

Reactie op 'De psychiater als medisch specialist'

Gaarne reageer ik op het wijze en bedachtzame stuk van collega Hodiament. Ik ben vanzelfsprekend zeer verheugd dat collega Hodiament het profiel van de psychiater als medisch specialist van harte ondersteunt. Dat een dergelijke rol voor de psychiater nooit ter discussie heeft gestaan, wens ik evenwel te bestrijden. Men hoeft slechts de geschiedenis van de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw te bezien, waarin de psychiater door velen onzer (laat staan door de maatschappij) noch als medicus, noch als specialist werd beschouwd. Hoeveel psychiaters identificeerden zich toen met, of afficheerden zich als, een arts (ik hoef slechts het – vaak achterwege gelaten – lichamenlijk onderzoek in herinnering te brengen)? De rol van specialist werd in die jaren zelden als zodanig uitgevoerd: verwijzingen van (huis)arts naar psychiater waren (en zijn?) eerder uitzondering dan regel (er werd/wordt verwezen van huisarts naar team/instelling). Dat alle veranderingen hebben plaatsgevonden in het kader van een medisch model is wel heel breed geïnterpreteerd; de antipsychiatrie is tenslotte nog niet zo lang geleden.

Het argument dat, wanneer de psychiatrie zou 'resomatiseren', zij de legitimiteit zou verliezen, is behalve defensief ook onjuist. Het is nooit anders geweest (althans als ik collega Hodiament goed begrijp) dan dat de psychiatrie op basis van hersenstoornissen is gedefinieerd. We doen hiermee dus niets nieuws. Hoogstens wordt opnieuw de aandacht hierop gevestigd. Dat de psychiatrie een medisch specialisme is, staat ook voor collega Hodiament vast. Als orgaanspecialisme is de psychiatrie een hersenspecialisme; door deze definitie te hanteren wordt de legitimiteit van het (medische) specialisme niet verminderd maar juist versterkt. Inderdaad, wij onderscheiden ons niet van de neuroloog door het orgaan dat wordt bestudeerd (in wisselwerking met de omgeving,

zoals bij alle medische aandoeningen), maar door de uitingvormen van deze orgaanstoornissen. Het zijn de afwijkingen in het gedrag, de cognitie en de emotie die de psychiater bestudeert, diagnoseert, behandelt en probeert te voorkomen.

Collega Hodiament is het geheel met ons eens dat er 'geen principieel verschil bestaat tussen psychiater, neuroloog en internist' en ook met de stelling dat 'de psychiatrische zorg niet anders gefinancierd en de psychiatrische patiënt niet anders benaderd moet worden dan bij de andere disciplines respectievelijk patiënten in de geneeskunde'. Echter, ik ben niet van mening, zoals collega Hodiament suggereert, dat de psychiaters zich 'zouden moeten terugtrekken op het tweede echelon' en uitsluitend moeten 'gaan werken vanuit de algemene ziekenhuizen'. Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling dat de derde lijn, te weten de (patiënten in de) psychiatrische inrichtingen verwaarloosd worden. Psychiaters zullen de voornaamste rol moeten blijven spelen bij de behandeling van de chronisch psychiatrische patiënten en bij de resocialisatie en de reïntegratie van deze patiënten in de maatschappij. De psychiater als medisch specialist is verantwoordelijk voor de psychiatrische patiënt in alle stadia van zijn ziekte.

Ten slotte, ik ben het geheel met collega Hodiament eens dat wij de geschiedenis goed moeten kennen, omdat we anders gedwongen worden die te herhalen. Echter, geschiedenis is, zoals iedere historicus zal beamen, niet een objectief gegeven. Blijkbaar verschillen onze inzichten over het verleden van de psychiatrie. Het doet er misschien niet veel toe, zolang we het maar eens zijn over de toekomst.

R.S. KAHN, Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

LITERATUUR

Hodiament, P.P.G. (2003). De psychiater als medisch specialist (Redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 185-186.

Reactie op 'De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg?'

In hun artikel *De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg?* vragen de auteurs aandacht voor een schrijnend probleem in de psychiatrie: de somatische faciliteiten en de daarmee samenhangende somatische kennis en vaardigheden van psychiaters. In het in het artikel genoemde advies *Ziekenhuispsychiatrie* (Smit & Commissie ziekenhuispsychiatrie 1995) werd geadviseerd een kwaliteitskader voor psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ's) te ontwikkelen op het raakvlak met de somatiek. Het lijkt van belang erop te wijzen dat dit kwaliteitskader er inmiddels is.

In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP) is een kwaliteitssysteem voor patiënten met psychiatrische en somatisch problematiek voor PAAZ's ontwikkeld, waarmee de somatische zorg voor psychiatrische patiënten op PAAZ's gewaarborgd kan worden (Werkprocessen Indicatoren en Borgen, WIB 2003). Deze systematiek is ontwikkeld in samenwerking met de PAAZ van het Ziekenhuis Rijnstate en functioneert. Het systeem streeft borging van kwaliteit na door gebruik te maken van indicatoren van kwaliteit. Hierdoor kunnen de effecten van de implementatie ook geëvalueerd worden. In Rijnstate heeft dit systeem ertoe geleid dat er op de PAAZ inmiddels 12 bedden beschikbaar zijn voor patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit.

Een boek met een beschrijving van het kwaliteitssysteem is in de afgelopen maand opgestuurd aan alle ziekenhuizen met PAAZ's. PAAZ's met interesse voor de implementatie van het systeem kunnen contact opnemen met de Sectie consultatieve en ziekenhuispsychiatrie.

PAAZ's die met dit systeem werken en een daarmee verbonden *case mix* van patiënten behandelen, zijn zeer geschikt als opleidingsplaatsen om de medische aspecten van het vak op een syste-

matische wijze in de opleiding te leren. Eén stap in de goede richting van het verbeteren van de medische identiteit van de psychiater zou zijn een aantal PAAZ's meer te betrekken bij de opleiding en met deze systematiek op te waarderen tot PAAZ's met goede geïntegreerde somatische zorg.

Daarentegen drijft het beleid van het College voor Bouwvoorzieningen de PAAZ's uit het algemeen ziekenhuis naar de nieuwe 'hype': de Regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg (RCG's). Deze behoren naast algemene ziekenhuizen te verrijzen, waardoor een goede interactie met de somatiek gewaarborgd zou kunnen worden. Zoals het zich laat aanzien zal ook dit initiatief het oude beleid niet wijzigen. 'Heenzendingen' van psychiatrische patiënten met somatische stoornissen of somatische patiënten met psychiatrische stoornissen zullen gewoon doorgaan, omdat inmiddels al blijkt dat deze instellingen de faciliteiten, en de medewerkers de kennis en vaardigheden missen dergelijke patiënten adequaat te behandelen! De grootte van de deuren schijnt zelfs zo te zijn dat een ziekenhuisbed er niet doorheen kan ... Het is buitengewoon frustrerend dat een ambtenarenapparaat, ondanks diverse dringende en beargumenteerde signalen uit het veld, rustig doorgaat met de in de afgelopen tien jaar ingezette afbraak van de PAAZ's ten gunste van MFE's of nu weer RGC's, en de behandeling van de hier beschreven patiëntengroep volledig uit het oog verliest.

Recent heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) laten weten haar beleid te willen richten op de versterking van de medische identiteit van de psychiater. Dit beleid zal daadwerkelijk geloofwaardig zijn indien op korte termijn twee veranderingen worden gerealiseerd. Ten eerste moet het College voor Bouwvoorzieningen tot een radicale beleidswijziging worden gebracht die de ziekenhuispsychiatrie stimuleert en niet afbreekt. Voorts zal de NVvP moeten bevorderen dat een aantal PAAZ's het bovengenoemde kwaliteitssysteem implementeert en betrokken wordt bij de opleiding.

B. VERWEY, psychiater

LITERATUUR

- Huysse, F.J., van der Mast, R.C., & Boenink, A.D. (2002). De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 795-802.
- Smit, H., & Commissie ziekenhuispsychiatrie. (1995). *Ziekenhuispsychiatrie over de grenzen heen: advies aan de minister van VWS inzake de ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie mede in relatie tot de vorming van multifunctionele eenheden (MFE) in de geestelijke gezondheidszorg*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Werkprocessen Indicatoren en Borgen (WIB). (2003). *Kwaliteitsborging Werkprocessen Ziekenhuispsychiatrie. Handreiking voor Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen*. Utrecht: NVZ vereniging van ziekenhuizen.

ANTWOORD aan Verwey

In ons artikel *De psychiater als medisch specialist; de psychiatrie een zorg?* pleitten we voor het behoud en een versterking van onze medische identiteit. Als men de nieuwe eindtermen voor de psychiatrische opleiding leest, herkent men de psychiater als een breed medisch specialist. Medisch omdat de eindtermen ook duidelijk aangeven over welke medische kennis en vaardigheden een psychiater dient te beschikken. Echter geen opleiding zonder instellingen waar de opleiding kan worden geleverd. Instellingen waar opleidingen somatische kennis en vaardigheden als een geïntegreerd onderdeel van de psychiatrische opleiding zouden moeten verwerven, functioneren op dat gebied onder de maat (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999). Op PAAZ's met een goede somatisch-medische zorg met behulp van de door Verwey beschreven kwaliteitssystematiek zou een met de somatiek geïntegreerde psychiatrische opleiding kunnen worden geboden waarin expliciete aandacht is voor comorbiditeit. Zo zou de PAAZ de waardering en de positie in de gezondheidszorg en in de psychiatrische opleiding krijgen die zij verdient in plaats van die van last- of sluitpost van de ggz.

De problematische vorming van Regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg (RCG)

toont aan dat aansluiting bij de algemene gezondheidszorg (agz) niet alleen vanuit een ggz-perspectief kan worden aangepakt. Afstemming met de agz over een dergelijke aansluiting is essentieel. Verwey laat zien dat de wijze waarop momenteel de RCG-vorming plaatsvindt een twijfelachtige oplossing biedt voor de ontbrekende somatische faciliteiten in de ggz. Dat de RCG-vorming zeker geen oplossing kan zijn voor (onbehandelde) psychiatrische morbiditeit in de agz werd nog eens duidelijk tijdens de lezing van prof.dr. Constantine Lyketsos op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Lyketsos leidde de commissie die vormgaf aan de psychiatrische subspecialisatie 'psychosomatic medicine' die sinds maart 2003 een officiële status in de VS heeft gekregen. Op basis van epidemiologische gegevens concludeerde hij dat op iedere twee psychiatrische patiënten die in de geestelijke gezondheidszorg worden behandeld er één patiënt met een psychiatrische stoornis in de algemene gezondheidszorg niet wordt behandeld. Deze patiënten blijven 'hangen' in de eerste lijn (Goldberg & Huxely 1980) en zijn voor hun zorg veelal afhankelijk van de tweedelijns-agz (Goldberg & Huxely 1992). Het betreft meestal al complexe patiënten met een ingewikkelde klinische presentatie en een daardoor ingewikkelde differentiële diagnostiek, simpel gezegd: hoeveel is eigenlijk somatiek en hoeveel psychiatrie. Diagnostiek is alleen dan effectief als deze geïntegreerd gebeurt, dat wil zeggen met korte lijnen tussen de diverse betrokken specialismen. Maandelijks komen er belangrijke publicaties uit die deze stelling ondersteunen, publicaties die in de ggz-psychiatrie nauwelijks doordringen. Zo publiceerde in maart 2003 de National Heart Foundation van Australië een 'Position Statement'. De conclusie van hun overzicht van bestaande systematische reviews betreffende de effecten van psychosociale factoren op cardiaal lijden luidt: Depressie is een even grote risicofactor voor cardiale morbiditeit en mortaliteit als de klassieke risicofactoren (Bunker e.a. 2003). Dit pleit voor preventie en behandeling van die depressie in

dezelfde omgeving als die van de andere risicofactoren: in de huisartsenpraktijk of het algemene ziekenhuis.

Op dit moment is het essentieel om te stoppen met een beleid dat de potentiële kip met gouden eieren voor de psychiatrie slacht. Een ernstige bezinning op de positionering van de psychiatrie in agz en ggz is noodzakelijk. Het lijkt erop dat de PAAZ een sleutelrol in de psychiatrische opleiding, maar ook in de behandeling van patiënten met somatische comorbiditeit kan en moet gaan spelen.

Uit het redactionele commentaar van Hodiament blijkt dat ons artikel tot conceptuele verwarring kan leiden (Hodiament 2003). Reden te meer om discussie over dit onderwerp te stimuleren. Hodiament suggereert dat de achtergrond van het 'bevlogen' pleidooi tot resomatisatie van de psychiatrie een verschuiving van theoretische oriëntatie is, met als gevaar het afglijden naar een orgaanspecialisme. In de ziekenhuispsychiatrie wordt echter bij uitstek volgens het biopsychosociale model gewerkt. Dit wordt niet gedomineerd door een exclusief organisch/biologisch model (Huyse 1988). In ons artikel wezen wij erop dat door de ontwikkelingen in de afgelopen decennia, waarbij de geestelijke gezondheidszorg totaal gedesomatiseerd werd, het gevaar bestaat dat er in de dagelijkse praktijk voor de psychiater niet anders overblijft dan te behandelen volgens een psychosociaal model waarbij het medische ernstig onder druk komt te staan. Het gaat er niet om dat het medische model in de psychiatrie ter discussie staat, het gaat er om dat de huidige instellingen nauwelijks toelaten dat er nog volgens een medisch model gewerkt kan worden. Dat doet geen recht aan de opleiding van medici en aan de behoeften van patiënten en draagt bij tot onnodige kosten. Het laatste toonden Kathol e.a. (www.cartesiansolutions.com) nog eens op een originele manier aan door financiële gegevens betreffende agz en ggz van patiëntenbestanden van een grote Amerikaanse ziektekostenverzekeraar aan elkaar te koppelen: patiënten die een psychiatrische behandeling kregen, consumeerden

tweemaal zoveel zorg dan patiënten die geen psychiatrische behandeling kregen. Tweederde deel van deze kosten is afkomstig van somatische zorg! Dit gaat om tien procent van de door hen verzekerde populatie. De auteurs gebruikten hun bevindingen als argument om tot een geïntegreerd financieringssysteem te komen en de 'carve out' – lees de AWBZ-financiering voor de psychiatrie – terug te draaien om zo de zorg voor deze patiëntengroep geïntegreerd en efficiënter aan te kunnen bieden.

Geïntegreerde psychiatrische zorg in het algemene ziekenhuis kan de diagnostiek van complexe beelden verbeteren door vroegtijdiger indicaties voor psychiatrische diagnostiek en behandelingen te stellen. Maar het is een misvatting te denken dat dit in beperkte contacten zou kunnen plaatsvinden. Complexe patiënten vergen tijd voor het analyseren en doorwerken van problemen, het geven van uitleg en het motiveren voor behandelingen. Daarnaast kost het afstemmen met medebehandelaars tijd. Ook deze gevolgtrekking van Hodiament lijkt op een misverstand te berusten.

Nogmaals: het gaat niet om de verandering van het theoretische model, maar om een versterking daarvan door rekening te houden met epidemiologische feiten. Voor een van de grondleggers van de psychiatrische epidemiologie – Robert Kendell – waren er voldoende redenen om in een van zijn laatste publicaties voor zijn recente dood de positionering van de psychiatrie in de huidige gezondheidszorg ter discussie te stellen (Kendell 2001; Cooper & Sartorius 2003). Evidence dient ons te leiden en niet vooringenomenheid. De evidence is meer dan voldoende om een reïntegratie met de algemene gezondheidszorg na te streven. Het is van groot belang dat het huidige bestuur dit streven ondersteunt (Kahn 2003).

F. J. HUYSE

R. C. VAN DER MAST

A. D. BOENINK

LITERATUUR

- Bunker, S.J., Colquhoun, D.M., Esler, M.D., e.a. (2003). 'Stress' and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *The Medical Journal of Australia*, 178, 272-276.
- Cooper, J.E., & Sartorius, N. (2003). Remembering Robert Kendell. *British Journal of Psychiatry*, 182, 279-280.
- Goldberg, D.P., & Huxely, P. (1980). *Mental Illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock.
- Goldberg, D.P., & Huxely, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Routledge.
- Hodiamont, P.P.G. (2003). De psychiater als medisch specialist (Redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 185-186.
- Huysse, F.J. (1988). Systeemdenken in Consultatieve Psychiatrie. In W. van Tilburg & F. Milders (Red.), *Systeemdenken in de Psychiatrie* (pp. 174-187). Assen/Maastricht: Bunge.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (1999). *Somatische zorg in APZ'en*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Kahn, R.S. (2003). De psychiater als medisch specialist. *De psychiater*, 10, 4.
- Kendell, R.E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 490-493.

Reactie op 'Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland'

Met veel belangstelling lasen wij het artikel *Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland* van collega Selten in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* van oktober 2002.

Zoals wij in dit artikel lezen, wordt reeds enige tientallen jaren in verschillende onderzoeken een verhoogde incidentie van schizofrenie onder migranten gerapporteerd. Iedere onderzoeker heeft een bepaalde methode gebruikt en veel van deze onderzoeken zijn niet gecorrigeerd voor de variabelen die in het geval van schizofrenie van groot belang kunnen zijn, zoals leeftijd, burgerlijke staat, geslacht en sociaal-economische afkomst.

Migranten met een naar tijd en plaats verschillende culturele, religieuze en sociaal-economische achtergrond vormen vaak geen homogene groep, zodat men bij het vergelijken van dit soort incidentieonderzoeken extra op de validiteit van

de methodologie van de verschillende onderzoeken moet letten. Ook de specifieke context waarin de migratie plaatsvond is van groot belang.

Immigranten die na de Tweede Wereldoorlog naar Amerika gingen, waren niet op zoek naar het groenere gras, maar naar gras! Oost-Europeanen die met afschuwelijke herinneringen aan de oorlog kampten en deze meenamen naar het nieuwe land, hadden een andere achtergrond en waren blootgesteld aan andere stressoren dan de Noorse migranten in Minnesota. Wij vragen ons af of je überhaupt bij de eerstgenoemde groep, gezien de waarschijnlijke taalbarrière, destijds goed de psychotische stoornissen van posttraumatische stressstoornis kon onderscheiden. Misschien daalt daarom het risico van 'dementia praecox' bij de tweede generatie van deze groep immigranten (Malzberg 1969) ten opzichte van andere tweedegeneratiemigrantten.

In het artikel lezen wij dat Weyerer & Häfner (1992) geen verhoogde incidentie van schizofrenie onder Turken in Mannheim vonden, maar over het relatief nieuwe onderzoek van Haasen en collega's in Hamburg vinden wij niets terug. Zij vonden echter wel een verhoogde incidentie van schizofrenie onder Turken. De niet-verhoogde incidentie in het Duitse megaonderzoek in Mannheim verklaren zij uit een positieve selectie van gastarbeiders in de jaren zeventig (Haasen e.a. 1997). Bij immigratie werden zelfs de tanden van de arbeiders in Turkije geteld. Dit onderzoek betreft weliswaar nog geen uitgebreid epidemiologisch onderzoek, maar beslaat wel een relatief grote stad. Deze bevindingen wijzen erop dat de incidentie van schizofrenie onder immigranten wisselend is, bijvoorbeeld ten aanzien van eerste en tweede generatie en van geslacht, zoals duidelijk blijkt uit het onderzoek van Selten (2002). Deze bevindingen dwingen ons ook om alert te zijn op de tijd en achtergrond van verschillende groepen immigranten en niet alleen op de etniciteit. Dat is juist wat ik in het artikel mis.

De schrijver geeft niet aan dat deze verschillen behalve door acculturatiestress ook door problemen met de classificatie bij verschillende

bevolkingsgroepen, door verschillen in toegang tot de psychiatrische instellingen of door een samenspel van etiologische factoren verklaard zouden kunnen worden (Copeland 1968; Özek 1988; Charalabaki e.a. 1995).

We zijn het volledig met Selten eens dat duidelijk is aangetoond dat er iets aan de hand is met migratie en schizofrenie. Maar de bevindingen zijn zeker niet consistent. Juist onderzoek naar de vraag waarom iets de ene keer wel en de andere keer niet gevonden wordt, biedt de mogelijkheid verschillende verklaringen te toetsen.

T. ZANDI, arts-onderzoeker

J.M. HAVENAAR, psychiater

LITERATUUR

- Charalabaki, E., Bauwens, F., Stefanos, G., e.a. (1995) Immigrations and psychopathology: a clinical study. *European Psychiatry*, 10, 237-244.
- Copeland J.R.M. (1968) Aspects of mental illness in West African students. *Social Psychiatry*, 3, 7-13.
- Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O., e.a. (1997). Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Psychiatry*, 12, 305-310.
- Malzberg, B. (1969). Are immigrants psychologically disturbed? In S.C. Plog & R.B. Edgerton (Red.), *Changing perspectives in mental illness* (pp. 395-421). New York: Holt.
- Özek M. (1988). Ein kasuistischer Beitrag zum Problem psychiatrischer Auffälligkeiten der türkischen Arbeitnehmer in der BRD. In A. Eris & Y. Gökelman (Red.), *Migranten und Gesundheit am Beispiel der türkischen Mitbürger: Symposiumsbericht vom 5. Dezember 1987* (pp. 71-79). Bremen: Merhaba Publikationen.
- Selten, J.P. (2002). Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 665-675.
- Weyerer, S., & Häfner, H. (1992). The high incidence of psychiatrically treated disorders in the inner city of Mannheim. Susceptibility of Germans and foreign residents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 142-146.

ANTWOORD aan Zandi en Havenaar

Ik dank collega's Zandi en Havenaar voor deze interessante reactie. Ik onderschrijf volledig het

belang van context voor het latere risico op schizofrenie, maar kan het slechts ten dele eens zijn met de stelling dat de bevindingen bij migranten 'zeker niet consistent zijn'.

Thans verricht ik een meta-analyse van alle 'population-based incidence studies' uit de afgelopen 25 jaar en de voorlopige resultaten zijn illustratief. In 18 onderzoeken vond ik in totaal 46 effectmaten voor diverse etnische groepen. Het ging in de meeste gevallen om eerste- en tweedegeneratiemigranten uit ontwikkelingslanden, woonachtig in West- of Noord-Europa. Maar liefst 44 van de 46 effecten betroffen een licht (1,5 keer) tot zeer sterk (8 keer) verhoogd risico van schizofrenie. Slechts 2 effecten behelsden een niet-significant verlaagd risico en in beide gevallen ging het om Turkse migranten in Nederland. Een voorgeschiedenis van migratie uit een ontwikkelingsland is derhalve een zeer consistente voorspeller van een verhoogd risico. Dat de individuele onderzoeken in methodologie verschillen en toch bijna allemaal op een verhoogd risico uitkomen, is juist een krachtig argument vóór de geldigheid van deze bevinding. De inconsistentie van de bevindingen is gelegen in de grootte van het effect, niet in de aanwezigheid ervan. Wie de verschillen in de effectgrootten wil verklaren, zal zich moeten verdiepen in de context.

Collega's Zandi en Havenaar vinden dat ik ten onrechte niet de mogelijkheid genoemd heb dat de verschillen verklaard zouden kunnen worden door verschillen in de toegankelijkheid van zorg of door misclassificatie. Drempelverschillen zullen echter eerder leiden tot een onderschatting van het probleem dan tot een overschatting. De problemen in de diagnostiek en classificatie van Marokkaanse patiënten, in mijn artikel kwantitatief beschreven, verdienen inderdaad een diepgaand nader onderzoek. Het is echter uitgesloten dat de bevindingen bij zo veel verschillende allochtone groepen in Engeland, Denemarken en Zweden op diagnostische vertekening berusten. Het artikel van Haasen e.a. (1997) ten slotte, heb ik niet in mijn beschouwing opgenomen omdat het geen incidentieonderzoek is, maar een onderzoek

naar de prevalentie van eerste opnamen en heropnamen in een kliniek.

Het is niet meer de vraag of de incidentie bij migranten uit ontwikkelingslanden verhoogd is, maar waarom dat zo is. Beantwoording van deze vraag is een van de grootste uitdagingen in de psychiatrische epidemiologie. Onzekerheid over je sociale status zou een risicofactor voor schizofrenie kunnen zijn (Selten & Cantor-Graae in druk).

J. P. SELTEN, psychiater

LITERATUUR

Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O., e.a. (1997). Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Psychiatry*, 12, 305-310.

Selten, J.P., & Cantor-Graae, E. (in druk). Schizophrenia and migration. In H. Häfner & W. Gattaz (Red.), *Search for the causes of schizophrenia*, vol. V. Darmstadt: Steinkopf & Springer.

Reactie op 'Elektroconvulsietherapie als dwangbehandeling'

Met zeer veel interesse hebben wij de gevalsbeschrijving *Elektroconvulsietherapie als dwangbehandeling* in het januarinummer (Kats e.a. 2003) gelezen. Deze interesse was onder meer ingegeven door het feit dat wijzelf met een vergelijkbare procedure bezig waren. Omdat onze gevalsbeschrijving echter een geheel andere afloop kent, wilden wij deze ook onder de aandacht van de lezers brengen.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 55-jarige man, sinds vele jaren bekend met paranoïde schizofrenie, werd op vrijwillige basis opgenomen op de gesloten afdeling van ons ziekenhuis. In de voorgeschiedenis was hij meerdere keren opgenomen geweest met een inbewaaringstelling en was dwangmedicatie toegepast. In het algemeen was de reactie op deze interventies positief, dat wil zeggen, patiënt kon een zelfstandig leven leiden met adequate sociale contacten.

Sinds enige maanden was hij weer gestopt met zijn antipsychotica en vervolgens weer in toenemende mate achterdochtig geworden. Hij belde meerdere keren per dag de politie om aangifte te doen van het verdwijnen van spullen uit zijn huis. Bovendien verslechterde de zelfzorg. De voedingstoestand werd een punt van zorg voor zowel zoon als huisarts van patiënt, omdat hij het eten niet vertrouwde. Hij accepteerde geen ambulante hulp meer, maar uiteindelijk liet hij zich op aandringen van zijn zoon opnemen in ons ziekenhuis. De eerste dagen was patiënt erg boos over de opname; hij voelde zich bedonderd door zijn zoon. Hij wilde blijven, echter zolang hij maar eten kreeg zoals hij dat wilde (naar eigen psychotische ideeën). Nadat de boosheid verdwenen was, kon er met patiënt gepraat worden over het behandelplan. Aan patiënt werd duidelijk gemaakt dat de enige mogelijkheid tot behandeling het geven van antipsychotische medicatie was, net als bij vorige episodes. Hij weigerde dit en ook weigerde hij aanvullend lichamelijk en laboratoriumonderzoek.

Vanwege het feit dat er volgens ons een duidelijke noodzaak bleef bestaan voor het geven van antipsychotica en patiënt dit niet vrijwillig wilde nemen, werd een geneeskundige verklaring uitgeschreven voor een rechterlijke machtiging te kunnen starten. Deze werd door de rechter bekrachtigd. Hierbij was aangetekend dat patiënt op dat moment geen bezwaar toonde tegen de opneming in het psychiatrische ziekenhuis. Als belangrijkste gevaren werden maatschappelijke teloorgang en ernstige zelfverwaarlozing omschreven. Er werd een behandelplan opgesteld en dit werd nogmaals besproken met patiënt. Ook werd een melding gedaan aan de geneesheer-directeur dat gestart zou worden met dwangmedicatie. Er werd (onder lichte dwang) laboratoriumonderzoek verricht. Bij de rechtszitting gaf patiënt duidelijk te kennen in beroep te zullen gaan tegen de beslissing van de rechter. Hierop werd contact gelegd met de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), bovendien was er contact met de advocaat. Patiënt besloot een klacht in te die-

nen ten aanzien van de dwangmedicatie bij de klachtencommissie van de instelling. Bovendien diende hij een verzoek tot opheffing van de rechterlijke machtiging in, bij de geneesheer-directeur. Dit laatste verzoek werd afgewezen. Daarop heeft hij een verzoek gericht tot de meervoudige kamer van de rechtbank om de RM alsnog op te heffen. Tweemaal werd onder dwang een depotantipsychoticum gegeven. In afwachting van de klachtenprocedure werd het geven van de dwangmedicatie tijdelijk opgeschort. De voornaamste overweging om tot opschorten van de dwangmedicatie over te gaan, was dat er op de afdeling geen acuut gevaar aanwezig was en wij de overwegingen graag nog eens extern getoetst zagen.

Ten aanzien van de klacht oordeelde de klachtencommissie: 'de dwangmedicatie is voorts alsnog naar de in artikel 38 lid 5 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen genoemde condities van 'ernstig gevaar' en 'volstreckte noodzaak' ontoereikend onderbouwd en derhalve onvoldoende gerechtvaardigd.'

Hierna vond nog de rechtszitting plaats voor de meervoudige kamer van de rechtbank. In die zitting werd nogmaals besproken dat indien patiënt geen medicatie zou krijgen, hij een ernstig gevaar liep ten aanzien van zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang. Bovendien werd benadrukt dat gezien de goede reactie bij voorgaande behandelingen patiënt de kans op een redelijk herstel niet onthouden zou mogen worden.

Binnen de instelling werd tevens besproken dat indien patiënt opgenomen wilde blijven, maar geen medicatie wilde, hij dan naar een andere afdeling zou kunnen gaan. Er werd dan gedacht aan een verblijfsafdeling, met name omdat de problemen die zich thuis voordeden, zich in mindere mate voordeden binnen een gestructureerde omgeving. Dit alternatief werd als zeer twijfelachtig beoordeeld, met name omdat niet te voorspellen is of dit op de langere termijn verbetering zou geven. In ieder geval zou de periode van 'lijden' onnodig langer zijn dan wanneer hij met antipsychotica behandeld zou worden.

De uitspraak van de rechtbank was als volgt: 'de rechtbank is tot de overtuiging gekomen dat bij betrokkene weliswaar nog immer sprake is van een geestelijke stoornis, maar dat niet is gebleken of aannemelijk is gemaakt dat deze stoornis betrokkene thans gevaar doet veroorzaken. Daarnaast is gebleken dat betrokkene bereid is vrijwillig opgenomen en behandeld te worden. De daaraan door hem gestelde voorwaarde dat hij geen medicatie wenst, doet in het onderhavige geval aan de bereidheid tot opname geen afbreuk, nu medicatie volgens de behandelend arts weliswaar zinvol is, doch er anderzijds kennelijk geen sprake is van een situatie waarin dwangmedicatie geoorloofd is. De rechtbank leidt daaruit af dat medicatie derhalve niet volstrekt noodzakelijk is voor de afwendings van het gevaar van maatschappelijke teloorgang en dat ook andere behandelmethoden kunnen worden gebruikt. Om die reden zal de rechtbank het onderhavige verzoek toewijzen.'

Daarna bleef patiënt vrijwillig opgenomen en toonde hij in toenemende mate psychotisch gedrag. Als die situatie zou blijven voortduren (geen overeenstemming over het behandelplan en overtreden van afdelingsregels) zou patiënt met gedwongen ontslag moeten gaan. Uiteindelijk is patiënt drie dagen na de uitspraak van de rechtbank op eigen verzoek naar huis gegaan. Daar toonde hij hetzelfde gedrag als voor de opname. Zijn zoon is nu gestart met een procedure voor het aanvragen van een nieuwe rechterlijke machtiging.

Ondanks dat de gevalsbeschrijving op een groot aantal punten lijkt op die van collega Kats e.a., in het bijzonder met betrekking tot het ernstige gevaar, wordt in bovenstaande beschrijving door de rechtbank anders beslist. Er zou een erkenning zijn voor het betrekken van het gevaar dat zich in het verleden buiten het ziekenhuis heeft voorgedaan, in de interpretatie van ernstig gevaar, binnen de rechtspraak. Deze argumentatie werd in dit geval niet meegenomen in de beoordeling door de rechtbank. De rechtbank benadrukte evenwel dat de geestesstoornis thans

geen gevaar doet veroorzaken. Bovendien deed de rechtbank uitspraak over het feit dat andere behandelmethoden gebruikt konden worden voor de afwending van het gevaar, in plaats van medicatie, terwijl dit in geen enkele zitting door deskundigen was aangedragen.

A.B. VAN NIJEN, psychiater in opleiding

P. NAARDING, psychiater

LITERATUUR

Kats, S., Bruijn, J.A., Blondeau, M.J.C.E., e.a. (2003). Elektroconvulsie-therapie als dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 45-49.

ANTWOORD aan Van Nijen en Naarding

Graag willen wij hierbij enig commentaar geven op de ingezonden reactie van collega's van Nijen en Naarding op ons artikel *Elektroconvulsie-therapie als dwangbehandeling*.

Het valt ons op dat de klachtencommissie in het door hen beschreven geval zich strikt aan de letter van de wet heeft gehouden voor wat betreft het beoordelen van de noodzaak tot dwangbehandeling. Zoals de wet zegt, gaat het hier om 'volstreekte noodzaak' om 'ernstig gevaar' af te wenden 'binnen de instellingsmuren'. Strikt genomen voldoet de door ons beschreven patiënt, bij wie elektroconvulsie-therapie als dwangbehandeling werd toegepast, ook niet aan deze criteria. De klachtencommissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) van het Erasmus MC heeft in dit geval het gevaar in het verleden buiten de instelling (ernstige tentamina suïcidii) en de kans op herhaling

hiervan in de toekomst buiten de instellingsmuren mee laten tellen gezien de onveranderde ernstig psychotische depressie van patiënt. Deze argumentatie werd versterkt met het gegeven uit de literatuur dat een langere duur van een depressie en dus ook langer uitstellen van een behandeling de kans op genezing vermindert (in de literatuur is men erover verdeeld of een dergelijk argument ook geldt voor schizofrenie).

Deze ruimere uitleg van de wet is conform de jurisprudentie hierover in de afgelopen tien jaar, waarbij een grote spreiding opvalt voor wat betreft het toestaan van dwangbehandeling. Wel moet geconstateerd worden dat rechters de laatste jaren terughoudender lijken te zijn geworden in deze.

Zoals bekend is bij de nieuwe aanpassing van de Wet BOPZ die dezer dagen in werking treedt, 'ernstig gevaar' gewijzigd in 'gevaar'. Hierbij is wel de zinsnede 'binnen de instellingsmuren' blijven staan. Hopelijk zal blijken uit de jurisprudentie die hiermee in de komende jaren zal worden opgebouwd, dat dwangbehandeling zoals beschreven door collega's van Nijen en Naarding sneller mogelijk wordt.

S. KATS

J.A. BRUIJN

M.J.C.E. BLONDEAU

W.W. VAN DEN BROEK

LITERATUUR

Kats, S., Bruijn, J.A., Blondeau, M.J.C.E., e.a. (2003). Elektroconvulsie-therapie als dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 45-49.