

Op één lijn. Klinisch redeneren en gedeelde besluitvorming. Achtste jaarcongres klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen, 8 april 2016

Tijdschrift:Tijdschrift voor Psychotherapie >Uitgave 4/2016Auteur: Fiona C. Willgeroth

Op 8 april 2016 vond in de Jaarbeurs te Utrecht het achtste jaarcongres plaats voor klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. Het thema van deze dag was klinisch redeneren en shared decision making ofwel gedeelde besluitvorming. Annette van Schagen, klinisch psycholoog en dagvoorzitter, herinnerde ons eraan dat hetzelfde thema centraal had gestaan tijdens het voorjaarscongres voor psychiaters. En dat is vast geen toeval; met name shared decision making krijgt de laatste tijd veel aandacht. Het zit eigenlijk al besloten in de beschrijving uit 1996 van evidence-based medicine: zorgvuldig gebruik maken van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie, deze integreren met de eigen klinische ervaring en opleiding van de professional, en sensitief zijn voor en rekening houden met de moeilijkheden en voorkeuren van de patiënt (Sackett et al. 1996). In de (met name wetenschappelijke) praktijk wordt het laatste onderdeel vaak over het hoofd gezien.

De eerste spreker was Cilia Witteman, hoogleraar bij het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit te Nijmegen, met een leeropdracht in de psychodiagnostiek en in het bijzonder diagnostische besluitvorming. Haar lezing 'De beslissende psycholoog' was een gedegen, wetenschappelijk betoog over de manier waarop wij als psycholoog beslissingen nemen. Het was grotendeels bekende materie en in die zin vooral aanscherping van de kennis, waarbij wellicht meer verdieping gezocht had kunnen worden. Het gebruik van aansprekende voorbeelden zorgde wel voor hernieuwde aandacht voor dit aspect van ons vak. Witteman gaf een toelichting op diverse geheugen- en aandachtsheuristieken, door haar 'verkorte denkroute' genoemd. Het gebruik van heuristieken bevindt zich in het spanningsveld tussen efficiëntie en feilbaarheid. Daniel Kahneman toonde op basis van zijn belangwekkend onderzoek naar besluitvorming aan dat mensen hierbij systematische fouten maken en geen rationeel calculerende wezens zijn, zoals algemeen verondersteld (zie Kahneman 2011).

Witteman besprak onder andere de geheugenheuristiek anchoring and adjustment, waarbij geredeneerd wordt vanuit een anker, een beginpunt, en de kleinste afwijking daarvan gezocht wordt. Een voorbeeld uit de klinische praktijk is een intake waarbij de verwijfsbrief het anker vormt, en de intaker de patiënt vanuit dat perspectief zal beluisteren. Het risico is dan dat een diagnose die ver afstaat van de beschrijving uit de verwijfsbrief minder snel zal worden overwogen. Zij toonde het publiek met een sprekend rekensommetje als voorbeeld dat de eerste reactie op basis van intuïtie (door haar 'ingeblikte kennis' genoemd) fout is en dat we met rustig nadenken tot de goede oplossing komen.

Zij besprak de meerwaarde van gebruik van kansberekening bij beslissingen (hier vooral op het gebied van diagnostiek), en in het bijzonder de regel van Bayes. Deze regel houdt rekening met verschillende mogelijkheden, dat wil zeggen de kans berekend onder verschillende condities. Zij gaf een inzichtelijke illustratie met een depressievragenlijst. Bij een hoge score van een persoon op deze

lijst is de kans dat er geen sprake is van een depressie bijvoorbeeld vele malen groter wanneer het een persoon betreft uit de algemene bevolking, dan wanneer het een patiënt uit de tweedelijns-ggz betreft. Dit heeft te maken met de prevalentie van depressie in de algemene bevolking versus de ggz, waardoor het uitgangspunt verschillend is. Kortom, volgens Witteman moeten wij weer meer gaan rekenen.

Bas Haring, filosoof en bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Leiden met de leerstoel 'Publiek begrip van de wetenschap' gaf een flitsende presentatie met dezelfde titel als de congresstitel, waarin hij het publiek moeiteloos door diverse redeneerfouten heen loodste met een aanstekelijke energie, humor en veel kennis. Hij bedankte Witteman en eerde haar als zijn leermeester, om vervolgens ook weerwoord te bieden: hij zei de regel van Bayes veel te ingewikkeld te vinden om aan klinici in de praktijk over te laten, en hij wees ons op het boek 'Blink' (Gladwell 2006) waarin vele voorbeelden te vinden zijn van situaties waarin het beter is om je intuïtie te volgen dan goed en rustig na te denken.

Zijn lezing was doorspekt met raadsels, waarmee hij het publiek tot nadenken aanzette, en op speelse wijze liet zien hoe makkelijk we denkfouten maken. Een voorbeeld: 'Er is geen prolkwamp zonder brees. Tjonko heeft slechts een faap. Is Tjonko een prolkwamp?' Een van de problemen in de klinische praktijk is volgens Haring dat we moeten redeneren over het verleden. Daar zijn we over het algemeen minder goed in; we zijn beter onderlegd in het redeneren over en voorspellen van de toekomst. Ter illustratie liet hij een voetbalfoto zien. Op basis van deze foto kunnen wij hypotheses formuleren over de volgende actie. Het is echter veel moeilijker een hypothese te formuleren over wat er vooraf gegaan is aan het moment van de foto. Ook zijn wij mensen geneigd hypothesen te bevestigen, in plaats van ze te verwerpen. Zijn boodschap luidde dan ook: besteedt het redeneren uit aan een (computer)systeem.

Verder zette hij vraagtekens bij de idee van shared decision making. Redeneren doen wij zorgvuldiger als we alleen zijn (een voorbeeld is schaken). Schatten doen we wel beter met veel mensen (bijvoorbeeld hoeveel snoepjes er in een pot zitten). Hij stelde voor het shared decision making niet toe te passen op de inhoud van het vak, maar op het klinisch redeneerproces dat je als professional volgt om tot je beslissing (voor een behandeling) te komen. Met een ontroerend voorbeeld uit zijn leven als patiënt onder behandeling bij een medisch specialist, lichtte hij dit toe. In de praktijk betekent dit dat je de patiënt niet vraagt welke behandeling hij zou willen volgen, maar de patiënt voorlegt op basis van welke redenering jij als professional tot de afweging van verschillende behandel mogelijkheden komt. Daarbij wees hij op het belang van heldere, toegankelijke taal en een heldere redenering en het expliciteren daarvan. Kortom: waar wij slecht zijn in redeneren, kunnen we het beter uitbesteden, gezamenlijk redeneren leidt niet altijd tot betere uitkomsten, en als we kiezen voor gezamenlijkheid, doe het dan op het redeneerproces (en niet op de inhoud).

Jim van Os, hoogleraar psychiatrie aan het Maastricht UMC+ en lid van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, volgde met zijn lezing, genaamd 'Tussen dodo en placebo: daar waar het goed toeven is voor de cliënt?' Ondanks enkele stokpaardjes wist hij opnieuw te boeien en te prikkelen met zijn gepassioneerde manier van spreken en zijn voelbare betrokkenheid bij de meest kwetsbare patiëntengroep. Hij wees het onderzoek naar biologische markers voor psychiatrische stoornissen als grote klinische redeneerfout aan; ondanks gebrek aan vondsten op dit terrein, wordt het onderzoek vervolgd. Hij haalde in dit kader filosoof, taalkundige en publicist Wouter Kuster aan, die tevens ervaringen als cliënt in de ggz heeft gehad: 'Niet weten is een vorm van weten.'

Verscheidende onderzoeken waarin denkfouten ontrafeld werden, passeerden de revue. Zo was er een onderzoek in 'Science' waarin beschreven werd dat armoede het cognitief functioneren (tijdelijk) kan verslechteren. In een ander onderzoek werd gevonden dat CGT voor psychose een positief effect had bij een goede therapeutische relatie, maar een negatief effect bij een slechte therapeutische relatie. Een probleem van veel onderzoeken is dat de context en het proces er niet bij betrokken worden. Een mogelijk antwoord hierop is het gebruik van n = 1-onderzoeken. De ontwikkeling van apps waarmee patiënten gedurende de dag klachten en welbevinden kunnen monitoren, is hier ondersteunend aan.

Verder wees Van Os op het probleem van verschillende discours bij de implementatie van shared decision making. Tot slot schetste hij de nieuwe ggz als 'integrated wijkcommunity', waar hij zich sterk voor maakt. In deze nieuwe ggz wordt gewerkt op basis van multideskundige kennis, en zijn behandelingen breed beschikbaar en toegankelijk, onder andere via e-communities.

In de eerste ronde van de parallelsessies zat ik bij Kees Jan van den Boom, klinisch psycholoog en lid van de klachtencommissies en Bestuurscommissie Ethische Zaken van het Nederlands Instituut van Psychologen. In zijn lezing 'Gedeelde besluitvorming in de beroepsethiek: beyond informed consent' situeerde hij klinisch redeneren binnen de beroepsethische context. Gedeelde besluitvorming komt slechts beperkt terug in de beroepscode. Van den Boom noemde artikel 58: 'Respect voor eigenheid en diversiteit', waarin beschreven staat dat de psycholoog rekening houdt met de individuele eigenschappen en omstandigheden van de cliënt, en artikel 59: 'Respect voor autonomie en zelfbeschikking.' Er ontstond een discussie met de zaal over wat leidend is, wanneer er een spanningsveld ontstaat tussen de wensen van de cliënt en de opvattingen van de psycholoog. Als voorbeeld werd genoemd wanneer een cliënt inzage in zijn dossier wil, terwijl de psycholoog inschat dat dit de cliënt niet ten goede komt. Van den Boom stelde dat samen besluiten niet betekent dat de klant koning is. Hierbij miste ik echter helderheid over wat dit betekent in een specifieke situatie, en bovenal over zijn beroepsethische overwegingen.

In de tweede ronde woonde ik de parallelsessie van Jan Baars bij: 'Verschillende perspectieven en hun samenhang: complexiteit, systeemvisie en besluitvorming'. Baars is klinisch psycholoog en hoofddocent systeemtherapie bij de RINO Groep te Utrecht. Over deze sessie niets dan lof; het was een prachtige vertelling van Baars. De manier waarop hij sprak over de betrokkenen (patiënt, familie, hulpverleners) was tegelijk ontroerend en krachtig. Zijn belangrijkste boodschap was dat shared decision making eigenlijk therapie is. Het vinden en ontwikkelen van een gezamenlijke visie, dat is therapie. Hij benadrukte dat het zowel om de rationele kant van besluitvorming gaat, als om de emotionele kant. De emoties bepalen wat je hoort en of je nog verbinding hebt. Ook benadrukte hij het belang van verbinding. Er is altijd een spanningsveld tussen autonomie en verbinding, en in zijn ogen is de pool 'verbinding' vaak onderbelicht binnen onze op autonomie gerichte psychologische praktijk. Hij waarschuwde ook niet naïef te zijn met betrekking tot shared decision making. De professional heeft als taak een goed en duidelijk kader te stellen, en ruimte te creëren voor andere perspectieven. Pas dan kan er in gesprek gegaan worden met verschillende partijen. Hier zag je een klinisch psycholoog aan het werk, die zijn titel eer aan deed. Ik heb ervan genoten.

De dag werd afgesloten met een interview door freelance journalist, interviewer en publicist Frénk van der Linden met Myrthe van der Meer, auteur van de autobiografische bestseller 'PAAZ'. Van der

Linden bracht zichzelf naar mijn smaak te veel in de spotlights, door te starten met een eigen verhaal en te vertellen over Van der Meer. Van der Meer wond er geen doekjes om en liet, op zijn vraag hoe iemand met het syndroom van Asperger te interviewen, direct weten dat praten over de persoon in elk geval niet helpend is.

Het was een spannend interview, waarin Van der Meer in scherpe bewoordingen de pijnpunten van de ggz blootlegde. Zo noemde ze de drang van hulpverleners om te genezen, waardoor zij druk voelde om als het ware te moeten presteren (beter te worden). Een goed hulpverlener noemde zij iemand die 'schaamteloos eerlijk is over zijn eigen onkunde'. Verder zette zij vraagtekens bij shared decision making en zelfregie. Op sommige momenten is de zelfregie zo kwetsbaar, en lukt het de patiënt niet meer zelf te reflecteren of beslissingen te nemen, en dan is regie door de behandelaar juist helpend. Zij had zich verbaasd over de taboes in de hulpverlening, zoals de dood en de term 'patiënt'. Kort gezegd was haar opvatting: praat met je patiënten over dood en zelfmoord, en doe niet te moeilijk over de term patiënt. Daar werd soms ingewikkeld over gedaan, terwijl het voor haar passend was; ze voelde zich immers ziek.

Verder sneed zij de paradox aan van de meeste inspraak in de zorg door de professionals die de minste tijd met de patiënt doorbrengen. In oplopende volgorde van inspraak: de verpleegkundige, de vaktherapeut, de psycholoog en de psychiater. Zij pleitte voor meer inspraak van de verpleegkundige. Tot slot zwengelde zij een interessante discussie aan over het begrip ervaringsdeskundigheid: waarom patiënten opleiden terwijl hulpverleners hun eigen ervaringsdeskundigheid hebben? Gelukkig was er ook lof voor de hulpverlener. Zij noemde het werk van de hulpverleners erg belangrijk, soms zelfs levensreddend. Zij gaf ons als beroepsgroep dan ook mee meer eigenwaarde en zelfrespect te mogen uitstralen.

Er waren op deze dag weer verschillende posters te bewonderen, waarover de jury voor de Rino Groep posterprijs - bestaande uit Liesbeth Eurelings-Bontekoe (voorzitter), Agnes Scholing en Audri Lamers (winnaar vorig jaar) – haar oordeel zou vellen. De winnaar werd bekendgemaakt na een intermezzo door een koorddanser. Dit was mooi bedacht met de congres titel 'Op één lijn', maar miste spanning en sensatie. Gelukkig wist Eurelings-Bontekoe die spanning en sensatie volop te brengen tijdens de uitreiking. De dag werd een feestje toen bleek dat ons redactielid Bram Bovendeerd de winnaar was, met zijn poster over 'Routine Process Monitoring (RPM), systematische feedback van de patiënt in de ggz'. In dit promotieonderzoek staat de vraag centraal of de toevoeging van RPM aan de behandeling een positief effect heeft op de uitkomsten, bekeken in de basis- en specialistische ggz. We zullen nog even geduld moeten hebben om de resultaten te kennen, maar zoals we vandaag geleerd hebben: niet weten is een vorm van weten. Dus eigenlijk is het onderzoek nu al geslaagd. Proficiat, Bram!

## Literatuur

Gladwell, M. (2006). *Blink: the power of thinking without thinking*. Boston: Little, Brown and Company.

Kahneman, D. (2011). *Ons feilbare denken*. Amsterdam Antwerpen: Business Contact.

Sackett, D. L., Rosenberg, W., Muir, G. J., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.  
doi:10.1136/bmj.312.7023.71.

CrossRefPubMedPubMedCentral