

Over het belang van publiek-private samenwerking

Commentaar op Vandereycken

G.F. KOERSELMAN

Collega Vandereycken schetst een schril en veront-rustend beeld van de manier waarop psychiaters zich door de farmaceutische industrie laten manipuleren. Echt nieuwe feiten meldt hij niet, maar zijn emotionele oproep tot weerbaarheid tegen deze dreiging zal niet nalaten indruk te maken, hoezeer ook zijn concrete aanbevelingen inmiddels vrijwel gemeengoed zijn. Toch lijkt het me, dat er wel ruimte is voor relativering van de on-heilsboodschap.

Wat maakt de discussie over beïnvloeding door producenten in de gezondheidszorg en in de psychiatrie in het bijzonder nu zo verschillend van andere commerciële reclame of van nieuwsmani-pulatie door de media? Mijns inziens gaat het vooral om twee zaken, namelijk de afhankelijke positie van de patiënt en het feit dat het om pu-bliek geld gaat.

De afhankelijke positie van de patiënt De schade die de patiënt op kan lopen door de macht van de farmaceutische industrie is tweeledig. Zo kan het gebeuren dat een patiënt een bepaald ge-neesmiddel ten onrechte krijgt voorgeschreven. We zouden dat fout-positief voorschrijven kun-nen noemen. De keerzijde is dan dat de patiënt een geneesmiddel waar hij baat bij zou kunnen hebben, ten onrechte niet krijgt voorgeschreven: fout-negatief voorschrijven.

Hoe erg is fout-positief voorschrijven? Schaadt het de patiënt als een psychiater escitalo-pram voorschrijft in plaats van citalopram, omdat de psychiater door een artsbezoeker op die mo-gelijkheid attent is gemaakt? Natuurlijk, nieuwe

geneesmiddelen kunnen bijwerkingen hebben, die pas laat na registratie duidelijk worden. Maar hoe worden die dan duidelijk? Het lijkt me dat ze daarvoor toch op grote schaal moeten zijn voorge-schreven. Als iedereen gaat wachten tot ook alle late gevaren uit de lucht zijn, zal niemand ooit we-ten of zulke gevaren er werkelijk zijn. Het zou de patiënt natuurlijk ook kunnen schaden als hij een antidepressivum krijgt terwijl hij niet depressief is. Ongetwijfeld deinst de farmaceutische indu-strie er niet voor terug gewoon verdriet met geraf-fineerde campagnes te medicaliseren, maar wie gaat er eigenlijk over de diagnostiek? Is dat de far-maceutische industrie of de arts? De introductie van de achtereenvolgende selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) heeft ook geleid tot bijscholingsprogramma's in de eerste lijn, waarin het verschil tussen depressie als ziekte en verdriet als normale emotie expliciet aan de orde kwam. Zonder steun van de industrie waren die program-ma's niet mogelijk geweest. Zonder zulke steun zouden veel meer patiënten in de eerste lijn nog steeds benzodiazepines voor hun angststoornis krijgen dan nu het geval is. Kortom, als er al sprake is van fout-positief voorschrijven onder invloed van de farmaceutische industrie, dan ben ik van de ernst van de schade voor de patiënt nog niet zo overtuigd.

Fout-negatief voorschrijven kan uiteraard wel degelijk schadelijk zijn. Als een patiënt onder invloed van reclame niet het middel krijgt dat voor zijn aandoening het beste zou zijn, dan is dat een probleem. Om bij de antidepressiva te blijven: als iemand met een ernstige depressie een SSRI krijgt

in plaats van een tricyclisch antidepressivum (TCA), dan zou hij wellicht minder effectief behandeld kunnen worden. Maar is dat een reëel probleem? Een verstandige huisarts behandelt een ernstige depressie niet zelf. Psychiaters weten heel goed, wat de plaats van TCA's is bij ernstige depressies. Het is overigens opvallend dat men nieuwe middelen hun bijwerkingen veel meer kwalijk neemt dan oudere. Natuurlijk moet iedere arts risico's op groepsniveau meewegen in zijn individuele behandelingen. Maar ook al is de kans wellicht klein: ik heb patiënten zien sterven door suicide met een TCA en ik heb patiënten blijvend in een rolstoel zien komen door overdosering met lithium of door een klassieke mono-amino-oxidaseremmer. Ik heb het daarom nooit zo erg gevonden als ik met mijn patiënten ook nieuwe alternatieven kon bespreken.

Als de farmaceutische industrie zich alleen wil bezighouden met research naar middelen die commercieel interessant zijn, kan het gebeuren dat bepaalde aandoeningen ten onrechte niet medicamenteus behandeld worden, terwijl dat wel mogelijk zou zijn. Maar in welke mate is dat aan de orde? Ook onderzoek op het gebied van een weinig frequente aandoening als de obsessieve compulsieve stoornis wordt door farmaceutische industrieën gesteund. Ongetwijfeld hebben ze daarbij de bedoeling het indicatiegebied voor antidepressiva of antipsychotica op te rekken, maar de patiënt vaart er vaak wel bij. Zou het echt zoveel soelaas bieden om de winst van de industrie af te romen en die door te sluizen naar onafhankelijke onderzoeksinstituten? Wie gaat de geneesmiddelen die uit zulk onderzoek geboren worden, exploiteren? En wie gaat het betalen als dat financieel niet uitkomt? Zou dat voor de patiënt werkelijk zoveel verbetering brengen?

Publiek geld Op publiek geld moeten we zuinig zijn, de algemene middelen moeten zorgvuldig worden beheerd. Door het bestaan van commerciële farmaceutische industrieën gaat er publiek geld naar private aandeelhouders. Iedere cent die een dergelijke route gaat, is er één te veel, is de gebruikelijke redenering. Het is de vraag of

dat helemaal klopt. Als een psychiater een intensieve, geaccrediteerde nascholing volgt die door de farmaceutische industrie financieel wordt ondersteund, vinden we de kosten daarvan terug in de prijs van het geneesmiddel. Dat wordt dus opgebracht door publiek geld. Maar als diezelfde psychiater dat bedrag bij zijn werkgever declareert, wordt dat net zo goed uit publiek geld betaald. Hooguit zal er minder nascholing plaatsvinden, als men ondersteuning door de farmaceutische industrie onmogelijk maakt. Maar ook een gemeente die een weg repareert, sluisst belastinggeld door, naar particuliere aannemers. En staatsbedrijven doen het niet per definitie beter. Decennia van communisme of staatssocialisme hebben dat wel aangetoond. Zou Paul Janssen (een Belgisch voorbeeld) als ambtenaar meer mensen hebben geholpen bij hun psychisch lijden dan als vrije ondernemer? Toegegeven, tegenwoordig zien we geleidelijk ook de nadelen van privatisering. Een goede publiek-private samenwerking is dan ook het antwoord op ontsporingen ter linker of ter rechter zijde. Zo'n samenwerking lijkt mij een veel vruchtbaarder uitgangspunt dan opgewonden vijandigheid. En dan nog, om hoeveel geld gaat het eigenlijk? Psychofarmaca verbruiken in Europa niet meer dan drie procent van het geld dat met psychisch ziek zijn gemoeid is. Zevenennegentig procent van die kosten heeft dus niets met medicijnen te maken.

De onafhankelijkheid van de psychiater Alsof de psychiater zich trouwens alleen laat beïnvloeden door de farmaceutische industrie ... Hoe lang is het helemaal geleden dat psychiaters zich psychoanalytisch lieten hersenspoelen? Wat is de huidige invloed van de psychotherapeutische industrie (zie bv. www.beckinstitute.com)? Terwijl iedereen bang is dat de farmaceutische industrie ons voorschrijfgedrag beïnvloedt, verdragen we dat van andere instanties wel. Ziektekostenverzekeraars mogen voorschrijfgedrag financieel belonen en instellingen leggen hun psychiaters formularia op. Onderzoekssubsidiënten die publiek geld te vergeven hebben, stellen politieke prioriteiten. Wat beslist de psychiater nog zelf? Aan

de andere kant, zou voorschrijfgedrag niet ook te maken hebben met bijvoorbeeld het temperament van de psychiater? De 'novelty seekers' onder hen kunnen niet wachten op een nieuw middel, of dat nu gepromoot wordt of niet. De 'harm avoiders' zijn er met geen systematische review en zeker niet met een snoepreis toe te bewegen af te wijken van de gebaande paden.

Speelt er niet iets anders mee? Waar komt toch steeds weer al die opwinding vandaan? Ik denk, wat vrijuit filosoferend, dat we te maken hebben met de eeuwige tegenstelling tussen links en rechts, zoals die de politiek sinds jaar en dag bepaalt. Bedrijfsleven is rechts, overheid is links. In de psychiatrie is de 'harde' medisch-biologische sector rechts en zijn de 'zachte' psychosociale benaderingen links. Voor links moet de rechtse samenwerking tussen een medische psychiatrie en een farmaceutische industrie inderdaad wel weerzinwekkend zijn. Geeft ook collega Vandereycken al in het begin van zijn filippica niet aan, dat hij eigenlijk treurt over de medicalisering van de ggz? Hij is zeker de enige niet. De emoties die een medisch georiënteerde profielschets van de psychiater in Nederland opriepen, spreken daarover boekdelen. Maar zo gaat dat. Rechtse regeringen worden opgevolgd door linkse, en linkse weer door rechtse. Over langere tijd gezien herkent men in het kruisrak wel een rechte lijn, maar dat links na tien jaar 'decade of the brain' wel weer eens terug wil vechten, ligt voor de hand. Het benadrukken van de slechtheid van de farmaceutische industrie past daar goed bij.

Wat echt te doen? Het spreekt vanzelf dat uitwassen naar de ene of de andere kant moeten worden ingedamd. De aanbevelingen van collega Vandereycken zijn daarvoor zeker geëigend. In al hun vanzelfsprekendheid vormen ze echter een wat teleurstellende anticlimax van zijn vlammend betoog. Ik zou geneigd zijn tot wat andere aanbevelingen. In de eerste plaats is professionele transparantie van groot belang. Psychiatrie is nu eenmaal een medisch specialisme. Wie geen medicus wil zijn, moet geen geneeskunde studeren

maar bijvoorbeeld psychologie (hoewel ook de psychologie tegenwoordig behoorlijk 'biologisch' is). Alle artsen, van welke soort dan ook, herstellen functiestoornissen van het menselijk organisme door ingrepen in lichaamsfuncties en door het beïnvloeden van gedrag. De psychiater is daarin niet anders dan andere specialisten. Laten psychiaters daar dan ook consequent in zijn en zich echt als dokters opstellen. Dat betekent bijvoorbeeld, dat ze veel beter dan nu het geval is, op de hoogte moeten zijn van de psychofarmacologie in al haar facetten. De nieuwsgierigheid naar nieuwe ontwikkelingen moet juist worden bevorderd in plaats van afgeremd. Psychiaters moeten zich niet langer in het keurslijf van registratieautoriteiten laten dwingen, maar de leiding nemen in het onderzoek naar het effect van medicijnen op symptomen in plaats van op DSM-categorieën. In een goede publiek-private samenwerking moeten ze intracerebrale, transcraniële, farmacologische en communicatieve interventies ontwikkelen en toetsen op hun effectiviteit bij groepen en individuen en op hun werkwijze in het brein. In alle omstandigheden moeten ze zelfbewust hun rug recht houden, niet alleen ten opzichte van de farmaceutische industrie, maar ook ten opzichte van de staat en zijn organen, en ten opzichte van een mogelijke neoantipsychiatrie.

Overigens, goed idee eigenlijk: lithiumpleisters...

AUTEUR

G.F. KOERSELMAN is hoogleraar psychiatrie en psychotherapie aan het UMC Utrecht en hoofd van de afdeling psychiatrie van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. G.F. Koerselman, f.koerselman@azu.nl.

Strijdige belangen: de auteur heeft subsidie ontvangen voor wetenschappelijk onderzoek van GlaxoSmithKline; is adviseur van Lilly, Boehringer en Bristol-Myers Squibb; en ontvangt subsidie voor congressen en symposia van verschillende farmaceutische bedrijven.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-12-2005.