

Focus

Besliskunde in de forensische psychiatrie

door P.P.G. Hodiamont en A.M.E. Hodiamont-Kroon

Samenvatting

In sociaal-rechtelijke zaken spelen vaak psychiatrische problemen waarover de bestuursrechter advies wenst van een forensisch psychiater. Een kwalitatief verantwoord advies vereist betrouwbaarheid en validiteit conform 'the state of the art' van de psychiatrie, alsmede een gespecificeerde mate van zekerheid met betrekking tot het antwoord op de vraag naar ziekte of gebrek c.q. medische beperkingen. Om een en ander te bereiken lijkt de besliskundige benadering de aangewezen weg.

Inleiding

Het geven van psychiatrische voorlichting en advies aan een rechterlijke instantie is de oorspronkelijke betekenis van het begrip 'forensische psychiatrie'. Conform het pleidooi van Schnitzler (1977) zullen wij de term gebruiken in de originele zin.

De literatuur over de forensische psychiatrie blijkt voor het overgrote deel gewijd aan strafrechtelijke aspecten. Dit komt niet overeen met de maatschappelijke realiteit. Volgens recente gegevens van het CBS (1995), bijvoorbeeld, kregen van de in totaal 856.571 personen met een uitkering ingevolge de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en/of de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) 252.652 (bijna 30%) deze uitkering vanwege psychische afwijkingen. Daarmee is een bedrag gemoeid van vele miljarden gulden. Uiteraard staan er grote belangen op het spel van enerzijds het maatschappelijk collectief en anderzijds de individuele verzekerden. Het zal dan ook geen verwondering wekken dat een en ander frequent leidt tot rechtszaken waarbij psychiaters als deskundigen worden geconsulteerd door de bestuursrechter, onder wie de sociale-verzekeringsrechtspraak resorteert. Volgens Van Panhuis (1993) bedroeg het aantal sociaal-rechtelijke rapportages halverwege de jaren tachtig al meer dan het tienvoudige van de strafrechtelijke rapportages door psychiaters. Dat aantal zal ongetwijfeld nog toegenomen zijn met de invoering van de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA)

per 1 augustus 1993. Deze wet is een van de vele maatregelen die zijn genomen in het kader van het zogenaamde volumebeleid, dat vermindering van de kosten tot doel heeft. De TBA onderstreept onder andere de eis dat arbeidsongeschiktheid het rechtstreeks en *objectief medisch vast te stellen* gevolg dient te zijn van ziekte of gebreken. De wetgever wil daarmee verhinderen dat een louter subjectieve opvatting van een arts tot aanname van medische beperkingen leidt, zoals in het verleden wel gebeurde. De arts c.q. psychiater dient, met andere woorden, zijn forensisch oordeel wetenschappelijk te onderbouwen. Voor de wetenschappelijke onderbouwing van het klinisch oordeel zijn inmiddels methodieken ontwikkeld die worden samengevat onder de noemer 'besliskunde' (Fletcher e.a. 1982).

Bovenstaande ontwikkelingen waren voor ons aanleiding de besliskunde in de forensische psychiatrie nader te beschouwen, met speciale aandacht voor de positie van de psychiatrische deskundige in de sociale-verzekeringsrechtspraak.

De forensisch psychiater in de verzekeringsrechtspraak

sociale-

Medisch advies zal meestal gevraagd worden ter vaststelling van medische beperkingen in de zin van artikel 5 eerste lid van de AAW / artikel 18 eerste lid van de WAO. De forensisch psychiater zal niet kunnen volstaan met de constatering dat iemand een ziekte of gebrek respectievelijk medische beperkingen heeft, maar zal toetsbaar moeten specificeren welke symptomen het vaststellen van ziekte of gebrek rechtvaardigen en leiden tot beperkingen. Had hij vroeger daarvoor voldoende aan een definitie van ziekte in het algemeen, thans dient hij te beschikken over definities van de diverse ziektebeelden, over een goede operationalisatie van de verschijnselen aan de hand waarvan zij geïdentificeerd kunnen worden en over inzicht in de beperkingen die daaruit voortvloeien.

Problemen met het antwoord op de vraag van de rechter naar medische beperkingen

Op de vraag of in een bepaald geval sprake is van beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek wil de rechter het antwoord graag zo duidelijk mogelijk: absoluut, dan wel met een gespecificeerde graad van waarschijnlijkheid, ja of neen. Daarmee komt de psychiater in een moeilijke positie. Niet alleen is zijn criterium voor normaliteit notoir variabel en arbitrair, bovendien is hij geconditioneerd op het bieden van hulp en niet op het vaststellen van beperkingen. Om de gevolgen van psychiatrische ziekten of gebreken te kunnen aangeven heeft de WHO (1980) de 'Internationale Classificatie van Stoornissen, Beper-

kingen en Handicaps' in het leven geroepen. De functionele beperkingen als gevolg van psychiatrische stoornissen zijn echter nog nauwelijks in kaart gebracht (De Jong 1991).

Problemen bij de professionele beoordeling in het algemeen

Hofstee (1981) noemt de professionele beoordeling van mensen een noodzakelijke onmogelijkheid. Hoe dat ook zij, als professionele beoordelaars massaal zouden weigeren mensen te beoordelen, zou dat niet het einde van onze maatschappij betekenen, maar wel leiden tot toename van allerlei irrationele tendensen. Om rationaliteit te bevorderen dienen, volgens Hofstee, vier instanties hun rol te spelen in de beoordelingssituatie: de onderzochte met zijn referentiegroep en de deskundige met zijn wetenschappelijk forum. Weglating van het wetenschappelijk forum heeft tot gevolg dat de uitspraak over de onderzochte een gewone, voorwetenschappelijke, niet-professionele beoordeling wordt. Weglating van de referentiegroep, die als norm fungeert, leidt tot uitspraken over de onderzochte als uniek individu, los van zijn maatschappelijke context.

Problemen bij de medische beoordeling in het bijzonder

Volgens Achenbach (1985) wordt het menselijk oordeelsvermogen in het algemeen en het klinisch oordeelsvermogen in het bijzonder verstoord door een aantal factoren. Hij noemt onder meer 'illusory correlation', 'inability to assess covariation', 'representativeness heuristic', c.q. 'idiographic fallacy', en 'nomothetic fallacy', 'availability heuristic' en 'confirmatory bias'.

Kleinmuntz (1990) vat de genoemde oordeelsvertekeningen op als een succesvolle aanpassing aan de omgeving. Hij stelt dat zij per saldo positief zijn, omdat zij de mens in staat stellen zich te handhaven met een minimum aan cognitieve inspanning. Een strikt rationele benadering van alle problemen zou een buitengewone cognitieve krachtoververgen. Door gebruik te maken van de beschreven cognitieve kortsluitingen zouden we de meerderheid van onze dagelijkse problemen met succes en met een minimum aan inspanning kunnen oplossen. Deze opvatting staat te boek als die van de 'begrensde rationaliteit'. Hoewel begrensde rationaliteit haar waarde zal hebben voor beslissingsprocessen van alledag, vraagt het soort problemen waarmee psychiaters te maken hebben een grotere mate van rationaliteit. Deze kan worden bereikt met behulp van besliskundige methodieken.

Reductie van de problemen bij de psychiatrische beoordeling

Uit het vertoog van Hofstee vallen twee randvoorwaarden af te leiden voor de kwaliteit van het psychiatrisch rapport in sociale-verzekeringskwesties. De beoordeling dient niet alleen wetenschappelijk toetsbaar te zijn, maar ook te geschieden tegen de achtergrond van de beschikbare informatie over de groep waartoe de onderzochte behoort. Toetsbaarheid staat of valt met de betrouwbaarheid van de professionele diagnostiek. Begin jaren zestig was de gemiddelde overeenstemming van psychiaters ten aanzien van specifieke diagnoses minder dan 50% (Verhey 1981). Het gebrek aan overeenstemming bleek voor ongeveer tweederde te wijten aan tekortkomingen van het classificatiesysteem en voor ongeveer eenderde aan de diversiteit in benaderingen van de diagnostici (Ward e.a. 1962). De invoering van breed gedragen classificatiesystemen met duidelijke in- en uitsluitingsregels, daarop aansluitende gestandaardiseerde interviews en faciliteiten voor training in het afnemen daarvan, heeft de betrouwbaarheid aanzienlijk verbeterd.

Een professioneel oordeel is valide voorzover het kan aangeven in welk opzicht de onderzochte afwijkt van de groep waartoe hij of zij behoort. Predictieve validiteit, het vermogen om voorspellingen te doen over het beloop en de behandeling van ziekte of gebrek en de daaruit voortvloeiende beperkingen, geldt algemeen als de hoogste waardering die men aan een psychiatrisch oordeel kan toekennen.

De besliskundige aspecten van het professionele oordeel zijn voor het eerst onderzocht door Meehl (1954). Hij definieerde 'klinische besliskunde' als het nemen van beslissingen op basis van het eigen klinische oordeel, en 'statistische besliskunde' als het nemen van beslissingen op basis van een formule ontleend aan een empirisch vastgestelde relatie. Een voorbeeld van klinische besliskunde is het stellen van de diagnose 'depressie in engere zin' door een psychiater op grond van een vrij interview, onderzoek en achtergrondinformatie. Een voorbeeld van statistische besliskunde is het kwantificeren van die diagnose aan de hand van een bepaalde Hamiltonscore. Gezien de toen beschikbare literatuur kwam Meehl tot de conclusie dat clinici accuratere voorspellingen kunnen doen over hun patiënten als zij gebruikmaken van statistisch onderbouwde formules of beslisregels, in plaats van hun eigen klinische blik. Statistische besliskunde bleek dus bij te dragen aan de predictieve validiteit van het professionele oordeel. Sindsdien is deze conclusie vele malen bevestigd (Goldberg 1965; Faust en Ziskin 1988; Dawes e.a. 1989). Om recht te doen aan het onderscheid tussen data-verzameling en data-analyse stelde Holt (1986) voor het veld van de besliskunde te verdelen in informatieverzameling en besliskunde in engere zin. De relatieve effectiviteit van klinische versus gestandaardiseerde informatieverzameling is onderzocht door Wiggins (1973). Hij

komt tot de conclusie dat de puur klinische benadering met een 'vrije' manier van informatie verzamelen en beslissen de minste voorspellingskracht heeft. Als de clinicus gestandaardiseerd verzamelde informatie gebruikt bij zijn klinische beslissing, neemt de voorspellingskracht toe. De voorspellingskracht is het grootst als hij gestandaardiseerd verzamelde informatie combineert met statistische besliskunde. Ook Florio e.a. (1994) hebben geen enkel onderzoek kunnen vinden waaruit de klinische besliskunde beter naar voren kwam dan de statistische. Zij vonden daarentegen de statistische besliskunde duidelijk superieur, zeker wanneer deze gecombineerd wordt met een gestandaardiseerde wijze van informatie verzamelen.

Slotbeschouwing

De bestuursrechter doet in toenemende mate een beroep op de forensisch psychiater, die niet meer kan volstaan met de constatering dat er sprake is van ziekte of gebrek c.q. van medische beperkingen. Hij zal zijn conclusies moeten onderbouwen en verantwoorden. Uit de literatuur valt af te leiden dat de deskundige rekening moet houden met zijn wetenschappelijk forum en met de referentiegroep van de beoordeelde. Het wetenschappelijk forum eist betrouwbaarheid, zonder welke het oordeel niet wetenschappelijk getoetst kan worden. Uitspraken over de beoordeelde in relatie tot diens referentiegroep horen valide te zijn, conform 'the state of the art' van de psychiatrie. Omdat de rechter graag wil weten hoe valide het antwoord is op zijn vraag, dient de psychiater bovendien de (on)zekerheidsgraad van dat antwoord aan te geven. Wij bevelen dan ook aan zo veel mogelijk gebruik te maken van meetinstrumenten waarin besliskundige procedures zijn vastgelegd. Voor het vaststellen van psychiatrische *stoornissen* zijn dergelijke meetinstrumenten inmiddels voorhanden. Het wachten is nog op een instrument waarmee kan worden bepaald in hoeverre psychiatrische *beperkingen* aanwezig zijn.

Literatuur

- Achenbach, T.M. (1985), *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Sage, Newbury Park.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1995), *Statistisch Jaarboek*. SDU, 's-Gravenhage.
- Dawes, R.M., D. Faust en P.E. Meehl (1989), Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 234, 1668-1674.
- Faust, D., en J. Ziskin (1988), The expert witness in psychiatry and psychology. *Science*, 241, 31-35.
- Fletcher, R.H., S.W. Fletcher en E.H. Wagner (1982), *Clinical Epidemiology – the Essentials*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Florio, T., S. Einfeld en F. Levy (1994), Neural networks and psychiatry: candidate applications in clinical decision making. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 651-666.

- Goldberg, L.R. (1965), Diagnosticians versus diagnostic signs: the diagnosis of psychosis versus neurosis from the MMPI. *Psychological Monographs*, 79, 9.
- Hofstee, W.K.B. (1981), *Psychologische uitspraken over personen*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Holt, R.R. (1986), Clinical and statistical prediction: a retrospective and would-be integrative approach. *Journal of Personality Assessment*, 50, 376-386.
- Jong, A. de (1991), Afwijkend gedrag van psychiatrische patiënten. Theoretische achtergronden, instrumenten en classificaties. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 299-316.
- Kleinmuntz, B. (1990), Why we still use our heads instead of formulas: toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107, 296-310.
- Meehl, P.E. (1954), *Clinical versus statistical prediction*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Panhuis, P.J.A. van (1993), Psychiatrie en bestuursrecht, psychiatrische aspecten. In: J. Krul-Steketee en M. Zeegers (red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Gouda Quint, Arnhem.
- Schnitzler, J.G. (1977), Beginselen der forensische psychiatrie. In: W. Goudsmit e.a. (red.), *Psychiatrie en recht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Verhey, F.H.M. (1981), *Langzame hersenpotentialen en gemeten gedrag*. Academisch proefschrift, Utrecht.
- Ward, C.H., A.T. Beck, M. Mendelsohn e.a. (1962), The diagnostic nomenclature: reasons for diagnostic agreement. *Archives of General Psychiatry*, 7, 198-205.
- WHO (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. World Health Organization, Genève.
- Wiggins, J.S. (1973), *Personality and prediction*. Addison Wesley, Reading, Massachusetts.

Summary: Clinical decision analysis in forensic psychiatry

In matters of Social Security disability income the Dutch judge frequently calls on the psychiatrist. When performing a court-ordered 'state of the art' evaluation of psychiatric (disorder c.q.) disability, the psychiatrist should follow the rules of clinical decision analysis.

De auteurs zijn verbonden als A-opleider psychiatrie aan de Stichting GGZ Midden-Brabant en hoogleraar sociale psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Brabant, beide te Tilburg, respectievelijk als rechter aan de arrondissementsrechtbank, sector bestuursrecht, te 's-Hertogenbosch. Correspondentieadres: Prof. dr. P.P.G. Hodiament, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-1-1997.