Dilemma's in de psychiatrische praktijk

Dilemma's in de psychiatrische praktijk

Redactie:

Ad Kaasenbrood

Tom Kuipers

Bert van der Werf

© 2004 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 313 4351 X
NUR 875

Ontwerp omslag: Boekhorst Design BV, Culemborg

Bohn Stafleu Van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten

Distributeur in België:
Standaard Uitgeverij
Belgiëlei 147a
2018 Antwerpen

www.bsl.nl

www.standaarduitgeverij.be

Inhoud

Voorwoord 7
Prof. dr. Aart H. Schene

Inleiding 11
Ad Kaasenbrood, Tom Kuipers en Bert van der Werf

- 1 Richtlijnen in de psychiatrie 15
De kwade kanten van het goed bedoelde
Jan Pols
- 2 Veranderen of zingeving? 31
De interpretatie van de hulpvraag als keuzeprobleem
Guus van Loenen
- 3 Doorgaan of stoppen? 39
Antipsychotica bij ambulante patiënten die een vroege psychose hebben doorgemaakt
Pieter Vlamincx
- 4 Rehabilitatie of behandeling? 55
Herstel als uitgangspunt
Jos Dröes
- 5 Op wiens terrein sta ik? 67
Territoriaal gedrag in het kader van psychotische problematiek
Tom Kuipers
- 6 Zwijgen of handelen? 79
Dorien en de dilemma's van een pvp
Paul Manni
- 7 De psychiater en het jonge meisje 91
Dilemma's bij het aanvragen van een dwangopname
Ad Kaasenbrood en Peter Hanneman
- 8 Behandelen in plaats van opsluiten 101
Behandelen en beveiligen, twee kanten van één klinische realiteit
Peter van Panhuis
- 9 Ingrijpen of niet? 111
Het probleem van de verantwoordelijkheid bij borderline-problematiek
Jan Spijker

10 Agressief gedrag in het psychiatrisch ziekenhuis 119
Dilemma's bij interventie
Bert van der Werf

Epiloog 129
Het belang van goed hulpverlenerschap
Ad Kaasenbrood, Tom Kuipers en Bert van der Werf

Over de auteurs 137

Register 139

Voorwoord

Prof. dr. Aart H. Schene

Hoogleraar Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

De psychiatrie is de afgelopen decennia enorm veranderd. De wijze waarop hulpverleners of behandelaars met patiënten omgaan, heeft veel van de paternalistische trekken van voorheen verloren. Het eens zo brede *terra incognita* tussen ambulante en intramurale voorzieningen is geleidelijk aan gecultiveerd met een scala aan dag- en deeltijdbehandelingen, dagactiviteitscentra en woonvoorzieningen. De psychofarmacologische mogelijkheden zijn aanmerkelijk vergroot en de hedendaagse psychiater heeft eerder een teveel dan een tekort aan geneesmiddelen tot zijn beschikking. Daarnaast zijn op psychotherapeutisch gebied diverse benaderingen en behandelingen ontwikkeld. Een deel daarvan is inmiddels ook op effectiviteit onderzocht en werkzaam bevonden. Meer dan in het algemeen wordt vermoed, geldt dat laatste ook voor andere behandelingen, zoals die op het terrein van de rehabilitatie en sociale psychiatrie. Wie elektronisch *The Cochrane Library*, een groot bestand van medische meta-analyses, raadpleegt, staat verbaasd hoeveel kennis over ons vakgebied op basis van onderzoek inmiddels beschikbaar is.

Dat we momenteel veel meer weten over het behandelen van psychiatrische aandoeningen, over wat wel werkzaam is en wat niet, en over hoe psychiatrische voorzieningen in grote lijnen zouden moeten worden georganiseerd, valt te constateren als een gerenommeerd leerboek uit de periode voorafgaande aan al deze veranderingen wordt geraadpleegd. Het *Nederlands Handboek der Psychiatrie*, vier dikke delen, verschenen in de jaren zestig van de vorige eeuw, biedt een verzameling prachtige klinische beschrijvingen over ons vak. Voor de lezer die naartoe op zoek is naar teksten over behandelingen en behandelplannen, valt er echter weinig te halen: hij blijft ontgoocheld en met lege handen achter.

Dat in het huidige tijdsbestek, met zijn hang naar *evidence based*-denken, richtlijnen en protocollen en een door DSM-IV gedomineerde wijze van classificeren en diagnosticeren, nog vele aspecten van het werken binnen de psychiatrie grote vragen oproepen en 'kookboeken' op alle fronten tekortschieten, moet de onderliggende motivatie zijn geweest van de redacteurs van dit boek. Zij vroegen elf auteurs aan de hand van casuïstiek een in hun eigen werk op de voorgrond staand dilemma te schetsen en kritisch te bespreken. De benadering is origineel en actueel, geeft op velerlei punten aanleiding voor debat en is bovenal gericht op de praktijk. Het resultaat is tien helder geschreven en tot reflectie prikkelende stukken proza.

Ik las die beschrijvingen als een zoektocht naar het compromis tussen de fraaie psychopathologische verhandelingen uit het genoemde handboek en de zo krachtige schreeuw om antwoord op prangende, alledaagse vragen naar hoe te handelen als een richtlijn aangeeft dat een patiënt langdurig anti-psychotica zou moeten gebruiken, maar jij als behandelaar – op grond van het totale klinische beeld – meent dat dit minder aangeraden is; of hoe te handelen als je als therapeut bij een vrouw met ernstige persoonlijkheidsproblematiek de uitdrukkelijke wens hebt haar autonomie te bevorderen, maar ze jou met haar door onduidelijke stemmen ingegeven suïcidale gestes blijft verrassen.

Het zijn vragen over stoppen of doorgaan, over ingrijpen of loslaten, over autonomie bevorderen of beschermen, over symptomen aanpakken, verminderen of behandelen versus het ermee leren omgaan en accepteren. Dit laatste is in andere woorden ook het actuele, door wetgeving en financiering versterkte dilemma rond de afweging tussen behandelen of rehabiliteren. Die wetgeving, in dit geval de wet BOPZ, lijkt mede debet aan een op gesloten afdelingen en in de forensische praktijk zo sterk ervaren dilemma. Enerzijds het opnemen, opsluiten, afzonderen, isoleren en niet-farmacologisch ingrijpen opdat de lichamelijke integriteit, althans chemisch, niet wordt geschonden, en anderzijds de toenemende wens om door middel van al dan niet gedwongen medicatie juist meer vrijheid voor de patiënt te creëren, zowel intra- als extramuraal.

Dat laatste heeft alles te maken met de vraag naar de bescherming van de samenleving tegen de in relatie met psychiatrische aandoeningen optredende agressiviteit en overlast. Nog teveel wordt in ons denken de psychiatrische ziekte los gezien van het agressief gedrag, waarbij dat laatste vooral wordt bedwongen door opsluiting. Andere landen kennen dat onderscheid veel minder. Daar wordt agressie in behandelwetten gezien als ziektekenmerk en wordt overeenkomstig ge- en behandeld. Onze ethische principes lijken te lang gedomineerd door het denken in termen van autonomie en zelfbeslissingsrecht. Een modernere invulling van het ‘goed hulpverlenerschap’ – een WGBO-term – roept om theorievorming, zoals deze zich op dit moment bijvoorbeeld ontwikkelt in de zorgethiek.

In de beschrijvingen van hun dilemma's lijken de auteurs zich wat verlaten te voelen ten opzichte van hun collega's. Ook de auteurs hebben immers geen pasklare antwoorden, maar ervaren zich eens te meer ‘bekeken’ door een rij aan recente wetten, zoals de wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) en de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ). Ook zij voelen de priemende blik van op enigerlei wijze betrokkenen. Ook deze betrokkenen lijken over de schouder mee te kijken naar de moeilijke gesprekken die behandelaren met hun patiënten voeren: supervisoren, collega's, de beroepsgroep, de inspectie, de tuchtcommissie, de familie, de pers en wellicht zelfs de politie. Deze wel als veramerikanisering en verjuridisering omschreven ontwikkelingen maken dat sommigen in toenemende mate bevreesd en daardoor minder creatief met genoemde vraagstukken lijken om te gaan.

Vanzelfsprekend speelt de hele interactie tussen dat wat wij als behandelaar zoal moeten weten en kunnen, dat wat de patiënt ons aan dilemma's voorschotelt en dat wat we op basis van vaak jarenlange ervaring intuïtief aanvoelen, zich steeds weer af in dat individuele contact: het gesprek met de patiënt. Niet voor niets gaat het in dit boek over afstand en nabijheid, over vormen van toenadering, over zich begrepen voelen, over veranderen en zingeven, en dat alles met het Rümkiaanse behoud van distantie. In het gesprek zoeken we een evenwicht tussen de strenge regels voortvloeiend uit richtlijnen, de concrete adviezen verwoord in protocollen, de empathische inschatting van de diepere betekenis van patiënten problematiek en de *clinical skills* die ons soms zonder al te veel nadenken zeggen wat de juiste oplossingsstrategie zou moeten zijn. Het is deze complexe afweging die de ervaren clinicus die zijn patiënt kent, in twee minuten doet besluiten tot de juiste handelwijze, terwijl een minder ervaren of iemand die de patiënt niet kent na anderhalf uur praten alsnog de verkeerde weg inslaat. Die klinische besluitvorming zal altijd afhankelijk blijven van vele ongreepbare factoren: context, tijdstip, persoonlijkheden, andere aanwezigen en recente ervaringen van patiënt en hulpverlener.

Ik beschouw dit boek als een zeer waardevolle bijdrage aan genoemde thema's. Het aan de orde stellen van voor de practicus zo goed herkenbare en invoelbare dilemma's levert een aantal uiterst interessante verhandelingen op. De dilemma's zijn goed gekozen. Ze gaan over zaken die op de werkvloer voortdurend onderwerp van gesprek zijn, maar die verder weinig op een systematische wijze in de literatuur aan de orde worden gesteld. Het zijn ook die situaties die zich minder goed of soms in het geheel niet lenen voor wetenschappelijk onderzoek. Hedendaagse onderzoekers kiezen ontegenzeggelijk voor wetenschappelijk modieuze thema's, voor thema's die gemakkelijk financieerbaar zijn of voor thema's met een hoog generalisatiebereik, zodat het internationaal publiceren niet wordt gedwarsboemd. Impliciet is dit boek dan ook een vraag om meer onderzoek over de in de hoofdstukken behandelde onderwerpen.

Het is vooral voor de meer ervarenen onder ons de plicht ook die moeilijk grijpbare beslissingen te ordenen, te onderzoeken, te beschrijven en overdraagbaar te maken. Ondanks dat de slinger der wetenschap thans vooral aan de biologische kant hangt, is het verheugend te constateren dat de laatste jaren op genoemde onderwerpen zeker ook onderzoek is verricht. Ik noem bijvoorbeeld projecten over de kwaliteit van zorg op gesloten afdelingen, over dwang en drang, over isoleren en verpleegplannen, over agressiehantering en inschatting van het risico op agressie, over forensische vraagstukken enzovoort. Dat dit nog jonge onderzoek zich nog niet zo gemakkelijk laat vertalen in standaarden voor de aanpak van ons werk is begrijpelijk, maar in mijn ogen toch slechts een kwestie van tijd.

Uiteindelijk gaat dit boek over het zoeken naar nieuwe en geactualiseerde evenwichten. De afgelopen decennia zijn hulpverlener, patiënt en het decor temidden waarvan zij zich bevinden, ingrijpend veranderd. Wat ongenueanceerd gesteld, ziet de hulpverlener zijn werk meer als vak dan als roeping, werkt hij steeds minder uren per week, maakt teamverantwoordelijkheid plaats voor indi-

viduele verantwoordelijkheid en is de noodzaak conform huidige wetenschappelijke inzichten te werken, sterk toegenomen. De patiënt is autonomer, heeft veel meer kennis en informatie, wenst actief mee te denken en te beslissen en vraagt in het verlengde hiervan ook om transparante, minder langdurige en vooral effectieve zorg. Samen bevinden zij zich temidden van steeds meer regels, wetten, richtlijnen en protocollen. Wat zich aan behandeling afspeelt, lijkt niet louter meer van hen tweeën, maar is in toenemende mate openbaar, controleerbaar, mediageniek en aan kritiek onderhevig.

Het zijn deze veranderde verhoudingen die de in de hoofdstukken gesignaleerde dilemma's voor een deel begrijpelijk maken. De uitdaging ligt in het opnieuw vinden van die evenwichten; het meedenken over en uitvoeren van agressiecontrole, zonder op de stoel van de controlerende macht te gaan zitten; het bedrijven van geneeskunst tussen het Scylla van regels, richtlijnen en protocollen en het Charybdis van al te intuïtief op ervaring handelen; het vinden van een middenweg tussen het louter behandelen van symptomen en het meedenken over rehabiliteren met oog voor het longitudinale individuele herstelperspectief; het vinden van een genuanceerd evenwicht tussen het 'jij-en-jou'-hulpverlenerschap van de jaren zeventig en het noodzakelijkerwijs ook hiërarchisch kunnen optreden; het toepassen van wat meer chemische en wat minder fysieke controle en inperking; en ten slotte het klassieke maar opnieuw actuele evenwicht tussen het natuurwetenschappelijke en het zingevingdenken.

Inleiding

Het lijkt er de laatste jaren steeds meer op dat alleen uitkomsten van kwantitatief onderzoek in de psychiatrie en psychologie aanspraak kunnen maken op de kwalificatie 'kennis'. Een schriftelijke weerslag van het vak zelf – bijvoorbeeld in de vorm van een reflectie op, of een beschouwing over wat ons in die dagelijkse praktijk professionele hoofdbrekens bezorgt of ons steeds weer boeit – treffen we in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften niet vaak meer aan. Die teneur is ook te herkennen aan de snel toenemende stroom teksten over psychiatrische en psychologische kennis op een hoger aggregatieniveau, zoals metastudies (bijvoorbeeld uitgevoerd door *The Cochrane Collaboration*) en leidraden voor goed psychiatrisch en psychotherapeutisch handelen. Zo kunnen professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) de laatste jaren voor een groeiend aantal klinische beslissingen steunen op richtlijnen voor diagnostiek en behandeling.

Die toename in belang van kwantitatieve data heeft de keuze vóór of tegen een specifieke therapeutische interventie gemakkelijker gemaakt en dat beschouwen wij als een goede ontwikkeling. Maar op dit type kennis alleen bouw je geen praktijk. Voor het nemen van professionele beslissingen voor moeilijke problemen in complexe situaties, waarin de clinicus een grote verantwoordelijkheid draagt, bieden deze hulpmiddelen namelijk weinig soelaas. Om die beslissingen tot een goed einde te brengen, moet de hulpverlener over grote ambachtelijke kwaliteiten beschikken, een vakman of vakvrouw zijn. Naast kennis van wetenschappelijke onderzoeksuitkomsten en vaardigheden om deze in de praktijk toe te passen, gaat het bij het oplossen van deze problemen ook om inzicht in de wijze waarop psychiatrische stoornissen zich in de dagelijkse praktijk manifesteren, om kennis die is voortgekomen uit ruime ervaring met verschillende soorten patiënten en hun stoornissen en om het dagelijks leven dat zij met deze problemen leiden. Om die problemen op te lossen, dient die hulpverlener ook te beschikken over goed ontwikkelde *clinical skills*: diagnostische en anamnestiche vaardigheden, interviewtechnieken passend bij verschillende typen patiënten, interactievaardigheden en strategieën om problemen op te lossen.

In dit boek komen moeilijke keuzes – dilemma's – aan de orde waarmee klinici in de dagelijkse praktijk van de GGz te maken krijgen. Om welke dilemma's gaat het dan? In dit boek komen beleidskeuzes in de behandeling of begeleiding van psychiatrische patiënten aan de orde die onder morele druk worden gemaakt. Te denken valt aan een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) die bij een suïcidale patiënt die hem in vertrouwen neemt, het belang van geheimhouding moet afwegen tegen het belang van het afwenden van gevaar.

Naast een tekort aan uitkomsten van kwantitatief wetenschappelijk onderzoek, kenmerken de dilemma's die ons voor ogen staan zich door het feit dat de GGz-hulpverlener ongelijksoortige belangen als appels en peren tegen elkaar moet

afwegen. Die belangen zijn bijvoorbeeld therapie-effect, lichamelijke en geestelijke integriteit van de patiënt zelf en derden, loyaliteiten en angst voor intimidatie door omstanders bij een beoordeling tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor dit boek hebben we elf auteurs (acht psychiaters, één psycholoog, een pvp en een geestelijk verzorger) – stuk voor stuk ervaren GGz-hulpverleners – gevraagd om een dilemma uit het hart van hun professionele praktijk te beschrijven. We hebben die auteurs gevraagd om die dilemma's toe te lichten aan de hand van een voor de lezers goed herkenbare casus uit de praktijk van de GGz. Het lezerspubliek dat we voor ogen hebben, zijn psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, pvp'en en andere professionals die midden in diezelfde praktijk staan.

Waar gaan de tien hoofdstukken in dit boek over? Pols (hoofdstuk 1) schrijft over de beperkingen van richtlijnen voor goed medisch handelen. Hij is niet zozeer tegen de ontwikkeling ervan, maar vreest wel dat het belang van die richtlijnen voor de dagelijkse praktijk momenteel overdreven wordt en belicht de gevaren van die al te prominente plaats. Van Loenen (hoofdstuk 2) maakt als geestelijk raadsman aan de hand van een casus zichtbaar hoe moeilijk existentiële nood en nood als gevolg van een psychiatrische stoornis uit elkaar te houden zijn. Het is maar vanuit welk standpunt je het bekijkt. In zekere zin gaat het hoofdstuk van Vlamincq (hoofdstuk 3) net als dat van Pols over richtlijnen, maar dan wel over een specifieke aanbeveling uit de *Behandelrichtlijn Schizofrenie*. Wat hij in eerdere publicaties al op algemeen niveau beweerde, namelijk dat langdurige medicamenteuze onderhoudsbehandeling na een eerste schizofrene psychose niet vanzelfsprekend is, illustreert hij nu aan de hand van een prototypische casus.

Dröes (hoofdstuk 4) vraagt zich af in hoeverre een rehabiliterende aanpak van behandeling verschilt. Hij komt er uiteindelijk op uit dat het hier om een schijn-tegenstelling gaat. Zeker als herstel van de patiënt het uitgangspunt is. Kuipers' bijdrage (hoofdstuk 5) gaat over territoriale problematiek die het gevolg kan zijn van een psychose, en de manier van omgaan hiermee. Manni (hoofdstuk 6) laat de morele dilemma's zien waarin een pvp verzeild kan raken. Een daarvan is redelijk voorspelbaar, maar daarom niet eenvoudig op te lossen: wat te doen bij een patiënt die hem zijn zielenroerselen met mogelijk dramatische gevolgen deelachtig maakt, waarover hij vanwege zijn plicht tot geheimhouding moet zwijgen? Kaasenbrood en Hanneman (hoofdstuk 7) schetsen de tegengestelde belangen in en de hectiek van situaties waarin een IBS-beoordeling aan de orde is. Zij suggereren dat de chaos die kenmerkend is voor deze situaties de beste garantie is voor beperkingen van de zorgvuldigheid in toepassing van de BOPZ-criteria. Van Panhuis, Spijker en Van der Werf (resp. hoofdstuk 8, 9 en 10) stellen de agressieve en impulsieve psychiatrische patiënten aan de orde. Van Panhuis maakt zich daarbij zorgen over de keuze tussen ziek of slecht en de gevolgen van deze keuzes. Van der Werf voert een ruwe patiënt ten tonele om verstoorde teamprocessen voor het voetlicht te kunnen halen. Ten slotte zoekt Spijker naar een scheidslijn tussen afwachten en ingrijpen en bemerkt hij dat hij daar maar ten dele uitkomt; de grens is diffuser dan hij had gewild. Aan het slot van het

boek geven de redacteuren een epiloog waarin ze de losse einden in de vorm van grootste gemene delers aaneenknopen.

We hopen eraan bij te dragen de kwaliteiten, die nodig zijn om de dilemma's op te lossen, in het hart van de professie terug te brengen. De auteurs doen dat door hun eigen dilemma's voor de lezer te ontrafelen en te verhelderen.

Ad Kaasenbrood, Tom Kuipers, Bert van der Werf