

T. (THIJS) BECKERS M ANP, R. (REMCO) VAN DEN KIEBOOM MSc\*

Verpleegkundigen hebben veel verschillende achtergronden en veel verschillende motieven om anderen, met name hun patiënten, te helpen. De meerderheid deelt echter één eigenschap: ze helpen hun patiënten omdat ze een medemens een betere situatie gunnen. Ze zorgen vanuit hun hart. Ze zorgen met naastenliefde.



Thijs Beckers

Sommige patiënten stellen deze houding echter op de proef en worden als moeilijk ervaren. Deze patiënten belasten hun hulpverleners onevenredig zwaar en zorgen voor veel frustratie, zowel bij individuele hulpverleners als in teams. Centrale problemen bij deze moeilijke patiënten zijn agressie, therapieontrouw en ontwrichtend gedrag (Weig 2009).

Maar wanneer ervaren hulpverleners een patiënt nu als moeilijk? Volgens Koekkoek (2011) lopen de meningen hierover uiteen. Naar de mening van patiënten is een moeilijke patiënt 'iemand met een grote behoefte aan hulp'. Dit terwijl professionals van mening zijn dat 'mensen met veel en complexe problemen, slechte sociale vaardigheden en het uitblijven van verbeteringen' moeilijke patiënten zijn. De experts komen volgens Koekkoek tot de conclusie dat 'mensen met meerdere diagnoses of comorbiditeit, of die ongebruikelijk gedrag laten zien in het vragen naar zorg', als moeilijke patiënten worden beleefd. Eerdere auteurs hebben al laten zien dat deze moeilijke patiënten in groepen in te delen zijn. Bauer (2000) maakt bijvoorbeeld een verdeling in de mate van aandacht en energie die patiënten vragen. Koekkoek e.a. (2007) maken een indeling in zorgwekkende zorgmijders, ambivalente aandachtvragers en hinderende hulpeisers. Deze

groepen, zoals door hem beschreven, worden hieronder toegelicht op basis van het eerder genoemde artikel.

Professionals zien zorgwekkende zorgmijders als moeilijk behandelbare patiënten. Ze hebben overwegend psychotische klachten of een cluster A persoonlijkheidsstoornis en zijn teruggetrokken, onbereikbaar, agressief of gevaarlijk. Ze accepteren geen ziekterol en een behandeling binnen de psychiatrie is het meest passend. Ook ambivalente aandachtvragers worden door professionals gezien als moeilijke patiënten. Zij hebben een chronische depressie en een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B of C. Meestal betreft het patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, hoewel de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis ook goed is vertegenwoordigd in deze groep (Schafer 1998). Deze groep is vragend, claimend, suïcidaal of zelfdestructief. De patiënten accepteren hun ziekterol. De meest passende behandelsetting is de psychiatrie. Het risico is echter dat ze (door hun moeilijke gedrag) geen behandeling ontvangen.

Professionals zien hinderende hulpeisers als moeilijke niet-patiënten; professionals accepteren de ziekterol niet. Deze groep misbruikt middelen en heeft overwegend een antisociale persoonlijkheidsstoornis, hoewel andere cluster B persoonlijkheidsstoornissen ook voorkomen. Ze zijn eisend, manipulatief, agressief of gevaarlijk en accepteren een ziekterol alleen indien opportuun. Hinderende hulpeisers vinden de meest passende behandeling vaak bij justitie. Maar hoe kan zo'n casus in de praktijk uitzien?

Moeilijke patiënten zijn er in de GGZ in verschillende vormen en iedere hulpverlener in de GGZ heeft hier in meerdere of mindere mate mee te maken. Maar krijgen deze moeilijke patiënten ook passende zorg? En zo nee, wat kunnen wij als individuele hulpverleners daar dan aan doen?

# moeilijke patiënten in de psychiatrie

## Wat gaat goed en wat kan beter

### Voorbeeld

Karel is een 49-jarige man die sinds zijn twintiger jaren bekend is met afhankelijkheid van verschillende middelen, voornamelijk heroïne. Karel heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis en is uitgebreid bekend bij de politie. In zijn leven is Karel verschillende keren opgenomen geweest in psychiatrische ziekenhuizen, voor verschillende klachten die voor het grootste deel samenhangen met zijn middelengebruik. Deze opnames verliepen overwegend moeizaam doordat Karel zich niet aan de behandeling conformeert en ook in de kliniek onaangepast gedrag vertoont. De betrokken hulpverleners noemen Karel een moeilijke patiënt.

Aan het begin van dag komt de melding via de politie binnen bij de crisisdienst. Van een eerdere crisis weten we dat Karel bij de methadonpost komt. Bij overleg met hen wordt duidelijk dat Karel daar al een week niet meer is geweest voor zijn methadon. Eenmaal ter plaats blijkt Karel verward, incoherent en gedesoriënteerd in tijd/plaats. Het ene moment is een redelijk gesprek mogelijk, het volgende moment is Karel zeer onrustig en is zijn bewustzijn verlaagd. Op deze momenten hallucineert Karel ook, hij lijkt beestjes te willen oppakken. Deze symptomen kunnen duiden op een delier (American psychiatric association 2000 en Salawu e.a. 2009) en verschillen aanzienlijk van het toestandbeeld waarmee Karel bekend is.

### PASSENDE ZORG

De vraag is of moeilijke patiënten passende zorg krijgen. Dit is niet altijd het geval en dit standpunt wordt ondersteund door drie argumenten.

Ten eerste krijgen moeilijke patiënten soms geen optimale zorg omdat hun diagnostiek niet kritisch wordt bekeken of net onterecht in twijfel wordt getrokken. Daarnaast zijn moeilijke patiënten vaak zeer moeilijk plaatsbaar, hebben ze vaak andere verwachtingen dan hulpverleners en als laatste is bij moeilijke patiënten vaak geen netwerk meer aanwezig om als advocaat te dienen voor de patiënt. Hulpverleners bekijken de diagnostiek niet kritisch of trekken deze net onterecht in twijfel bij moeilijke patiënten (Coid 1991). Ook verschuiven de diagnoses vaak sterk (Koekkoek 2011). De redelijke, professionele maat van kritisch kijken is zogezegd weg. Dit kan bijvoorbeeld bij crisiscontacten goed te zien zijn in het ontbreken van een gedegen inventarisatie van de veranderingen in het toestandbeeld. Ook iemand die gekend is met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan bijvoorbeeld een depressie of delier ontwikkelen. Daarentegen heeft het ook geen zin om te gaan twijfelen aan een eerder vastgestelde en passende diagnose. Deze verschuivende diagnostiek is funest voor de behandeling van deze patiënten. We hebben in de afgelopen decennia immers

steeds meer succesvolle behandelingen ontwikkeld voor specifieke diagnoses. Zonder grondige, stabiele diagnose zijn deze behandelingen niet toepasbaar bij moeilijke patiënten, wat de resultaten van behandeling verminderd (Koekkoek 2011). Mede door deze onduidelijke diagnostiek, maar mogelijk ook uit een bijna reflexmatige reactie op het horen van een 'beruchte' naam, trekt men vaak snel conclusies als het om moeilijke patiënten gaat. Deze reflexmatige reactie blijkt volgens Koekkoek (2007) niet alleen voor specifieke patiënten te gelden, maar ook voor specifieke diagnoses, vooral voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast maakt men ook zelden onderscheid in de verschillende groepen moeilijke patiënten, terwijl dit toch een goed hulpmiddel kan zijn om snel en effectief te bepalen of de bekende diagnostiek passend is of dat hier verder naar gekeken moet worden.

Als tweede zijn moeilijke patiënten vaak moeilijk plaatsbaar. Ze passen vaak op geen enkele plek echt goed, hulpverleners houden afstand (Hinshelwood 1999) en nemen geen verantwoordelijkheid voor hun plaatsing (Coid 1998). Dit laatste is een gegeven dat al lange tijd bestaat (Ekdawi 1967). Bij deze moeilijke plaatsbaarheid speelt ook het hierboven besproken argument van de reflexmatige reactie op een beruchte naam een grote rol.

## Klinisch handelen

Verder houden hulpverleners en teams op basis van een eerdere, moeizaam verlopen, behandeling eerder de deur dicht voor moeilijke patiënten. Dit terwijl er wel mogelijkheden zijn om met deze patiënten om te leren gaan. Zo is het volgens van Gael (2007) bijvoorbeeld mogelijk om te leren omgaan met moeilijke patiënten, bijvoorbeeld door het eigen mentaliserend vermogen te vergroten of



door als team samen een behandelfilosofie op te stellen. De oorzaak van de moeilijke plaatsbaarheid van patiënten ligt meestal in conflicten en machtsstrijd. Deze vinden hun oorzaak regelmatig in de vaak zeer verschillende verwachtingen die patiënten en hulpverleners van elkaar hebben. Een aspect hiervan is dat patiënten gezien willen worden als een patiënt en als mens, en niet alleen als volledig ziek (Koekoek e.a. 2011). Ook kan hierdoor volgens hen een machtsstrijd ontstaan, die in dit soort gevallen

wellicht kan worden voorkomen door het uitspreken van de wederzijdse verwachtingen.

Als derde en laatste ontbreekt het bij moeilijke patiënten vaak aan een netwerk, familie of een belangrijke andere, die als advocaat kan dienen voor de patiënt en die zijn belangen behartigd. De primaire reden hiervoor is dat deze mensen door hun omgeving als lastig en vervelend worden ervaren (Koekoek e.a. 2007), waardoor het ze niet lukt om een steunsysteem te behouden. Een andere reden hiervoor is echter dat ook professionals afstand houden van moeilijke patiënten. Dit bijvoorbeeld doordat zij met de patiënt vechten om de controle over de behandeling (Breeze en Repper 1998) en door agressief en bedreigend gedrag (Laskrowski 2001). Daarom is het aan ons als hulpverleners ons op te stellen als advocaat van de patiënt (Selvaraj 2010).

Bij al deze argumenten geldt overigens dat patiënten die zich op het grensvlak tussen de algemene en geestelijke gezondheidszorg bevinden, als moeilijker worden ervaren dan patiënten die duidelijk in een van de twee categorieën vallen (Maltsberger 1995; Hahn e.a. 1996). Dit geldt ook voor het grensgebied met justitie (Beckers 2010). Maar hoe liep het af met Karel, de patiënt uit de casus?

Gezien deze situatie waarin het toestandbeeld zo afwijkend is van de normale situatie van Karel, concluderen we dat een opname noodzakelijk is, eventueel gedwongen. Vanaf dat moment begint een strijd. Collega's van opnemende instanties zijn, zoals gewoonlijk, welwillend om te helpen. Totdat ze Karels naam horen. Dan verdwijnt de opnamebereidheid als sneeuw voor de zon. Zijn reputatie lijkt hem vooruit te snellen. Pas na lange discussies en veel geïnvesteerde moeite en energie wordt een opnameplek gevonden. Deze opnameplek is in een psychiatrisch ziekenhuis dat in onze regio opnameplicht heeft en helaas niet in een somatisch ziekenhuis, wat gezien het delier wellicht passender zou zijn geweest. Het delier heeft immers onderliggend een somatische oorzaak en moet primair somatisch worden behandeld.

Terugkijkend op de casus van Karel hebben we weliswaar met een professionele maat kritisch naar de diagnostiek gekeken, maar zijn we tekort geschoten in de plaatsing. We hebben uiteindelijk gekozen voor een minder optimale opnameplek, omdat deze eenvoudiger te realiseren was. Hierbij hebben we dus onvoldoende als advocaat gefunctioneerd voor de patiënt.

## CONCLUSIE

Moeilijke patiënten zijn er in verschillende vormen. Een handzame onderverdeling is die in zorgwekkende zorgmijders, ambivalente aandachtvragers en hinderende hulpeisers. Dit is een onderverdeling op kenmerken als diagnose, vorm van moeilijk gedrag en acceptatie van ziekterol door hulpverleners en door de patiënt zelf. Drie aspecten bepalen voor een groot deel of moeilijke patiënten passende zorg krijgen.

Het eerste aspect is het in alle redelijkheid stellen van een diagnose. Hierbij is het van belang om de diagnose niet onnodig te herzien, maar wel kritisch blijven kijken naar de diagnostiek. Accurate diagnostiek is nodig voor het indiceren van zorgprogramma's gericht op zeer specifieke stoornissen, zoals deze steeds meer in opkomst zijn. Niemand is echter geholpen bij het steeds aanpassen van diagnoses. Bovendien vergroot dit het risico op het niet ontvangen van passende zorg.

Het tweede aspect is de problematiek van een geschikte plaatsing. De weerstand die hierbij bestaat is vaak reflexmatig, bijvoorbeeld op de naam van een bekende moeilijke patiënt. Dit terwijl er mogelijkheden zijn om, individueel of als team, te leren omgaan met moeilijke patiënten. Daarnaast komt een steeds wisselende plaatsing de patiënt zelden ten goede.

Het derde en laatste aspect is het vervullen van een advocatenrol voor de patiënt. Moeilijke patiënten hebben vaak geen vrienden of familie om deze rol te vervullen. Deze rol zal dus door hulpverleners vervuld moeten worden.

Wat betekent dit nu voor de praktijk? Moeilijke patiënten zijn een realiteit, of we dat nu willen of niet. En ook moeilijke patiënten hebben recht op goede en passende zorg, net als alle andere patiënten. Laten we daarom kritisch kijken naar de diagnostiek van moeilijke patiënten, zonder daarbij het oordeel van onze collega's onnodig in twijfel te trekken. Laten we samen op een doelgerichte manier kijken naar de plaatsing van moeilijke patiënten, waarbij het belang van de patiënt als uitgangspunt geldt.

En laten we, bij gebrek aan netwerk om deze functie te vervullen, zelf als advocaat dienen voor de belangen van de patiënt. Alleen op die manier kunnen we ook voor moeilijke patiënten goede zorg waarborgen.

## LITERATUUR

- American psychiatric association. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Pearson Assessment and information, Amsterdam, 2008.
- Bauer, M. *Der "schwierige" Patient in der Gemeindepsychiatrie*. Psychial Praxis, 2000, 27(1), 1-5.
- Beckers, T. *Detentie of psychiatrisch ziekenhuis?* Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2010, 64(4), 239-241.
- Breeze, J. A., en Repper, J. *Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services*. Journal of advanced nursing, 1998, 28, 1301-1311.
- Coid, J. W. *"Difficult to place" psychiatric patients*. British Medical Journal, 1991, 302 (6777), 603-604.
- Ekdawi, M. (1967). *The difficult patient*. British journal of psychiatry, 1967, 113, 547-552.
- Gael van, M. *Moeilijke cliënten, lastige hulpverleners en onmogelijke teams (Vol. Gehechtheid en gehechtheidsproblematiek bij personen met een verstandelijke beperking, pp. 181-188)*. Garant Uitgevers, Antwerpen, 2007.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B. W., Linzer, M. en Verlion deGruy, F. *The difficult patient. Prevalence, psychopathology and functional impairment*. Journal of general medicine, 1996, 11, 1-8.
- Hinshelwood, R. (1999). *The difficult patient: the role of 'scientific psychiatry' in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder*. British journal of psychiatry, 1999, 174, 187-190.
- Koekkoek, B., Meijel van, B., en Hutschemaekers, G. *Moeilijke psychiatrische patiënten: Een overzicht van de literatuur* Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2007, 62(2), 93-108
- Koekkoek, B. *Ambivalent Connections* GVO Drukkers & Vormgevers, Utrecht, 2011.
- Laskowski, C. *The mental health clinical nurse specialist and the "difficult" patient: evolving meaning* Issues in mental health nursing, 2001, 22, 5-22.
- Rehnslekt, A en Eriksson, K. *The progression of suffering implies alleviated suffering*. Scand J Caring Sci, 2004, 18(3), 264-272
- Salawu, F. K., Danburam, A. en Ogalili, P. *Delirium: issues in diagnosis and management*. Annals of African Medicine, 2009, 8(3), 139-146.
- Schafer, S. *Personality disorders among difficult patients*. Archives of family medicine, 1998, 7, 126-129
- Selvaraj, V. *Treating the 'difficult' patient*. Psychiatric news, 2010, 45(7), 11
- Weig, W. *Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung*. Der Nervenarzt, 2009, 80(7), 847-854.

*\* Thijs Beckers M ANP, verpleegkundig specialist GGZ, projectleider FACT Echt bij RiaggZuid, Roermond, programmeur ADHD bij Volwassenen bij PsyQ, Roermond Remco van den Kieboom MSc, psycholoog in opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog Apanta-ggz, Veldhoven, afdeling volwassenen, GGzE, Eindhoven, centrum persoonlijkheidsstoornissen, afdeling de Wende*

*thijsbeckers@me.com of rvdnkieboom@zonnet.nl*

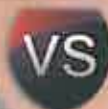
# *Dé Verpleegkundig Specialist*

Jaargang 7 | nummer 4 | December 2012

Terugblik op jaarlijkse  
V&VN congres  
Klinisch handelen in  
GGZ en somatiek  
Professionalisering  
en meer...



v&vn



Beroepsvereniging van zorgprofessionals