

Het toekennen van DSM-classificaties door gz-psychologen

Yaron Kaldenbach

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gewoonlijk gewerkt in multidisciplinaire teams waarin onder meer gz-psychologen en kinder- en jeugdpsychiaters zitten. Naast overlap in deskundigheid onderscheiden de genoemde disciplines zich ook op het vlak van expertises en bevoegdheden. Een terrein waarop binnen instellingen of zelfs teams veel onduidelijkheid en verschillen van inzicht/werkwijzen bestaan, is de bekende DSM-classificatie en wie deze 'mag' vaststellen. Het komt geregeld voor dat een DSM-classificatie (bijvoorbeeld ADHD of PDD-NOS) in een ggz-instelling alleen mag worden vastgesteld als het kind ook door de psychiater is gezien, al is het maar vijf minuten. Andere instellingen maken het onderscheid tussen gz-psychologen en klinisch psychologen' (met een eigen BIG-verantwoordelijkheid), en 'basispsychologen' (iemand moet 'meekijken').

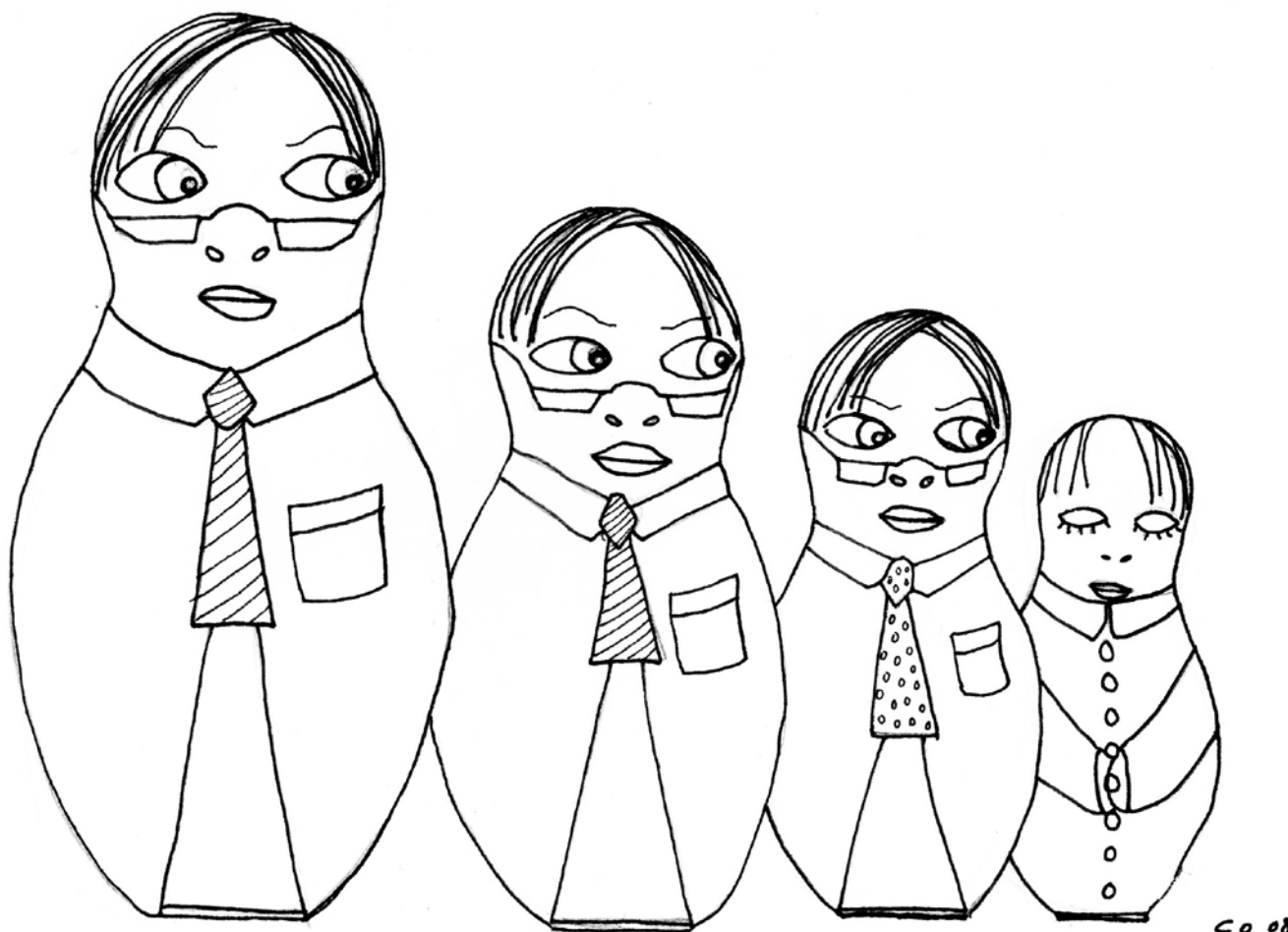
De grote mate van diversiteit zien we ook terug bij de indicatieorganen die beslissen over de toekenning van leerlinggebonden financiering ('rugzakjes') en het persoonsgebonden budget (PGB). In de ene regio is een handtekening van de psychiater noodzakelijk, andere regionale commissies erkennen ook door gz-psychologen gestelde diagnoses.

Sommige gz-psychologen voelen zich ingeperkt of vakinhoudelijk onvoldoende erkend wanneer de psychiater hun werk moet accorderen, omdat zij vinden dat zij over de gevraagde competenties beschikken. Andere gz-psychologen vinden het juist prettig dat iemand nog even met hen meekijkt en wanen zich 'gedekt' omdat de psychiater 'eindverantwoordelijk' is. Dat is altijd handig als er gedoe van komt. 'Eindverantwoordelijkheid' is echter een zeer discutabele term (Koene, 2007). Hoewel de 'l' in de afkorting van de wet BIG staat voor het bieden van gezondheidszorg aan de *individuele* patiënt, gaat de wet BIG evenzeer uit van een *individuele* verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar. De professional kan zich bij een klacht dus niet verschuilen achter een collega. Wel kan intercollegiale toet-

sing met adequate documentatie hiervan in het dossier soms 'verzachtend' werken.

Enkele opmerkingen zijn in deze discussie belangrijk. Allereerst is het goed te weten dat de wet BIG niet zozeer spreekt over bevoegdheden, maar vooral over deskundigheid. Concreet: iedereen mag diagnostiek verrichten, maar niet iedereen is ook deskundig en bekwaam op dat gebied. Het toekennen van een DSM-classificatie is geen voorbehouden medische handeling volgens de wet BIG (voorbehouden handelingen zijn handelingen die onaanvaardbare risico's voor de patiënt met zich meebrengen als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd; in de wet staat precies geformuleerd welke handelingen hieronder vallen, zoals katheterisaties, injecties toedienen en iemand onder narcose brengen). Voor de gz-psycholoog bestaan geen voorbehouden handelingen. Psychodiagnostiek, inclusief de DSM-IV, behoort nu juist tot de kerncompetentie van de gz-psycholoog en staat zo ook expliciet in de eindtermen van de gz-opleiding geformuleerd. Nu helder is dat gz-psychologen de DSM-IV *mogen* gebruiken (er is geen wet die hen dat verbiedt), rijst een andere vraag, namelijk: *kunnen* ze het? Natuurlijk kan niet iedere gz'er het gehele spectrum aan stoornissen uit de DSM tot zijn expertisegebied rekenen. Voorts geldt deze 100% deskundigheid wellicht ook niet voor (alle) psychiaters. Daarom geldt voor beide professies dat handelen buiten het eigen expertisegebied zonder consultatie of verwijzing consequenties kan hebben.

Een ander veelgehoord argument is dat de DSM een 'boek door en voor psychiaters' is met uitsluitend 'psychiatrische stoornissen'. De DSM wordt inderdaad uitgegeven door de *American Psychiatric Association*, maar ook gedragswetenschappers hebben eraan meegewerkt. De 'M' van DSM geeft bovendien al aan dat het gaat over 'mental disorders' (*psychische* stoornissen) en op dat vlak mag een gz-psycholoog verondersteld worden deskundig te zijn. De DSM kent een aantal stoornissen die niemand



bovendien als 'psychiatrisch' zou durven bestempelen (neem bijvoorbeeld de rekenstoornis, de leesstoornis, slaapstoornissen, enuresis, de articulatiestoornis, seksuele stoornissen, bijvoorbeeld voortijdige ejaculatie, en ga zo maar door).

In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* werd over dit onderwerp een interessante discussie gevoerd. Prof. dr. Fop Verheij, prof. dr. Frank Verhulst en dr. Robert Ferdinand (2007) schreven een bijzonder artikel over de rol van de psychiater. De psychiater wordt onder meer omschreven als een professional die de regie heeft over het diagnostiektraject waarbinnen hij kan besluiten onderdelen van de diagnostiek te delegeren aan teamleden. Verder zou hij vanuit zijn hoedanigheid verantwoordelijk zijn voor de integratie van alle diagnostische gegevens die door iedereen zijn verzameld. Ook de coördinatie van de gehele behandeling zou een verantwoordelijkheid van de psychiater zijn. Er wordt in het artikel voorbijgegaan aan de gz-psycholoog met een eigen BIG-verantwoordelijkheid en deskundigheid. De lezer waant zich weer even terug in de tijd, waarin de dokter met de witte

jas weet wat goed voor de patiënt is en binnen het team eigenlijk de enige is die *echt* weet hoe het moet...

Gelukkig werden de auteurs door prof. dr. Frits Boer vanuit de eigen discipline op de vingers getikt (Boer, 2007). Hij neemt het op voor de psycholoog die op sommige domeinen een grotere deskundigheid heeft dan de psychiater. Boer illustreert dit treffend door te verwijzen naar het meest gezaghebbende boek op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie (Rutter & Taylor, 2002), wat overigens ook door Verheij en collega's gerefereerd werd. Van maar liefst 8 van de 27 hoofdstukken is de eerste auteur een psycholoog en niet een psychiater. Boer wil hiermee aange-

over de auteur

Drs. Yaron Kaldenbach is gz-psycholoog/kinder- en jeugdpsycholoog NIP, werkzaam bij de divisie Kind, Jeugd & Gezin van Altrecht GGZ te Utrecht.

ven dat het per gebied kan verschillen welke discipline deskundig is en dat dit niet per definitie de psychiater is. Hij ziet ook geen enkel bezwaar tegen een situatie waarin een psycholoog succesvol diagnosticeert en behandelt zonder dat het kind ooit door de psychiater is gezien. Ik zou in dit kader het onderscheid tussen 'basispsychologen' en gz-psychologen wel zinvol achten, maar zelfs bij psychologen *zonder* BIG-registratie ligt het dan meer voor de hand om als supervisor een gz-psycholoog aan te wijzen (deskundiger binnen dezelfde discipline) dan een psychiater (andere deskundigheid binnen een andere discipline). Omgekeerd zou het immers ook raar zijn als bijvoorbeeld een gz-psycholoog een arts-assistent zou superviseren op diens medisch vakgebied. Het is zeer te waarderen hoe Boer het opneemt voor de gedragswetenschappers en tegelijk ook tekenend om te zien hoe weinig gedragswetenschappers dit zelf doen. Je wordt in de praktijk immers vaak net zo serieus genomen als je je serieus *laat* nemen. Boer sluit zijn artikel echter verrassend af. Door zonder motivatie te stellen dat de psychiater 'wel overal achter moet kunnen staan', wordt de psychiater daarmee ineens toch weer de baas. De vraag ontstaat dan wat zijn visie is als de diagnosticerend of behandelend gz-psycholoog een vakinhoudelijke visie zou hebben die afwijkt van die van de psychiater, ingeval deze laatste het kind niet kent. In de praktijk is niemand uit op een strijd tussen de disciplines en zal de psycholoog graag de aanvulling van de psychiater meenemen in zijn overwegingen (en andersom), maar zou Boer van mening zijn dat de psychiater in een dergelijk geval de verantwoordelijke en deskundige gz-psycholoog mag 'overrulen'?

Het NIP heeft al een aantal jaren geleden duidelijk stelling genomen en aangegeven dat er geen enkele reden is om DSM-classificaties *niet* tot de taken van een gz-psycholoog te rekenen (NIP, 2001). Het is aan de gz-psychologen om te bepalen hoe belangrijk ze het vinden om voor hun vak te gaan staan en op te komen voor hun eigen deskundigheid in de samenwerking met

psychiaters. Bijkomend voordeel is dat er met de erkenning van ieders competentie ook kostenefficiënter gehandeld kan worden en de cliënt, vanwege de huidige 'psychiaterkrapte', sneller bediend kan worden (gunstig voor het halen van de zogenaamde 'Treeknormen', de streefnormen die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn opgesteld voor wachttijden in de zorg). Veel cliënten waarderen het ten slotte ook wanneer ze met zo min mogelijk verschillende professionals te maken krijgen, tenzij daar een inhoudelijke indicatie voor bestaat.

Kortom, laten we als BIG-geregistreerde psychologen en psychiaters op een vruchtbare manier multidisciplinair blijven samenwerken, waarbinnen we elkaar kunnen aanvullen met ieders specifieke deskundigheid en ook wederzijdse erkenning laten zien voor gedeelde deskundigheid.

Noot 1: Daar waar over deskundigheid en positie van gz-psychologen wordt gesproken, wordt uiteraard ook de klinisch psycholoog bedoeld, een BIG-specialisme met een hoger deskundigheidsniveau dan de gz-psycholoog.

LITERATUUR

- Boer, F. (2007). De psychiater moet erachter kunnen staan. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(7), 439-441.
- Koene, C. (2007). Eindverantwoordelijkheid. *De Psycholoog*, 42(3), 171-174. Nederlands Instituut van Psychologen (2001). *Nieuwsbrief sector Gezondheidszorg*, november 2001.
- Rutter, M., & Taylor, E. (Red.) (2002). *Child and adolescent psychiatry* (4e druk). Oxford: Blackwell.
- Slabbers, S. (2006). Wie is de baas? Taakafbakening tussen psychiaters en psychologen. *De Psycholoog*, 41(3), 145-151.
- Verheij, F., Verhulst, F.C. & Ferdinand, R.F. (2007). Kinder- en jeugdpsychiatrie: een vak en een identiteit II. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(7), 429-438.

TUSSENDOOR

Marco

Pauline Polak,
schoolpsycholoog

Samen met Marco stap ik uit de bus. Als we langs de keuken van het bejaardenhuis lopen zegt hij: 'W.. w.. wat r.. rui.. ruikt het hier lekker hè juf?'
'Heb jij vanmorgen gegeten, Marco?'
'N.. nee, m.. m.. maar ik.. ik.. ik heb wel eten v.. voor tussen de middag.'

Trots haalt hij een grote winterwortel uit zijn rugzak.
'Uit uit d.. de ijs.. ijskast gepakt, juf.'
Marco stottert en heeft een specifieke taalstoornis.
Marco staat 's morgens alleen op. Hij is acht.