

INGEZONDEN

Reactie op 'Het einde van een sectorale ggz. Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland'

In hun essay 'Het einde van een sectorale ggz. Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland' schetsen Hutschemaekers & Tiemens de ontwikkeling van de ggz (geestelijke gezondheidszorg). Zij concluderen dat de zorg aan mensen met een psychische stoornis gecategoriseerd is, dat wil zeggen: in toenemende mate het exclusieve domein geworden is van de tweedelijns ggz. Tegelijkertijd heeft het zorgaanbod een sterker medisch-specialistisch karakter gekregen, ten koste van de inbreng uit de generalistische eerste lijn. De auteurs bepleiten het maken van een veel scherper onderscheid tussen generalistische eerstelijns en specialistische tweedelijns zorg, en tevens voor het zoeken van aansluiting bij de algemene gezondheidszorg. Zij sluiten met hun visie aan bij het advies van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, zoals verwoord in hun rapport uit 2002, *Zorg van velen* (Duyvendak e.a. 2002), overgenomen door de minister in 2003.

In hun afrondende discussie bepleiten de auteurs het maken van verschil binnen het aanbod in de ggz. Dit betekent het erkennen van eigen vocabulaire, eigen diagnostiek en eigen interventies. De psychiater, als medisch specialist binnen de ggz, zou pas in beeld moeten komen als de zorg van andere, meer generalistisch werkende hulpverleners onvoldoende resultaat sorteert. Het huidige medisch-psychiatrische discours is te dominant aanwezig, ten koste van een contextueel, generalistisch discours. Dit schept volgens de auteurs ten onrechte homogeniteit, doet onrecht aan de specifieke deskundigheid van de psychiater en daarmee ook aan de specifieke deskundigheid van andere disciplines.

Kort en goed formuleren de auteurs kritiek op de plaats van de psychiater en het medisch-psychiatrisch discours binnen de huidige ggz. Hoe wordt daar door de psychiaters zelf naar gekeken?

Afgelopen jaar stuurde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) de definitieve versie van de *Profielchets Psychiater* rond. Deze profielchets is bedoeld om de psychiater te profileren in het licht van maatschappelijke, medisch-wetenschappelijke en ggz-ontwikkelingen. In de *Profielchets* wordt het rapport *Zorg van velen* aangehaald met als opmerking, dat er geen duidelijke afgrenzing is gegeven van de domeinen van de psychiatrie en van de geestelijke gezondheidszorg en dat dit vraagt om een nadere profilering van de psychiater. Tevens wordt het rapport *Beroepen in beweging* (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998) aangehaald, waarin gepleit wordt voor een nadere, meer specifieke omschrijving van alle beroepen in de ggz. Op grond van dit rapport moet het beroep van psychiater worden omschreven als een primair behandelend, medisch-specialistische beroep, dat wil zeggen als een verbijzondering van het basisberoep arts. In de profielchets krijgt het uitwerken van de profilering van de psychiater als medisch specialist vervolgens veel gewicht. Wat voor gevolgen deze profilering als medisch specialist heeft voor de profilering binnen de ggz en voor de samenwerking met andere disciplines daarbinnen, komt niet uit de verf. Wel wordt expliciet gesteld dat de psychiater slechts voor de patiënten die hij gezien heeft, een onderzoek of behandeling kan indiceren. Dit laatste standpunt roept in het veld verwarring op. Moet men dit zien als een pleidooi voor het aanstellen van meer psychiaters in de ggz als een manier om dit waar te kunnen maken of juist als een pleidooi dat psychiaters zich met minder zaken in de ggz moeten bemoeien? Als dit laatste klopt, hoe dient de ggz en de bijbehorende plaats van de psychiater er dan uit te zien, volgens de NVVP?

De geschetste onduidelijke afbakening tussen psychiatrie en ggz krijgt in de *Profielchets* geen aandacht. Ook wordt niet ingegaan op de manier waarop de in het rapport *Zorg van velen* bepleitte integratie met de algemene gezondheidszorg gestalte zou dienen te krijgen.

Dit alles maakt het profiel van de psychiater als medisch specialist wel helder, maar door het

ontbreken van een expliciete formulering van een visie op de inbedding van die professional in het dagelijkse werk binnen de ggz, geeft dat nog weinig houvast. Dit vraagt om een praktische plaatsbepaling van de psychiater binnen het veld van de ggz. Deze vraag wordt nog eens versterkt door de veranderingen in de ggz ten gevolge van de fusiegolf die er de afgelopen jaren door de ggz ging, gekoppeld aan initiatieven om delen van het aanbod anders te gaan organiseren – zoals bijvoorbeeld Parnassia dat heeft gedaan met PsyQ. Op korte termijn is het in elk geval noodzakelijk om te formuleren wat de positie van de psychiater in de verschillende onderdelen van dergelijke fusieorganisaties dient te zijn. Deze positie en de bijbehorende manier waarop de psychiatrische verantwoordelijkheid kan worden geregeld kan daarbij verschillen per onderdeel. Op iets langere termijn is een visie op eventuele, al dan niet wenselijke breuklijnen in het huidige aanbod, zeer gewenst.

Ik vat het essay van Hutschemaekers & Tiemens dan ook op als een pleidooi voor het aanvullen van het profiel met een praktische plaatsbepaling van de psychiater binnen de huidige ggz, gekoppeld aan een visie op de gewenste toekomst. Dit ondersteun ik van harte.

LITERATUUR

- Duyvendak, J., Hutschemaekers, G., van Londen, J., e.a. (2002). *Zorg van velen. Eindrapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Hutschemaekers, G., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale ggz. *Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 27-37.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Profielchets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

O.R.J. DELLEMANN, psychiater Spatie

ANTWOORD aan Delleman

Reactie op Witte & Hodiamont

In zijn reactie op ons artikel constateert Delleman een interessante kloof tussen de Profielschets van de NVVP en de positie van de psychiater binnen de ggz. De Profielschets opteert voor een specialistisch profiel, terwijl binnen de ggz-instellingen de psychiater vaak de rol van *playing captain* heeft en nogal eens aan de voordeur van de ggz zit waar hij een typisch generalistische functie vervult. Wat Delleman betreft is ons essay een pleidooi voor het aanvullen van het profiel met een praktische plaatsbepaling van de psychiater binnen de huidige ggz, gekoppeld aan een visie op de gewenste toekomst. Wij kunnen ons vinden in dat betoog. Want met de onduidelijke positie van de geïntegreerde ggz-instellingen blijft ook de positie van de psychiater zwabberen.

We zijn het met Delleman eens dat de NVVP daar zelf mede debet aan is. De profielschets is op hoofdlijnen helder, maar in de concrete uitwerking niet altijd even eenduidig. Daarnaast zijn er ook andere NVVP-documenten die de kwestie vertroebelen. Wat bijvoorbeeld te denken van de eis van het Consilium dat artsen in opleiding tot psychiater poliklinische intakes moeten doen en behandelbesprekingen moeten voorzitten. Zo krijgen ze weliswaar oog voor de grote diversiteit in hulpvragen, maar worden ze – mogelijk ongewild – ook geschoold in een generalistische aanpak. Wij steunen Delleman in zijn pleidooi om dit tweesporenbeleid onder ogen te zien. De oplossing van dat probleem start bij de erkenning ervan.

Het is spijtig dat twee prominente ggz-ers als Witte en Hodiamont in hun commentaar *Hun zorg is onze zorg* (2006) hun uiterste best doen om de gesignaleerde problemen rond sectoralisatie door toedoen van de nieuwe marktwerking als verleden tijd te bestempelen. Wij kunnen ons voorstellen dat managers hopen dat marktwerking het probleem van de geïntegreerde ggz zal opheffen, zeker als dit niet zal leiden tot fragmentatie van het

zorgaanbod. Of deze hoop echt doet leven, moeten we helaas betwijfelen: wij vermoeden dat de geïntegreerde ggz-instellingen op een regelrechte ramp afkoersen. Marktwerking zal helaas duidelijk maken dat de geïntegreerde instellingen te veel eenheidsworst verkopen en daardoor voor de meeste zorgvragen veel en veel te duur zijn. Tegelijkertijd houdt marktwerking te weinig rekening met de zwakkeren in de samenleving voor wie op gezette tijden dure specialistische zorg nodig is. In plaats van zich te wentelen in tevredenheid, zouden Witte en Hodiament er beter aan doen zich te beraden op de noodzakelijke keuzes die de geïntegreerde instellingen moeten maken.

In hun tevredenheid wordt helaas de wens de vader van de gedachten. Ter ondersteuning van hun opvatting dat de problemen rond sectoralisatie voorbij zijn, verwijzen zij naar de andere rol van de eerste lijn en de implementatie van alle prachtige programma's in de ggz. Daarbij gaan ze echter geheel voorbij aan het gevaar van medicalisering en te veel specialistische zorg. Zo rapporteerde Van Rooijen in *Psy* (2005) over de implementatie van het programma *Stemmingsstoornissen in Apeldoorn* waarin huisartspatiënten met een lichte depressie nu standaard worden doorverwezen naar de tweede lijn. Nog pijnlijker wordt dit zichtbaar bij hun gebruik van de zorgconsumptiecijfers van GGZ Nederland (Heijnen & Faber 2005). Volgens hen bewijzen die cijfers dat er wel degelijk fors gedifferentieerd wordt in het zorgaanbod, want 40% van de patiënten in de geïntegreerde instellingen krijgen niet meer dan 5 zittingen aangeboden. Hun interpretatie klopt maar gedeeltelijk: een flink deel van deze cijfers betreft helaas drop-out. Jammer ook dat ze al die andere cijfers uit datzelfde rapport van GGZ-Nederland, die vooral de negatieve gevolgen van sectoralisatie laten zien, volledig negeren. Zo blijkt dat het aantal patiënten in de ggz tussen 2001-2003 is gestegen met ruim 17% (GGZ Nederland 2005). En vervolgens laten de cijfers zien dat het gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt is toegenomen van 16 naar 25, en de gemiddelde behandelduur van 268 naar 326 dagen. Met ander woorden: meer patiën-

ten hebben in de diverse ggz-instellingen een gemiddeld langere en intensievere behandeling ontvangen.

Nu maar hopen voor Witte en Hodiament dat de zorgverzekeraars deze cijfers niet onder ogen krijgen, dan kunnen zij tenminste blijven roepen dat de problemen zijn opgelost.

LITERATUUR

Heijnen, H., & Faber, E. (2005). Prestaties tellen in de GGZ 2001-2003. Amersfoort: GGZ Nederland.

Rooijen, M. van. (2005). Huisarts schrijft minder antidepressiva voor. *Psy*, 9, 4-5.

Witte, C.J., & Hodiament, P.P.G. (2006). Hun zorg is onze zorg. Commentaar op Hutschemaekers & Tiemens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 39-41.

G. J. M. HUTSCHEMAEKERS

B. G. TIEMENS

Reactie op 'Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie' en op 'Over het belang van publiek-private samenwerking. Commentaar op Vandereycken'

De relatie tussen de psychiatrie en de farmaceutische industrie kan zoveel beter

Graag wil ik reageren op bovengenoemde bijdragen en een vijftal aanbevelingen doen.

Vandereycken signaleert in zijn fraaie, goed onderbouwde essay een verontrustende ontwikkeling, waardoor de psychiatrie terecht is gekomen in de 'dwangbuis' van de farmaceutische industrie. Ik ben het met Koerselman eens dat Vandereyckens concrete aanbevelingen om hier iets aan te doen, inmiddels vrijwel gemeengoed zijn.

In Nederland, waar mogelijk de verontwaardiging eerder op gang is gekomen dan in België, bestaat sinds enkele jaren regelgeving over wat wel en niet mag in de relatie arts-farmaceutische industrie. Deze is te lezen op www.cgr.nl. Gastvrijheid en sponsoring van bijeenkomsten mogen nog steeds, als het bedrag binnen redelijke perken blijft en als de gastvrijheid ondergeschikt is aan het hoofddoel van de bijeenkomst.

Mijn eerste aanbeveling is om als beroeps-groep nog een stap verder te gaan en bijscholing die door de industrie gesponsord wordt niet langer in aanmerking te laten komen voor accreditatie. Ik denk dat dit een krachtig middel is om als professionals onze vrijheid en de regie op ons vakgebied terug te krijgen dan wel te nemen. Nu zal voor de meeste collega's en instellingen het verbieden van sponsoring van regionale bijscholingsactiviteiten een brug te ver zijn. We kunnen beginnen met het weren van de satelliet-symposia op het Voorjaarscongres van onze Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP). Het geeft zwaar te denken dat daar de beste verhalen te horen zijn van gerenommeerde onderzoekers en toonaangevende psychiaters, in combinatie met productpromotie van de industrie. Naar mijn idee is voor deze collega's, onze Medical Opinion Leaders (MOL), een veel be-

langrijker taak weggelegd dan te dienen als reclame.

Mijn tweede aanbeveling is dat de NVVP de toonaangevende psychiaters die adviseren aan de farmaceutische industrie verzoekt om samen een adviescollege te vormen dat overlegt met en adviseert aan de industrie namens de NVVP en dat door de industrie betaald wordt via de NVVP. Dit voorstel sluit aan bij het pleidooi van Koerselman voor publiek-private samenwerking en tegelijkertijd bij het idee van Vandereycken om de industrie een deel van haar winst te laten afstaan voor onafhankelijk onderzoek. Het adviescollege van MOLs kan een krachtige gesprekspartner zijn met diverse industrieën tegelijkertijd over welk onderzoek prioriteit verdient en over wie of welke universiteit aan welk onderzoek mee zal doen. Dit adviescollege kan nog aan waarde winnen als ook vertegenwoordigers van patiëntenbelangenverenigingen hierin participeren.

Naast het prioriteren van onderzoeken, dient ook aandacht te worden geschonken aan welke resultaten wel en niet gepubliceerd worden. Ik ben het met Vandereycken eens dat een halt moet worden toegeroepen aan kwalijke praktijken zoals het achterhouden van onderzoeksresultaten door de industrie of het achteraf bijstellen van de vraagstelling of bevindingen. Het niet-publiceren van negatieve bevindingen (het middel werkt niet) is een ander voorbeeld. Hieraan zijn overigens ook tijdschriftredacties debet, omdat zij dit soort bevindingen meestal niet interessant vinden om te publiceren.

Mijn derde aanbeveling houdt in dat het verplicht zou moeten zijn om alle onderzoeksvragen en -resultaten op te nemen in een publiek toegankelijk register. Want een dergelijke koppeling van publicatie aan registratie vooraf kan voorkómen dat onderzoeksresultaten worden weggemoffeld, vertekend of opgevaardeerd. Verder gaat er geen 'evidence' verloren die in het belang is van patiënten. Voor 11 toonaangevende tijdschriften waaronder *The Lancet* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geldt een dergelijke registratie sinds kort als eis voor publicatie (Hooft e.a., 2004). In Ne-

derland bestaat inmiddels een prospectief trialregister (www.trialregister.nl) waar onderzoek op vrijwillige basis aangemeld kan worden.

Mijn vierde aanbeveling betreft het verplicht openbaar maken van alle onderzoeksgegevens bij het promoten van een nieuw middel, óók de uitkomsten die de industrie minder goed uitkomen, bijvoorbeeld op een bijsluiter bij de productinformatie. Tegelijkertijd moet misleidende reclame krachtig aangepakt worden. Natuurlijk moeten de farmaceutische bedrijven hun producten zien te verkopen, want zonder bekendheid bereikt geen pil – hoe goed ook – de patiënt. Maar er moeten meer garanties komen voor betrouwbare ‘evidence’ en betrouwbare productpromotie. Daarbij wil ik benadrukken dat niet alleen de industrie ‘netjes’ moet zijn, maar ook de dokter. De attitude van de arts is een aspect dat ik miste bij beide auteurs. De beroepsgroep moet beseffen dat er risico’s zijn van belangenverstrengeling en dat de ethiek van het vak in het geding is.

Mijn vijfde en laatste aanbeveling is dan ook dat wij als psychiaters en opleiders de hand in eigen boezem steken als het gaat om onze relatie met de farmaceutische industrie en onze integriteit bewaren. Voor de opleiding kan wellicht gebruikgemaakt worden van de ‘Corruptie-bewustwordingslijst’ (Buis e.a. 1999). Deze laat zien dat er een hellend vlak is dat kan leiden tot een win-win situatie voor de dokter en de industrie, met nadelige gevolgen voor het patiëntenbelang.

De ontwikkeling van het vak en de patiëntenzorg lijkt mij gebaat met een ‘partnership’ tussen de belanghebbenden, zonder dwangbuis of leiband. Daar kunnen patiënten, behandelaars en onderzoekers, maar ook de industrie hun voordeel mee doen.

LITERATUUR

- Buis, W., Schuurmans, M., & Loonen, A. (1999). Arts en farmaceutische industrie: een onafscheidelijk duo? *Medisch Contact*, 54, 32-34.
- Hooft, L., Assendelft, W.J.J., Hoeksema, L.H., e.a. (2004). Een nationaal prospectief trialregister voor gerandomiseerde trials; ethisch en praktisch noodzakelijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 1866-1869.

kunde, 148, 1866-1869.

- Koerselman, G.F. (2006). Over het belang van publiek-private samenwerking. Commentaar op Vandereycken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 2, 131-133.

- Vandereycken, W. (2006). Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 119-129.

W.M.N.J. BUIS, psychiater, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen en Psychiatrisch Advies Centrum Nijmegen

Strijdige belangen: de auteur heeft geen enkele financiële band met de farmaceutische industrie

ANTWOORD aan Buis

Reactie op ‘Over het belang van publiek-private samenwerking. Commentaar op Vandereycken’

Volgens collega Buis zijn mijn ‘concrete aanbevelingen inmiddels vrijwel gemeengoed’. Zij verwijst dan naar de Nederlandse Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR), een soort intern tuchtcollege van de farmaceutische sector bedoeld voor zelfregulerend toezicht op praktijken van de industrie. Maar het betreft hier een vrijblijvende regelgeving en geen wetgeving met sancties bij overtreding. De bedrijven kunnen de gedragscode heel creatief interpreteren, terwijl ook de CGR zelf blijkt geeft van ongewone breeddenkendheid bij bepaalde uitspraken (Bouma 2006). Hier zijn veel strengere richtlijnen nodig, maar de overheid blijft opvallend aan de zijlijn staan. Economische motieven spelen wellicht de hoofdrol in deze lakse houding van beleidsmakers, zowel in Nederland als in België. Voor Koerselman is dit wellicht de zoveelste oprisping van een, in zijn interpretatie, ‘zachte’ en ‘linkse’ psychiater die zich afzet tegen de ‘rechtse’ medische psychiatrie. ‘Het benadrukken van de slechtheid van de farmaceutische industrie past daar goed bij’, aldus Koerselman (2006a, p. 133). In zijn repliek op Rübzaam zet hij deze zwart-witte tegenstelling nog scherper in de verf door te suggereren dat een beroepsgroep die de

‘handen schoon wil houden’ dreigt in ‘splendid isolation’ te raken (Koerselman 2006b). Welk isolement wordt hier bedoeld: maatschappelijk, wetenschappelijk of financieel? In de ogen van Koerselman maak ik een hele sector verdacht die ‘onmisbaar is voor het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen’. Maar diezelfde sector weet dat wij, artsen, even onmisbaar zijn, zowel voor het onderzoek als voor het voorschrijven van deze middelen. In mijn ogen moet niet onze beroepsgroep maar de industrie bang zijn voor ‘splendid isolation’!

Koerselman (2006a) vindt mijn aanbevelingen ‘vanzelfsprekend’ en ‘teleurstellend’, en Buis acht ze ook reeds ‘gemeengoed’ in Nederland. Ik raad de lezer aan ze nog eens goed te bekijken en zelf een oordeel te vormen. Een voorbeeldje van dat ‘gemeengoed’: wie even het programmaboek van het recente Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) inkijkt (zie www.nvvp.net/index.asp?s=8005), kan vaststellen dat slechts een opvallend klein aantal van de sprekers/auteurs een mogelijk belangenconflict signaleert. Heel wat sprekers, waaronder enkele coryfeeën, nemen het dus niet zo nauw met de als ‘vanzelfsprekend’ veronderstelde meldingsplicht. De NVVP laat hen trouwens veel speelruimte voor interpretatie met een cryptische omschrijving als: ‘Participant (of een familielid in de eerste graad) heeft een significant financieel belang bij of ander belang met een commercieel product/organisatie dat direct of indirect een relatie heeft met het wetenschappelijk programma’. Of: hoe je een principe kunt uithollen en een regel tot dode letter kunt maken. Ik raad de NVVP aan even te kijken wat het Royal College of Psychiatrists vereist als melding van belangenconflicten.

Overigens onderschrijf ik ten volle de aanbevelingen van Buis. Vooral de laatste opmerking ten aanzien van de attitude van artsen moet inderdaad meer aandacht krijgen en zelfs op de eerste plaats staan. Mijn bewust provocerende bijdrage was juist bedoeld om collega’s wakker te schudden en zelfkritische vragen uit te lokken. Er is immers dringend een mentaliteitswijziging nodig, aller-

eerst in onze eigen beroepsgroep. Dit soort discussies kan daartoe bijdragen. Ik kreeg van een groepje Vlaamse psychiaters uit Zoersel de volgende e-mail: ‘Wij feliciteren u met uw essay. U verwoordt hierin een malaise die al lang leeft bij vele psychiaters. Dit wordt vaak besproken tijdens informele contacten maar veel te weinig op het publieke forum’. Uiteraard ben ik blij met zo’n reactie, maar ik besef ook dat deze collega’s reeds ‘wakker’ genoeg waren, terwijl vele anderen liever niet gewekt worden of mijn boodschap snel diskwalificeren met argumenten die Koerselman (2006a) aan draagt. Hij noemt mijn bijdrage een ‘onheilsboodschap’, een ‘filippica’ en een ‘emotionele oproep’. Verder vraagt hij zich af, ‘waar de heftigheid van de anti-industriebetogen vandaan komt’ (Koerselman 2006b). Zelf vraag ik me af, waarom de redactie van dit tijdschrift het nodig vond mijn bijdrage direct te laten volgen door een relativerende commentaar. Wordt de lezer dan niet rijp genoeg geacht zelf een oordeel te kunnen vormen? Of moesten de scherpe kantjes er meteen af omdat enkele pagina’s verderop kleurrijke advertenties staan?

LITERATUUR

- Bouma, J. (2006). *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam-Antwerpen: L.J. Veen.
- Koerselman, G.F. (2006a). Over het belang van publiek-private samenwerking. Commentaar op Vandereycken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 131-133.
- Koerselman, G.F. (2006b). Antwoord aan Rübsaam. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 343-344.

W. VANDEREYCKEN

ANTWOORD aan Buis

In haar reactie presenteert collega Buis vijf aanbevelingen om de verhouding tussen de psychiatrie en de farmaceutische industrie te verbeteren. De reden daarvoor is me niet echt duidelijk. Zij verwijst immers zelf naar reeds bestaande regelgeving in Nederland 'over wat wel en niet mag in de relatie arts-farmaceutische industrie' en naar de criteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor accreditatie van nascholingsbijeenkomsten. Argumenten waarom die regels niet zouden voldoen, heb ik in haar bijdrage niet aangetroffen.

Laat ik in dit antwoord nog eens puntsgewijs aangeven waar het volgens mij om gaat:

1. In ons politieke systeem zijn de ontwikkeling en de verkoop van medicijnen en medische apparatuur in handen van het bedrijfsleven. Men kan dat betreuren of niet, maar het is een feit dat niet snel zal veranderen.
2. Voor het behandelen van patiënten zijn medicijnen en medische apparatuur onontbeerlijk. Men kan dat betreuren of niet, maar het is een feit dat niet snel zal veranderen – ook niet in de psychiatrie.
3. Om het aanbod van het bedrijfsleven en de behoefte in het kader van behandeling op elkaar af te stemmen, is de professionele inbreng van artsen onmisbaar.
4. Artsen zijn daarbij niet effectief als ze met offering van hun eigen professionaliteit aan de leiband van het bedrijfsleven lopen (bijvoorbeeld uit luiheid of hebzucht). Ze zijn evenmin effectief als ze zich van het bedrijfsleven isoleren (bijvoorbeeld door vertegenwoordigers ervan te weren of te schofferen).
5. Artsen kunnen juist wel effectief zijn, als ze in transparante dialoog met het bedrijfsleven onderzoeken, welke rol een bepaald middel of een bepaalde techniek kan spelen bij het bestrijden van relevante pathologische processen.
6. Psychiaters worden daarbij ernstig gehinderd

doordat effectiviteitonderzoeken, registratie en financiering van middelen en apparaten worden bepaald door DSM-IV-categorieën, die geen adequate weerspiegeling zijn van de psychopathologie.

7. Dat wantoestanden bestreden moeten worden staat buiten elke discussie. Politiek-ideologische aspecten spelen echter dikwijls een rol bij het vaststellen van wat onder een wantoestand moet worden verstaan.

De gewaardeerde bijdrage van collega Buis is mijns inziens een fraaie afspiegeling van de punten 4) en 7).

G.F. KOERSELMAN

Reactie op 'Ontwikkeling van psychopathologie'

Ontwikkeling van psychopathologie en ontwikkelingspsychopathologie

Mogelijk noopt de titel van deze reactie tot enkele malen herlezen. Misschien niet zo slecht, want wat ik in het redactioneel van De Haan (2006) miste was nu juist dit dubbelaspect.

Wat is er aan de hand? Zeer behartigenswaardig schrijft De Haan dat de preoccupatie met de huidige toestand economisch verantwoord mag lijken, maar dat men zich af moet vragen of ze dit ook is.

Ik werk in de gehandicaptensector (verstandelijk beperkte mensen en personen met autisme). Met enige regelmaat maakte en maak ik mee dat in het bijzonder de volwassenenpsychiatrie in haar diagnose en behandeling te weinig rekening houdt met het tweede deel van de titel van dit commentaar, de ontwikkelingspsychopathologie. Anders uitgedrukt: de stoornissen die worden aangegeven in het eerste hoofdstuk van de DSM, de stoornissen die meestal in de vroege kindertijd al aanwezig waren. Het gaat hierbij vooral om de beperkingen op verstandelijk gebied (in de DSM 'zwakzinnigheid' genoemd) en om de autis-

mespectrumstoornissen, ofwel de pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Hoewel de ‘debiliteitspsychose’ al vóór de Tweede Wereldoorlog een betrekkelijk gangbare diagnose was, lijkt de rol van de beperkte intelligentie bij het ontstaan van psychotische/psychotiforme verschijnselen regelmatig onderschat te worden. Een probleem hierbij zal zijn dat een normaal uiterlijk en postuur, gepaard gaande met een redelijke (spontane) verbaliteit, de deskundige op het verkeerde been kan zetten. Een individueel intelligentieonderzoek – dat nu te vaak nagelaten wordt – openbaart niet zelden een ongedacht laag niveau van functioneren. Een dergelijk laag niveau leidt regelmatig tot een vorm van decompensatie, in feite secundair aan het eigenlijke (ontwikkelings)probleem. De meest efficiënte therapie, zeker op termijn, is vermindering van de draaglast. Grofweg kan men zeggen dat mensen met een IQ beneden de 80 zich in de gevarenzone bevinden. Een zorgvuldig navragen van de schoolgeschiedenis geeft hier vaak – maar zeker niet altijd – de eerste aanwijzingen.

Wat de autismspectrumstoornissen betreft, mensen met deze ontwikkelingsstoornis komen in de volwassenenpsychiatrie regelmatig te boek te staan als (chronisch) schizofreen. Dit terwijl de gewone antipsychotica hier zelden effect sorteren of zelfs gecontra-indiceerd zijn. Ook depressies vallen regelmatig te diagnosticeren bij deze categorie personen. Dat is invoelbaar als we weten dat de jarenlang ervaren beperkingen op sociaal gebied op een gegeven moment te zwaar werden. Antidepressiva zijn dan alleen symptoombestrijding. Hier is in feite alleen een aangepaste woon- en werkomgeving effectief. Ook hier is een zorgvuldige anamnese, in het bijzonder betreffende de vroegkinderlijke ontwikkeling, van onvervangbaar belang.

Al met al moet bij beide categorieën personen het accent in veel gevallen meer liggen op levenslange *care* dan op *cure*. Het moge duidelijk zijn dat deze notitie als een aanvulling, en niet meer, gezien moet worden op het redactioneel van De Haan.

LITERATUUR

Haan, L. de. (2006). Ontwikkeling van de psychopathologie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 48, 359-360.

D. W. KRAIJER, klinisch psycholoog