plichten met zich meebrengt. Voor de aard daarvan zij naar de wettekst verwezen. Relevant is vooral, dat de arts een overeenkomst aangaat, waarin hij zich verplicht te beantwoorden aan professionele standaarden die binnen zijn beroepsgroep gelden<sup>4</sup> en juiste productvoorlichting. Het is in deze context dat de rol van de patiënt ook wel als die van "klant" wordt aangeduid.
- Op het tweede niveau is de relatie tussen arts en patiënt een hulpverleningsrelatie. In zoverre zijn beide partijen niet in een gelijke positie, dat één van die partijen in nood is of kan zijn. Dat legt op de arts een verdergaande verantwoordelijkheid. (Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de bepaling in de WGBO, dat een arts de behandelovereenkomst niet eenzijdig kan opzeggen zonder dwingende redenen). Juist omdat een hulpverleningsrelatie een zekere afhankelijkheid in zich draagt voor de hulpvragende partij, brengt dat een extra verantwoordelijkheid voor de hulpverlenende partij met zich mee. Overigens verschilt de rol van de arts in dat opzicht niet wezenlijk van die van anderen, die beroepsmatig hulp verlenen. Het is vooral in deze context dat men de patiënt wel "cliënt" noemt. Dit begrip impliceert dat de arts in zekere zin diens belangen behartigt.

---

<sup>4</sup> De richtlijnen van de NVvP

- Op het derde niveau is specifiek voor het beroep van arts, dat diens professionele activiteit betrekking heeft op ziekte. De zin van een behandelovereenkomst met een arts wordt bepaald door het feit dat degene die de arts raadpleegt, een mogelijke of reeds bestaande ziekte vermoedt. Met andere woorden, zowel de overeenkomst als de hulpverleningsrelatie gelden binnen het domein van het opsporen, behandelen of voorkomen van ziekte. Het is specifiek deze context die traditioneel tot uitdrukking wordt gebracht in het woord "patiënt" voor degene die op die deskundigheid een beroep doet, omdat hij aan die ziekte lijdt (Lat. 'patior'= lijden). Relevant is hier dat ziekte op zichzelf de vrijheid van de patiënt in diens relatie met de arts kan beperken. Dat kan zowel voortvloeien uit de ernst van zijn nood als uit de invloed van de ziekte zelf op het vermogen van de patiënt om keuzes te maken. Dit aspect legt een extra druk op de verantwoordelijkheid van de arts. Het betekent in de eerste plaats dat plichten die voortvloeien uit de behandelovereenkomst en uit de hulpverleningsrelatie, er nog pregnanter door worden. In de tweede plaats kan het ook betekenen, dat de arts soms zelf handelingen moet verrichten zonder dat de patiënt in de gelegenheid is om daarover zijn wil uitdrukkelijk kenbaar te maken. Men denke bijvoorbeeld aan acute medische noodsituaties. Omdat in deze derde conditie de eigen inbreng van de patiënt verminderd kan zijn bij een gelijktijdige toename van de macht van de arts, wordt het woord "patiënt" soms geassocieerd met zulk machtsverschil als een ongewenst aspect van de arts-patiënt relatie. Daarbij wordt echter misverstaan dat de omstandigheden die met ziekte gepaard kunnen gaan, de arts juist des te meer verplichten om de plichten na te komen, die voortvloeien uit de hulpverleningsrelatie en de behandelovereenkomst. Met andere woorden, het woord "patiënt" verwijst niet naar verminderde rechten van de hulpvrager, maar naar vermeerderde plichten van de hulpverlener. Bovendien bakent het een domein af in vergelijking met andere hulpverlenende beroepen.

Op die grond is het woord "patiënt" te verkiezen als aanduiding van degene met wie de arts zijn professionele relatie heeft. Daarmee wordt ook aangeduid dat de verantwoordelijkheden van de arts niet kunnen worden overgedragen. Een dergelijke overdracht kan worden gesuggereerd door de aanduiding "cliënt" voor de patiënt in diens relatie met een instelling of een instituut. Ook al zou men degene die gebruikt maakt van de voorzieningen van een instelling voor gezondheidszorg "klant" of "cliënt" willen noemen, dan nog is binnen zo'n instelling primair sprake van een "arts-patiënt" relatie. Dit impliceert dat de bijzondere verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënt geborgd moet worden in de vorm van professionele autonomie. Professionele autonomie houdt in, dat de arts zijn werkwijze en de kwaliteit daarvan laat bepalen door professionele normen die binnen zijn beroepsgroep gelden. Instellingsnormen kunnen daarvoor niet in de plaats komen. Dit kan worden gegarandeerd in een professioneel statuut.

Het feit dat de relatie tussen arts en patiënt op deze drie niveaus tot uitdrukking komt, kan voor de arts een conflict van plichten met zich meebrengen. De eisen aan die relatie op het niveau van de behandelovereenkomst vergen immers, dat de autonome wilsbepaling van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen. De hulpverleningsrelatie op het terrein van ziekte brengt echter met zich mee, dat de arts soms dient te handelen in bestwil van de patiënt, zonder dat deze zijn eigen keuzes (tijdelijk) kenbaar kan maken of eventueel zelfs (tijdelijk) tegen diens

uitgesproken keuze in. Dat laatste kan zich alleen voordoen in zeer bijzondere omstandigheden. Niettemin brengt deze spanning met zich mee, dat de arts-patiënt relatie structureel wordt gekenmerkt door de noodzaak om enerzijds de autonomie van de patiënt te respecteren en anderzijds diens lijden, in zijn bestwil, te verminderen.

Zoals dat geldt voor de verhouding tussen iedere arts en zijn patiënt, geldt ook voor die tussen patiënt en psychiater dat alleen het woord "patiënt" alle aspecten van die verhouding omvat. Het gaat daarbij zowel om het aspect van een behandelovereenkomst tussen twee partijen<sup>5</sup> als om de meer asymmetrische relatie tussen een hulpvrager en een hulpverlener. Essentieel is echter de notie, dat de hulpvraag plaatsvindt in het kader van (een vermoeden van) ziekte. In het begrip "patiënt" zijn al deze niveaus vervat. Een aanduiding als "cliënt" (zoals die in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt) geeft de verhouding tussen de psychiater en de patiënt niet adequaat weer. Het is juist de combinatie van de drie verschillende aspecten die impliceert, dat ook binnen het specialisme psychiatrie de verhouding tussen arts en patiënt centraal staat. De relatie tussen patiënt en psychiater gaat vóór alle andere relaties, die in het kader van behandeling verder relevant kunnen zijn.

### 3.2.2 De autonomie van de patiënt

In de psychiatrie is het bovenstaande nog pregnanter dan voor de algemeen arts of voor andere medische specialismen. De psychiatrische ziekte kan namelijk zelf van invloed zijn op hulpvraag en behandelovereenkomst. Psychiatrische ziekte kan met zich meebrengen, dat de patiënt niet of niet volledig in staat is om zich een oordeel te vormen over zijn situatie. De patiënt kan dan niet in vrijheid zijn wil bepalen. Dat betekent dat de psychiater ter voorkoming van eventueel gevaar als gevolg van de psychiatrische ziekte genoodzaakt kan zijn om aan de burgemeester toestemming tot gedwongen opname te vragen of aan de officier van justitie te vragen zo'n toestemming bij de rechter te vorderen. De rol van de psychiater is daarbij geregeld in de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)<sup>IV</sup>. Echter ook als er geen sprake is van een zodanig gevaar dat een dergelijke gedwongen opname onvermijdelijk is, zal de psychiater toch rekening moeten houden met de beïnvloeding van de oordeelsvorming en de wilsbekwaamheid van de patiënt door de psychiatrische ziekte. Dit vergt ook buiten de context van de wet BOPZ een bijzondere verantwoordelijkheid, die vereist dat de psychiater hiertoe over specialistische kennis en vaardigheden beschikt.

Als gevolg van hun ziekte zijn sommige psychiatrische patiënten verminderd in staat hun eigen belangen te behartigen. De psychiater signaleert zulk onvermogen en voorziet in een oplossing voor de daaruit voortvloeiende problemen door advies of consultatie aan andere medische specialisten of behandelaars of door het inschakelen van hulpverleners op maatschappelijk gebied. Indien nodig verstrekt de psychiater inlichtingen aan (de medisch adviseur) van betrokken instanties. In zulke gevallen is toestemming van de patiënt vereist. Mocht deze niet wilsbekwaam zijn, dan verstaat de psychiater zich hierover met diens naasten of andere wettelijke vertegenwoordigers.

<sup>5</sup> Bij minderjarigen gaat het daarbij ook (vanaf 12 jaar) of uitsluitend (beneden 12 jaar) om een behandelovereenkomst met de ouders of wettelijke vertegenwoordigers

### 3.2.3 Empathie

Ten aanzien van het vermogen tot aanvoelen van de patiënt worden aan iedere arts bijzondere eisen gesteld. In de psychiatrie gelden die eisen nog sterker, omdat de empathie bemoeilijkt wordt door de invloed die psychiatrische ziekte uitoefent op het denken, voelen en willen van de patiënt. Dit kan ertoe leiden dat uitingen of gedragingen van een psychiatrische patiënt "oninvoelbaar" lijken. De psychiater heeft specialistische kennis van de wijze waarop de communicatie van gedachten, gevoelens en bedoelingen, en het daarmee samenhangend gedrag in interactie met de omgeving, kunnen worden beïnvloed door verschillende psychiatrische ziekten. Ook kan hij daarbij de invloed beoordelen van het stadium en het niveau van de ontwikkeling van de patiënt. Die kennis maakt het hem mogelijk om uitingen en gedragingen van een patiënt in die context te interpreteren, daarop te anticiperen en er de best mogelijke reactie op te geven. Dat vormt tevens de basis voor de kwaliteit van de bejegening van de patiënt zelf en van diens naasten. Nog meer dan in andere specialismen is bejegening in de psychiatrie al een aspect van behandeling. A fortiori geldt dat in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Dit uitvoeringsaspect vergt vaardigheid, die door coaching en ervaring moet worden verkregen.

### 3.2.4 De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de psychiater

Voor zover mogelijk en nodig bevordert de psychiater de kennis over zowel de oorzaken als de gevolgen van psychiatrische ziekte bij de patiënt en diens omgeving, maar ook bij beleidsmakers en de bevolking als geheel. De psychiater beperkt zich daarbij tot informatie die door wetenschappelijke kennis wordt geschraagd. Bij kinderen en jeugdigen kan de psychiater zich nooit beperken tot voorlichting aan alleen de patiënt, maar moet de informatie in alle gevallen ook worden gericht aan de directe en ruimere sociale omgeving van het kind. De psychiater draagt er zorg voor dat zijn rol bij het terugdringen van overlast door psychiatrische patiënten zo goed mogelijk wordt afgestemd met die van het openbaar gezag en van relevante hulpverlenende instanties.

## 3.3 De psychiater: medisch handelen (competentiegebied 1)

### 3.3.1 Domein

De psychiatrie is het medisch specialisme dat in diagnostisch en therapeutisch opzicht somatische, psychologische en sociale benaderingen integreert bij de zorg om de geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu. Dit wordt begrepen onder het bio-psycho-sociale model. Het richt zich daartoe op de verstoring van de intentionele (cognitieve en emotionele) betrokkenheid van de patiënt op zijn omgeving. Zo'n verstoring manifesteert zich bijvoorbeeld als angst zonder dreiging, als somberheid zonder verlies of als achterdocht zonder vervolging. Deze formulering houdt in dat de psychiater de specialist is van de wisselwerking tussen brein en omgeving. Specifiek voor de psychiatrie is de gerichtheid op de ontwikkeling van hersenfuncties die de intentionele, dat wil zeggen betekenisverlenende relatie tussen het individu en diens omgeving regelen. Hersenen en psyche zijn daarin niet te scheiden. 'Psyche' is in die zin te beschouwen als een functie van een uiterst complex materieel systeem. Dat de psychiater zich richt op de hersenfunctie van betekenisverlening brengt met zich mee, dat verstoringen in die functie benaderbaar zijn vanuit

de hersenen zelf, maar ook vanuit de omgevingsinvloed. De regulatie van de functie van de neuronale circuits die daarbij betrokken zijn, behoort tot het diagnostisch en therapeutisch domein van de psychiater, evenals de regulatie van verstoorde betekenisverlening door invloed uit te oefenen op het niveau van het individu en dat van de omgeving. Daarin vloeit de 'enge' interpretatie van begrippen als 'biologische' en 'sociale' psychiatrie in elkaar over. Rechtstreekse beïnvloeding van de hersenen (bijvoorbeeld met medicijnen) verandert betekenisverlening en gedrag, terwijl rechtstreekse beïnvloeding van betekenisverlening (bijvoorbeeld met psychotherapie) en gedrag (bijvoorbeeld met omgevingsinterventies) veranderingen in de hersenen teweegbrengt. Die samenhang is kenmerkend voor het domein van de psychiatrie.

Voor zover overigens de functie van relevante neuronale circuits niet primair is gestoord maar secundair door andere lichamelijke ziekten wordt ontregeld (zoals bijvoorbeeld doorbloedingsstoornissen, stofwisselingsstoornissen, tumoren of traumata), wordt het desbetreffende kennisgebied in de psychiatrie beschreven als "organische psychiatrie". Het niveau van kennis van de psychiater omvat op het gebied van de organische psychiatrie dat van de algemeen arts met een specifieke verdieping in relatie tot de invloed van de desbetreffende lichamelijke aandoeningen op hersengebieden, die een rol spelen bij mentale functies. Wanneer de diagnostiek en de behandeling van zulke algemene lichamelijke ziekten een specialistisch niveau vragen, zal de psychiater in intercollegiaal verband samenwerken met medische specialisten op het desbetreffende terrein (zoals bijvoorbeeld de neuroloog of de internist).

### 3.3.2 Het vaststellen van psychiatrische ziekte<sup>6</sup>

Zoals ook de algemeen arts stelt de psychiater als specialist ziekte vast in het contact met de individuele patiënt. Het criterium daarvoor is dat uit de uitingen of gedragingen van de patiënt valt af te leiden, dat er sprake is van individueel lijden of disfunctioneren. Om dat te kunnen bepalen houdt de psychiater rekening met culturele omgevingsvariabelen, met individuele variabelen en met datgene wat bekend is over de grens tussen normaal en abnormaal psychisch functioneren (d.w.z. de "psychopathologie"). Toepassing van de psychopathologie impliceert, dat de psychiater aangeeft, welke psychische functies afwijken van hetgeen, rekening houdend met het bovenstaande, als normaal kan worden beschouwd, en in welke mate dat het geval is. Ten behoeve van de controleerbaarheid maakt de psychiater daarbij zo mogelijk gebruik van binnen de beroepsgroep vigerende registratiesystemen. Voor verdere identificatie van de eventueel gevonden afwijkingen in psychische functies stelt de psychiater hierin patronen vast. Ten behoeve van de controleerbaarheid maakt hij daarbij gebruik van classificatiesystemen die in de psychiatrie algemeen geaccepteerd zijn.

Bij het interpreteren van het verhaal van de patiënt houdt de psychiater er rekening mee, dat meegedeelde 'feiten' gekleurd kunnen zijn door herinneringen (of herinneringsvervalsingen), wensen en emoties, zonder dat de patiënt zich daarvan bewust hoeft te zijn. De psychiater beschikt over de kennis en de vaardigheid om op zulke vertekeningen van de realiteit te anticiperen, deze te herkennen en, zo nodig, te corrigeren.

Bij het vaststellen van ziekte betreft de psychiater de omstandigheden van de patiënt. Zowel lijden als disfunctioneren impliceren immers dat er een verstoring is opgetreden in de wisselwerking tussen de patiënt en zijn

<sup>6</sup> Zie hiervoor ook de richtlijn van de NVvP over het psychiatrisch onderzoek



omgeving in de breedste zin. De sociale en culturele achtergrond van elke patiënt bepaalt de expressie van de ziekte. De psychiater kent daarom de juiste rol toe aan omgevingsfactoren bij het ontstaan en onderhouden van klachten en ziekteverschijnselen, en aan factoren die de gezondheid kunnen bevorderen. Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met het tijdsverloop, zodat informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt en diens toekomstperspectief moeten worden meegewogen. Overigens bestaat er ook 'normaal' lijden, waarbij negatieve cognities, emoties en intenties een adequate afspiegeling zijn van de aard en intensiteit van negatieve levensomstandigheden. In zo'n geval behoeven mensen weliswaar hulp of steun, maar niet ook een psychiatrische behandeling.

De psychiater legt, waar mogelijk, verband tussen patronen van afwijkend psychisch functioneren en eventuele afwijkingen in hersenfuncties of de ontwikkeling daarvan. Daarbij kan het gaan om morfologische veranderingen in de hersenen die relevant zijn voor het stellen van een diagnose. Daarvoor kan neuroradiologisch onderzoek nodig zijn. Functionele afwijkingen van bepaalde hersengebieden vergen bijvoorbeeld neurofysiologisch of neuropsychologisch onderzoek of onderzoek met isotopen. Afwijkingen in de signaaloverdracht tussen hersencellen (neurotransmissie) kunnen worden verondersteld op basis van patronen van klachten of symptomen. Ook kan worden gezocht naar relaties tussen afwijkingen in mentale functies en stoffen die van buiten komen (psychotrope stoffen) of die elders in het lichaam worden geproduceerd (bijvoorbeeld hormonen). In dit verband kan ook worden gezocht naar de invloed van lichamelijke aandoeningen die indirect de functie van hersencellen beïnvloeden, en kan worden vastgesteld of bepaalde gebieden van de hersenen door zo'n ziekte zijn aangedaan. Tenslotte kan een relatie worden gezocht met afwijkingen op genetisch gebied, die van invloed kunnen zijn op relevante hersenfuncties. Voor al deze vormen van diagnostiek geldt, dat ze geïndiceerd zijn, voor zover ze consequenties hebben voor behandeling of prognose. In overleg met de patiënt kan diagnostiek op het niveau van hersenen of genetisch materiaal ook worden geïndiceerd ten behoeve van het voorspellen van het beloop van de ziekte (prognose) of de mogelijke overdracht van de ziekte aan nakomelingen.

Ten behoeve van de efficiëntie laat de psychiater zich bij het vaststellen van ziekte leiden door de principes van de *differentiële diagnostiek*, zoals die in de geneeskunde algemeen toepassing vindt. Dit houdt in dat de psychiater zoekt welke aandoening zoveel mogelijk klachten en symptomen zo goed mogelijk kan verklaren. De zoekstrategie is daarom gericht op het uitsluiten van mogelijke verklaringen en niet op het insluiten van zoveel mogelijk gegevens. Differentiële diagnostiek verloopt in twee stappen. De eerste daarvan is gericht op patroonherkenning (zoals hierboven besproken) en de tweede op identificatie van mogelijke oorzaken ('etiologische' factoren). De eerste stap leidt tot een 'classificatie' en de tweede tot een 'diagnose'. Op basis van een classificatie zijn algemene uitspraken te doen over mogelijk effectieve behandelvormen of een te verwachten beloop. Op basis van een diagnose kan een individueel behandelplan worden geformuleerd, dat aangrijpt op etiologische factoren in een casus. Bij het onderzoeken van alternatieven in het kader van de differentiële diagnostiek wordt om praktische redenen een volgorde aangehouden waarbij de voorrang wordt bepaald door de ernst van de consequenties van een diagnose of door de waarschijnlijkheid dat die diagnose aan de orde is.

Bij de diagnostiek laat de psychiater zich ten behoeve van de doelmatigheid leiden door het principe van de proportionaliteit. Dit houdt in dat bij de diagnostiek niet méér middelen worden ingezet dan noodzakelijk is voor de differentieel-diagnostische procedure. Bij noodzakelijke uitbreiding van de inzet van diagnostische middelen ziet de psychiater erop toe, dat eenvoudige en niet belastende middelen de voorrang krijgen, tenzij de ernst van de toestand direct de toepassing van een meer ingrijpende diagnostiek noodzakelijk maakt (gefaseerde of getrapte diagnostiek). Bij de keuze van diagnostische verrichtingen wordt rekening gehouden met de kans dat deze aan het uitsluiten of bevestigen van een differentieel-diagnostische hypothese bijdragen, en met de noodzaak de diagnostische conclusie doorzichtig en controleerbaar te maken. De psychiater is bekend met de sensitiviteit en de specificiteit van de ingezette diagnostische middelen.

De psychiater verricht het psychiatrisch onderzoek conform de beroepsstandaard, zoals die is neergelegd in richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie<sup>x</sup>. De psychiater beheerst het lichamelijk onderzoek op het niveau van de basis-arts en heeft daarbij op specialistisch niveau een vaardigheid in het vaststellen van lichamelijke symptomen van (neuro)-psychiatrische ziekten. Als aanvullend onderzoek nodig is dat expertise vergt op een ander terrein dan dat van de psychiater, zal de psychiater zelf om zulk onderzoek verzoeken. Dat kan bijvoorbeeld betrekking hebben op neuro-radiologisch, neurofysiologisch of neuropsychologisch onderzoek, of milieuonderzoek door een maatschappelijk werkende. In alle gevallen is de psychiater in staat de uitkomst van zulk onderzoek te interpreteren, het in te passen in het geheel van diagnostische overwegingen en de consequenties ervan voor verder beleid te bepalen. Het principe van de zuinigheid brengt met zich mee dat alleen onderzoek wordt gedaan dat consequenties heeft voor behandeling of prognose. In die context kan neuroradiologisch, biografisch of milieuonderzoek weliswaar interessant zijn, maar niet als 'routine' geïndiceerd.

De psychiater kan de noodzakelijke diagnostiek, afhankelijk van de vereiste expertise, zelf uitvoeren, deze verrichten in overleg met een medisch specialist op ander gebied (consultatie) of overdragen aan een andere specialist (medebehandeling, verwijzing).

### 3.3.3 Psychiatrische behandeling

Het uitgangspunt van de psychiatrische behandeling is de relatie tussen de psychiater en zijn patiënt. Die relatie is in principe al gevestigd in de diagnostische fase. Bij alle aspecten van de behandeling is de hantering van de relatie met de patiënt steeds een basisvoorwaarde voor elke meer specifieke handeling. Bij het opstellen van een behandelplan wordt rekening gehouden met de rol die de omgeving van de patiënt mogelijk speelt bij het ontstaan of onderhouden van de ziekte, en met de consequenties die de ziekte en de behandeling ervan voor die omgeving hebben. Indien mogelijk wordt de omgeving van de patiënt, met diens toestemming, bij de opstelling en uitvoering van het behandelplan betrokken. Bij kinderen en jeugdigen is dat altijd het geval.

Het is ondoenlijk om bij de beschrijving van het profiel van de medisch specialist een uitputtend overzicht te geven van concrete therapeutische ingrepen die aan dat specialisme ter beschikking staan. Een dergelijk

overzicht zou geen recht doen aan de ontwikkeling van nieuwe technieken of van nieuwe toepassingen van bestaande technieken. In dat verband is hier slechts een globale aanduiding van therapeutische technieken in de psychiatrie op zijn plaats.

Uitgaande van de verschillende niveaus waarop een medische behandeling gericht kan zijn, kan de psychiater in principe beschikken over de volgende therapeutische mogelijkheden:

- Het gen-niveau:  
Vooralsnog zijn ingrepen op het gebied van genen niet mogelijk, omdat daarvoor met betrekking tot concrete mentale functies of psychiatrische aandoeningen het causaal-pathogenetisch inzicht ontbreekt of omdat de techniek niet beschikbaar is. Dat sluit echter geenszins uit dat therapeutische ingrepen op gen-niveau in de toekomst ter beschikking zullen komen. Kennis van de daaraan ten grondslag liggende werkingsprincipes en vaardigheid en ethische aspecten met betrekking tot indicatie en toepassing behoren tot het werkterrein van de psychiater. Afhankelijk van de omvang van die kennis en vaardigheid zal eventueel structurele samenwerking met andere beroepen noodzakelijk zijn.
- Het niveau van organen of orgaansystemen:
  - Beïnvloeding op orgaanniveau is mogelijk met behulp van medicatie. De psychiater indiceert een medicamenteuze behandeling op basis van farmacologische en klinisch-epidemiologische kennis, waarbij hij rekening houdt met individuele omstandigheden van de patiënt. In het algemeen geldt daarbij wat hieronder in paragraaf 3.4 wordt aangegeven met betrekking tot de registratie van behandelvormen, de beschikbaarheid van voldoende bewijs met betrekking tot de effectiviteit ervan en de balans tussen gewenste en ongewenste effecten. Medicatie die geïndiceerd is om psychische functies te beïnvloeden, heeft effect op het functioneren van neuronale circuits. Dat effect kan ook indirect verlopen via bijvoorbeeld beïnvloeding van bloedvoorziening, hormoonfuncties, het immuunsysteem en dergelijke. Voor zover de beïnvloeding van dergelijke systemen specifieke deskundigheid op het niveau van een ander specialisme vraagt, werkt de psychiater daartoe in intercollegiaal verband samen. De psychiater kan toedieningswijzen die niet door de patiënt zelf kunnen worden aangewend, indien nodig zelf toepassen (bijvoorbeeld intraveneuze of intramusculaire toediening) of delegeren aan een verpleegkundige (bijvoorbeeld toediening per sonde of intramusculaire toediening).
  - Therapeutische beïnvloeding op orgaanniveau is in de psychiatrie ook mogelijk met behulp van fysische technieken. De psychiater beschikt over de kennis en vaardigheid die nodig is voor het indiceren, toepassen en controleren van zulke behandelingen. Dat geldt voor bijvoorbeeld electroconvulsietherapie (ECT). Ook op dit gebied kunnen nieuwe technieken ter beschikking komen, aanvankelijk in onderzoeksofzet en later binnen het vast beschikbare arsenaal. Ten tijde van het opstellen van dit profiel wordt onderzoek verricht naar toepassing van elektrische of magnetische stimulering van de hersenen via verschillende toegangswegen (transcranieel, intracerebraal of via afferente stimulatie). Voor sommige van zulke behandelvormen is samenwerking met andere specialismen (zoals anesthesie, neurochirurgie, chirurgie, neurofysiologie e.d.)

noodzakelijk, of moeten speciale voorzieningen beschikbaar zijn. Dat betekent in de praktijk dat het ontbreken van zulke samenwerkingsmogelijkheden of voorzieningen consequenties kan hebben voor de bekwaamheid van de psychiater met betrekking tot dergelijke behandeltechnieken (zie paragraaf 3.3.5).- Ook communicatieve technieken hebben overigens effect op orgaanniveau.

- Het individu-niveau:
  - Bij het indiceren en uitvoeren van iedere behandeling houdt de psychiater bij zowel kinderen en jeugdigen als volwassenen rekening met algemene individuele kenmerken zoals leeftijd, ontwikkelingsfase, geslacht, en etnische afkomst. Daarnaast worden strikt individuele gegevens over levens- en ziektegeschiedenis en levensomstandigheden meegewogen.
  - De psychiater vraagt de patiënt naar diens opvattingen met betrekking tot zijn klachten en verschijnselen, en naar de daarmee samenhangende emoties. De empathie van de psychiater betreft specifiek ook de wijze waarop de aandoening van de patiënt diens gedachten en emoties kan beïnvloeden. Daarbij geeft de psychiater speciale aandacht aan het bieden van steun en hoop en aan de realiteitstoetsing en zelfwaardering van de patiënt. Voor het hanteren van de therapeutische relatie maakt de psychiater gebruik van de verbale en non-verbale methoden. Hij kiest doelgericht positie op de dimensies: nabijheid versus afstand, structuur versus openheid, veiligheid versus confrontatie en stimulering versus afremming van zowel emoties als gedrag.
  - In elke arts-patiënt relatie moet rekening worden gehouden met de invloed, die de ziekte van de patiënt op die relatie zelf heeft. De afhankelijke positie van de patiënt kan ertoe leiden dat deze verwachtingen van de arts heeft, die worden bepaald door behoeften of angsten die voortvloeien uit zijn afhankelijkheidspositie en niet overeenkomen met de werkelijkheid ("overdracht"). Bij psychiatrische patiënten kan dat in nog sterkere mate aan de orde zijn, omdat de psychiatrische ziekte zelf van invloed kan zijn op de realiteitstoetsing. De psychiater is in staat op zulke verwachtingen of angsten te anticiperen, deze te herkennen als ze optreden, en deze te hanteren. Dat geldt omgekeerd ook voor zijn eigen opvattingen of emoties met betrekking tot de patiënt, voor zover deze uit zijn persoonlijke achtergrond voortvloeien ("tegenoverdracht"). De psychiater is in staat zulke reacties bij zichzelf te signaleren en deze te hanteren. De psychiater hoedt zich voor overschrijding van de grens van de professionele relatie met de patiënt. De Beroepscode van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie<sup>7</sup> dient daarbij als richtsnoer.
  - De psychiater is in staat in zijn dagelijks handelen psychotherapeutische vaardigheden toe te passen. Voorts is hij in staat specifieke vormen van psychotherapie toe te passen, die gericht zijn op het beïnvloeden van cognities, emoties en gedragingen van de patiënt met als doel de klachten en symptomen die uit diens aandoening voortvloeien, te doen verdwijnen of te verminderen. Evenals bij andere specifieke behandelvormen laat de psychiater zich bij de keuze van psychotherapievormen leiden door de principes van 'evidence based medicine' (zie paragraaf 3.4). Dit betekent dat bij de

<sup>7</sup> Ten tijde van het opstellen van dit profiel is dit voor verschillende psychiatrische aandoeningen het geval met betrekking tot (vormen van) gedragstherapie, cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische therapie

indicatie van psychotherapie voorrang wordt gegeven aan vormen, die door protocollering overdraagbaar zijn en waarvan de werkzaamheid in gecontroleerd onderzoek is aangetoond.<sup>7</sup> De psychiater beheerst tenminste die vormen, waarvan effectiviteit is aangetoond bij de aandoeningen, die de psychiater behandelt. Hij draagt er zorg voor dat zijn werkwijze controleerbaar en overdraagbaar is en dat het effect ervan door uitkomstmeting kan worden geverifieerd. De psychiater is in staat verschillende behandelvormen (zoals farmacotherapie en psychotherapie) bij een zelfde patiënt achtereenvolgens of tegelijkertijd in onderlinge samenhang toe te passen. Aangezien van verschillende vormen van psychotherapie effectiviteit is aangetoond bij meer dan één psychiatrische aandoening, en, omgekeerd, verschillende psychiatrische aandoeningen positief kunnen worden beïnvloed door meer dan één vorm van psychotherapie, houdt de psychiater bij de indicatiestelling van psychotherapie rekening met individuele kenmerken van de patiënt, zodat de beste match tussen methode en individu tot stand kan worden gebracht. Daarin verschilt het indicatiebeleid bij psychotherapie overigens niet van dat bij farmacotherapie.

- Als verdere verbetering van de toestand van de patiënt niet te verwachten is en alle redelijkerwijs toepasbare behandelvormen zijn toegepast, zet de psychiater zich in om het lijden van de patiënt te verlichten of zo draagbaar mogelijk te maken. Daarvoor maakt hij gebruik van verschillende middelen, zoals vormen van farmacotherapie en psychotherapie, steun en begeleiding, en aanpassing van leefomstandigheden. Daarbij werkt de psychiater, waar nodig, samen met andere specialismen en beroepsgroepen.
- Voor het geval waarin de psychiater zich door ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt geplaatst voelt in een conflict van plichten zij hier verwezen naar de wetgeving en de jurisprudentie op dat gebied en naar de desbetreffende richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie<sup>xii</sup>
- Het omgevingsniveau:  
Aangezien psychiatrisch ziek zijn per definitie een verstoring met zich meebrengt van de verhouding tussen het individu en zijn omgeving, dient de psychiater altijd aandacht aan die omgeving te besteden. De mate waarin dat moet gebeuren hangt af van verschillende omstandigheden. Relevante omstandigheden zijn de volgende:
  - De omstandigheden van de patiënt spelen een rol bij het ontstaan of het voortbestaan van de psychiatrische aandoening. In dat geval zal de psychiater trachten die omstandigheden te beïnvloeden. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren door behalve aan de patiënt ook aan diens naasten uitleg en advies te geven met betrekking tot de aandoening die aan de orde is ("psycho-educatie"). Ook kan worden geprobeerd de omgeving van de patiënt of de verhouding van de patiënt met diens omgeving te beïnvloeden met systematische vormen van psychotherapie, zoals partner-relatietherapie of gezinstherapie. In zulke vormen van therapie wordt rekening gehouden met wetmatigheden van groepsprocessen. Ook in groepstherapie wordt daarvan gericht gebruik gemaakt. Voorts kan de psychiater deskundigen op het gebied van de sociale hulpverlening verzoeken om invloed uit te oefenen op sociale omstandigheden, die bijdragen

aan het ontstaan of onderhouden van de psychiatrische ziekte, dan wel problemen op te lossen die uit die ziekte zijn voortgekomen.

- De mate waarin de psychiater zich richt op de omgeving van de patiënt, is afhankelijk van de mate van diens autonomie. Hoe meer de patiënt autonoom is, hoe meer van hem kan worden verwacht dat hij zelf de eventueel noodzakelijke acties in zijn omgeving onderneemt. Alle ziekte gaat gepaard met vermindering van autonomie. De aard en mate van die afname hangen samen met de aard en de ernst van de aandoening. Omdat psychiatrische ziekten interfereren met de intentionele (cognitieve en emotionele) relatie van de patiënt tot zijn omgeving, is de kans groot, dat bij psychiatrische aandoeningen speciale aandacht aan die relatie moet worden gegeven. De ernst van de aandoening kan tot een zodanige afname van autonomie leiden, dat psychiatrische opname noodzakelijk is, soms zelfs op basis van dwang en soms in combinatie met separatie of andere dwangmaatregelen. Hiervoor zij verwezen naar de desbetreffende wet- en regelgeving.
- In sommige gevallen is er tevens sprake van beperking van autonomie, die niet voortvloeit uit de psychiatrische ziekte als zodanig.
  - \* Dat is aan de orde bij bijvoorbeeld kinder en jeugdigen beneden de zestien jaar. De arts-patiënt relatie is dan uitgebreid tot een driehoek door de betrokkenheid van ouders of verzorgers. Psychiaters met een aantekening als Kinder- en Jeugdpsychiater beschikken over toegevoegde vaardigheid om die driehoeksrelatie te hanteren. Het feit dat kinderen en jeugdigen in ontwikkeling zijn, brengt bovendien met zich mee dat hun omgeving een relatief grote invloed heeft op het ontstaan en voortbestaan van psychiatrische ziekte. De Kinder- en Jeugdpsychiater is in staat een zodanige invloed op die omgeving uit te oefenen, dat daardoor het herstel van de psychiatrische aandoening van de patiënt wordt bevorderd of de negatieve consequenties ervan worden verminderd.
  - \* Verminderde autonomie is ook structureel aan de orde bij psychiatrische patiënten in detentie. Dat heeft zowel betrekking op gedetineerden die een psychiatrische ziekte hebben of krijgen, als op gedetineerden die in opdracht van de rechter moeten worden behandeld ("ter beschikkingstelling, TBS"). Psychiaters die werkzaam zijn in de context van de forensische psychiatrie kunnen in dat veld diagnostiek, behandeling en risicomanagement gestalte geven met kennis van betreffende wet- en regelgeving.
  - \* Ook bij ouderen kan door omstandigheden die niet rechtsreeks uit de ziekte voortvloeien, afname van autonomie aan de orde zijn. Psychiaters die ouderen behandelen zijn op hoogte van de voorzieningen die nodig zijn om dit autonomietekort op te vangen en stemmen de behandeling op grond daarvan af met de relevante instanties en/of hulpverleners.
- Psychiatrische behandeling brengt behalve verlichting van klachten en symptomen in principe ook revalidatie van psychische functies met zich mee. Op basis daarvan is resocialisatie, d.w.z. herstel van functioneren van de patiënt in zijn omgeving een intrinsiek aspect van elke psychiatrische behandeling. Afhankelijk van de mate van

autonomie van de patiënt ligt het zwaartepunt daarbij ofwel bij het handelen van de patiënt zelf ofwel bij beïnvloeding van diens omgeving. De psychiater is bekend met rehabilitatie en 'herstel' (recovery) als eigentijdse methodieken en visies over hoe patiënten (soms) met hun handicaps kunnen leren leven. De psychiater heeft bij langdurige ziekte oog voor existentiële vragen en is sensitief voor aspiraties en toekomstwensen van de patiënt. Hij werkt met patiënten en andere professies samen om de patiënt de beste kansen te bieden om zijn of haar eigen herstel te bevorderen.

- Soms doen zich situaties voor waarin het disfunctioneren van de patiënt en de omstandigheden in zijn omgeving zodanig verweven zijn, dat interventie van de psychiater noodzakelijk is in de directe leefomgeving van de patiënt zelf. Zo'n situatie is de acute crisis, waarbij de omgeving van de patiënt enerzijds en diens disfunctioneren anderzijds elkaar zodanig negatief beïnvloeden, dat sprake is van acute escalatie. De psychiater is in staat ter plaatse technieken voor crisisinterventie toe te passen, die zowel betrekking hebben op de patiënt als op diens omgeving. Een negatieve interactie tussen patiënt en omgeving kan zich ook voordoen bij patiënten, die door hun psychiatrische ziekte niet in staat zijn zichzelf te handhaven, of die behandeling of hulp afwijzen en mede daardoor in omstandigheden terechtkomen, die hun aandoening verergeren. Ook in zulke situaties kan het noodzakelijk zijn dat de psychiater maatregelen neemt op de plaats waar de patiënt zich bevindt, die zowel de patiënt als zijn omgeving betreffen. In zowel de acute crisissituatie als in de chronische omstandigheid van zorgvermijding kan het noodzakelijk zijn dat zulk ingrijpen gepaard gaat met maatregelen in het kader van de Wet BOPZ.
- Waar mogelijk zet de psychiater zijn bekwaamheid in ten behoeve van preventie op het bredere terrein van de algemene en geestelijke gezondheidszorg door voorlichting te geven aan patiënten, de omgeving van patiënten, beleidsmakers, omschreven bevolkingsgroepen of de gehele bevolking. De psychiater draagt er zorg voor dat zulke adviezen worden ondersteund door wetenschappelijke kennis. Een dergelijke bijdrage kan bijvoorbeeld bestaan uit (medewerking aan) het opstellen en invoeren van (eventueel multidisciplinaire) preventieprogramma's.

#### 3.3.4 Psychiatrische rapportage

De psychiater kan een rapport uitbrengen over een patiënt in het kader van strafrechtelijke, civielrechtelijke of bestuursrechtelijke procedures. Het doel van een dergelijke rapportage is het inlichten van de aanvragende instantie omtrent het al of niet bestaan van een psychiatrische stoornis bij de onderzochte en omtrent consequenties daarvan, die relevant zijn in de context van de procedure. Behandeling is daarbij niet het primaire doel van het contact tussen de psychiater en de onderzochte. Niettemin is de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst onverkort van toepassing. Psychiatrische rapporten dienen te voldoen aan eisen, die zijn neergelegd in jurisprudentie van het Centraal Tucht College en in de desbetreffende richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

### 3.3.5 Bekwaamheid

Als medisch specialist is de psychiater slechts op een deelgebied van de geneeskunde bekwaam. Het terrein waarop de psychiater bekwaam is, is in dit profiel beschreven in de paragrafen die betrekking hebben op het vaststellen van psychiatrische ziekte en op de behandeling daarvan. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie leidt uit die omschrijving eindtermen<sup>xiii</sup> voor de opleiding tot psychiater af, die weer worden vertaald in opleidingseisen. Die opleidingseisen behoeven, na toetsing door het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten, wettelijke vaststelling. Voor het concrete niveau van kennis en vaardigheid dat van de psychiater mag worden verlangd, zij hier verder verwezen naar de desbetreffende eindtermen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Hoewel het hier beschreven werkerterrein van de psychiater per definitie slechts een sector is van het gehele terrein van de geneeskunde, is het toch betrekkelijk breed. Die breedte vloeit niet zozeer voort uit het feit dat de psychiater zich richt op de manifestatie van ziekte op zowel het niveau van het individu als op dat van diens lichaam en diens leefomgeving; dat geldt immers voor elke arts in behandelende functies. De breedte hangt samen met het grote aantal stoornissen dat met psychisch disfunctioneren gepaard kan gaan, met het feit dat psychiaters deze stoornissen behandelen in alle leeftijdscategorieën, met de diversiteit van behandelvormen en met het feit dat psychiatrische patiënten door de aard van hun aandoening in zeer verschillende settings moeten worden behandeld. Zolang de psychiatrie geen formeel erkende subspecialismen kent, betekent dit dat de psychiater verantwoordelijk is voor de afgrenzing van zijn feitelijke bekwaamheid. Psychiaters kunnen zich immers in de praktijk concentreren op de diagnostiek en behandeling van bepaalde ziekten, op bepaalde leeftijdscategorieën van patiënten, op bepaalde vormen van behandeling of op bepaalde settings waarin die behandeling moet worden uitgevoerd. Voor zover zij daardoor ervaring verliezen op andere terreinen, kan dit consequenties hebben voor hun aansprakelijkheid op die andere terreinen. Zolang de psychiatrie geen erkende deelspecialisaties kent, dient de psychiater bij herregistratie blijk te geven van voldoende bij- en nascholing op het gehele gebied van de psychiatrie. Indien binnen het specialisme psychiatrie alsnog deelspecialisaties ontstaan, zal daarvoor een vervolgprofiel moeten worden opgesteld met daaruit voortvloeiende eindtermen en opleidingseisen.

Binnen de psychiatrie bestaat een aantekening op het gebied van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Voor die aantekening is aanvullende opleiding noodzakelijk. Dit betekent dat psychiaters met zo'n aantekening een extra bekwaamheid hebben op het gebied van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Deze heeft betrekking op onder meer psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen, stoornissen die op de kinderleeftijd en adolescentie beginnen, de invloed van de mentale ontwikkeling op de psychische gezondheid, en de betekenis van ouders en opvoeders voor die ontwikkeling. Kinder- en Jeugdpsychiaters die ook volwassen patiënten behandelen dragen zorg voor na- en bijscholing op het gebied van de gehele psychiatrie.

Hoewel de psychiater zich kan concentreren op een bepaald aspect van het specialisme, zijn er gebieden van kennis en vaardigheid die in alle omstandigheden op een paraat niveau moeten worden onderhouden.



Dat heeft betrekking op het hanteren van de relatie met patiënten met alle psychiatrische aandoeningen, op het herkennen van psychiatrische ziektepatronen en mogelijke oorzaken daarvan, en op het kunnen vaststellen van behandelindicaties op het gebied van electroconvulsie-therapie (en eventuele andere geregistreerde vormen van fysieke behandeling), farmacotherapie, psychotherapie en revalidatie/resocialisatie.

### 3.3.6 Opleiden

De psychiater geeft, waar mogelijk, invulling aan zijn verantwoordelijkheid voor kennisoverdracht aan volgende generaties door actief bij te dragen aan onderwijs aan medische studenten, arts-assistenten in opleiding tot psychiater, huisartsen in opleiding, enz. Waar mogelijk draagt de psychiater bij aan de nascholing op psychiatrisch gebied van mensen met medische, verpleegkundige en paramedische beroepen.

## 3.4 De psychiater: kennis en wetenschap (competentiegebied 4)

Het werk van iedere arts stoelt op de geneeskunde als wetenschap. Dit betekent in de eerste plaats dat het diagnostische en curatieve handelen van de arts gebaseerd moet zijn op toetsbare aannames. Zulke aannames worden in beginsel geleverd door basiswetenschappen: geneeskunde is in die context toegepaste wetenschap. De biologie (in ruime zin) kan worden beschouwd als de primaire basiswetenschap. Daarnaast wortelt de geneeskunde in tal van wetenschappen, zoals bijvoorbeeld fysiologie, genetica, farmacologie, maar ook psychologie, sociologie of filosofie. Waar het om gaat is dat het diagnostisch en therapeutisch handelen kan worden onderbouwd met toetsbare bevindingen uit relevante wetenschapsgebieden. De stand van de wetenschap bepaalt dan ook in hoge mate het domein van zowel arts als specialist. Voor de psychiater geldt dit onverkort.

Een tweede aspect van wetenschappelijkheid heeft betrekking op de status van de diagnostiek en de behandeling zelf. Als zelfstandige wetenschap bepaalt de geneeskunde de validiteit van diagnoses en de effectiviteit van behandeling. Voor de individuele arts betekent dit, dat van al het diagnostisch en therapeutisch handelen moet kunnen worden aangegeven op welk niveau van wetenschappelijke kennis dit is gebaseerd. In dat kader spreekt men van "evidence based medicine"<sup>XIV</sup>. EBM definieert niveaus van wetenschappelijke kennis. De meeste zekerheid kan worden ontleend aan kennis die berust op herhaalde experimenten die zelf weer voldoen aan kwaliteitsnormen van betrouwbaarheid en validiteit. Een zwakkere maar niet onbelangrijke basis voor kennis is bijvoorbeeld ervaring van experts. EBM vereist dat de arts zijn professionele handelen laat leiden door het hoogste niveau van bewijs uit onderzoek dat voorhanden is gecombineerd met systematische ervaringskennis, rekening houdend met de wensen van de patiënt. Het spreekt vanzelf dat bij tal van complexe medische problemen de hoogst mogelijke sport van die ladder niet gehaald kan worden. De verantwoordingsplicht van de arts brengt met zich mee, dat hij kan aangeven op welk hoogst bereikbare niveau hij zich heeft georiënteerd. Bij een keuze tussen twee vormen van diagnostiek of behandeling zal hij in principe die vorm kiezen, die door het hoogste niveau van bewijsvoering wordt ondersteund mits dit toepasbaar is op de individuele patiënt.

Empirische of experimentele kennis heeft in het algemeen betrekking op onderzoek bij groepen van patiënten. Zulke kennis gecombineerd met

praktijkkennis kan worden samengevat in richtlijnen. In de praktijk van het werk van de arts doen zich in individuele casuïstiek tal van situaties voor, die zich niet geheel laten vangen in protocollen of richtlijnen. Dit betekent dat de arts ook in staat moet zijn om 'evidence based' kennis zelf te verwerven en te vertalen naar de individuele situatie en daarbij de vele factoren af te wegen, die in zo'n individuele situatie aan de orde kunnen zijn. De vertaalslag van preklinische kennis of kennis op groepsniveau naar individuele omstandigheden wordt wel aangeduid met "geneeskunst". Het vermogen om de vaardigheid die in dat begrip wordt vervat, toetsbaar in de praktijk te brengen vergt intensieve en langdurige praktijkervaring, die door supervisie en intervisie kan worden getoetst. Binnen de praktijk van de geneeskunde vallen EBM en "geneeskunst" samen.

Iedere psychiatrische behandeling dient wetenschappelijk te kunnen worden verantwoord. Dit impliceert dus dat van zo'n behandeling moet worden aangegeven op welk kennisniveau van "evidence based medicine" ze is gefundeerd. Voor zover daartoe door de beroepsvereniging opgestelde of aanvaarde richtlijnen ter beschikking zijn, neemt de psychiater zulke richtlijnen in beginsel als uitgangspunt. Daarbij weegt de psychiater wel expliciet de bijzonderheden van de individuele patiënt, zoals die voortvloeien uit diens leeftijd en ontwikkeling, persoonlijkheid, levens- en ziektegeschiedenis, toekomstperspectief en levensomstandigheden. Op basis daarvan past de psychiater beschikbare richtlijnen in een individueel geval eventueel op een zodanige wijze aan, dat die aanpassing doorzichtig en te verantwoorden is. Redenen om in het individuele geval van die richtlijnen af te wijken worden gedocumenteerd.

Dit betekent dat de psychiater bij het instellen van een behandeling voor de vastgestelde psychiatrische ziekte gebruik maakt van klinisch-epidemiologische kennis en van kennis op het gebied van de psychopathologie/nosologie. Bij de behandeling maakt de psychiater gebruik van technieken, die goed omschreven zijn, waarvan de balans van voor- en nadelen te beoordelen is, waarvan het effect of de effectiviteit in wetenschappelijk onderzoek is getoetst en die in de beroepsgroep als aanvaardbaar worden beschouwd. Over de geïndiceerde behandeling geeft de psychiater voorlichting aan de patiënt en eventueel diens naasten, waarbij behalve het te verwachten effect ook eventuele nadelen of bijwerkingen worden besproken. Wanneer voor een bepaalde psychiatrische ziekte meer dan één behandeling mogelijk is, laat de psychiater zich niet alleen leiden door eigen deskundigheid en ervaring, maar uitdrukkelijk ook door de wens van de patiënt met wie de verschillende mogelijkheden worden besproken. Eventueel verwijst de psychiater naar een collega, die in de betreffende techniek meer bedreven is.

Zoals voor de gehele geneeskunde geldt, wordt ook in de psychiatrie gebruik gemaakt van technieken die dikwijls buiten het eigen vak worden ontwikkeld. Dat geldt voor technische voorzieningen, voor geneesmiddelen, maar ook voor bijvoorbeeld psychotherapeutische technieken. Specifiek voor een specialisme is dat zulke technieken worden toegepast bij patiënten met dat type van aandoeningen, waarop het specialisme zich richt. De deskundigheid van de specialist brengt met zich mee, dat daartoe de juiste indicatie kan worden gesteld op basis van klinisch-epidemiologische gegevens en van analyse van pathogenetische factoren in een individuele casus. Die deskundigheid heeft ook betrekking op de afweging van voor- en nadelen van de geïndiceerde behandeling,

eveneens op basis van algemene klinisch-epidemiologische kennis en afwegingen in een individuele casus. Omdat psychiatrische ziekten kunnen interfereren met het oordeelsvermogen van de patiënt of met diens vermogen tot communicatie, vergt het in overeenstemming brengen van een geïndiceerde behandeling met de specifieke wens van de patiënt in de psychiatrie een bijzondere deskundigheid.

Sommige therapeutische technieken kan de psychiater onafhankelijk van samenwerking met anderen toepassen. Voor andere technieken geldt echter dat ze te complex zijn of op een deelgebied een zodanige kennis of vaardigheid vergen, dat de specialist daarover zelf niet volledig kan beschikken. In zo'n situatie is samenwerking met anderen noodzakelijk. Een dergelijke samenwerking kan volgens een vast patroon verlopen en dan worden vastgelegd in een multidisciplinaire richtlijn of protocol, maar kan ook in individuele gevallen ad hoc worden afgesproken. Ook kan zich een situatie voordoen waarin een bepaalde therapeutische techniek tevens behoort tot het therapeutische arsenaal van een andere beroepsgroep. In het belang van de patiënt maakt de psychiater duidelijke afspraken over eventuele afstemming. Voor sommige therapeutische technieken bestaan officiële registraties. Dat geldt bijvoorbeeld voor medicijnen maar ook voor elektrische apparatuur. De psychiater beperkt zich in principe tot geregistreerde methoden en indicaties. Bij toepassing van een geregistreerd middel buiten het daarvoor geregistreerde indicatiegebied ("off label") wordt dat met de patiënt besproken en in de verslaglegging verantwoord. Bij het toepassen van een niet geregistreerd geneesmiddel geeft de psychiater een bewustheidsverklaring af. Toepassing van methoden die niet zijn geregistreerd en waarvoor evenmin voldoende bewijs is van effectiviteit bij een bepaalde indicatie, vindt in beginsel alleen plaats in het kader van wetenschappelijk onderzoek, waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven op basis van informatie en waarvoor toestemming is verkregen van een medisch-ethische commissie.

Waar mogelijk draagt de psychiater bij aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de psychiatrie door wetenschappelijk onderzoek te bevorderen, bijvoorbeeld door dat zelf te initiëren of door medewerking aan onderzoek te verlenen.

### 3.5 De psychiater: organisatie (competentiegebied 6)

De psychiater heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zijn praktijkorganisatie. In beginsel is het daarbij niet relevant of de werkzaamheden worden verricht in vrije vestiging of in dienstverband. De psychiater zet zich in alle omstandigheden in om te bevorderen, dat voldoende middelen kunnen worden ingezet om evenwichtig tegemoet te komen aan de eisen die in het kader van patiëntenzorg, scholing en externe activiteiten aan hem en zijn medewerkers worden gesteld. De psychiater draagt er zorg voor dat alle verslaglegging tijdig en adequaat plaatsvindt. De psychiater kan, eventueel desgevraagd, een constructieve bijdrage leveren aan het werk van besturen of commissies, die direct of indirect relevant zijn voor zijn beroepsuitoefening. De psychiater zorgt er door eigen inzet en door het aansturen van medewerkers voor, dat er sprake is van een therapeutisch behandelklimaat, dat respect en veiligheid in brede zin bevordert.

Bij zijn handelen op het gebied van de diagnostiek en van de indicatie en uitvoering van behandelingen, laat de psychiater zich leiden door de

normen die daarvoor door de beroepsgroep zijn geformuleerd. Die normen zijn vervat in de eindtermen van de opleiding voor het specialisme psychiatrie en de daarvan afgeleide, wettelijk erkende opleidingseisen, in door de beroepsvereniging erkende richtlijnen, en in de stand van wetenschap. De psychiater draagt er zorg voor dat hij door bij- en nascholing op de hoogte blijft van de actuele stand daarvan. Hij is bereid zijn handelen aan die normen te toetsen door deelname aan 'medical audit' besprekingen met beroepsgenoten. Hij draagt er zorg voor dat dit uitgangspunt in zijn praktijkvoering ook feitelijk tot uitdrukking komt. De psychiater bevordert dat ook eventuele medewerkers kunnen werken volgens de standaarden van hun professie.

Voor zover hij daarbij mede afhankelijk is van bijdragen van andere personen of instanties heeft de psychiater een inspanningsverplichting om in samenwerking tot een zo goed mogelijke praktijkorganisatie te komen. De psychiater is in staat een behandelteam zodanig te leiden dat de verschillende professionele bijdragen van medewerkers aan de behandeling doelmatig worden geïntegreerd. De psychiater is wat betreft het vaststellen van het behandelplan en het uitvoeren daarvan de centrale figuur, voor die patiënten, voor wie hij de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid draagt.

### 3.6 De psychiater: samenwerking (competentiegebied 3)

Wezenlijk voor het beroep van iedere arts is diens professionele relatie met zijn patiënt. Natuurlijk kunnen artsen functies in de samenleving als geheel of meer in het bijzonder in de gezondheidszorg vervullen, waarop dit niet van toepassing is. Dat doet evenwel niets af aan het feit, dat het beroep van arts fundamenteel wordt bepaald door het feit dat een arts professioneel iets doet voor en met een patiënt. De aard van het professionele contact met andere medewerkers in de gezondheidszorg wordt door dat uitgangspunt bepaald. Het primaat van de arts-patiënt relatie heeft dus ook consequenties voor de relatie tussen de psychiater en vertegenwoordigers van andere beroepen in de gezondheidszorg. De psychiater kan de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden nooit overdragen aan bijvoorbeeld een instelling of een "team". Bij alle vormen van incidentele of structurele samenwerking met vertegenwoordigers van medische of andere beroepen blijft het belang van de patiënt altijd richtsnoer.

Bij de behandeling van een zelfde patiënt werken psychiaters regelmatig samen met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals:

- Basis-artsen.  
Indien de psychiater in het kader van de opleiding tot psychiater samenwerkt met een arts-assistent, is er sprake van een supervisie relatie. De arts-assistent heeft weliswaar een eigen verantwoordelijkheid voor zijn medisch handelen, maar de psychiater is verantwoordelijk voor de controle daarvan en voor zijn adviezen en instructies aan de arts-assistent. Een supervisie relatie houdt ook in, dat de psychiater zoveel mogelijk in een eigen contact met de patiënt controleert of de verkregen informatie juist is, en of de adviezen en instructies worden opgevolgd dan wel tot het beoogde resultaat leiden. Onder supervisie zijn zowel begrepen supervisie over het algemeen functioneren van de arts-assistent als werkbegeleiding ten aanzien van concrete medisch-psychiatrische handelingen. De psychiater maakt bij

supervisie en werkbegeleiding gericht gebruik van zijn voorbeeld-rol. Voor zover de persoonlijkheidsontwikkeling van de arts-assistent bij supervisie aan de orde is, respecteert de psychiater diens zelf gestelde grenzen. Wanneer de psychiater bij de behandeling van een patiënt samenwerkt met een basis-arts die niet in opleiding is tot psychiater, geldt in principe hetzelfde. De psychiater hoeft zich dan als supervisor echter niet te laten leiden door de specifieke opleidingseisen binnen het specialisme psychiatrie.

- **Huisartsen.**  
In zijn relatie met de huisarts als verwijzer of consultvrager heeft de psychiater een eigen verantwoordelijkheid voor zover het werkzaamheden op het gebied van zijn specialisme betreft. De psychiater dient daarbij wel binnen de context van de vraagstelling bij verwijzing of consultvraag te blijven. Indien omstandigheden het nodig maken daar buiten te treden, dient overleg met de verwijzend of consulterend huisarts plaats te vinden. In principe wordt de patiënt na behandeling door de psychiater terugverwezen naar de huisarts, tenzij bijzondere omstandigheden dat verhinderen. Ook in die situatie wordt daarover overlegd met de huisarts. Indien de patiënt naar de huisarts wordt terugverwezen, draagt de psychiater zo spoedig mogelijk zijn bevindingen aan de huisarts over in combinatie met advies over verder beleid. Als de huisarts de psychiater in consult heeft gevraagd blijft deze in principe verantwoordelijk voor de uitvoering van de adviezen tenzij de behandeling door de psychiater wordt overgenomen via een verwijzing. Voor zover de psychiater met de huisarts samenwerkt en de huisarts daarbij tegelijkertijd een apart aspect van diagnostiek en behandeling voor zijn rekening neemt (meestal ter vaststelling of behandeling van lichamelijke ziekten), is er sprake van een taakverdeling in intercollegiaal verband. De psychiater houdt daarbij de volledige verantwoordelijkheid voor het specialistische gedeelte van diagnostiek en behandeling en voor de afstemming daarvan met de bevindingen en adviezen van de huisarts.
- **Andere medische specialisten.**  
In intercollegiaal verband is er hierbij sprake van consultatie of van medebehandeling. Bij consultatie kan de psychiater als consultvrager optreden of als consultverlener. In beide situaties dient er sprake te zijn van (controle op) een duidelijke vraagstelling en een duidelijk advies. Bij medebehandeling dient te worden afgesproken hoe de activiteiten op het gebied van de betrokken specialismen op elkaar worden afgestemd.
- **Verpleegkundigen.**  
De psychiater geeft de medisch-specialistische context aan van het behandelplan, waarbinnen de verpleegkundige werkzaamheden verricht op basis van eigen professionele standaarden. De psychiater houdt bij zijn beleid rekening met de bevindingen van de verpleegkundige en met de resultaten van diens activiteiten. Voor zover de bevoegdheid of bekwaamheid van de verpleegkundige dat toelaten, kan de psychiater bepaalde diagnostische en/of behandelactiviteiten aan de verpleegkundige overdragen. De psychiater blijft daarbij verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering daarvan.

- Niet-medische beroepsbeoefenaren met een erkenning krachtens de wet BIG.  
De hier bedoelde beroepsbeoefenaren zoals bijvoorbeeld gezondheidszorgpsychologen of klinische psychologen hebben een zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot diagnostiek en behandeling van onder meer psychiatrische patiënten. Voor zover de psychiater aan deze beroepsbeoefenaren diagnostisch onderzoek vraagt, is hij zelf verantwoordelijk voor de specificatie van die aanvraag, voor de interpretatie van de uitkomst binnen de context van de gehele diagnostiek en voor de inpassing van de resultaten ervan in het behandelplan. Voor zover de psychiater aspecten van de behandeling aan de psycholoog overdraagt, behoudt de psychiater zelf de medische verantwoordelijkheid, tenzij hij zelf de behandeling heeft afgesloten. Als een psychiater een patiënt onderzoekt of mede behandelt op verzoek van een behandelend psycholoog, geldt in het algemeen hetzelfde als hierboven is aangegeven bij de relatie tot andere medische specialisten. Voor zijn aandeel in de samenwerking met een behandelend psycholoog behoudt de psychiater de volledige verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de arts-patiënt relatie die hij daarbij aangaat.
- Paramedische of agogische beroepen.  
Hierbij gaat het om de samenwerking met bijvoorbeeld ergotherapeuten, creatief therapeuten, maatschappelijk werkers en vergelijkbare beroepsbeoefenaren. Ook hier geldt dat de psychiater de werkzaamheden van deze beroepsbeoefenaren in het kader van de psychiatrische behandeling indiceert en de effecten ervan in het kader van de totale behandeling bewaakt. De psychiater houdt rekening met de bevindingen van deze beroepsbeoefenaren.

*Multidisciplinaire samenwerking.* Hieronder wordt gewoonlijk verstaan dat het samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen bij de behandeling van een patiënt wordt bepaald door bij protocol vastgestelde procedures. De toepassing van zulke protocollen kan in individuele gevallen overleg bekorten of vereenvoudigen. Toch blijft ook binnen zo'n multidisciplinaire verband geldig wat hierboven is aangegeven met betrekking tot de samenwerking met concrete beroepsbeoefenaren. Dit betekent dat de psychiater onverminderd verantwoordelijk blijft voor zijn eigen aandeel in de psychiatrische behandeling en voor de inpassing van de bijdrage van andere beroepsbeoefenaren in het totaal van die behandeling. Multidisciplinaire samenwerking laat dus onverlet de hoofdregel dat de psychiater slechts voor patiënten die hij heeft gezien een onderzoek of behandeling kan indiceren.

#### 4. De kern

Is nu uit al het voorafgaande kort en krachtig af te leiden wat de kern is van deze 'profiel schets psychiater'? Rekening houdend met onvermijdelijk verlies aan nuance en verwijzend naar voorafgaande onderbouwing, kan die kern het beste als volgt worden weergegeven:

*Als medisch specialist behandelt de psychiater patiënten die lijden of disfunctioneren doordat hun cognitieve en emotionele betrokkenheid op henzelf of hun leefomgeving verstoord is geraakt. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater daartoe zowel de therapeutische relatie als technieken die deze verstoring opheffen, of de gevolgen ervan verzachten.*

## 5. Referenties:

- I BIG, Staatsblad. 1993/versie geldig vanaf 2003.
- II Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, Zorg van Velen. 27 februari 2002 .
- III AWBZ, Staatsblad. 14 december 1967.
- IV BIG, Staatsblad. 1993/versie geldig vanaf 2003.
- V Hutschemaekers en Neijmeijer, Beroepen in Beweging. Professionalisering en de grenzen van een multidisciplinaire GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut;1998.
- VI Discipline-overleg Medische wetenschappen Samenwerkende Universiteiten, Raamplan artsopleiding. 2001. p. 25 – 45.
- VII The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMeds) 2000 Project. September 1996.  
[http://rcpsc.medical.org/english/publications/canmed\\_e.html](http://rcpsc.medical.org/english/publications/canmed_e.html)
- VIII WGBO, Staatsblad. 1 april 1995.
- IX BOPZ, Staatsblad. 17 januari 1993.
- X Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Psychiatrisch onderzoek. Amsterdam: Boom; 2e versie. Augustus 2001.  
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Psychiatrische rapportage. Amsterdam: Boom; december 2001.
- XI Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Beroepscode voor Psychiaters. Juni 2003.
- XII Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Hulp bij Zelfdoding. Amsterdam: Boom; april 1998.
- XIII Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Eindtermen Psychiatrie; 2002.
- XIV Sackett D.L. e.a. Evidence Based Medicine, D.L. 2e editie, Churchill Livingstone; 2000.

Algemeen: Legemaate, J. (red.). Teksten Kwaliteit Gezondheidszorg en Patiëntenrechten. SDU Uitgevers (jaarlijkse aanpassing)