

Reactie op “‘Waar is de zon die mij zal verblijden....’”; vitamine D-deficiëntie en depressie bij ouderen’

Met belangstelling heb ik de gevalsbeschrijving van collega Stalpers-Konijnenburg e.a. gelezen (2011). Deze casus is een illustratie van het risico van vitamine D-deficiëntie bij psychiatrische patiënten ouder dan 65 jaar. In de literatuur worden diverse risicogroepen voor het ontwikkelen van een tekort aan vitamine D onderscheiden, onder anderen patiënten met een donkere huidskleur, ouderen, gesluierde patiënten en chronische patiënten. De meeste onderzoeken naar vitamine D-tekorten binnen de psychiatrie zijn uitgevoerd op klinische afdelingen, verblijfsafdelingen of specifiek bij ouderen.

Tijdens de metabole screening van ambulante patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) jonger dan 65 jaar, bepaalden wij bij 10 patiënten de vitamine D-concentratie omdat zij specifieke spier(pijn)klachten rapporteerden. Tot onze verrassing stelden wij daarbij vast dat 9 van hen een tekort hadden aan vitamine D.

Deze bevinding wijst op de mogelijkheid dat volwassen patiënten met EPA een risicogroep zijn, ook als de behandeling ambulant is. Onderzoek binnen de gehele patiëntenpopulatie met EPA is daarom noodzakelijk.

De gemiddelde leeftijd van de door ons onderzochte 10 patiënten was 51 jaar; 29 jaar jonger dan de patiënt uit de gevalsbeschrijving van Stalpers-Konijnenburg e.a. Dit impliceert dat wij niet alleen moeten focussen op de voor ons ‘bekende’ risicopatiënten, maar dat we zeker ook bij ambulante volwassen patiënten deze klachten moeten uitvragen en vitamine D-deficiëntie als mogelijke oorzaak overwegen.

Later dit jaar wordt onze bevinding van vitamine D-deficiëntie bij patiënten met EPA gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners*.

Stalpers-Konijnenburg SC, Marijnissen RM, Gaasbeek AB, Oude Voshaar RC. ‘Waar is de zon die mij zal verblijden....’; vitamine D-deficiëntie en depressie bij ouderen. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 365-70.

## AUTEURS

RENÉ KEET, psychiater en directeur behandelzaken, Divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

REMCO BOERMAN, nurse practitioner/verpleegkundig specialist GGZ, Divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Correspondentieadres: dr. René Keet, GGZ NHN, Sector Langdurende Psychiatrie, Rhijnvis Feithlaan 150C, 1813 KV Alkmaar.

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on “‘Can I have some sunshine to cheer me up?’” Vitamin D deficiency and depression in the elderly’

## ANTWOORD aan Keet en Boerman

In de gevalsbeschrijving hebben wij ons gericht op ouderen met vitamine D-deficiëntie en de mogelijke relatie met een depressieve stoornis. Om redenen genoemd in onze tekst vormen ouderen een uitgesproken risicogroep voor vitamine D-tekort. Het risico op het ontstaan van een vitamine D-tekort wordt in aanwezigheid van een ernstige psychiatrische stoornis alleen maar vergroot.

Wij vinden de resultaten van het onderzoek van collegae Keet en Boerman, die een vitamine D-tekort vonden bij 9 van de 10 volwassenen met een ernstige psychiatrische stoornis, bijzonder interessant. Deze patiënten hebben ook een verhoogd risico op zo’n tekort door verminderde blootstelling aan zonlicht. Dit vitamine D-tekort

heeft niet alleen gevolgen voor de somatische conditie van deze patiënten (spierzwakte, verhoogde kans op osteoporose en fracturen), maar zou ook de ernst van de psychiatrische stoornis kunnen beïnvloeden. Het alert zijn op een mogelijk vitamine D-tekort bij de genoemde groep patiënten lijkt ons zeer relevant.

## AUTEURS

S.C. STALPERS-KONIJNENBURG, klinisch geriater, ziekenhuis Rijnstate, locatie Arnhem.

R.M. MARIJNISSEN, psychiater, Pro Persona, locatie de Braamberg, Afdeling Ouderen, Arnhem.

A.B. GAASBEEK is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij Pro Persona, locatie de Braamberg, Arnhem.

R.C. OUDE VOSHAAR, psychiater, UMC Groningen, afdeling Psychiatrie, Groningen.

Correspondentieadres: S.C. Stalpers-Konijnenburg, Afdeling Klinische Geriatrie, Ziekenhuis Rijnstate, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem.

E-mail: sstalpers@rijnstate.nl.

*Reactie op 'Coördinatieontwikkelingsstoornis bij ADHD; een DSM-IV-stoornis die de kinderpsychiater niet signaleert?'*

Graag reageren wij op het artikel van Muyselaar-Jellema en Severijnen (2011) in dit tijdschrift, dat wij met grote interesse gelezen hebben. De combinatie van motorische problemen en kinderpsychiatrische problematiek komt in de dagelijkse praktijk veelvuldig voor en het is in het belang van de naar ons verwezen kinderen om daar alert op te zijn.

De vraag uit de ondertitel: 'een DSM-IV-stoornis die de kinderpsychiater niet signaleert?' willen wij graag beantwoorden. De suggestie dat de kinderpsychiater coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD) niet signaleert en niet kan diagnosticeren, is een handschoen die wij met genoegen oppakken.

Binnen onze afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerd in de jongste groep kinderen, is het goed gebruik dat alle kinderen met een vermoeden van kinderpsychiatrische problematiek op motorische problemen worden gescreend door psychomotorisch therapeut/fysiotherapeut of ergotherapeut. Wij doen dit bij alle kinderen omdat motorische problemen niet zijn voorbehouden aan kinderen met ADHD. Alle kinderen met kinderpsychiatrische problematiek vertonen in meer of mindere mate bijzonderheden in hun bewegingsgedrag, zowel in handelings- als in uitdrukkingmotoriek (Buytendijk 1948/1963).

Wij zijn het derhalve met auteurs eens dat het goed zou zijn als het bewegingsonderzoek vaker zou worden uitgevoerd. Op deze manier kunnen we door tijdige behandeling de psychosociale problemen, geringe fysieke fitheid en gezondheidsproblemen als gevolg van de motorische beperkingen proberen te voorkomen (Emck 2011). Ook als deze motorische beperkingen niet voldoen aan de criteria voor een DCD is het vaak toch nodig om tot behandeling van de motorische problematiek over te gaan. Wij voelen ons daarom niet aangesproken door het vermoeden van auteurs dat er te weinig aandacht is voor de motorische ontwikkeling van kinderen binnen de kinderpsychiatrie.

De mening dat DCD, omdat het een primair motorische diagnose betreft, een 'stoornis is die in de kinderpsychiatrie niet goed gediagnosticeerd en behandeld kan worden,' onderschrijven wij niet. Volgens ons is het diagnosticeren van DCD wel degelijk mogelijk binnen de kinderpsychiatrische setting. Het bewegingsonderzoek waarbij men de *Movement Assessment Battery for Children* (M-ABC; Henderson & Sugden 1992) afneemt, geeft onderbouwing aan het criterium A voor de diagnose DCD. Het psychiatrisch onderzoek, de ontwikkelingsanamnese en het psychologisch onderzoek geven informatie voor beoordeling van criteria B, C en D (APA 1994).

Het is een kunstgreep om de motorische bijzonderheden te willen scheiden van de kinderpsychiatrische stoornis en derhalve achten wij het ook onze taak om die mede te behandelen. Psychoeducatie en medicatie kunnen een eerste stap zijn, zo nodig aangevuld met individuele of groepsbehandeling voor het kind. In deze groepen kan gewerkt worden aan de motorische, emotionele en sociale problemen die het kind ondervindt. Het zou de belasting van ouders verhogen en de hulpverlening aan gezinnen nodeloos gecompliceerd maken als dit altijd buiten de ggz zou moeten plaatsvinden. Onze instelling heeft gelukkig de kennis en ervaring van de ergotherapeut en fysiotherapeut/psychomotorisch therapeut in huis, maar wij realiseren ons dat dat niet voor alle kinderpsychiatrische instellingen in die mate geldt.

Wij zijn het met auteurs eens dat motorische problemen onze aandacht behoeven, maar we willen een lans breken voor een integrale behandeling binnen één instelling en we willen voorkomen dat deze wordt opgesplitst in een veelvoud van behandelsettings. Uiteraard zullen wij bij persisteren van de motorische problematiek ook tot doorverwijzing overgaan.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de druk) Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Buytendijk FJJ. Algemene theorie der menselijke houding en

beweging. Utrecht: Het Spectrum; 1948/1963.

- Emck C. Gross motor performance in children with psychiatric conditions. (proefschrift). Amsterdam: VUmc; 2011.
- Henderson SE, Sugden DA. *Movement Assessment Battery for Children*. London: The Psychological Corporation; 1992.
- Muyselaar-Jellema JZ, Severijnen S. Coordinatieontwikkelingsstoornis bij ADHD; een DSM-IV-stoornis die de kinderpsychiater niet signaleert? *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 305-10.

## AUTEURS

DINEKE RANG, kinderpsychiater, polikliniek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Fornhese Almere, GGZ Centraal.

RENÉ DE WEERD, fysiotherapeut/psychomotorisch therapeut, polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie, Fornhese Almere, GGZ Centraal.

Correspondentieadres: Dineke Rang, GGZ Centraal, Fornhese, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Boomgaardweg 10, 1326 AD Almere.

E-mail: dinekerang@casema.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Developmental coordination disorder in a child with ADHD; is DCD a DSM-IV diagnosis that is not recognised by child psychiatry?'

## ANTWOORD aan Rang en De Weerd

Wij danken de collegae Rang en De Weerd voor hun reactie. Wij zijn het met hen eens dat de motoriek van kinderen in kinderpsychiatrische instellingen onze aandacht verdient. Ook delen wij de mening dat men niet ieder kind met motorische problematiek hoeft door te verwijzen naar een revalidatiecentrum. Een integrale behandeling binnen één centrum heeft uiteraard de voorkeur. Ook verwijzen naar kinderfysiotherapeut uit de eerste lijn kan een goede optie zijn. Slechts bij het persisteren van motorische problematiek ondanks behandeling, of in het geval van complexe problematiek op meerdere domeinen van het functioneren is het zinvol om door te verwijzen naar de kin- derrevalidatie.

Voorwaarde voor het stellen van de diagnose DCD is dat naast de anamnese een M-ABC wordt afgenomen. Ook dient gedegen neurologisch onderzoek te worden gedaan om een eventuele andere oorzaak van de motorische problematiek uit te sluiten. Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan men DCD inderdaad ook binnen een kinderpsychiatrische setting diagnosticeren. Niet iedere kinderpsychiatrische instelling zal hiertoe de mogelijkheid hebben.

Volgens ons is het vroegtijdig signaleren van de motorische problematiek het belangrijkste. Dit hebben wij ook onder de aandacht willen brengen met ons artikel. Hoe men vervolgens vorm geeft aan de diagnostiek en behandeling is afhankelijk van de mogelijkheden van de betreffende instelling. In dit verband pleiten wij voor een goede samenwerking tussen de kinderpsychiater, de kinderrevalidatieartsen en therapeuten uit de eerste lijn. Hierover kan men lokaal afspraken maken, bijvoorbeeld over verwijscriteria.

#### AUTEURS

J.Z. MUYSELAAR-JELLEMA, arts maatschappij en gezondheid, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Leiden.

S. SEVERIJNEN, revalidatiearts, Rijnlands Revalidatie centrum, Leiden.

Correspondentieadres: J.Z.Muyselaar-Jellema, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Postbus 2211, 2301 CE Leiden.

E-mail: j.muyselaar@ggzkinderenenjeugd.nl.

#### Reactie op 'Rechtdoen aan complexiteit; het begrip 'wilsbekwaamheid'

Wij danken collega Milders (2011) voor zijn commentaar bij ons overzichtsartikel over wilsbekwaamheid (Ruissen e.a. 2011). Graag gaan wij in op enkele van de door hem opgeworpen kwesties naar aanleiding van ons artikel.

Als eerste de vraag wiens taak het is om de wilsbekwaamheid te beoordelen. Volgens ons is dat altijd in eerste instantie – in de geestelijke gezondheidszorg – de behandelend arts of psychiater. Deze maakt bij elk contact een impliciete en soms een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid ter verkrijging van een (rechts)geldige geïnformeerde toestemming. Daarbij is het belangrijk om voor ogen te houden wat de consequenties van een eventuele wilsonbekwaamheid zijn. Deze zijn primair het ondersteunen en verbeteren van de wilsbekwaamheid, vaak ook het inschakelen van het systeem (wettelijke vertegenwoordiger) en soms, met name als patiënt niet instemt met zorg, het inzetten van bemoeizorg en systeeminterventies. Pas in laatste instantie (of in uitzonderlijke acute situaties) kan het wilsonbekwaamheidsoordeel leiden tot dwangtoepassing. Daarbij moeten we ten eerste opmerken dat indien de patiënt zich verzet er wel sprake moet zijn van ernstig (somaat)isch nadeel en ten tweede dat in de ggz altijd overwogen moet worden of de weg via de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) niet een betere is.

Het beoordelen van de wils(on)bekwaamheid in de psychiatrie is in eerste instantie bedoeld als input voor een morele rechtvaardiging van het te voeren beleid, inclusief bemoeizorg en drang, en niet zozeer als formele of juridische onderbouwing van het toepassen van dwang (hoewel het daar wel een plaats in kan – in de toekomst zelfs moet? – hebben). Het systematisch uitvoeren van een second opinion bij wilsonbekwaamheid zoals in sommige ggz-instellingen gebruikelijk is, is volgens ons dan ook weinig zinvol, net zomin als het inschakelen van rechters of juristen.

Wij hebben getracht om te laten zien dat een onderzoek van waarden gediend kan zijn met een dialogische benadering, als onderdeel van een arts-patiëntrelatie die zich kenmerkt door wederzijdse openheid en bereidheid tot leren. Dat betekent dat de arts-patiëntrelatie de meest aangewezen context is voor wilsonbekwaamheidsonderzoek in de zin die wij voorstaan. Dat wil niet zeggen dat derden niet kunnen worden ingeschakeld wanneer één of beide betrokkenen daaraan behoefte hebben; het systematisch overhevelen van een wilsonbekwaamheidsoordeel naar derden doet volgens ons echter afbreuk aan het belang van de dialoog tussen arts en patiënt als gezamenlijk proces.

Daarmee komen we op een tweede vraag van Milders, namelijk of een dialoog zoals wij die voorstellen wel samengaat met een beoordelingsfunctie. Wij erkennen dat dit spanningen kan opleveren, zoals overigens op vele momenten in de psychiatrische behandeling, denk aan de overweging wel of geen rechterlijke maatregel of wel of niet bewindvoering aan te vragen. Vanuit dialogisch perspectief zijn spanningen geen bezwaar, mits men bereid is het eigen (voor)oordeel ter discussie te stellen. Dit vereist morele competentie, een competentie die trainbaar is en onderdeel uitmaakt van het geheel van competenties van een psychiater.

Hierbij kan contact met andere partijen (buiten de directe arts-patiëntrelatie) juist een positieve rol spelen, niet om het oordeel aan hen over te laten, maar om het eigen reflectievermogen te bevorderen. Een dialoog tussen psychiater en collegae, intervisiegroep, team, de instellingsethicus of -jurist of de geestelijk verzorger kan de psychiater helpen andere perspectieven te (h)erkennen en het eigen gezichtspunt te verbreden. Een gestructureerde vorm van deze vorm van dialoog is Moreel Beraad, waarin teamleden met elkaar in gesprek gaan over morele en praktische dilemma's die zij ervaren in hun dagelijks werk om zo de eigen en elkaars morele competentie te vergroten.

Tot slot een opmerking over de verwante begrippen. Wij onderschrijven Milders' stelling

dat het begrip 'wilsbekwaamheid' verwant is aan begrippen zoals 'oordeels- en kritiekgestoord' en 'ziektebesef'. Op dit punt gaan wij in, in een reviewartikel over (kwantitatieve) studies naar het verband tussen wilsbekwaamheid en ziekteinzicht (Ruissen e.a. ter perse).

## LITERATUUR

- Milders CFA. Rechtdoen aan complexiteit; het begrip 'wilsbekwaamheid'. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 415-7.
- Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 404-15.
- Ruissen AM, Widdershoven GAM, Meynen G, Abma TA, van Balkom AJLM. A systematic review of the literature about competence and poor insight. Acta Psychiatr Scand (ter perse).

## AUTEURS

ANDREA RUISSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker bij GGZ inGeest/Metamedica EMGO+, VUMC, Amsterdam.

GERBEN MEYNEN is psychiater bij GGZ inGeest, en postdoc bij de Faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

GUY WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek, Metamedica EMGO+ VUMC/VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: Andrea Ruissen, Metamedica, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on "To do justice to complexity; the concept 'patient competence'"

ANTWOORD aan Ruissen, Meynen en  
Widdershoven

De reactie van Ruissen e.a. op mijn commentaar (Milders 2011) begint het karakter van een dialoog te krijgen. Ik zou die graag willen voortzetten, maar ik moet mij nu beperken tot een enkele opmerking. Bij nadere bestudering van de ingezonden brief en het artikel (Ruissen e.a. 2011) blijken er twee opvattingen over wils(on)bekwaamheid naast elkaar te staan. Enerzijds stellen de auteurs dat vragen over wilsbekwaamheid aan de orde komen als patiënt en arts het niet eens kunnen worden. Anderzijds benadrukken zij het proceskarakter (het dialogische) van het denken over wilsbekwaamheid. In het laatste geval is volgens hen het beoordelen van wilsbekwaamheid in de psychiatrie in eerste instantie bedoeld als input voor een morele rechtvaardiging van het te voeren beleid, inclusief bemoeizorg en drang.

Hoewel de auteurs in deze tweede visie waardevolle inzichten over wils(on)bekwaamheid naar voren brengen, kunnen hier – bij nader inzien – enige kanttekeningen worden geplaatst. Dit proces kunnen we ook beschrijven als een motiveringstraject waarbij de behandelaar op creatieve wijze moet omgaan met weerstanden bij de patiënt, conflicterende opvattingen over de behandeling en de waarden die daarbij betrokken zijn.

Een motiveringsstrategie is een behandelvorm waarin het dialogische aspect centraal staat. In die behandeling kan zich een ontwikkeling voordoen waarbij de standpunten van de behandelaar en van de patiënt niet meer te overbruggen zijn omdat zij het niet eens kunnen worden. Dan pas is de vraag naar wils(on)bekwaamheid actueel in het licht van een noodzakelijke (levensreddende) behandelinterventie waarover fundamentele onenigheid bestaat (conform de eerste opvatting van de auteurs).

In deze alternatieve benaderingswijze wordt benadrukt dat het serieus denken over wils(on)bekwaamheid (met als mogelijke consequentie dwang) een kwalitatieve denksprong van de

behandelaar inhoudt, waarbij een geheel andere attitude in het geding is: niet meer dialogisch, maar beoordelend; niet meer 'met', maar 'over' de patiënt. Bovendien kan de behandelrelatie overgaan in een conflictrelatie.

Als we uitgaan van de genoemde kwalitatieve denksprong met de mogelijk vergaande consequenties daarvan, is het inschakelen van een collega voor het beoordelen van de wils(on)bekwaamheid zeer relevant. Wanneer de auteurs kiezen voor het procesmatige karakter van wils(on)bekwaamheid komt de denksprong mogelijk niet in zicht. En waarschijnlijk ook niet de overweging om een ander de beoordeling van wils(on)bekwaamheid te laten doen. Deze beoordeling doet volgens mij geen afbreuk aan de dialoog met de patiënt. Integendeel. De overweging dat de behandelend arts uiteindelijk niet de beoordelaar van zijn patiënt zal zijn, kan heel goed deel uitmaken van de dialoog. Niet alleen om recht te doen aan de relatie met de patiënt, maar ook aan de denksprong die in het geding is.

Al met al wordt de kwestie nog complexer. En dat is aardig. Ik zie uit naar het volgende artikel van de auteurs.

#### LITERATUUR

- Milders CFA. Rechtdoen aan complexiteit; het begrip 'wils-onbekwaamheid'. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 415-7.  
Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 405-14.

#### AUTEUR

FRITS MILDERS is psychiater en A-opleider bij Lentis Groningen.

Correspondentieadres: dr. Frits Milders, Lentis Groningen, Hereweg 76, 9700 AB Groningen.

E-mail: cfa.milders@lentis.nl.

Reactie op 'Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden'

Ruissen e.a. (2011) publiceerden in het julinummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie een overzicht over wilsbekwaamheid in de psychiatrie. Een onderwerp dat (terecht) toenemend in de belangstelling staat, ook bij de wetgever.

In het artikel refereren zij ook uitgebreid aan het werk van Tan uit het Verenigd Koninkrijk. Zij heeft op het gebied van de wilsbekwaamheid bij anorexia nervosa baanbrekend werk verricht met haar kwalitatieve onderzoeken (Tan e.a. 2003a; b). Vooral de aanwijzingen die zij heeft gevonden dat de waarden van patiënten met anorexia nervosa (o.a. aangaande leven en dood) anders zijn gedurende de acute fase van hun ziekte en dat de ziekte onderdeel uitmaakt van de persoonlijke identiteit van de patiënt zal iedere clinicus die met deze patiëntengroep werkt herkennen. Tan e.a. hebben in hun onderzoek de MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) gebruikt (Grisso e.a. 1997), die inmiddels gezien wordt als de 'gouden standaard' om wilsbekwaamheid te beoordelen. Bij anorexia nervosa was dit, in tegenstelling tot bij diverse andere ziektebeelden, de eerste keer dat dit instrument gebruikt is. Tan e.a. vinden geen lagere scores bij de patiënten met anorexia nervosa, in tegenspraak tot wat de clinicus zou denken in de beschreven casussen.

Echter, Tan e.a. hebben bij kritische beschouwing de MacCAT-T in dit onderzoek niet op de voorgeschreven wijze gebruikt. De MacCAT-T dient afgenomen te worden op het moment dat de vraag naar wilsbekwaamheid speelt. Dus bijvoorbeeld op het moment dat een opname bij de patiënt met anorexia nervosa van groot belang wordt geacht, of op het moment van al dan niet in behandeling gaan. In het onderzoek van Tan e.a. is de MacCAT-T retrospectief afgenomen. Bij de patiënten is in een latere fase van hun ziekte, toen zij in betere doen waren, de MacCAT-T afgenomen. Op dat moment vinden Tan e.a. geen slechtere scores. De antwoorden die patiënten geven, terug-

denkend aan hun ziekere fase, doen vermoeden dat zij gedurende die fase mogelijk wel verminderd wilsbekwaam waren. Op het moment dat ze met de MacCAT-T onderzocht werden, was dit kennelijk niet (meer) het geval. Ook Grisso en Appelbaum (2007), die de MacCAT-T hebben ontworpen, hebben deze kritiek geuit op het onderzoek van Tan e.a.

Dit neemt niet weg dat het van groot belang is met de MacCAT-T de wilsbekwaamheid bij anorexia nervosa te onderzoeken. Het enige onderzoek tot nu toe waarbij de MacCAT-T wel correct is gebruikt bij anorexia nervosa is dat van Turrell e.a. (2010). Zij onderzochten 35 adolescenten met anorexia nervosa met de MacCAT-T en vergeleken hen met een controlegroep zonder klachten. Op het onderdeel redeneren scoorden de patiënten slechter dan de controlegroep. Dat dit vooral hun vermogen betrof om te redeneren over hun ziekte werd duidelijk doordat een hypothetisch vignette (een casus die niet op hen persoonlijk betrekking had en geen anorexia nervosa betrof) door beide groepen even goed werd benaderd.

Een nuancering bij het overzicht van Ruissen e.a. is dan ook dat de opmerking dat de wilsbekwaamheid bij patiënten met anorexia nervosa niet voldoende kan worden beoordeeld met de MacCAT-T niet gestaafd wordt door onderzoek. Sterker nog, recent is er een onderzoek verschenen dat juist het tegenovergestelde waarschijnlijker maakt.

#### LITERATUUR

- Grisso T, Appelbaum PS. Appreciating anorexia: decisional capacity and the role of values. *Philos Psychiatr Psychol* 2007; 13: 293-7.
- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Serv* 1997; 48: 1415-9.
- Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 404-15.
- Tan J, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 2003a; 26: 697-707.
- Tan J, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R. Control and compulsory

treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *Int J Law Psychiatry* 2003b; 26: 627-45.

Turrell SL, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2010; doi: 10.1002/eat.20870.

## AUTEUR

ISIS ELZAKKERS is psychiater, Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist.

E-mail: i.elzackers@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Perspectives on patient competence in psychiatry: cognitive functions, emotions and values'

## ANTWOORD aan Elzakkers

Wij danken collega Elzakkers voor haar reactie. Inderdaad hebben Tan e.a. (2003; 2006a; b) de MacCAT anders gebruikt dan volgens de handleiding (Grisso e.a. 1997) voor de klinische praktijk; zij hebben dit instrument namelijk gebruikt voor een retrospectieve beoordeling (Tan e.a. 2003; 2006a; b). Grisso en Appelbaum (2007) hebben daar ook op gewezen. Tan e.a. geven toe dat niet zeker is of de mensen in hun studie ook 'geslaagd' zouden zijn voor de MacCAT-T bij opname, omdat hun gegevens retrospectieve weergaven van de ervaringen van patiënten zijn (hoewel ze bij afname nog wel in enige mate aan anorexia leden). Zij wijzen erop dat het mogelijk is, hoewel zij dit niet waarschijnlijk achten, dat de deelnemers aan de studie niet 'geslaagd' zouden zijn op grond van hun redeneervermogen alleen. 'Het punt is dat onze uitkomsten laten zien dat sommige van de redenen waarom ze behandeling weigerden intuïtief suggereren dat de weigering niet gerespecteerd zou moeten worden omdat ze van zo'n aard zijn dat ze buiten de concepten vallen die gebruikt worden in de MacCAT-T.' (Tan e.a. 2006b; bl. 300). Tan e.a. zijn dus van mening dat de kern van hun bevindingen blijft staan. In elk geval zijn op

basis van hun studie waarden een belangrijke(re) rol gaan spelen in de discussie over wilsbekwaamheid.

Uit een systematische review naar de relatie tussen inzicht en wilsbekwaamheid (Ruissen e.a. ter perse) bleek overigens dat veel onderzoekers die werken met de MacCAT deze niet (helemaal) gebruiken volgens de richtlijn van Grisso en Appelbaum. Zo geven deze auteurs nadrukkelijk geen afkappunt, maar in onderzoeken wordt dat regelmatig toch gebruikt. Vaak zijn de variaties waarmee de MacCAT wordt toegepast vanuit het onderzoek ook verdedigbaar. Belangrijk is wel dat het precieze gebruik van de MacCAT in de betreffende artikelen helder is.

Elzakkers verwijst naar een interessante studie van Turrell e.a. (2010). Zij vonden dat wanneer ze wilsbekwaamheid volgens de MacCAT beoordeelden bij patiënten met anorexia, deze problemen hadden met het redeneren (één van de vier onderdelen van de MacCAT). Anders dan Tan e.a. vinden zij dus wel problemen bij deze patiënten. Dit geeft duidelijk een aanvulling in onze kennis over wilsbekwaamheid bij anorexia. Echter, het is niet strijdig met de kernbevindingen -stelling van Tan e.a. Zij zeggen namelijk: 'Wij geloven [...] dat de gegevens van patiënten met anorexia nervosa de aanname rechtvaardigen dat het concept van wilsbekwaamheid de mogelijkheid moet bieden dat een persoon wils- onbekwaam kan zijn en dat het niet accepteren van weigering van de behandeling gerechtvaardigd is, zelfs indien deze zelfde patiënt slaagt voor die testen van de wilsbekwaamheid die vermijden om de waarden van patiënt te beoordelen.' (Tan e.a. 2006b; accent toegevoegd).

Het centrale punt is namelijk niet dat patiënten met anorexia geen problemen ten aanzien van de MacCAT-criteria zouden laten zien, maar dat zelfs als ze die niet laten zien, er nog steeds redenen kunnen zijn om hun wilsbekwaamheid te betwijfelen. Hun waarden zouden, ten gevolge van het hebben van anorexia, wezenlijk veranderd kunnen zijn, met een beslissende invloed op hun therapiekeuze of -weigering. Dat maakt de bena-



dering van Tan e.a. interessant en relevant, niet alleen voor de beoordeling van patiënten met anorexia, maar voor het concept wilsbekwaamheid op zich.

## LITERATUUR

- Grisso T, Appelbaum PS. Appreciating anorexia: decisional capacity and the role of values. *Philos Psychiatr Psychol* 2007; 13: 293-7.
- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Services* 1997; 48: 1415-1419
- Ruissen AM, Widdershoven GAM, Meynen G, e.a. A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta Scand Psychiatr* (ter perse).
- Tan JOA, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26: 697-707.
- Tan JOA, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick P. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol* 2006a; 13: 267-82.
- Tan J, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope RA. Studying penguins to understand birds. *Philos Psychiatr Psychol* 2006b; 13: 299-301.
- Turrell, SL, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2010 (epub).

## AUTEURS

ANDREA RUISSSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker bij ggz inGeest/Metamedica EMGO+, VUmc, Amsterdam.

GERBEN MEYNEN is psychiater bij GGZ inGeest en postdoc bij de Faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

GUY WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek, Metamedica EMGO+ VUmc/VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: A.M. Ruissen, Metamedica, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

Reactie op "‘Theatrale persoonlijkheidsstoornis met regressie en conversie’; een meninggeoom' (2)

Als iets irriteert of prikkelt, is het soms heilzaam dit te benoemen; vandaar dat ik graag wil reageren op de korte briefwisseling tussen Hengeveld en Oude Elberink e.a. (2011). Onderwerp was de gevalsbeschrijving van laatstgenoemden over een patiënte met een meninggeoom.

Hoewel er in de reactie van Hengeveld meer, laat ik maar zeggen prikkelende, elementen zaten, wil ik graag ingaan op de discussie rond het gebruik van het woord 'regressie'. In zijn reactie keurt hij het gebruik van deze term af. Naar zijn mening impliceert gebruik van de term een psychologische oorzaak en zou de mogelijkheid van een organische oorzaak eenvoudig over het hoofd worden gezien.

Hoewel Oude Elberink e.a. het gebruik van de term verdedigen, doen ze dit op een voor mij nogal teleurstellende wijze. Het lijkt erop alsof ze de lezer er vooral van willen overtuigen wel een objectieve en medische term gebruikt te hebben. Hiervoor verwijzen zij naar 'diverse leerboeken' waarin de term gedefinieerd wordt als een beschrijving van gedragskenmerken die niet passen bij leeftijd en ontwikkelingsniveau.

De essentie van het begrip is echter dat er sprake is van een terugval naar gedragingen passend bij een eerder ontwikkelingsniveau. Het betreft bovendien een beschrijving van gedrag, geen verklaring voor gedrag. Het gebruik van de term betekent dus niet dat een eventuele lichamelijke oorzaak vervolgens niet moet worden uitgesloten.

Naar mijn mening vormen het zorgvuldig observeren en beschrijven van gedrag een van de mooie kanten van ons vak. Daarbij weet ik mij in een lange traditie en ervaar ik het gebruik van termen die ooit door illustere voorgangers geïntroduceerd zijn, als inspirerend. Dat de naam van het symptoom niet meteen een verklaring is, moge helder zijn en nadat het gedrag in kaart is gebracht, moet de zoektocht naar de oorzaak vaak nog beginnen.

In het recent verschenen visiedocument psychotherapie wordt de psychiater omschreven als iemand die kennis en ervaring bezit op het gebied van zowel de biologische en somatische als de psychologische aspecten van psychiatrische stoornissen. Juist die combinatie is onze kracht. Blijkbaar is het verschijnen van een visiedocument waarin dat nog eens wordt uitgelegd geen overbodige luxe.

## LITERATUUR

Hengeveld MW. Reactie op “Theatrale persoonlijkheidsstoornis met regressie en conversie”; een meningeoom’. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 571-2.

## AUTEUR

JARL ESCHAUZIER, psychiater Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheid, Venray.

Correspondentieadres: Jarl Eschauzier, Vincent van Gogh Instituut, Stationsweg 46, 5803AC Venray.

E-mail: jeschauzier@vvgi.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on “Histrionic personality disorder with regression and conversion”: a meningioma’

## ANTWOORD aan Eschauzier

Goed dat er nog wat aandacht wordt besteed aan het gebruik van het woord ‘regressie’. Collega Eschauzier deelt mijn grote belangstelling voor het zorgvuldig observeren en beschrijven van gedrag als een van de mooie kanten van ons vak. Juist daarom zou hij, net als ik, bezwaar moeten hebben tegen het gebruik van het begrip ‘regressief gedrag’. Het is immers helemaal geen neutrale, beschrijvende term, maar impliceert een psychologisch mechanisme, namelijk terugval in een eerder psychologisch ontwikkelingsstadium als afweermechanisme.

Als zodanig is de term door onze illustere voorganger Freud geïntroduceerd in de psychodynamische psychiatrie en overgenomen in de ‘diverse leerboeken’ en psychiatrische woordenboeken. In de psychopathologische handboeken vind je deze term daarom terecht niet terug als psychiatrisch symptoom. Ook in de praktijk (zie de gevalbeschrijving van Oude Elberink e.a. van de patiënt met het meningeoom) wordt ‘regressief gedrag’ dikwijls – en bijna pejoratief – gebruikt om pseudokinderlijk gedrag zoals afhankelijk aanklampen, gebrek aan decorum en incontinentie te ‘begrijpen’ als terugval op een vroeger ontwikkelingsstadium ten gevolge van de omstandigheden. Dit impliceren van een psychodynamische verklaring werkt in de hand dat men niet goed kijkt naar een organische oorzaak, zoals in de betreffende casus.

Ten slotte geeft de term geen eenduidige beschrijving van gedrag, zoals Eschauzier stelt, maar van een vergaarbak aan mogelijke gedragingen. Daarom blij ik van mening dat de begrippen ‘regressie’ en ‘regressief gedrag’ niet meer gebruikt zouden moeten worden in de psychopathologie.

## AUTEUR

MICHIEL HENGEVELD, psychiater.

E-mail: m.w.hengeveld@planet.nl.

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (1)

De Boer en Oei (2011) beschrijven de casus van een 65-jarige vrouw die hulp bij zelfdoding kreeg vanwege psychisch lijden. Hoewel deze gevalbeschrijving verschillende vragen oproept, willen wij specifiek twee aspecten aan de orde stellen.

De eerste daarvan is de vraag of deze patiënte inderdaad was uitbehandeld. Gesproken wordt van een ernstige posttraumatische stressstoornis en een ernstige depressieve stemmingsstoornis in combinatie met hartfalen. Patiënte werd meer dan 50 jaar behandeld voor haar psychiatrische stoornissen, waarbij haar stemming diep somber bleef ondanks psychofarmacologische behandeling, lichttherapie en slaapdeprivatie. Er was geen sprake van duurzame effecten. Voor zover wij begrijpen, is de patiënte niet behandeld met elektroconvulsieve therapie (ECT). De auteurs stellen: 'Alle behandelalternatieven bleken uitvoerig aan de orde te zijn geweest en na zorgvuldige afweging als niet proportioneel of niet haalbaar ter zijde te zijn gesteld.'

Het blijft volstrekt onduidelijk waarom die overweging van toepassing zou moeten zijn geweest op ECT. Zowel de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005) als de richtlijn Elektroconvulsieve therapie (2010) noemt ECT ondubbelzinnig in hun algoritme. Het Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2008) doet over ECT drie belangrijke uitspraken, die in dit verband relevant zijn:

- de effectiviteit van ECT bij ouderen met een depressie is aangetoond;
- ECT lijkt effectiever te worden met het toenemen van de leeftijd;
- bijwerkingen van ECT op oudere leeftijd zijn opvallend licht.

Hartfalen hoeft als zodanig geen contra-indicatie te zijn.

Het lijkt ons van groot belang dat ook in de psychiatrie alle behandelopties bij euthanasie of hulp bij zelfdoding zorgvuldig zijn uitgesloten. Dat de auteurs hun afwegingen op dit belangrijke

punt niet toelichten, ervaren wij als een ernstig gemis.

In de tweede plaats stellen de auteurs dat bij patiënte geen 'duurzame' behandelresultaten werden bereikt. Op basis van dat criterium zouden de meeste psychiatrische patiënten in aanmerking komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. De belangrijkste psychiatrische ziekten hebben immers alle een chronisch recidiverend of chronisch beloop. Dat maakt het in ons vak zo belangrijk met de patiënt hoop te ontlenen aan kleine stappen en perspectieven op kortere termijn.

De Boer en Oei overtuigen ons niet dat zij in deze casus alle behandelmogelijkheden hebben uitgeput dan wel op goede gronden hebben uitgesloten. Ook betwijfelen wij of zij zijn uitgegaan van behandelperspectieven die in de psychiatrie onvermijdelijk zijn en waarvan het hanteren tot de competenties van de psychiater behoort.

De Euthanasiewet van 2002 maakt geen onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden. Dit schept verplichtingen voor onze beroeps-groep. Somatisch specialisten hebben al langer ervaring met zorgvuldige toetsing van euthanasieaanvragen of vragen naar hulp bij zelfdoding. Het lijkt erop dat de psychiatrie nog een weg te gaan heeft.

#### LITERATUUR

- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. Tijdschr Psychiatri 2011; 53: 543-50.
- Broek WW van den, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, e.a. (Werkgroep Elektroconvulsie-therapie). Richtlijn elektroconvulsie-therapie. (2de herz.druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 45-9.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008. p. 42.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005. p. 22.

## AUTEURS

ADRIAAN HONIG is psychiater, Afdeling Psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

FRANK KOERSELMAN is hoogleraar Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht.

Correspondentieadres: Adriaan Honig, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Afdeling Psychiatrie, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam.

E-mail: a.honig@slaz.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (1)

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (2)

De Boer en Oei (2011) zetten een aantal recente ontwikkelingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie op een rij. Hun bijdrage nodigt uit tot een aantal kanttekeningen.

*Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie* De auteurs noemen 2002 keerpunt in de ontwikkelingen en de besproken casus een 'cultuuromslag' en zelfs een 'legitimering in de praktijk'. Dat is onjuist. Reeds in 1994 oordeelde de Hoge Raad in de zaak-Chabot dat het onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden onhoudbaar is. Daarmee is voor het eerst een wettelijke legitimatie voor hulp bij zelfdoding bij psychiatrisch lijden verschaft. De wet (uit 2002) en de uitspraken van de toetsingscommissies (uit 2008) zijn geen cultuuromslag, maar een logisch gevolg hiervan.

Ondanks de juridische mogelijkheden vindt hulp bij zelfdoding in de psychiatrie weinig plaats. Het spreken over de dood in de psychiatrie als reële optie, in plaats van als onderdeel van de psychiatrische aandoening, lijkt nog steeds een taboe te zijn. Het is de vraag of een expliciete verantwoording

van de afwijzing van een verzoek naar de patiënt, zoals de auteurs voorstellen, aan dit probleem tegemoetkomt. Het bevorderen van openheid en aandacht voor de patiënt, met welke aandoening dan ook, door het bespreekbaar maken van doodswensen, is in onze ogen zinvoller dan een verplichting tot verantwoording.

*Consultatie* De auteurs pleiten voor één enkele consulent, tegelijkertijd SCEN-arts en psychiater. Dit snijdt geen hout. Soms zijn meer consulenten nodig; zeker in moeilijke casussen levert een extra consulent winst op (ook in somatische casussen). Het is niet raadzaam, zoals de auteurs menen, om de consulent geen expliciet oordeel te vragen omtrent het verzoek. De consulent moet volgens de wet een oordeel geven over alle zorgvuldigheidseisen, dus ook over het verzoek.

*Wilsbekwaamheid* De auteurs benadrukken terecht dat het proces van wilsvorming van primair belang is, niet de inhoud. Dat wil echter niet zeggen dat het wilsbekwaamheidsoordeel 'ethisch neutraal' is – zeker niet bij hulp bij zelfdoding. De arts moet het verzoek kunnen invoelen; dat vergt meer dan alleen een neutrale check van het proces van afwegen bij de patiënt. De suggestie dat wilsbekwaamheid gemeten zou kunnen worden via een neuropsychologische test is problematisch en verhult de normatieve aspecten. Daarbij komt dat de auteurs het in dit verband uitsluitend lijken te hebben over de cognitieve aspecten van de wilsbekwaamheid. Bij (de beoordeling van) wilsbekwaamheid spelen echter emotionele aspecten en waarden onmiskenbaar een rol (Berghmans e.a. 2011; Ruissen e.a. 2011).

In tegenstelling tot wat de auteurs beweren, gaat het niet om wilsbekwaamheid bij het 'oorspronkelijke' verzoek, maar om wilsbekwaamheid bij het finale verzoek. Daarvoor in de plaats kan een wilsverklaring als verzoek gelden, maar dat is noch bij patiënten met dementie, noch bij psychiatrische patiënten een reële optie.

**Ondraaglijk en uitzichtloos lijden** Met recht wijzen de auteurs op het feit dat lijden ook bij niet-terminale aandoeningen ondraaglijk kan zijn. Onjuist is echter dat er dan scherpere eisen gesteld moeten worden aan de ondraaglijkheid. Het kan juist andersom zijn: als iemand nog maar kort te leven heeft, is in ieder geval de duur van het lijden te overzien.

De auteurs menen dat de ondraaglijkheid evident is wanneer de patiënt dat zelf aangeeft en de arts moet vaststellen dat de patiënt gedurende zeer lange tijd beheerst wordt door een doodsverlangen dat alle vitale functies ondermijnt. Dit is problematisch. De uiting van de patiënt dient invoelbaar te zijn, terwijl ook bij behoud van enkele vitale functies de situatie ondraaglijk kan zijn.

Uitzichtloosheid houdt in dat er geen redelijk alternatief is. De auteurs benadrukken terecht dat de toetsingscommissie in de besproken casus oordeelde dat niet elk denkbaar alternatief redelijk is. Dat betekent dat de zorgvuldigheidseisen zich niet toespitsen op het vaststellen van ondraaglijk lijden en op het langdurig zoeken naar nieuwe behandel mogelijkheden, zoals de auteurs in de conclusie stellen. Niet de duur van het zoekproces naar alternatieven is doorslaggevend, maar de afweging van de redelijkheid daarvan, samen met de patiënt.

**Autonomie** De auteurs keren zich aan het slot van hun betoog terecht tegen het categorisch afwijzen van hulp bij zelfdoding. Het met de patiënt bespreken van een dergelijk verzoek is echter meer dan het honoreren van de autonomie van psychiatrische patiënten. De kern van de morele legitimatie van hulp bij zelfdoding is een combinatie van respect voor autonomie en compassie met het lijden van de patiënt. Bovendien is respect voor autonomie, zeker in het geval van hulp bij zelfdoding, meer dan het opvolgen van de wens van de patiënt. Het gaat erom dat arts en patiënt samen tot de conclusie komen dat er geen alternatief is, zodat het besluit tot hulp bij zelfdoding gezamenlijk wordt gedragen.

## LITERATUUR

- Berghmans R, Horstkötter D, De Wert G. The place of emotions in capacity assessments. *Am J Bioethics Neurosc* 2011; 2: 66-8.
- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 543-50.
- Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 152: 405-14.

## AUTEURS

RON BERGHMANS is psycholoog en gezondheidsethicus, CAPHRI School for Public Health and Primary Care en Afdeling Health, Ethics, and Society van Maastricht University.

ANDREA RUISSSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker, Afdeling Metamedica, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

GUY WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek, Afdeling Metamedica, VUmc en faculteit Filosofie, VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: Andrea Ruissen, Afdeling Metamedica, VUmc, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case' (2)

*Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (3)*

Het is van groot belang dat het thema 'hulp bij zelfdoding in de psychiatrie' breder aandacht krijgt binnen het vakgebied. Daarom danken wij collegae De Boer en Oei voor hun boeiende artikel over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie.

Met één aanbeveling in dit artikel zijn wij het niet eens: namelijk de aanbeveling om één psychiater, tevens SCEN-arts als consulent in te schakelen. Dit is in strijd met de essentie van het SCEN-project, dat inhoudt dat de uitvoerend arts een

landelijk nummer belt en van tevoren niet weet welke SCEN-arts hem of haar terug zal bellen. Dit garandeert volledige onafhankelijkheid. Die raakt ernstig in het geding als men zelf een psychiater-SCEN-arts uitzoekt.

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie is complexer dan in de somatiek en daarom verdient het aanbeveling om, zoals ook in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) staat, minstens één extra consultatie te laten doen. Overzichtelijkheid is daarbij niet het eerste vereiste. Ervaringen binnen de SCEN leren dat de patiënt die om hulp bij zelfdoding verzoekt geen bezwaar ertegen heeft om zijn of haar verhaal aan meerdere consulenten te vertellen. En voor de uitvoerend psychiater is het waardevol om zich door meerdere collega's gesteund te weten in zijn of haar beslissing.

De psychiater-consulent geeft een oordeel over behandelbaarheid, uitzichtloosheid en eventuele (tegen)overdrachtgevoelens, en als laatste wordt een SCEN-arts ingeschakeld die beoordeelt of de procedure juist gevolgd is.

## AUTEURS

SYTSKE VAN DER MEER, somatisch arts GGZ en SCEN-arts, Mediant, Enschede.

RENE DE VEEN, psychiater, Mediant, Enschede.

Correspondentieadres: Sytske van der Meer, Mediant, Broekheurnering 1050, 7546 TA Enschede.

E-mail: s.vandermeer@mediant.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (3)'

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (4)

Met meer dan gewone belangstelling heb ik kennisgenomen van de bijdrage van de collegae De Boer en Oei (2011). Ik wil graag mijn waardering uitspreken voor de evenwichtige wijze waarop de auteurs, zonder omhaal van veel woorden, de lezers hebben geïnformeerd over wat zo simpel heet 'de stand van zaken'.

Daags na het verschijnen van het artikel werden mij een paar vragen voorgelegd door het *Reformatorisch Dagblad*; een landelijke krant, die vooral door het orthodox-bevindelijk protestantse volksdeel gelezen wordt – een volksdeel waarmee ik mij verwant weet. De vragen spitsten zich toe op twee punten:

- Hoezo betekent categorische afwijzing van hulp bij zelfdoding miskennis van de autonomie van de psychiatrisch patiënt?
- En vanwaar het pleidooi voor een motiveringsplicht in geval de psychiater het verzoek tot hulp bij zelfdoding afwijst? De vragensteller wilde weten wat daar dan de bedoeling van kon zijn, waarom dat nodig zou zijn en waartoe dat zou kunnen leiden. Is de bedoeling wellicht dat psychiaters door deze verplichting minder geneigd zullen zijn dergelijke verzoeken af te wijzen?

Het gaat mij hier om die motiveringsplicht. Ik ben benieuwd of de auteurs zich kunnen vinden in mijn redenering. Ik ga ervan uit dat zij niets anders bedoeld hebben dan wat voor elke richtlijn geldt: indien van de richtlijn wordt afgeweken, dan dient men dat te bespreken en in het dossier beargumenteerd vast te leggen.

Koerselman en Korzec (2008) hebben een voorstel gedaan hoe dat het beste zou kunnen. Het elegante van het model is dat naast wetenschappelijke, klinische en contextuele redenen, ook ethische overwegingen een plek hebben, zowel die van de patiënt als die van de psychiater. Zij merkten bovendien op dat gemotiveerd afwijken bepaald niet alleen maar defensief is. Integendeel,

het kan de kwaliteit van zorg juist ten goede komen. Wanneer gemotiveerde afwijkingen geïnventariseerd zouden kunnen worden, zou dat waardevol materiaal kunnen overleveren voor aanvulling en vernieuwing van de desbetreffende richtlijn.

In het geval van de richtlijn ‘Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding’ is dat niet anders; zou het niet anders moeten zijn. Tegelijk weten we dat deze eenvoudige spelregel te weinig wordt uitgevoerd. Dat heet in de terminologie van kwaliteitsvisitatie terecht een verbeterpunt. Sterker nog: de commissie voor de kwaliteitsvisitatie zou op aangeven van De Boer en Oei in overweging kunnen nemen een bij de richtlijn passende *medical audit* in te voeren. Is dat wat auteurs met verantwoordingsplicht bedoelen?

Laten we daarbij voor het gemak in het midden laten dat bij weigering om mee te werken aan het verzoek om hulp bij zelfdoding er helemaal geen sprake is van een afwijken van de richtlijn, want de richtlijn laat immers die ruimte. De Boer en Oei merken in het artikel ook op dat die ruimte er is. Maar ook zonder ‘afwijking van’ zie ik in dit bijzondere geval geen reden om dat ‘weigeren’ niet beargumenteerd te documenteren. Dan zou, maar dat terzijde, ook aan het licht kunnen komen of daarbij werkelijk sprake is van tekortdoen aan de autonomie van de patiënt.

Of is het toch anders? Kondigt zich bij De Boer en Oei, al dan niet willens en wetens, nu ook de gelijkheidsdwang aan? Gaan zij ook voor het ‘radicale gelijkheids- en meerderheidsdenken’? Commentatoren en columnisten in allerlei dagbladen schrijven dat de samenleving ‘vrij en harder’ is geworden. De vrijheid is groter, de tolerantie is afgenomen. Men spreekt van ‘een hard soort liberalisme’, de zachte tirannie van de meerderheid. Krijgen we met andere woorden binnen afzienbare tijd naast weigerambtenaren, die men zou willen dwingen mee te doen als het gaat om het voltrekken van het homohuwelijk, een nieuwe categorie weigeraars, namelijk de ‘weigerpsychiaters’? Ik kan me niet voorstellen dat de auteurs in dezen ook maar in de verste verte die kant uit zou-

den willen gaan. Zoiets heb ik tegen de krant gezegd. Ik leg het graag ook de auteurs voor.

## LITERATUUR

Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 543-50.

Koerselman GF, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 1757-9.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijn. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.

## AUTEUR

P. J. VERHAGEN, psychiater Ermelo.

E-mail: p.verhagen@ggzcentraal.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (4)’

## ANTWOORD aan Verhagen

De reacties die zijn verschenen op ons artikel (onder meer in NRC) maken wel duidelijk dat, hoewel er sprake lijkt van een zekere consensus en er een duidelijke juridische basis is ontstaan voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, er nog steeds veel gronden voor discussie en nadere theoretische en praktische precisering zijn. De reacties laten naar ons idee zien welke terreinen hierbij vooral van belang zijn:

- de concrete behandelopties (zoals ECT) binnen de afweging;
- de precieze procedure wat betreft de SCEN-arts/psychiater en wat betreft een weigering op het verzoek in te gaan;
- nadere verheldering van ondraaglijkheid en uitzichtloosheid op een voor de klinische praktijk toepasbare manier.

Wij gaan in op de vragen die Verhagen stelt. Zijn eerste vraag is: *In welk opzicht betekent een categorische afwijzing van hulp bij zelfdoding een aanslag op de autonomie van de psychiatrische patiënt?* Onze zienswijze is inderdaad dat een categorische afwijzing, bijvoorbeeld op grond van godsdienstige overwegingen, geen recht doet aan de autonomie van de patiënt. De patiënt heeft weliswaar geen recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar hij heeft wel recht op een motivering van een eventuele weigering op het verzoek in te gaan.

Actieve verwijzing naar een andere psychiater, zoals dat ook voorzichtig is geformuleerd in het protocol van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, getuigt van respect voor de autonomie en de authenticiteit van de patiënt die om hulp bij zelfdoding vraagt.

Zijn tweede vraag: *Waarom dient een afwijzing van een verzoek om hulp bij zelfdoding goed gemotiveerd te worden?* Wij zijn van oordeel dat een goede motivering van een weigering stellig kan bijdragen aan de kwaliteit van de geboden zorg. Dit is ook in overeenstemming met hetgeen Koerselman en Korzec eerder hebben bepleit. De toelichtende motivering kan in een concreet geval de positie van de hulpvrager aanzienlijk verbeteren. De hulpvrager neemt kennis van redenen waarom het verzoek wordt afgewezen. Het goed beargumenteerd afwijken van een protocol of richtlijn kan bijdragen aan een verbetering van het protocol. De rechtspositie van de patiënt/hulpvrager wordt erdoor verbeterd. Dit stelt de patiënt ook in staat een dergelijke beslissing bij een klachtencommissie of tuchtrechter aan de orde te brengen. Hoewel een recht op euthanasie niet afdwingbaar is, benadrukken wij dat het wel een recht is van patiënt om hulp bij zelfdoding te vragen als het lijden ondraaglijk en uitzichtloos is geworden. In geval van afwijzing past hierbij wel een motivering.

#### ANTWOORD aan Van der Meer en De Veen

Van der Meer en De Veen wijzen er terecht op dat wij met de aanbeveling een psychiater tevens SCEN-arts als consulent in te schakelen enige verwarring hebben veroorzaakt. De onafhankelijkheid zou in het geding komen als een bevriende psychiater-SCEN-arts voor een consultatie wordt uitgenodigd. Wij zitten op dezelfde lijn als we stellen dat verzoeken om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie het beste volgens het volgende schema kunnen worden beoordeeld.

1. De uitvoerend arts tot wie het verzoek om hulp bij zelfdoding wordt gericht, is bij voorkeur een psychiater, maar dit kan ook de huisarts zijn.

2. De uitvoerend arts vraagt een psychiater-consultant om zich uit te spreken over de resterende behandelingsmogelijkheden. Deze spreekt zich ook uit over de wilsbekwaamheid van degene die het verzoek doet.

3. De uitvoerend arts vraagt via het landelijk bemiddelingsnummer een onafhankelijke SCEN-arts die de finale beoordeling komt doen om na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen die de wet stelt, is voldaan.

#### ANTWOORD aan Honig en Koerselman

Honig en Koerselman poneren met overtuiging dat de elektroconvulsieve therapie (ECT) een integraal onderdeel uitmaakt van het psychiatrisch behandelarsenaal. Wij onderschrijven dit van harte. Het is beslist noodzakelijk dat bij weerbarstige therapieresistente depressies het ECT-behandelaanbod tenminste wordt gedaan. Daarbij kan ook aan de orde komen dat de ECT op goede gronden door de patiënt in samenspraak met de behandelaar wordt afgewezen.

In de door ons beschreven casus doen wij verslag van de wijze waarop de toetsingscommissie een integraal oordeel heeft gegeven over de hulp bij zelfdoding. De commissie geeft daarbij impliciet ook een finaal oordeel over het gevolgde behandeltraject en heeft de behandelend psychia-



ter ook om een mondelinge toelichting op het gevoerde behandelbeleid gevraagd. De commissie komt tot het eindoordeel dat de psychiater niet tot een andere conclusie heeft kunnen komen dan dat van uitzichtloosheid sprake is geweest. Het valt te betreuren dat uit het genoemde toetsingsverslag niet duidelijk kan worden opgemaakt of de ECT-behandeling expliciet aan de orde is geweest.

Het is leerzaam te weten dat bij een parallelle casus waarin eveneens in het jaar 2008 door een andere psychiater hulp bij zelfdoding aan een patiënt is verleend, de ECT-optie wel duidelijk ter sprake is gekomen. In die casus had de patiënt met een depressieve stoornis eerder zonder succes twee series ECT-behandelingen ondergaan. Uit het verslag van de toetsingscommissie wordt duidelijk dat de patiënt op goede gronden een derde serie ECT-behandelingen heeft mogen weigeren. Inhoudelijk vond deze beslissing steun in het oordeel van een ECT-deskundige dat van deze derde serie geen behandel-effect mocht worden verwacht.

Honig en Koerselman stellen dat wij de behandellat wel erg hoog leggen. Wij gaan ervan uit dat een behandeling liefst tot duurzame structurele verbetering moet leiden. Zij stellen zich op het standpunt dat de wanhopige altijd nog hoop kan worden verschaft. Wij benadrukken in dezen dat in geen geval een wanhopige patiënt valse hoop mag worden geboden. Zie hieromtrent ook het standpunt van Ron Berghmans e.a. in de NRC. Wij stellen ons op het standpunt dat heilmeesters ook de grenzen van hun therapeutische mogelijkheden goed onder ogen dienen te zien. In der *Beschränkung zeigt sich der Heilmeister*. Dat neemt niet weg dat er discussie kan zijn over deze grenzen. Tegelijkertijd moet het feit dat deze discussie kan en vaak ook zal bestaan niet de praktische mogelijkheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding ondergraven.

## LITERATUUR

Berghmans R, Widdershoven G, Ruissen A. Depressieve mensen zijn ook eens uitbehandeld. Hun doodswens moet dus serieus worden genomen. NRC 22-8-2011; 14.

## ANTWOORD aan Berghmans, Ruissen en Widdershoven

Berghmans e.a. geven in hun commentaar terecht aan dat het niet de twee psychiaters uit 2008 zijn geweest die met hun hulp bij zelfdoding een culturomslag hebben bewerkstelligd. Het is de Hoge Raad die in 2008 in het Chabot-arrest duidelijk heeft aangegeven dat ondraaglijk geestelijk lijden hulp bij zelfdoding kan legitimeren. Dit arrest van de Hoge Raad is congruent met de euthanasiewetgeving uit 2002. De psychiaters die in 2008 hulp verlenen bij zelfdoding handelden daarmee in het verlengde van het Chabot-arrest. Met de aanduiding 'culturomslag' hebben wij willen aangeven dat het wel tekenend is dat nu in de psychiatrische praktijk het standpunt van de Hoge Raad nader vorm krijgt. De hooggeleerde theorie wordt in de praktijk geïmplementeerd.

Voor het antwoord over de wijze waarop de consultatie aangaande verzoeken om hulp bij zelfdoding dient plaats te vinden verwijzen wij naar ons antwoord dienaangaand aan Van der Meer en De Veen.

Wij onderschrijven van harte de nuancering die Berghmans e.a. maken aangaande het thema ondraaglijkheid en uitzichtloosheid. Het is inderdaad voor ondraaglijkheid niet noodzakelijk dat alle vitale functies zijn ondermijnd. Uitzichtloosheid is een gezamenlijke conclusie van arts en patiënt dat redelijke, proportionele behandelingsmogelijkheden niet meer resteren.

Wat betreft autonomie: in het euthanasieveld betone de arts respect voor de autonomie van de patiënt en compassie met diens lijden. Het besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen kan niet anders dan het slotstuk zijn van een vruchtbare interactie tussen een autonome patiënt en een

autonome arts. Van dwang of afdwingbaar recht kan geen sprake zijn. Het is een goede zaak dat deze samenspraak wordt gevoerd voor een breed collegiaal forum.

AUTEURS

ARDAAN DE BOER is psychiater, jurist en SCEN-arts, GGZ Noord-Holland-Noord.

KAREL OEI is psychiater en hoogleraar Forensische Psychiatrie, Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: prof. dr. Karel Oei, Postbus 431, 3720 AK Bilthoven.

E-mail: T.I.Oei@uvt.nl.