

Voorlichting

F. BOER

Tijdens de wandeling met een bevriend echtpaar door het bos werd de sfeer openhartig. Onze vriendin wilde iets vertellen. Zij was onlangs in therapie gegaan en was daar enthousiast over. Ze wist nu ook wat er aan de hand was: ze bleek een narcistische persoonlijkheidsstoornis te hebben. Nog voor ik 'Hoe dat zo?' kon vragen, schoot door mijn hoofd: WGBO.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is van kracht sinds 1 juli 1995. Gevraagd naar de meest ingrijpende veranderingen in de psychiatrie van de afgelopen tien jaar, wordt vaak de opkomst van neurobiologie en genetica genoemd; of de intrede van de *evidence-based medicine* met haar richtlijnen en protocollen. Om in deze rij van paradigma's ook de WGBO op te nemen, lijkt overdreven. Toch heeft deze wet de relatie van de psychiater tot zijn patiënt ingrijpend veranderd, zij het geleidelijk. De WGBO heeft een stille revolutie ontketend.

Ik ben opgegroeid in een tijd waarin de hoogleraar chirurgie Frans begon te spreken wanneer hij op college in aanwezigheid van de betrokkene wilde vertellen dat de prognose belabberd was ('*un cas perdu, dames en heren*'). Niet alleen chirurgen spraken over het hoofd van de patiënt. In mijn opleidingstijd maakte ik de consternatie mee toen bleek dat een secretaresse de stukken voor een casusbespreking abusievelijk ook de patiënt zelf had toegestuurd. Je begreep direct hoe pijnlijk dit was, want in onderzoeksverslagen werden nogal eens veronderstellingen gedaan over de achtergrond van problemen die degene die het betrof verontwaardigd van de hand zou wijzen.

Destijds werd de WGBO gekenschetst als een 'codificerende' in plaats van 'modificerende' wet. Hiermee werd bedoeld dat dat wat in deze wet is geregeld, al bereikt was in maatschappelijke ontwikkelingen, en niet door de introductie van de wet hoefde te worden afgedwongen. Dat gold misschien voor de lichamelijke geneeskunde, in de psychiatrie heeft de WGBO wel degelijk een modificerend effect gehad. Dat komt vooral door het recht op inzage in het dossier dat in deze wet geregeld is. Toen ik daar voor het eerst van hoorde, leek het mij een slechte zaak. Wilde je eerlijk verslag doen van alle diagnostische overwegingen, dan was de kans groot dat in het dossier ook dingen zouden staan die je nooit zomaar aan een patiënt zou vertellen – bijvoorbeeld dat er wel eens van een narcistische persoonlijkheidsstoornis sprake zou kunnen zijn. Het laten lezen van deze informatie zou veel te confronterend zijn en de relatie met de patiënt in gevaar brengen. Er moest juist een behandeling plaatsvinden, zo redeneerde ik, om iemand langzamerhand in staat te stellen zoiets onder ogen te zien.

Toen de WGBO een feit was, konden psychiaters die er zo over dachten als ik (naar mijn indruk de meerderheid) twee dingen doen: belangrijke maar confronterende informatie niet langer in het dos-

sier noteren, of observaties en veronderstellingen zo opschrijven en bespreken dat zij de relatie met de patiënt niet in gevaar zouden brengen. Veel psychiaters hebben voor de tweede mogelijkheid gekozen en het misschien ook wel als een uitdaging ervaren om tot een andere dossiervoering en daarmee een andere manier van spreken met hun patiënten te komen. Vaak bleek het mogelijk potentieel confronterende bevindingen zo toe te lichten dat ze voor de patiënt niet pijnlijk werden. En patiënten bleken niet alleen naar de mond gepraat te willen worden. Getuige onze vriendin, die zich geholpen voelt met een uitleg over de problemen waarmee zij worstelt, en er iets aan heeft wanneer die uitleg ten slotte wordt samengevat met de term 'narcistische persoonlijkheidsstoornis'.

Natuurlijk kleven er ook ingewikkeldheden aan het recht op inzage, bijvoorbeeld wanneer mensen op grond van hun stoornis interpretatiefouten maken, of wanneer inzage moet dienen om argumenten te vinden in een strijd. Zeker in de kinder- en jeugdpsychiatrie doen zich rond inzage soms netelige kwesties voor, doordat, al naar gelang de leeftijd, zowel van inzage door de ouders of door het kind, als door beiden sprake kan zijn. Dit alles neemt niet weg dat in de 'mainstream' van de psychiatrische praktijkvoering het recht op inzage vanzelfsprekend is geworden en heeft geleid tot een andere stijl van omgaan met patiënten.

Bij deze ontwikkeling past de opkomst van patiëntenvoorlichting, waarvoor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zelfs een richtlijn heeft ontwikkeld. Daar lezen wij in artikel 5: Bij voorlichting is geen sprake van eenrichtingsverkeer maar van een interactief proces tussen hulpverlener, patiënt, familie en andere betrokkenen. [...] Degene die voorlichting geeft, dient steeds na te gaan of deze voldoende begrepen is (Bestuur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1999). Deze waarschuwing is niet overbodig. Niet lang geleden werd verslag gedaan van een opmerkelijk onderzoek in de Verenigde Staten, uitgevoerd in een regulier centrum voor ambulante jeugdggz (Hawley & Weisz 2003). Hierbij was nagegaan in hoeverre bij het begin van een psychotherapeutische behandeling (dus nadat de diagnostiekfase, inclusief het adviesgesprek, was voltooid) therapeut, ouders en het te behandelen kind het eens waren over datgene wat behandeld moest worden. Er bleek een lage overeenstemming. Slechts in 25% van de gevallen noemden therapeut, ouders en kind hetzelfde hoofdprobleem. De overeenstemming tussen de therapeut en de ouders lag hoger (circa 75%), terwijl therapeut en kind slechts in de helft van de gevallen overeenstemden. Tussen ouders en kinderen was de overeenstemming nog geen 40%.

Ik vrees dat een dergelijk onderzoek in Nederland of Vlaanderen vergelijkbare resultaten zal laten zien. Terwijl het onze beroepsgroep nu lukt patiënten in openheid te vertellen wat wij menen dat

LITERATUUR

- Bestuur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (1999). *Richtlijn Voorlichting Patiënten Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.
- Hawley, K.M., & Weisz, J.R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: the therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62-70.

er aan de hand is en wat zou moeten gebeuren, is er reden om aan te nemen dat die informatie vaak niet wordt begrepen zoals zij bedoeld is. Dat is te merken in contact met patiënten die elders eerder hulpverlening ontvingen. De discrepantie tussen wat zij vertellen over eerdere diagnostiek en de tekst van de brieven van eerdere hulpverleners is vaak groot, zelfs wanneer patiënten die brieven hebben kunnen lezen. Dit valt niet te modificeren met wetgeving, hier moeten we zelf iets aan doen.