

Wilsonbekwaamheid in het algemene en het psychiatrisch ziekenhuis vergeleken

Psychiaters beoordelen regelmatig de wilsbekwaamheid, bijvoorbeeld als onderdeel van het behandelplan of in de consultatieve dienst. Owen e.a. (2013) onderzochten bij acuut opgenomen patiënten het verschil in wilsonbekwaamheid tussen het algemeen ziekenhuis en het psychiatrisch ziekenhuis. Zij keken daarbij naar verschillende elementen van wilsbekwaamheid.

De *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (Maccat) is een semigestructureerd interview waarin vier elementen worden onderscheiden: het *begrijpen* van relevante informatie over de voorgestelde behandeling, het (h) erkennen van symptomen en mogelijke positieve effecten van behandeling (*waarden*) en met argumenten verschillende behandelopties tegen elkaar afwegen (*redeneren*), om te komen tot het *uitdrukken* van een keuze.

In de eerste week van de opname beoordeelde een arts in een interview of de patiënt wilsbekwaam was voor behandeling (of opname), daarnaast werd de Maccat afgenomen. Patiënten die niet in staat waren om een keuze uit te drukken (bijvoorbeeld vanwege coma) werden geëxcludeerd om vergelijkbare groepen te creëren. In de analyses werden de gegevens gebruikt van 125 patiënten in het algemeen ziekenhuis (van wie 30% wilsonbekwaam) en 164 patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis (van wie 52% wilsonbekwaam).

Wilsonbekwame patiënten scoorden lager op begrijpen, redeneren en waarden. Van alle patiënten met een verlaagd begrip was de meerderheid wilsonbekwaam. Enkele patiënten met laag begrip waren toch wilsbekwaam. Zij scoorden dan hoog op waarden en redeneren.

Wanneer de patiëntengroepen met elkaar werden vergeleken, waren er wel degelijk verschillen. In het psychiatrisch ziekenhuis waren er meer patiënten die ondanks een hoge score op begrip toch wilsonbekwaam waren (39 versus 13% in het algemeen ziekenhuis). Zij scoorden dan laag op waarden. Een lage score op waarden was bij psychiatrische patiënten een betere voorspeller voor wilsonbekwaamheid dan redeneren.

In het algemeen ziekenhuis waren er patiënten die hoog scoorden op begrip en waarden, maar laag op redeneren. Deze patiënten werden als wilsonbekwaam beoordeeld. Een lage score op redeneren was karakteristiek voor wilsonbekwaamheid in het algemeen ziekenhuis.

Samengevat: wilsonbekwame patiënten met goed begrip in het algemeen ziekenhuis hebben vooral problemen met

redeneren, terwijl psychiatrische patiënten problemen hebben met waarden.

De auteurs vergeleken twee heterogene patiëntengroepen. Ze kunnen daardoor weinig zeggen over de associatie tussen ziekte en de elementen van wilsbekwaamheid. Ik noem twee voorbeelden. Allereerst werd comorbiditeit in het algemeen ziekenhuis niet meegenomen. Een kwart van die patiënten had cognitieve stoornissen (MMSE < 24) en deze waren sterk geassocieerd met wilsonbekwaamheid. Als tweede had het grootste deel (80%), maar niet de hele groep van de psychiatrische patiënten een psychotische stoornis. Van psychose is bekend dat ziekte-inzicht en wilsbekwaamheid elkaar kunnen overlappen (Ruissen e.a. 2012). Patiënten met een psychotische stoornis zonder ziektebesef scoren vermoedelijk laag op waarden omdat ze hun symptomen niet als ziekte herkennen en geen positief behandel-effect verwachten. Verder onderzoek is gewenst om op te helderen hoe ziekten via begrijpen, redeneren, en waarden wilsbekwaamheid beïnvloeden. We kunnen concluderen dat Owen e.a. (2013) laten zien dat na de beoordeling van het begrip, het redeneren relevant is voor wilsbekwaamheid in het algemeen zieken-

LITERATUUR

- Owen GS, Szmukler G, Richardson G, David AS, Raymont V, Freyenhagen F, e.a. Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 461-7.
- Ruissen AM, Widdershoven GA, Meynen G, Abma TA, van Balkom AJ. A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 103-13.

AUTEUR

JUDITH GODSCHALX-DEKKER, jurist en arts in opleiding tot psychiater, UMC Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Judith Godschalx-Dekker, NIFP, Gansstraat 170, 3582 EP Utrecht.

E-mail: j.a.dekker-7@umcutrecht.nl

Geen strijdige belangen meegegeed.



huis, terwijl met name waarden in het psychiatrisch ziekenhuis relevant is. De beoordeling van de wilsonbekwaamheid bij het behandelplan zou daarom een andere nadruk kunnen hebben dan die in de consultatieve dienst.

Interpersoonlijke therapie versus SSRI's in de behandeling van een eerste of tweede depressie

Er is weinig consensus over de meerwaarde van psychotherapie tegenover farmacotherapie bij de behandeling van een eerste of tweede episode van een majeure depressie volgens de DSM-IV. Menchetti e.a. (2013) voerden bij deze doelgroep een longitudinaal onderzoek uit waarbij de effectiviteit van interpersoonlijke therapie (IPT) ($n = 143$) met die van selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) ($n = 144$) werd vergeleken. De primaire uitkomstmaat was het aantal patiënten in remissie na twee maanden behandeling, gedefinieerd als een score van ≤ 7 op de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). Daarnaast werden patiëntfactoren die wellicht de behandeluitkomst beïnvloeden in kaart gebracht voor beide behandelmodaliteiten.

Vergeleken met SSRI's induceerde IPT significant vaker remissie na twee maanden behandelduur (resp. 45,1 vs. 58,7%). Voorspellers van een doeltreffendere behandeling met IPT waren: een eerste depressieve episode, een lichte depressie (HRSD ≤ 18), een relatief behouden algemeen functioneren gemeten met de *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS < 21), roken en de afwezigheid van angststoornissen. De factoren die geassocieerd waren met een doeltreffendere behandeling met SSRI's waren: een tweede depressieve episode, een matig-ernstige depressie (HRSD > 18), een achteruitgang in het algemeen functioneren (WSAS > 21), de aanwezigheid van angststoornissen en niet-roken. Zowel gehuwd zijn als de aanwezigheid van comorbide somatische klachten was geassocieerd met een lager remissiepercentage ongeacht de behandelkeuze.

Onze kritiek op dit onderzoek is dat er slechts twee antidepressiva werden bestudeerd, namelijk sertraline en citalopram, beide SSRI's. Hoewel de NICE-richtlijn een SSRI aanbeveelt als eerste behandelkeuze bij een depressie wegens een 'gunstiger' bijwerkingenprofiel, wordt in België wegens geringe verschillen in werkzaamheid de keuze gelaten tussen een SSRI en een tricyclisch antidepressivum (Heyrman e.a. 2008), waarbij rekening wordt gehouden met o.a. depressiesubtype, contra-indicaties, aard van de bijwerkingen, kostprijs en voorkeur van de patiënt.

Bij de behandeling met IPT, de effectiefste psychotherapeutische therapievorm voor depressie naast cognitieve gedragstherapie (CGT) (Heyrman e.a. 2008), werd tijdens 7 sessies van meer dan 30 minuten uitgebreid aandacht besteed aan sociale relaties. Daarentegen ontving de