

Reactie op 'Verbeterd melatonine de gezondheidstoestand en de slaap bij kinderen met een idiopathische chronische inslaapstoornis?'

In de bespreking (Flos 2005) van onze publicatie over de invloed van melatonine op de gezondheidstoestand, slaap en melatonineritme bij kinderen met een idiopathische chronische inslaapstoornis (Smits e.a. 2003) vraagt Flos zich af waarom wij geen aandacht hebben besteed aan het feit dat, vergeleken met de groep die behandeld werd met melatonine, er in de placebogroep relatief veel kinderen zaten die methylfenidaat gebruikten. Graag gaan wij op deze vraag in. Tevens wijzen we op recente inzichten in de diagnostiek en farmacotherapie van melatonine bij kinderen met idiopathische chronische inslaapstoornissen.

Methylfenidaatgebruik in de placebogroep zou de resultaten van ons onderzoek kunnen verstoren indien de inslaaptijden sterk zouden schommelen. In dat geval zou verbetering na melatonine op 'toeval' kunnen berusten, terwijl methylfenidaat deze verbetering onderdrukt kan hebben in de placebogroep. Echter, over het algemeen schommelen de inslaaptijden bij kinderen met idiopathische chronische insomnie niet zo sterk. Bovendien gebruikten de kinderen vóór de start van het onderzoek al lange tijd methylfenidaat: de invloed van methylfenidaat op het inslaaptijdstip is dan een stabiele factor, die naar onze mening geen toegevoegde invloed heeft op het effect van toediening van melatonine of placebo.

In eerder placebogecontroleerd onderzoek met dezelfde onderzoeksopzet (Smits e.a. 2001) vonden we vergelijkbare effecten van melatonine op slaap als in het door collega Flos besproken onderzoek, maar gebruikte 26% van de kinderen in de melatoninegroep methylfenidaat, en 32% van de kinderen in de placebogroep. Het geringe verschil in methylfenidaatgebruik verklaart dus niet het evidente effect van melatonine op het slaap-waakritme.

Twee onafhankelijke gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoeken hebben dus aangetoond dat melatonine het slaap-waakritme verschuift. Een sterk bewijs voor de effectiviteit. Het bewijs of een bepaalde behandeling effectief is kan verder ondersteund worden door het demonstreren van de farmacodynamische eigenschappen.

Melatonine is vooral werkzaam omdat dit chronobioticum de endogene melatonineproductie (Dim Light Melatonin Onset, DLMO) en het daaraan gekoppelde slaap-waakritme verschuift (Cajochen e.a. 2003; Lewy e.a. 1992). Het is dan ook te verwachten dat melatonine vooral werkzaam is bij kinderen bij wie de melatonineproductie te laat op gang komt. Bij de kinderen met chronische idiopathische insomnie die meegedaan hebben aan ons onderzoek, kwam de melatonineproductie laat op gang, overeenkomstig het pathofysiologische model. Ook wordt het farmacologische werkingsmechanisme van melatonine bij kinderen met idiopathische chronische insomnie bevestigd door de onlangs gepubliceerde meta-analyse van onze twee onderzoeken (Van der Heijden e.a. 2005). De DLMO bleek het effect van melatonine te voorspellen: hoe later de DLMO, des te meer vervroegt melatonine het tijdstip van inslapen bij toediening in de vroege avond. De fysiologische verklaring is dat de effectiviteit van melatonine samenhangt met de fase waarin het endogene biologische ritme zich bevindt op het moment dat de melatonine wordt toegediend. Deze fase-responsverhouding is een typische karakteristiek van de relatie tussen melatonine en de inslaaptijd (Benloucif e.a. 2005) en zou in deze onderzoeken niet gevonden zijn wanneer het hier niet om een effect van melatonine zou zijn gegaan.

Gezien de resultaten van twee onafhankelijke gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoeken en de goed onderbouwde verklaring voor de effectiviteit van dit chronobioticum, kan de farmacotherapeutische effectiviteit van melatonine dan ook als vaststaand beschouwd worden bij kinderen met chronische idiopathische inslaapstoornissen en laat op gang komende endogene melatonineproductie.

Zolang over langeretermijneffecten van melatonine onvoldoende bekend is, dient melatonine bij voorkeur alleen voorgeschreven te worden in het kader van goed opgezet wetenschappelijk onderzoek. Alvorens tot behandeling over te gaan dient inzicht verkregen te zijn in de endogene melatonineproductie (DLMO). Dit kan patiëntvriendelijk gebeuren op de melatoninepolikliniek van het ziekenhuis Gelderse Vallei (Van Geijlswijk e.a. 2005). Na aanmelding (via www.slaapstoornissen.nl) krijgt de patiënt salivettes voor melatoninebepaling in het speeksel toegestuurd, en wordt een afspraak op de polikliniek gemaakt, waar uitslag en behandelingsadviezen besproken kunnen worden.

LITERATUUR

- Benloucif, S., Guico, M.J., Reid, K.J., e.a. (2005). Stability of melatonin and temperature as circadian phase markers and their relation to sleep times in humans. *Journal of Biological Rhythms*, 20, 178-188.
- Cajochen, C., Krauchi, K., & Wirz-Justice, A. (2003). Role of melatonin in the regulation of human circadian rhythms and sleep. *Journal of Neuroendocrinology*, 15, 432-437.
- Flos, M.S.J. (2005). Verbeterd melatonine de gezondheidstoestand en de slaap bij kinderen met een idiopathische chronische inslaapstoornis? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 395.
- Geijlswijk, I.M. van, Dujardin, B.C.G., & Smits, M.G. (2005). De klok gelijkzettingen. Melatoninepoli helpt bij slaap-waakstoornissen. *Medisch Contact*, 60, 1259-1261.
- Heijden, K.B. van der, Smits, M.G., van Someren, E. J., e.a. (2005). Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia. *Journal of Sleep Research*, 14, 187-194.
- Lewy, A.J., Ahmed, S., Jackson, J.M., e.a. (1992). Melatonin shifts human circadian rhythms according to a phase-response curve. *Chronobiology International*, 9, 380-392.
- Smits, M.G., Nagtegaal, J.E., van der Heijden, J., e.a. (2001). Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Child Neurology*, 16, 86-92.
- Smits, M.G., van Stel, H.F., van der Heijden, K., e.a. (2003). Melatonin improves health status and sleep in children with idiopathic chronic sleep-onset insomnia: a randomized placebo-control-
- led trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1286-1293.
- K.B. VAN DER HEIJDEN, psycholoog/onderzoeker
I.M. VAN GEIJLSWIJK, ziekenhuisapotheker
M.G. SMITS, neuroloog

ANTWOORD aan Van der Heijden, Van Geijlswijk en Smits

Ik dank Van der Heijden, Van Geijlswijk en Smits voor hun reactie op mijn bespreking van het artikel Smits e.a. 2003 waarin ik een aantal punten van kritiek aangaf. In deze reactie houden zij een pleidooi voor de effectiviteit van melatonine en wijzen zij op recente inzichten in de diagnostiek en farmacotherapie van melatonine. De aanname van hen dat de invloed van methylfenidaat op de inslaaptijdstip een stabiele factor is als de kinderen dit middel al langere tijd gebruiken, is bij mijn weten in de literatuur nog weinig onderzocht.

Ik heb in mijn kritische bespreking niet zozeer mijn twijfels aan de mogelijke effectiviteit van melatonine besproken, maar wel aangegeven dat de conclusies met meer voorzichtigheid getrokken mochten worden, mede gezien de kleine aantallen.

M.S.J. FLOS, kinder- en jeugdpsychiater

Reactie op 'Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg'

In zijn artikel citeert collega Nys mij: 'Wilsonbekwamen kunnen juist dankzij (dwang)behandeling delen van hun autonomie herwinnen en zo beter in staat worden gesteld met voldoende zorg in de maatschappij te functioneren.' Hij leidt uit dit citaat af dat autonomie volgens mij mensen in staat stelt om 'met zorg in een samenleving te kunnen functioneren'. Mijn interpretatie gaat er volgens hem van uit 'dat autonome mensen 'goed' van 'kwaad' kunnen onderscheiden en dat ze weten op welke manier ze voor zichzelf moeten zorgen en

hoe ze met anderen moeten omgaan (en vooral hoe het niet moet)'. Nys vervolgt: 'Deze opvatting is echter problematisch.'

Die conclusie ondersteun ik van harte. Nys is helaas met mijn citaat nogal aan de haal gegaan en gekomen op punten, waar ik mij volstrekt niet in herken. Wat ik wél bedoelde, is dat behandeling van psychotische mensen soms ook weer kan leiden tot herwinnen van (delen van) autonomie. Wanneer iemand uit zijn psychose komt, kan hij vaak weer (meer) wilsbekwaam en autonoom functioneren. De tweede zinsnede bedoelde dat een hersteld persoon met voldoende 'zorg' (te weten begeleiding, steun en behandeling door de ggz) weer beter in de maatschappij kan functioneren. Zorg ware dus te lezen als geestelijke gezondheidszorg...

Ik beweerde dus niets over goed en kwaad, ik zou het niet durven! Zoals niemand mij zal zien schrijven dat autonome mensen altijd weten hoe ze met zichzelf of anderen moeten omgaan. Ik vond deze interpretatie niet plezierig. Misschien had dit voorkomen kunnen worden door niet het *NRC Handelsblad* als bron te nemen, maar artikelen uit vakbladen, zie hieronder (Van Veldhuizen 2004a en b).

LITERATUUR

- Nys, T.R.V. (2005). Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 519-528.
- Veldhuizen, J.R. van. (2004a). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch contact*, 59, 766-768.
- Veldhuizen, J.R. van, & Hondius, A.J.K. (2004b). In plaats van de BOPZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 279-282.

J.R. VAN VELDHUIZEN, psychiater

ANTWOORD aan Van Veldhuizen

Ik begrijp het ongenoegen van de heer Van Veldhuizen. Mijn interpretatie van de term 'zorg' is inderdaad ongelukkig en hierdoor wordt zijn citaat voor doeleinden gebruikt die hij niet wil onderschrijven. Ik wilde laten zien dat een normatief

geladen opvatting van autonomie, dat wil zeggen een opvatting die 'onverstandige beslissingen' van de patiënt als teken ziet van diens gebrek aan autonomie, vatbaar is voor kritiek omdat de criteria voor 'goed' en 'kwaad' (d.w.z. autonoom vs. niet-autonoom) door buitenstaanders bepaald worden. De kritiek is dat patiënten op die manier monddood gemaakt kunnen worden. Het recht om te leven naar hun eigen normen en commitments wordt hen ontnomen. Echter, deze specifieke en waardengeladen opvatting van autonomie (het soort dat tégen de patiënt gebruikt kan worden), is niet die van Van Veldhuizen.

Mijn interpretatie is des te ongelukkiger omdat ik mij voor een groot deel in de ideeën van Van Veldhuizen kan vinden. In de vakliteratuur waar hij naar verwijst, stelt hij dat wilsonbekwamen 'recht hebben op meer (paternalistische) bemoeienis' en dat dwang in die gevallen niet uitgesloten mag worden (Van Veldhuizen 2004). Hij pleit er voor dat de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) van een opnamewet naar een behandelwet zou moeten evolueren en dat het gevaarcriterium uitgebreid moet worden zodat behandeling ook mogelijk is in gevallen van 'aanmerkelijk nadeel voor de patiënt'. Toch wil Van Veldhuizen de autonomie van de patiënt niet miskennen. Integendeel, (dwang)behandeling in een vroeger stadium zou ernstigere vormen van dwang moeten voorkomen en uiteindelijk kunnen leiden tot méér autonomie voor de patiënt. Het begrip wilsonbekwaamheid wordt dus niet gebruikt om de autonomie van de patiënt te ontkennen, maar een inbreuk op diens autonomie kan gerechtvaardigd worden wanneer er ernstig nadeel is (of dreigt), of met het oog op diens toekomstige autonomie.

Toch is de druk die ik in mijn artikel beschrijf, namelijk de eenzijdige benadrukking van de autonomie van de patiënt, nog steeds voelbaar. De Stichting Pandora bijvoorbeeld, vindt een dergelijk pleidooi voor paternalisme en dwangbehandeling uiterst ongewenst (Broekaar 2005). Stichting Pandora pleit voor een absoluut respect voor autonomie, gezien vanuit het perspectief van de pa-

tiënt. Dat lijkt mij echter voor zowel patiënt als behandelaar een nefaste ontwikkeling. Ik bepleit daarom een bredere opvatting van welzijn die recht doet zowel aan de patiënt als aan de professionele verantwoordelijkheid van de behandelaar.

LITERATUUR

Broekaar, L. (2005, mei). Stichting Pandora tevreden met uitspraak Hoge Raad over de voorwaardelijke machtiging. *Pandora-Nieuws*.

Veldhuizen, J.R. van. (2004). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch contact*, 59, 766-768.

T. R. V. NYS

*Reactie op 'Paternalisme en autonomie.
Commentaar op Nys'*

In het augustusnummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* plaatste professor Widdershoven enkele kritische opmerkingen bij mijn tekst 'Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg' (Nys 2005; Widdershoven 2005). Op essentiële punten lijkt die kritiek mij echter onterecht. Ik wil dan ook graag van de gelegenheid gebruikmaken om mijn positie te verduidelijken.

De heer Widdershoven begint zijn commentaar met de kritiek dat ik wilsbekwaamheid ten onrechte als een voorwaarde voor paternalisme beschouw. Volgens hem is dat onmogelijk omdat het klassieke geval van paternalisme – als ouders ingrijpen in het leven van hun minderjarig kind – nu juist wilsonbekwaamheid veronderstelt. We moeten echter opmerken dat de eerste voorwaarde van Dworkins definitie een disjunctie bevat: paternalisme veronderstelt een inbreuk op de vrijheid of autonomie van een persoon. Men kan daarom stellen dat jonge kinderen vaak in hun vrijheid beknot worden maar niet in hun autonomie. Widdershoven heeft dus gelijk dat paternalisme geen wilsbekwaamheid vereist.

Echter, aangezien het onderwerp van mijn essay 'paternalisme en autonomie' was, heb ik mij

gericht op die gevallen van paternalisme waarbij de autonomie van de patiënt in gevaar is. Ten tweede heb ik mij geconcentreerd op die gevallen waar paternalisme als verdacht wordt beschouwd. In deze context, dus wanneer we paternalisme bezwaarlijk vinden omdat de autonomie van een persoon in gevaar is, wilde ik aangeven dat (in-)competentieverklaringen een mogelijke uitweg bieden om dit gevaar te bezweren. Als wilsbekwaamheid een noodzakelijke voorwaarde voor autonomie is, dan kan men door een persoon wils- onbekwaam te verklaren de beschuldiging van paternalisme afwenden (hoewel de handeling nog steeds paternalistisch genoemd kan worden).

Widdershoven stelt vervolgens dat ik het gebruik van incompetentietests als een bedenkelijke rechtvaardigingsstrategie zou beschouwen. Dat is niet correct. Mijn punt is dat deze strategie bedenkelijk is voor diegenen die het recht op autonomie benadrukken. Het centrale bezwaar is dat de patiënt niet zelf oordeelt over zijn wilsbekwaamheid, maar dat anderen dat doen. Dus, hoewel het begrip wilsbekwaamheid wel degelijk bruikbaar is, zal men zich moeten weren tegen de kritiek dat de patiënt daarmee het gevaar loopt zijn zeggingskracht te verliezen.

Widdershoven merkt ook op dat mijn rechtvaardiging van paternalisme niet nieuw is, maar dat ze ook teruggevonden kan worden in de principe- en zorgethiek. Hij geeft toe dat 'de term autonomie hier niet wordt genoemd', maar wel hierbij 'toch hetzelfde wordt beoogd'. Het mag duidelijk zijn dat ik geen nieuwe rechtvaardiging van paternalisme wilde voorstellen. Toch is het interessant dat Widdershoven de principebenadering vermeldt, omdat het principe van autonomie daarin erg veel aandacht krijgt. Autonomie wordt dus wel degelijk vermeld, maar uitsluitend ter bescherming van de patiënt. Mijn benadering echter, vestigt tevens de aandacht op de waarde van autonomie aan de kant van de hulpverlener. Qua 'rechtvaardiging van paternalisme' is dat erg bescheiden, denk ik.

Mijn opvatting leidt dan ook zeker niet tot 'eenzijdigheden'. Aangezien ik een eenzijdige fo-

cus op de autonomie van de patiënt wil voorkomen, wil ik natuurlijk niet dezelfde fout maken met betrekking tot de hulpverlener. Ik zeg dus niet dat de autonomie van de hulpverlener moet prevaleren boven die van de patiënt. Verre van dat; ik zeg alleen dat wanneer men autonomie waardeert, men deze aan beide kanten moet waarderen (bv. Nys 2005, p. 526).

Als reactie op mijn korte verwijzing naar Kant vraagt Widdershoven zich het volgende af: 'Kan een hulpverlener die een kantiaanse plichtsoptvatting hanteert, een open gesprek voeren met een Jehova's getuige die bloed weigert, of staat de uitkomst daarvan van tevoren al vast? Zal zo'n hulpverlener niet dermate overtuigd zijn van de mensonwaardigheid van het leven van zorgwekkende zorgmijders dat hij zich gerechtigd acht in te grijpen, zonder nog een discussie met de betrokkenen aan te gaan?' (Widdershoven 2005, p. 530). Ten eerste moeten we opmerken dat men de kantiaanse idee van morele verplichting niet rigide moet opvatten. Kants ethiek is in essentie een ethiek van 'side-constraints' die (veel) ruimte openlaat voor concrete invulling (Heubel & Biller-Andorno 2005). Ten tweede kan men de vraag van Widdershoven ook terugkaatsen: in hoeverre is een bloedtransfusie voor een Jehova's getuige bespreekbaar? Een dogmatische geloofsovertuiging lijkt me minstens even nefast voor een 'open discussie' als een verstard kantianisme.

In zijn concluderende alinea suggereert Widdershoven dat ik de autonomie van de patiënt over het hoofd zou zien. Dat is pertinent onwaar. Opnieuw, ik wil slechts aangeven dat de autonomie van de hulpverlener eveneens op het spel staat. Het lijkt mij dan ook dat onze beide conclusies niet noodzakelijk tegenstrijdig zijn. Ook ik pleit voor discussie en dialoog met het oog op 'beterschap' voor de patiënt. Widdershoven echter stelt 'beter' gelijk met 'meer autonoom', terwijl ik de waarden van welzijn en autonomie liever gescheiden houd. Het idee dat behandeling steeds in samenspraak met de patiënt moet gebeuren wil ik alleen maar volmondig onderschrijven. Uiteraard moeten we streven naar een dergelijke praktijk van dialoog en

samenspraak. Echter, een oplossing in termen van een 'open discussie' leidt de aandacht af van het probleem waar het hier werkelijk om gaat: de weigering van de zorgwekkende zorgmijders om aan een dergelijke dialoog deel te nemen. Ik wil suggereren dat een bezorgdheid om het welzijn van een persoon soms vereist dat men ingaat tegen diens autonomie zónder deze te ontkennen. Zoiets vereist durf en gezond paternalisme.

LITERATUUR

- Heubel, F. & Biller-Andorno, N. (2005). The contribution of Kantian moral theory to contemporary medical ethics: a critical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 5-18.
- Nys, T.R.V. (2005). Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 519-528.
- Widdershoven, G.A.M. (2005). Paternalisme en autonomie. Commentaar op Nys. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 529-531.

T. R. V. NYS

ANTWOORD aan Nys

In mijn commentaar op het artikel van de heer Nys over paternalisme en autonomie heb ik, het betoog volgend, een aantal kritische kanttekeningen geplaatst. In essentie formuleerde ik een tweetal bezwaren tegen de opstelling van Nys. Het eerste is dat hij niet de enige is die aandacht vraagt voor de autonomie van de hulpverlener. Het tweede is dat als de autonomie van de hulpverlener wordt ingezet op de wijze die hij voorstaat, er voor de autonomie van de cliënt geen ruimte meer is. In zijn reactie geeft Nys geen bevredigend antwoord op deze cliënt.

In zijn artikel pleit Nys ervoor de autonomie van de hulpverlener te beschouwen als grondslag voor paternalistisch optreden tegenover zorgwekkende zorgmijders. In zijn reactie brengt hij dit opnieuw naar voren. Deze positie is, zo stelde ik in mijn commentaar, niet nieuw. Ze is in verschillende benaderingen in ethiek en recht reeds te vinden. In de principe-ethiek gaat het om een afweging van respect voor de autonomie van de patiënt tegen

weldoen. Weldoen is gestoeld op de professionele houding van de hulpverlener. In de zorgethiek kan ingrijpen gerechtvaardigd worden vanuit de morele verantwoordelijkheid van de hulpverlener. In het gezondheidsrecht wordt gesproken van goed hulpverlenerschap als grond voor ingrijpen. De plicht tot weldoen, de deugd van morele verantwoordelijkheid en de notie van goed hulpverlenerschap verwijzen elk naar de autonomie van de hulpverlener, in de zin zoals Nys die beschrijft. Zijn benadering is dus niet de enige die de waarde van autonomie aan de kant van de hulpverlener belicht.

Nys verdedigt de stelling dat een autonome hulpverlener kan ingrijpen ten bate van het welzijn van de cliënt, zónder de autonomie van de cliënt te ontkennen. Het is de vraag of dit het geval is. Het probleem rondom zorgwekkende zorgmijders is dat hun welzijn bedreigd wordt door hun eigen gedrag, maar dat ze elke hulp afwijzen. Treedt men in die situatie paternalistisch op, dan wordt de weigering overruled. Dat betekent dat men hooguit in woord de autonomie van de cliënt erkent, maar niet in daad. De cliënt heeft geen enkele stem meer, de hulpverlener bepaalt wat er gaat gebeuren. De erkenning van de autonomie van de cliënt die Nys bepleit is louter formeel.

Een benadering waarin de autonomie van de hulpverlener en die van de cliënt beide tot hun recht komen, veronderstelt dat de hulpverlener de weigering van de cliënt niet zonder meer accepteert, maar deze evenmin klakkeloos overruled. Wil men ingrijpen zonder de cliënt zijn stem te ontnemen, dan is het zaak te zoeken naar manieren om de cliënt te bewegen anders tegen de zaak aan te kijken. Een goed hulpverlener blijft proberen met de cliënt in gesprek te treden. Dat betekent dat hij ook moet erkennen dat de cliënt mogelijk gelijk zou kunnen hebben. Als het gaat om een gesprek met een Jehova's getuige, doet de hulpverlener er goed aan door te vragen naar eventuele twijfels en kritisch te zijn ten aanzien van mogelijke indocinatie. Mocht echter blijken dat de Jehova's getuige zijn keuze uit volle overtuiging maakt, dan zal de hulpverlener de weigering dienen te accep-

teren. Voor een kantiaanse hulpverlener zou dat betekenen dat deze niet alleen zijn eigen morele verplichtingen volgt, maar ook erkent dat een Jehova's getuige die uit overtuiging kiest voor religie in plaats van overleven, daarin zijn morele plicht kan volgen. Wellicht dat dit voor een niet-rigide kantiaan mogelijk is, maar dit vereist wel dat deze de Jehova's getuige niet ziet als iemand die per definitie behept is met een dogmatische geloofsovertuiging.

Ten aanzien van zorgwekkende zorgmijders past eenzelfde houding. Men dient kritisch tegenover de weigering te staan en te proberen de betrokkene via overreding en drang te bewegen de zorg toe te laten. Overreding en drang getuigen van eigen autonomie, maar spreken ook de ander aan op diens mogelijke autonomie. Als men aanhoudt, is er kans op succes, juist doordat men zich niet beperkt tot vrijlaten enerzijds of overrulen anderzijds. Hoezeer die kritische houding ook voortkomt uit de gedachte dat het weigeren van zorg wanneer men die nodig heeft, niet vanzelf spreekt, toch zal men moeten erkennen dat het niet onmogelijk is dat de weigering strookt met een autonome levensinvulling van de betrokkene. In dat geval, maar ook alleen in dat geval, dient de hulpverlener zijn pogingen te staken, iets dat hij dan ook zal kunnen doen zonder aan zijn verantwoordelijkheidsgevoel afbreuk te hoeven doen.

Het probleem van zorgwekkende zorgmijders is niet dat zij weigeren aan de dialoog deel te nemen. Door zorg af te weren, stellen zij zich communicatief op (men kan niet niet communiceren, zo wordt wel gezegd). Het moeilijke is een adequaat antwoord te vinden op die weigering. Een dergelijk antwoord gaat in op de weigering, niet door die automatisch te aanvaarden, maar evenmin door er zonder meer aan voorbij te gaan. Dat vereist niet alleen bezorgdheid en doortastendheid, maar ook openheid voor de ander en besef van mogelijke eigen beperkingen.

G.A.M. WIDDERSHOVEN

Publicatieprijs artsen in opleiding 2004/2005

Om de publicatiedrift van onze artsen in opleiding te stimuleren worden sinds een aantal jaren prijzen beschikbaar gesteld voor de beste artikelen die in het afgelopen jaar door artsen in opleiding gepubliceerd zijn. Een deskundige jury beoordeelt de gepubliceerde artikelen. De vijf juryleden van dit jaar waren afkomstig uit de Commissie wetenschappelijke activiteiten van de Vereniging voor Psychiatrie (dr. D. Cath en dr. N. van Beveren), uit het bestuur van het Tijdschrift voor Psychiatrie (dr. M. Hebbrecht) en uit de redactie van het Tijdschrift voor Psychiatrie (prof.dr. S. Claes en de auteur van dit rapport (prof.dr. A.J.L.M. van Balkom) die tevens voorzitter van de jury was).

Het afgelopen jaar kwamen 4 artikelen voor de prijzen in aanmerking. Het betrof 1 gevalsbeschrijving, 2 overzichtsartikelen en 1 oorspronkelijk onderzoek. De juryleden beoordeelden de artikelen op een 5-puntsschaal (0 = niet van toepassing, tot en met 4 = uitstekend) in de volgende rubrieken: (1) theorie; (2) originaliteit; (3) onderzoeksmethode; (4) wetenschappelijk belang; (5) belang voor de klinische praktijk; (6) maatschappelijk belang; (7) taalgebruik; (8) structuur. De punten die voor ieder van deze rubrieken werden gegeven werden daarna opgeteld. De totaalscore van ieder van de 4 artikelen leidde tot een rangschikking per jurylid. Vervolgens werden van ieder artikel de rangordes van de 5 juryleden bij elkaar opgeteld. De jury oordeelde dat de kwaliteit van de artikelen dit jaar niet zodanig was dat er 3 prijzen konden worden toegekend. Er werd besloten 2 prijzen uit te reiken op de SAP-dag die op 1 november jl. gehouden werd te Utrecht. De prijswinnaars werden uitgenodigd een korte presentatie van hun winnende artikel te geven.

De eerste prijs van € 1250 is toegekend aan S. Crommen en M. Danckaerts, 'Behandeling met atomoxetine van Belgische kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. Een prospectief, open onderzoek. Dit winnende artikel is van zeer goed niveau en valt op door een heldere, didactische schrijfstijl. De jury concludeert dat de

auteurs er op uitmuntende wijze in geslaagd zijn de achtergronden, methodologie, resultaten en beperkingen van het behandelen van kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) weer te geven. Hoewel het om een open onderzoek gaat, is het artikel belangrijk omdat het de toepassing van een nieuw geneesmiddel binnen Europa betreft. Het artikel is breed van opzet, waarbij behalve het effect op de kernsymptomen van ADHD ook de bijwerkingen uitgebreid in kaart zijn gebracht. Het artikel heeft de verdienste dat het de beroepsgroep inlicht over de stand van zaken betreffende dit nieuwe geneesmiddel. De jury concludeert dat dit artikel ook internationaal niet zou hebben misstaan.

De tweede prijs ter waarde van € 750 is gegaan naar M.H.C.M. Laan en J.W. Hummelen, 'Priapisme en atypische antipsychotica'.

De redactie feliciteert alle eerste auteurs met hun behaalde resultaat, en bovendien ook alle medeauteurs, supervisors en natuurlijk de afdelingen waar de prijswinnaars in opleiding zijn. De redactie hoopt dat de uitgelopen prijzen voor veel artsen in opleiding een aanmoediging zijn een artikel bij het Tijdschrift voor Psychiatrie in te dienen.

LITERATUUR

Crommen, S., & Danckaerts, M. (2005). Behandeling met atomoxetine van Belgische kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Een prospectief, open onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 209-218.

Laan, M.H.C.M., & Hummelen, J.W. (2005). Priapisme en atypische antipsychotica. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 175-179.

A.J.L.M. VAN BALKOM, voorzitter jury Publicatieprijs artsen in opleiding 2004/2005.