

Reactie op 'Hoe bewaken we de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren?'

In het artikel 'Hoe bewaken we de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren?' breekt Koerselman een lans voor het verbeteren van de medische identiteit van de psychiater (Koerselman 2000). Dat is mij uit het hart gegrepen. Voor iemand die sinds zijn specialisatie in de algemene gezondheidszorg heeft gewerkt, is het onbegrijpelijk dat psychiaters de systematische afbraak van geneeskundige faciliteiten in de geestelijke gezondheidszorg zonder veel verzet over zich hebben laten komen en zich als medisch specialisten toenemend hebben laten isoleren.

In hetzelfde artikel tornt Koerselman echter aan het biopsychosociale model en introduceert hij de term 'medische psychiatrie', hoewel in het artikel niet geheel duidelijk wordt gemaakt wat hij met deze term wil. De introductie van de term 'medische psychiatrie' is mijns inziens ondoordacht en onvoorzichtig. Ondoordacht omdat psychiatrie een medisch specialisme is en daardoor 'medisch' impliceert. Medische psychiatrie is een pleonasme. Men zou een dergelijke term kunnen overwegen, niet als eigenschap van de psychiatrie, maar als eigenschap van de doelgroep waarop een aandachtsgebied van de psychiatrie zich richt: vergelijkbaar met kinderpsychiatrie of forensische psychiatrie. Zo is er in de *Academy of Psychosomatic Medicine* – de vertegenwoordigende organisatie voor de consultatieve psychiatrie in de Verenigde Staten – een discussie gevoerd over het vervangen van de term 'consultatieve en liaisonpsychiatrie' – een methode – door de term *Medical-Surgical Psychiatry* – een doelgroep. Onvoorzichtig omdat dit impliceert dat er blijkbaar een niet-medische psychiatrie is, hetgeen rechtstreeks tot de vraag leidt of psychiaters werkzaam als niet-medische psychiaters nog wel de erkenning als medisch specialist verdie-

nen. De voorgestelde differentiatie in één of meer psychiatrieën lijkt mij een onmogelijkheid en vooral onwenselijk. Er is al voldoende verwarring over wat psychiaters zijn. Een psychiater is een arts, een medisch specialist, en daar dient de opleiding – het *Consilium Psychiatricum* – de consequenties uit te trekken. 'GGZ-zorgspecialisten' kunnen verpleegkundigen en psychologen zijn als zij daar een adequate opleiding voor krijgen, maar geen psychiaters. Het lijkt mij vanuit het perspectief van de BIG uiterst verwarrend en inconsequent een dergelijke GGZ-variant te introduceren: 'schoenmaker hou je bij je leest'. De laatste zin van het artikel: 'De psychiatrische beroepsgroep staat in de nabije toekomst voor fundamentele en verstrekkende beslissingen', dient dan ook in dit perspectief gezien te worden: blijven we medisch specialist of laten we het beroep opheffen?

Ook het verwerpen van het biopsychosociale model lijkt niet voldoende doordacht en onvoorzichtig. Het probleem van het door Engel geïntroduceerde biopsychosociale model is dat het een theoretisch en weinig geoperationaliseerd model is. Wanneer men definieert wat men met het biopsychosociale model bedoelt, is het een uiterst hanteerbaar klinisch model vooral in contact met andere beroepsgroepen, inclusief medisch specialisten. Dat blijkt in de dagelijkse medische praktijk van de consultatieve psychiatrie. Medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg kunnen juist goed uit de voeten met het model indien men het gebruikt als ordeningsprincipe op basis waarvan een praktisch klinisch beleid kan worden gevoerd. In de geneeskunde moet men enerzijds reflecteren over de pathogenese, maar anderzijds ook tot een klinisch beleid komen bij de vaak zo complexe hoeveelheid aan gegevens. Het Integrale Diagnostische en Interventie Schema (IDIS) biedt een dergelijke mogelijkheid (Huyse e.a. 1988; Huyse & Van der Mast 1997). Hiermee kan men in alle medische settings waaronder bijvoorbeeld de intensive care goed uit de voeten (Huyse 1990). De INTERMED

is een verdere gekwantificeerde uitwerking. De INTERMED biedt de mogelijkheid de biologische, psychologische en sociale gezondheidszorg-risico's kwantitatief en visueel in kaart te brengen, waarmee aan de hand van de prognostische variabelen vervolgens de interdisciplinaire zorg-behoefte bepaald kan worden (Huyse e.a. 1999). De INTERMED is gevalideerd in diverse studies. Hoe dit voortbouwt op het werk van Engel en de problemen met de operationalisatie ondervangt, is gedemonstreerd door de uitwerking van een door Engel gebruikte casus met de INTERMED (Huyse e.a. 2000). Hoe dit voortbouwt op het werk van Querido is recent geïllustreerd (Boenink & Huyse 1997). Het is onverstandig om van deze praktische klinische toepassing van het biopsychosociale model ongezien afstand te doen. Te meer omdat de introductie daarvan altijd verhelderend werkt. Dat andere specialisten daar vanuit zichzelf al vlot mee werken, zoals Koerselman suggereert, lijkt mij iets te optimistisch. In het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit worden beginnende arts-assistenten van alle medische specialismen in hun eerste klinische jaar getraind in het omgaan met complexe patiëntenproblemen. Het is evident dat zij in de praktijk niet met het biopsychosociale model kunnen omgaan. Een betrokken arts brengt het probleem in van een oudere patiënt met buikklasten die ondanks negatieve somatische bevindingen blijft vragen om meer diagnostiek, waartoe de arts geen reden ziet. Bij de vraag of ze wel eens overwogen heeft aan de patiënt te vragen of hij somber is, zegt ze serieus en goed bedoeld dat ze denkt dat dit een belediging van de patiënt zou kunnen zijn. Als het over orthopeden gaat die Koerselman in zijn voorbeeld noemt, dient er een duidelijke uitzondering ge-maakt te worden voor de orthopeden van het AZVU, maar zij publiceerden er dan ook over (Boenink e.a. 1998).

Alle goede bedoelingen van het themanummer ten spijt (Tijdschrift voor Psychiatrie 2000/4), lijkt het duidelijk dat de psychiatrie zich er nog steeds niet van bewust is in welke hachelijke positie dit medisch specialisme zich bevindt. Ten

behoefte van grote patiëntengroepen met gecombineerde morbiditeit (ouderen, chronisch somatische zieken, verslaafden, patiënten met psychiatrische comorbiditeit en somatiseerders) is het van groot belang dat gecombineerde somatische psychiatrische zorg kan worden gegeven. Daartoe dienen psychiaters opgeleid te worden die in staat zijn op dit grensgebied met de algemene gezondheidszorg te opereren. Het uitblijven van opvolging van adviezen uit het VWS Advies 'Ziekenhuispsychiatrie' leidt tot een voorspelde afkalving van de ziekenhuispsychiatrie en consultatief psychiatrische opleidingsplaatsen (VWS 1995). De geïsoleerde gedachtegangen van Koerselman, maar ook van Verhoeven en Tuinier, van Heeren en van Verheij wijzen niet in een richting die de medische identiteit en de integratie van de psychiatrie met de geneeskunde versterkt. Misschien toch verstandig maar weer eens naar de Verenigde Staten te kijken. Hier is de instroom van assistenten in de opleiding tot psychiater, na een dramatische daling in het begin van de jaren negentig, de laatste jaren gestabiliseerd op ongeveer 450 plaatsen. In de afgelopen tien jaar is er een snelle ontwikkeling geweest van gecombineerde opleidingsprogramma's (Yates 1999). Op dit moment doet 10% (vijftig plaatsen) van de assistenten dergelijke opleidingen. De belangrijkste voorbeelden zijn combinaties met inwendige geneeskunde en neurologie. Dit zijn gecombineerde, op elkaar afgestemde programma's die goedgekeurd zijn door de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Zelfs een indicatie dat de opleiders psychiatrie zich bewust zijn van de vernieuwingen in de specialistenopleidingen door een verwijzing naar een helder verslag van de voorzitter van het Centraal College, ontbreekt (Lange 2000).

Het lijkt me van groot belang dat opleiders psychiatrie zich realiseren dat zij vanaf het moment dat zij opleider worden na gemiddeld tien jaar het directe contact met de algemene gezondheidszorg verliezen en dat het van hen een extra inspanning vergt om de medische kant van de psychiatrische opleiding te bewaken.

Bovenstaand themanummer demonstreert nog eens helder dat het daaraan en dus ook aan het Consilium Psychiatricum schort. Met een voortdurende discussie over biopsychosociale versus medische psychiatrie schieten we niet veel op. Assistenten psychiatrie, u bent gewaarschuwd!

F. J. HUYSE, psychiater, universitair hoofddocent en hoofd
Psychiatrische Consultatieve Dienst AZVU

LITERATUUR

- Boenink, A.D., & Huyse, F.J. (1997). Arie Querido (1901-1983), a Dutch psychiatrist. The lasting impact of his work for nowadays C-L psychiatry. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 551-557.
- Boenink, A.D., Zandstra, P., & Spreekmeester, F.S. (1998). Integrale (biopsychosociale) behandeling in de praktijk: een zwangere patiënte met een sacrumtumor en een ernstige posttraumatische stressstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1274-1277.
- Huyse, F.J., Strain, J.J., Hengeveld, M.W., e.a. (1988). Interventions in consultation/liaison psychiatry: The development of a schema and a checklist for operationalized interventions. *General Hospital Psychiatry*, 10, 88-101.
- Huyse, F.J., & van der Mast, R.C. (1997). Consultatieve psychiatrie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie: Deel 11*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Huyse, F.J. (1990). Psychische en psychiatrische stoornissen. In H.A. Bruining e.a., *Intensive Care*. Bunge.
- Huyse, F.J., Lyons, J.S., Stiefel, F.C., e.a. (1999). 'INTERMED': A method to assess health service needs: 1. Development and reliability. *General Hospital Psychiatry*, 21, 39-48.
- Huyse, F.J., de Jonge, P., Lyons, J.S., e.a. (2000). Operationalizing the biopsychosocial model: The INTERMED. *Editorial Psychosomatics* geaccepteerd.
- Koerselman, G.F. (2000). Hoe bewaken we de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 251-257.
- Lange, J. de (2000). Leidt de medische opleiding nog artsen op? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 232-236.
- Themanummer Psychiatrie en Opleiding (2000). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 197-251.
- vws Advies Ziekenhuis Psychiatrie (1995).
- Yates, W.R. (1999). An update on combined residency training programs in psychiatry. *Medical Psychiatry*, 2, 11-14.

ANTWOORD aan Huyse

De reactie van collega Huyse op mijn artikel 'Hoe bewaken we de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren?' in het opleidingsnummer van dit tijdschrift doet vermoeden dat hij mijn betoog niet heeft begrepen. De ruimte ontbreekt mij hier om mijn bedoeling opnieuw uit te leggen. Ik moet zowel hem als de geïnteresseerde lezer vragen de oorspronkelijke tekst er nog eens op na te lezen.

In principe kan Huyses onbegrip zowel aan mij als aan hem liggen. Zijn reactie maakt echter aannemelijk dat zijn misverstaan vooral aan hemzelf moet worden geweten. Hoeveel verwarring schept hij immers niet over het begrip 'medisch'? Dat psychiatrie een medisch specialisme is en 'medische psychiatrie' dus eigenlijk een pleonasme, daarover kan tussen hem en mij geen verschil van mening bestaan. Maar wat doet hij vervolgens? Hij stelt voor de aanduiding 'medische psychiatrie' te reserveren voor de doelgroep van patiënten met een lichamelijke aandoening. Met andere woorden, hij betreft het begrip 'medisch' juist niet op de psychiatrie als geheel. Niet voor niets spreekt hij ook van: 'andere beroepsgroepen, inclusief medisch specialisten' (mijn cursivering). Huyse gebruikt het begrip 'medisch' dus in de bekende, beperkte betekenis van 'lichamelijk'. Het is geen wonder dat hij dan niet buiten het biopsychosociale model kan. Sinds jaar en dag is hij in ons land een van de voorvechters van die driedeling. Hoever hij daarmee afraakt van de kern, dat wil zeggen van het medische karakter van de psychiatrie als geheel, blijkt wel uit het voorbeeld dat hij geeft. Daarin zou het biopsychosociale model een 'betrokken' arts hebben geholpen om een patiënt met een onbegrepen lichamelijke klacht ook naar diens stemming te vragen. Die vraag moest kennelijk worden aangeleverd door de 'psycho'-component van dat model. Maar was het dan onmogelijk om aan die arts uit te leggen dat depressie juist in de context van normaal medisch denken gewoon een symptoom is, namelijk een mentaal symptoom

van een biologische ontregeling (met een in casu nader vast te stellen etiologie)?

Blijkbaar is het biopsychosociale model voor Huyse iets dat voor de psychiatrie moet worden toegevoegd aan de medische kennis van artsen. Zijn zorg dat psychiaters die medische kennis niet voldoende onderhouden, valt zeker te delen. Zijn reactie op mijn artikel bevestigt echter vooral hoe moeilijk het kennelijk blijft om in te zien dat er ook een medisch verband bestaat tussen onze mentale functies, onze hersenen en de rest van ons lichaam. Voor de aard van dat verband kan ik opnieuw naar mijn betoog in het oorspronkelijke artikel verwijzen.

G.F. KOERSELMAN

Reactie op 'ingezonden' van Kooij, Buitelaar en Van Tilburg

Hierbij een korte wederreactie op de opmerkingen van Kooij, Buitelaar en Van Tilburg op onze ingezonden brief in respectievelijk het juli- en juninummer van dit tijdschrift. Ten eerste zouden wij de indruk gewekt hebben dat de diagnose ADHD bevestigd zou worden door een positieve respons op de methylfenidaatbehandeling. Dit willen wij echter geenszins suggereren, en de betrouwbaarheid van de ADHD-diagnostiek was niet het onderwerp van discussie in ons betoog. Onze reactie focust op de mening van Sonnen & De Ridder (2000) dat methylfenidaat bij volwassenen vooralsnog gezien moet worden als een experimentele behandeling waarvoor extra waarborgen nodig zijn. Wij hebben met de geschetste individuele effectmetingen geïllustreerd hoe wij dergelijke waarborgen in de behandeling inbouwen, aangezien wij de zorgen van Sonnen & De Ridder delen.

Volgens Kooij e.a. zouden de placebo-effecten bij toediening van methylfenidaat nihil zijn, daarbij verwijzend naar de 23 patiënten van Spencer (1995) die aan strikte inclusiecriteria voldeden en onder meer een hoge sociaal-economische status hadden. Onze klinische praktijk leert

echter anders: een aanmerkelijk deel van onze – zeer gemêleerde – groep polipatiënten rapporteert zowel tijdens de methylfenidaat- als tijdens de placebobehandeling minder ADHD-klachten dan tijdens de medicatievrije baselineperiode en geeft soms zelfs dezelfde (mate van) bijwerkingen aan tijdens de beide behandelingen! Wij kunnen een placeborespons bij een patiënt niet op voorhand voorspellen bijvoorbeeld op basis van patiëntkenmerken, hetgeen een individuele dubbelblinde placebogecontroleerde effectmeting legitimeert. De procedure mag dan iets meer tijd kosten dan de door Kooij e.a. (1999) voorgestelde procedure, omslachtig en onnodig is deze alleen als een behandelaar kan leven met de wetenschap dat hij/zij bij een aanzienlijk deel van de patiënten ten onrechte langdurig methylfenidaat voorschrijft. Ten slotte heeft de door ons geschetste procedure additionele voordelen. Het systematisch monitoren van de ADHD-klachten geeft bijvoorbeeld een schat aan informatie over de fluctuaties in de klachten. Deze kunnen inzicht geven in individueel bepaalde mediërende of onderhoudende factoren (Gorissen & Grijpma 2000).

M. GORISSEN, neuropsycholoog-onderzoeker

A. GRIJPMMA, psychiater i.o.

LITERATUUR

- Gorissen, M., & Grijpma, A. (2000). De geautomatiseerde clinicus: een evaluatie van een farmacologische behandeling bij volwassenen met ADHD. *Psychopraxis*, 2, 113-116.
- Kooij, J.J.S., Buitelaar, J.K., & van Tilburg, W. (1999). Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 349-357.
- Sonnen, M., & de Ridder, R. (2000). Reactie op 'Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 127-128.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., e.a. (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434-443.

Reactie op 'De toekomst van de psychiatrische centra'

Het lukt mij, PAAZ-psychiater en RIAGG-jeugd-psychiater, niet om me te onttrekken aan de samenspraak tussen de collegae Sno en Van Ewijk over de voors en tegens van te vormen GGZ-centra. Het onderwerp is te belangrijk en mijn beide werkplekken zijn me te lief. Ik werk in Haarlem op de PAAZ van het Kennemer Gasthuis, locatie EG (voormalig Elisabeth's Gasthuis) en op de Jeugd-RIAGG, die zich 500 meter verderop bevindt. De Jeugd-RIAGG is nog steeds genesteld in een gebouw met de ambulante sector van de volwassenenpsychiatrie. Ik werk al heel lang op deze werkplekken en ken ze van binnen en buiten.

Sno voelt niets voor een GGZ-centrum; hij pleit voor een autonoom handhaven van de PAAZ in goede samenwerking met GGZ-voorzieningen. Van Ewijk daarentegen wil de schotten tussen de instituten weghalen. Hij gaat de uitdaging aan van het GGZ-centrum, maar maakt zich zorgen over de toekomst van de revalidatiepsychiatrie. Hij voorziet onder meer voor hen een nieuw asyllum in de bossen.

Wat staat er te gebeuren? De PAAZ gaat uit het ziekenhuis, de tuin in, in een GGZ-centrum, en de jeugdpsychiatrie verdwijnt uit het gebouw van de volwassenenpsychiatrie en gaat mogelijk samen met de jeugdzorg naar een ander gebouw.

Ik wil bij een aantal elementen uit de discussie tussen Sno en Van Ewijk stilstaan, allereerst bij de autonomie. In mijn opvatting is autonomie iets waar een (klein) mens naar streeft en is het heel natuurlijk en verstandig dat je bevreesd bent om die te verliezen. Autonomie hangt nauw samen met het begrip competentie en dat is het gevoel een bepaald sturend vermogen te hebben en effect te zien van wat je doet. Bijvoorbeeld, in een bedrijf met een eigen sfeer, waar je als werknemer en werkgever ook het gevoel hebt aan die sfeer wezenlijk bij te dragen, is het plezierig werken. In zo'n bedrijf is het voor de klant (patiënt) ook aangener om geholpen (behandeld) te

worden. Uit eigen ervaring weet ik dat dat gemakkelijker te verwerkelijken is in een klein bedrijf dan in een groot bedrijf. De angst voor het verlies van autonomie (eigenheid) als je van een klein een groot bedrijf wordt, is voor mij een reëel gegeven, een 'bedreigend' gevoel.

In het fusieproces in ons ziekenhuis, nu al tien jaar gaande, heb ik meerdere malen directeuren en leidinggevendenden horen afgeven op de bloedgroepen van weleer (autonomieën die opgeheven moesten worden) en heel veel extra energie zien gaan in pogingen om een nieuwe teamgeest (een nieuwe autonomie) op te bouwen. Collega Van Ewijk lijkt zich eveneens bedreigd te voelen, omdat vanuit zijn optiek het GGZ-centrum kan worden opgeslokt door de medische behandel- en organisatiecultuur van het algemene ziekenhuis. Ik hoop dat die vrees er niet toe zal leiden dat het GGZ-centrum in de ziekenhuistuin nog groter gaat worden dan al is gepland. Uiteindelijk is het in ieders belang om zo veel mogelijk groen gras over te houden. Ik pleit ervoor om in de nieuwe samenwerking zo veel mogelijk autonome werkplekken te laten blijven bestaan.

Nergens staat verder in de Haagse MFE-plannen-van-Toen geschreven dat een GGZ-centrum een GGZ-monstrum moest zijn en dat van vele gebouwen één gebouw moest worden gemaakt. Ik deel de mening van Sno dat je met goede samenwerking tussen kleinere en grotere centra een heel eind komt. Het is vooral belangrijk dat mensen samen netwerken vormen. Als er al nieuwbouw moet komen, houd het dan klein en blijf zo mogelijk gebruikmaken van de gebouwen die er al zijn. Laten we verder ophouden om zo devaluerend te praten over plekken in de bossen. Misschien waren bossen vroeger vooral opbergplaatsen, tegenwoordig zijn het natuurmonumenten – groen en helend. Daar kunnen heel goed GGZ-centra blijven en andere bij komen, zoals herstellingsoorden voor somatische zieken en/of afdelingen voor psychosomatische revalidatie.

Het bevalt me goed om te werken op twee plekken in de psychiatrie, in en nabij het zieken-

huis en in de jeugdpsychiatrie in een gebouw samen met de volwassenenpsychiatrie. Het werkzaam zijn in de jeugdpsychiatrie houdt je ogen en oren open voor allerlei gevolgen van psychiatrische aandoeningen en voor preventieve aandachtsgebieden rondom psychiatrie van grote, kleine en oudere mensen. Ik vind dat jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie aan elkaar gekoppeld moeten blijven en/of minstens op loopafstand van elkaar bereikbaar moeten zijn. Het uit elkaar halen van deze disciplines vermindert vakmanschap en daarmee ook werkplezier. Het blijft plezierig en boeiend om problemen vanuit verschillende optieken te kunnen benaderen, te behandelen of te begeleiden. Datzelfde geldt overigens ook voor het werken op het raakvlak van de psychiatrie en de somatiek.

Laten we zo wijs zijn om werkplekken waar meerdere disciplines en visies reeds met succes en

werkplezier samenwerken, te laten blijven voortbestaan. Als er nieuwbouw moet komen, doe dat dan voor die werkgebieden die nog onvoldoende raakvlakken hebben, zoals voor de geriatrie en ouderenpsychiatrie, voor bepaalde aspecten van de psychiatrie en de somatiek. Omdat veel psychiatrische aandoeningen voortkomen uit isolatie, geweld, (seksueel) misbruik, *broken homes* en andere psychosociale sores, is het bovendien nodig om midden in de stad een plek voor crisis-interventie te creëren gekoppeld aan preventieve activiteiten in samenspraak met bijvoorbeeld huisartsen en de gemeente. Dus, houd het bij kleinschalige nieuwbouw, schep een plaats waar mensen lang willen blijven werken, zorg voor een architectonisch fraaie werkomgeving met behoud van het groene, en houd de autonomie in ere.

J. VAN LUIN