

University of Groningen

Zo zijn onze manieren

Loonen, Anton J.M.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Loonen, A. J. M. (2004). *Zo zijn onze manieren*. Stichting DeltaBouman.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Zo zijn onze manieren

dr. Anton J.M. Loonen

inhoud

Zeer gewaardeerde toehoorders, —	9
De kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten —	11
Veranderingen in de zorg —	14
De gevolgen —	16
Wat moet er veranderen? —	17
Tot slot —	21
Dankwoord —	23
Noten —	30
Colofon —	48

*Zo
zijn onze
manieren*

Rede

uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt
van hoogleraar in de Farmacotherapie bij
psychiatrische patiënten,
namens de Stichting DeltaBouman,
aan de Rijksuniversiteit Groningen op
dinsdag 7 december 2004

door

dr. Anton J.M. Loonen

Mijnheer de Rector Magnificus,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

In deze oratie vertel ik u eerst wat ik ga vertellen, dan vertel ik het, om u vervolgens te vertellen wat ik verteld heb. Zo zijn namelijk onze manieren.¹

Welnu, ik ga in deze openbare les aan u uiteenzetten “waar dat nou voor nodig heb.” Waarom is het nuttig dat deze bijzondere leerstoel ‘Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten’ is ingesteld.² Ik schets u aan welke activiteiten behoefte bestaat, hoe het zo gekomen is dat aan deze activiteiten behoefte bestaat en hoe aan deze behoefte kan worden voldaan. Ik geef ook aan op welke terreinen deze behoefte het grootste is.

De farmaceutische zorg in Nederland staat traditioneel op een hoog peil. Apothekers worden goed en breed opgeleid en de wijze waarop zij hun beroep invullen is van een behoorlijke klasse. De ziekenhuizen zijn uitgerust met goede voorzieningen. Zij beschikken over goed opgeleide medische specialisten, goed toegeruste bibliotheken en goede voorzieningen voor het verrichten van

hulponderzoek.³ De traditionele psychiatrische ziekenhuizen vormen hierop geen uitzondering.⁴

De farmacotherapie is een van de hoekstenen van de geneeskunde. Dit geldt ook voor de behandeling van psychische ziekten. Meestal lukt het in de psychiatrie niet mensen met farmacotherapie te genezen. Het lukt wel om met farmacotherapie een belangrijke ondersteuning te bieden bij het ontwikkelen of handhaven van een volwaardig menselijk bestaan. Dit betekent dat psychofarmaca vaak zeer lang moeten worden gebruikt. Daarnaast moet de farmacotherapie vaak worden gecombineerd met andere interventies, zoals gedragstherapie of psycho-educatie.⁵

De kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten

Mensen met een psychiatrische ziekte verdienen om allerlei redenen extra aandacht van hun dokters.⁶

Mensen met een psychiatrische ziekte komen meestal slecht voor zichzelf op. Zij hebben vaak een beperkt ziektebesef en zien mede daardoor sommige valkuilen niet goed die in de maatschappij voor mensen op de loer liggen.⁷ Zij moeten worden begeleid bij het maken van de voor hen beste keuzes betreffende hun behandeling en begeleiding. Om deze redenen moeten mensen die gehandicapt worden door een psychiatrische ziekte intensiever worden begeleid dan mensen met een andere chronische ziekte. Zij hebben daarbij behoefte aan meer educatie en veel praktische steun. Als dokters bij ede verklaren dat het belang van hun patiënten hun eerste zorg zal zijn, dan moet dat mijns inziens inhouden dat de medische begeleiding van juist psychiatrische patiënten voor alle dokters een hoge prioriteit heeft. Dit geldt voor psychiaters en verslavingsartsen,⁸ maar ook op alle andere terreinen van de geneeskunde.⁹

De lichamelijke gezondheid van mensen met een psychiatrische ziekte is kwetsbaar.¹⁰ Dit heeft verschillende oorzaken. Mensen met een psychiatrische ziekte lijden vaker aan lichamelijke ziekten dan vergelijkbare mensen zonder psychiatrische ziekte. Ze zorgen slecht voor zichzelf, gaan niet op tijd naar hun dokter en gaan ook slecht met hun pillen om. Een deel van de somatische morbiditeit is iatrogeen. Chronische psychiatrische patiënten gebruiken vaak langdurig medicatie en soms ook combinaties van psychofarmaca. Hoewel dit gebruik per saldo vaak een positieve invloed heeft op hun gezondheidstoestand (bij lithium zelfs ook op de mortaliteit), zijn er ook vele ongewenste lichamelijke consequenties. Bekende voorbeelden zijn het ontstaan van schildklierafwijkingen, nierbeschadigingen en bewegingsstoornissen bij langdurig lithiumgebruik, het optreden van leverfunctiestoornissen bij fenothiazinen, tardieve bewegingsstoornissen bij (klassieke) antipsychotica, overgewicht en suikerziekte bij sommige moderne antipsychotica en maagklachten. Vaak is niet helemaal duidelijk of deze morbiditeit als bijwerking van de gebruikte medicatie mag worden gezien of dat deze met andere factoren samenhangt (bijvoorbeeld met de psychiatrische ziekte of met gebrekkige zelfzorg van de patiënt).¹¹

De farmacotherapeutische zorg voor ambulante patiënten met een psychiatrische ziekte is kwetsbaar. Deze patiënten hebben meestal meer behandelaars, die niet van elkaar weten welke medicatie zij precies aan patiënten voorschrijven. Zo onderzochten wij in 2001 het

medicatiegebruik van een kleine groep van tweeëntwintig chronische psychiatrische patiënten die bij elkaar leefden in één beschermd woonhuis in Rotterdam-Zuid. Het merendeel van deze patiënten (16 patiënten, 72%) gebruikte psychiatrische medicatie. Meer dan de helft van hen (12, 55%) gebruikte vijf of meer geneesmiddelen en vijf (23%) gebruikten vier of meer psychofarmaca gelijktijdig. Bij geen van de patiënten stemden de opgaven van de behandelend psychiater en de huisarts overeen met het werkelijke gebruik. De psychiater was niet op de hoogte van medicatieveranderingen door de huisarts en omgekeerd. Het betrof hierbij ook wijzigingen door de huisarts van voorgeschreven psychofarmaca en wijzigingen door de psychiater van geneesmiddelen voor somatische indicaties. Vermoedelijk wordt de voorgeschreven medicatie ook onvoldoende gecontroleerd. Waarschijnlijk denken behandelaren vaak dat de andere behandelaar de noodzakelijke controles uitvoert die nu eenmaal bij het gebruik van sommige medicamenten horen.¹² Ook de gegevens van de apotheek zijn vaak niet compleet. Aan psychiatrische patiënten worden door de crisisdienst of in een contactpolikliniek soms medicamenten toegediend zonder dat de apotheek van de patiënt daarvan weet, zodat de apotheek er bij de medicatiebewaking geen rekening mee kan houden.¹³

Veranderingen in de zorg

De organisatie van de gezondheidszorg ondergaat nogal forse veranderingen. Vroeger hadden wij huisartsen die echte familiedokters waren en hun patiënten begeleidden van de wieg tot het graf. Vooral in de verstedelijkte gebieden wordt niet meer volgens dit model gewerkt. Huisartsen worden steeds meer poortartsen die werken vanuit huisartsenposten en huisartsenpoliklinieken. Meestal is er sprake van een groep parttime werkende huisartsen die in dergelijke voorzieningen een werkplek vinden.¹⁴ De huisarts komt in deze situatie zelden bij de patiënt thuis, bouwt vaak geen persoonlijke relatie op en is niet goed in staat een patiënt langere tijd te volgen. Veel patiënten hebben hieraan ook niet veel behoefte. Zij vinden het wel praktisch om bij iedere huisartsenpolikliniek binnen te kunnen lopen op het moment dat het hen zo uitkomt.¹⁵ Slimme ICT-toepassingen moeten ervoor zorgen dat de belangrijke medische gegevens van zo'n toevallige passant bij de huisartsenpolikliniek bekend zijn.¹⁶

Ook de geestelijke gezondheidszorg kent nogal wat veranderingen. In de meeste plaatsen in Nederland zijn psychiatrische ziekenhuizen gefuseerd met de RIAGG en de RIBW. Door dergelijke GGZ-instellingen zijn niet zelden ook de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, de zogenaamde PAAZ'en, in de regio opgeslokt. Deze GGZ-instellingen beslaan soms halve of hele provincies.¹⁷ De meeste instellingen zijn hun eigen internist, neuroloog, laboratorium en apotheek kwijtgeraakt. Zelfs de eigen huisartsen zijn grotendeels uit de GGZ-instellingen verdwenen.¹⁸ Bovendien is de zorg in belangrijke mate geambulantisiseerd. Door dit alles zijn de psychiatrische patiënten tegenwoordig voor de somatische en farmaceutische zorg aangewezen op algemene voorzieningen. Bij het gebruik daarvan door psychiatrische patiënten kan er makkelijk van alles misgaan. De patiënt moet namelijk zelf goed in de gaten houden dat hij zich op tijd tot de juiste instantie wendt. Psychiatrische patiënten hebben daarbij veel last van hun sociale en cognitieve handicaps.

De problemen zijn vooral schrijnend bij mensen met een chronische psychiatrische ziekte.¹⁹ Zij zijn het meest gehandicapt. Ze hebben meestal een kleine mantel (ze werken vaak niet, hebben geen partner en weinig contact met familie). Ze gebruiken vaker dan andere patiënten langdurig medicijnen en de vervelendste medicijnen. Ze zitten vaak ook maatschappelijk in een marginale positie (zijn vaak allochtoon, bejaard en/of misbruiken alcohol en drugs).



Buiten zijn inaugurele rede heeft professor Loonen nog meer noten op zijn zang.

De gevolgen

Door deze ontwikkelingen lopen de lichamelijke gezondheidstoestand en de bewaking van de farmacotherapie van veel mensen met een chronische psychiatrische ziekte gevaar. Zonder ombuigingen kunnen de problemen ons makkelijk boven het hoofd groeien.²⁰ In onze individualistische maatschappij worden mensen geacht zelf hulp bij en begeleiding van hun gezondheidstoestand te zoeken, ook als zij dat door hun ziekte of handicap niet kunnen. Veel mensen met een chronische psychiatrische ziekte zullen volharden in hun ongezonde levensstijl, zullen hun gezondheidstoestand onvoldoende laten controleren, zullen zich bij klachten of problemen onvoldoende wenden tot hun arts of apotheker en zullen verkeerd omgaan met hun medicijnen. Zij doen dit niet uit volledig vrije wil, maar vanuit een eigen wil die wordt gemoduleerd door hun ziekte.²¹ Dit maakt dat alleen voorlichting geven geen goede oplossing biedt. Laten weten is niet genoeg.

Wat moet er veranderen?

Hoe gaan wij dat aanpakken? Welke rol is er weggelegd voor de apotheker?

Allereerst is het nodig dat de communicatie tussen de zorgverleners wordt verbeterd. Op het ogenblik werken medische hulpverleners langs elkaar heen. De ene dokter weet niet wat de andere doet en vooral ook niet wat de andere nalaat te doen. De apotheker beschikt over waardevolle informatie over de farmacotherapie van de individuele patiënt.^{22 / 23} Deze informatie is echter niet makkelijk toegankelijk voor de relevante medische hulpverleners. Daar komt bij dat de psychiatrische hulpverlening voor buitenstaanders buitengewoon ondoorzichtig is georganiseerd. Het is voor apothekers vaak moeilijk de juiste persoon te bereiken.^{24 / 25}

Ook ontbreekt het veel apothekers aan inzicht in de feitelijke ligging van de problemen. Ik herinner mij, dat ik me bij de aanvang van mijn carrière als ziekenhuis-apotheker een flinke schrobbering door een psychiater

op de hals wist te halen, omdat ik zat te ‘zeuren’ over de onwenselijkheid van het gebruik van het slaapmiddel nitrazepam door een ernstige depressieve patiënte, die zich overigens korte tijd later gesuïcideerd heeft. Er moesten nog vele correcties door clinici volgen voor ik enigszins in de gaten kreeg aan welke hoofdzaken van de farmacotherapie bij psychiatrische patiënten ik het beste mijn krachten kon wijden.²⁶

Ik wil mij inzetten om deze kennis over te dragen. Ik wil mij inzetten om van apothekers goede gesprekspartners te maken. Daarvoor moet de apotheker kennis hebben van psychiatrische ziekten, van kenmerken die de behandeling bemoeilijken, van de effecten van psychofarmaca (werking, bijwerkingen en interacties) en van de wijze waarop er in de GGZ gewerkt wordt. Daar ga ik aan werken, zowel ten opzichte van studenten als in het kader van postacademisch onderwijs.²⁷

Op de tweede plaats moet de psychiater sterker de verantwoordelijkheid nemen voor de algehele medische conditie van de psychiatrische patiënt.²⁸ Dat kan hij niet alleen. Ook daarvoor is goede communicatie nodig. Ook daarin kan de apotheker een belangrijke rol spelen. Door te signaleren op welke terreinen de zorg aan individuele patiënten tekort schiet en door in kaart te brengen welke gewoontes en gebruiken behandelaars er wat betreft de farmacotherapie op na houden, kan hij materiaal leveren voor multidisciplinair therapieoverleg.²⁹ Ook op dit terrein moeten apothekers worden opgeleid om een goede gesprekspartner te kunnen zijn.

Door beter gebruik te maken van bestaande voorzieningen kan hopelijk worden voorkomen dat de zorg voor een belangrijke groep patiënten op een onaanvaardbaar laag peil komt. Daarnaast moeten wij ons inzetten om, uitgaande van het huidige niveau, kwaliteitsverbeteringen te bewerkstelligen.³⁰ Van deze noodzaak zal niet iedereen spontaan doordrongen zijn. De professionals zullen ervan moeten worden overtuigd dat samenwerking op dit terrein nuttig en nodig is. Pas dan kan een constructief samenwerkingsverband gestalte krijgen. Het is daarom nodig dat inzichtelijk wordt gemaakt waar de problemen liggen, welke oplossingsstrategieën mogelijk zijn en welke doelen moeten worden bereikt. Bovendien moet worden geëvalueerd wat de effecten zijn van experimenten die bedoeld zijn om een oplossing te bieden. Op dit in kaart brengen van de problemen en op het ontwerpen en evalueren van experimenten richten wij een belangrijk deel van het onderzoek.

Het is ook nodig dat er in de maatschappij iets verandert. Mensen die gehandicapt worden door een chronische psychiatrische ziekte kunnen makkelijk tussen de wal en het schip vallen bij ontwikkelingen die thans in de maatschappij plaatsvinden. Dit geldt op microniveau wat betreft het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van hun ziekten.³¹ En dit geldt op macroniveau wat betreft hun beperkte vermogens om volledig tot zelfontplooiing te komen.³² Hieraan iets veranderen is een zaak van de politiek. Ook op dit terrein moet de leerstoel een functie hebben, al was het alleen al

door de aandacht te vestigen op punten waar het beleid moet worden omgebogen. Ik ben nu eenmaal een ‘jongen van de zeventiger jaren.’ De leerstoel moet maatschappelijk relevant zijn.

Tot slot

Ik kom tot een afronding van mijn betoog. Zoals beloofd vertel ik u nu wat ik u verteld heb.

Welnu, in deze rede heb ik u verteld dat wij in Nederland wat betreft organisatie van de zorg en het opleidingsniveau van de zorgverleners het potentieel hebben om het goed te doen. Dit potentieel moet wel worden aangesproken. Dat kan worden vergemakkelijkt door onderwijs en onderzoek. Daarvoor wil ik mij dus inzetten: door onderwijs en onderzoek bewerkstelligen dat beter gebruik gemaakt wordt van kennis en informatie van apothekers. Door ontwikkelingen in de maatschappij lopen mensen met psychische ziekte averij op als wij niets doen. Ik vind dat niet acceptabel. Het moet dus anders.

Dames en heren van de academische gemeenschap. De universiteit is traditioneel een kritische beschouwer van de maatschappij. Studenten zijn traditioneel de vernieuwers van de samenleving. Dames en heren studenten: de

handen moeten uit de mouwen. Wij moeten Nederland laten weten dat het anders moet en wij moeten het mogelijk maken dat het ook anders kan. Zo zijn immers onze manieren, ja.

Ik heb gezegd.

Dankwoord

De rector magnificus, het College van Bestuur, de decaan van de faculteit Wiskunde en Natuurwetenschappen en de bestuurders van de subfaculteit farmacie dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. Hooggeleerde Teuben, beste Jan, ik geniet nog steeds van je constatering aan het einde van het gesprek met de benoemingsadviescommissie dat mijn ‘dwarsheidsgehalte’ voldoende hoog lijkt te zijn voor een Groninger hoogleeraar. Ik zal mijn best doen je niet teleur te stellen.

De Raad van Bestuur van de Stichting DeltaBouman en het Bestuur van de Stichting Patiëntengelden dank ik voor het scheppen van de voorwaarden voor het instellen van deze leerstoel en mijn benoeming. In het bijzonder dank ik de voorzitter Eddy Schuyer, die zich hiervoor persoonlijk zeer heeft ingezet. U besloot bij te dragen aan het instellen van een bijzondere leerstoel, omdat u een betere farmacotherapie en zorg door apothekers nodig achtte. U ging door op de ingeslagen weg nadat de initiatiefnemer van de leerstoel, GGZ Nederland, besloot

zich tot werkgeversactiviteiten te beperken.³³ Ik ben blij dat ik voor deze instelling met visie mag werken.

Hooggeleerde Brouwers, beste Koos, jij hebt je vanaf het begin ingespannen voor het realiseren van de bijzondere leerstoel farmacotherapie bij psychiatrische patiënten. Wij kennen elkaar al meer dan vijfentwintig jaar en ik ben nog steeds onder de indruk van je inspirerende persoonlijkheid. Ik vind het een eer met je te mogen samenwerken.

Weledelzeergeleerde Bakker, beste Jaap, jij hebt mij indertijd gevraagd om naar Delta Psychiatrisch Ziekenhuis te komen en ervoor gezorgd dat ik daarvan geen spijt kon krijgen. Jij bent al jarenlang mijn ‘sparing partner’ en de bij jou ontmoete vriendschap is mij zeer dierbaar.

Weledelzeergeleerde Woerdenbag, beste Herman, jij hebt met de procedure nogal wat te stellen gehad. Toen alles rond was, bleek dat ik ook nog per abuis aan de verkeerde faculteit benoemd was. Het is echter uiteindelijk allemaal goed gekomen. Mijn dank voor je inspanningen.

Hooggeleerden Lolkje de Jong-van den Berg, Han de Gier, Toine Pieters en Jos van der Werf, jullie en de overige leden van de staf van de basiseenheden Sociale Farmacie en Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie en Farmaceutische Patiëntenzorg hebben mij met open armen ontvangen. Ik ben blij met jullie keuze voor het

onderwerp farmacotherapie bij psychiatrische patiënten als één van de primaire aandachtspunten bij de onderzoeksactiviteiten. Ik hoop met mijn kennis en vaardigheden daaraan een zinvolle bijdrage te kunnen leveren.

Weledelzeergeleerde Hovens, beste Hans, wij woonden in de zeventiger jaren zonder elkaar te kennen vlak bij elkaar in Amsterdam. Dat is niet het enige wat wij gemeen hebben. Ik beleef veel plezier aan onze samenwerking en hoop dat wij nog lang doorgaan met het beramen van het ene plan na het andere.

Weledelgeleerde Van Dongen, beste Paul, wij zijn op de eerste plaats al drieëntwintig jaar beste vrienden. Daarnaast hebben wij samen op innoverende wijze inhoud gegeven aan mijn klinisch-farmacologisch consultantschap. Onze gezamenlijke praktijk voor het verlenen van een tweede mening over de Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten is daar een sprekend voorbeeld van.

Ank Janssen, Lucia van Halem, Ria Keulemans, Marc Klomp, Brigit van Soest en alle andere medewerkers van DeltaBouman Psychiatrisch Ziekenhuis met wie ik bij onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg samenwerk, dank ik voor hun voortdurende ondersteuning. Zonder hun hulp zou er op dit terrein niets kunnen gebeuren.

De staven van DeltaBouman en van de andere ziekenhuizen waaraan ik als behandelaar en/of consultant verbonden ben, dank ik voor hun vertrouwen en collegialiteit.

De verschillende opleiders die mij in de loop der jaren gevormd hebben, de hoogleraren en docenten in Amsterdam, mijn promotor Willem Soudijn met zijn maatje Ineke van Wijngaarden, mijn collegae in 's-Hertogenbosch (met name Wil Buis, Kees Doorschot, wijlen Noud Jaspers, Peter Toll, Simon de Wael en Goos Zwanikken), mijn docenten in Nijmegen en alle assistenten, studenten en cursisten die deskundigheid van mij eisten en een appèl deden op mijn intellectuele vermogens, dank ik voor de wijze waarop zij mij hebben geïnspireerd. Een goede docent motiveert en enthousiasmeert; ik heb vele goede docenten gehad.

Mijn overleden ouders, Harrie Loonen en Rie Jansen, dank ik voor het leven, mijn opvoeding en mijn wereldbeeld. Zij hebben mij solidariteitsgevoel, verantwoordelijkheidsbesef en doorzettingsvermogen aangeleerd. Ik doe mij daar nog steeds voordeel mee.

Mijn dierbare familieleden, mijn grootse vrienden, mijn geweldige vriendinnen en mijn zovele andere belangrijke anderen dank ik voor hun 'dabei bleiben.' Ik weet het: ik heb veel prikkels nodig, ben tamelijk onconventioneel en meestal grensverkennend. Ik ben daarom niet altijd navolgbaar. Ik ben blij dat zij desondanks met mij voortgaan.

Het is mijn stellige overtuiging dat Onze Lieve Heer de wereld maakte om ons van Zijn schepping te laten genie-

ten. Het leven is ons gegeven om er een waar feest van te maken. Hem wil ik danken door daar invulling aan te geven: voor mijzelf en voor zoveel mogelijk anderen. Zo zijn onze manieren.

Noten

- 1 Het motto *Rationeel behandelen, respectvol bejegenen, zo zijn onze manieren* is al jarenlang het *leitmotiv* voor het kwaliteitsbeleid van Delta(Bouman) Psychiatrisch Ziekenhuis. Rationeel behandelen betekent onder andere het expliciet en beredeneerd hanteren van goede farmacologische en klinische principes om zonder schroom af te wijken van standaard behandelingsprotocollen en algemeen aanvaarde richtlijnen. Respectvol bejegenen betekent ook rekening houden met de beperkte mogelijkheden van sommige patiënten om op eigen kracht tot zelfontplooiing te komen. Aan de belangen en de rechten van patiënten mag niet worden getornd. Patiënten hebben recht op hulp en bijstand bij hun streven tot een volwaardig menselijk leven te komen.
- 2 Het idee om te komen tot het instellen van een bijzondere leerstoel is opgekomen bij het ontwikkelen van het plan van aanpak voor het project *Geneesmiddelen in de GGZ*. Aanleiding voor dit project vormde het besef dat de kwaliteit van de farmacotherapie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) duidelijk voor verbetering vatbaar is. Dit besef wordt mede gevoed door twee rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In juni 1998 verschijnt het rapport *Voorschrijfbeleid in de psychiatrie*. In dit rapport constateert de IGZ, dat het beleid in de onderzochte instellingen nog slechts in beperkte mate op protocollen en richtlijnen met

- betrekking tot voorschrijfgedrag zijn gebaseerd. In juli 2000 verschijnt een tweede rapport van de IGZ met de resultaten van een onderzoek naar de geneesmiddelendistributie en farmacotherapie in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en). In haar rapport constateert de IGZ dat de kwaliteit van de farmacotherapie en de geneesmiddelendistributie sterk voor verbetering vatbaar is. In het plan van aanpak wordt de wenselijkheid beschreven nader aandacht te besteden aan het realiseren van het vereiste niveau van opleiding en (na)scholing op het terrein van de farmacotherapie in de GGZ. Dit is later ingevuld door onder andere te streven naar het instellen van een bijzondere leerstoel.
- 3 Zorgwekkend is dat Nederland thans deze verworvenheden in hoog tempo verliest. De kwaliteit van onderwijs, gezondheidszorg en sociale zekerheid wordt onvoldoende in bescherming genomen.
 - 4 Het streven naar het samenvoegen van algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en), regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGGs) en regionale instituten voor beschermd wonen (RIBWs) tot regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ-instellingen), heeft regelmatig tot verschraling geleid. Uit deze gecombineerde voorzieningen zijn vaak de somatici zoals de eigen internist, neuroloog, algemene practicus, klinisch chemicus en ziekenhuisapo-

theker verdwenen. In een aantal GGZ-instellingen heeft men dit opgelost door met een multifunctionele eenheid aan te haken bij een algemeen ziekenhuis. In andere instellingen werkt men met meer of minder vaste consultantschappen. (Ziekenhuis)apothekers zijn in de psychiatrie overigens nooit erg dik gezaaid aanwezig geweest: naar schatting bedraagt in ons land de totale formatieruimte 15 fte, die nagenoeg geheel is ingevuld met parttime functies,

- 5 Een psychofarmacotherapie kan - net als iedere andere vorm van therapie - causaal of symptomatisch zijn. Van een causale farmacotherapie is in de psychiatrie betrekkelijk zelden sprake. Een causale behandeling houdt bijvoorbeeld in het wegnemen van een lichamelijke ziekte of stoornis die door het ontregelen van de hersenfunctie in een psychische stoornis resulteert. Bij een symptomatische behandeling zijn er wederom twee mogelijkheden. Of de oorzaak van de stoornis verdwijnt, bijvoorbeeld als gevolg van een andersoortige behandeling of spontaan bij een zelflimiterende stoornis. De farmacotherapie kan dan na verloop van tijd worden gestopt. Of de oorzaak van de ziekte verdwijnt niet en dan is een langdurige symptomatische behandeling noodzakelijk. Ten slotte doet zich regelmatig de situatie voor dat de stoornis wel verdwijnt, maar de kwetsbaarheid voor het optreden van de stoornis niet. In dit geval is een langdurige profylactische behandeling nodig.

- 6 Mensen met een psychiatrische ziekte zijn patiënten en geen cliënten zoals men in GGZ-instellingen vaak zegt (J. Bakker. Verademing. Psy 2003/4:31). Het woord cliënt suggereert een keuzevrijheid, die een persoon met een psychiatrische aandoening meestal niet heeft (N.J.M. Arts. Waarom een psychiatrische patiënt geen cliënt is. Patient Care 2003;2(3):1). Deze keuzevrijheid is vrijwel altijd schijnbaar wat betreft de vraag of hij hulp bij een professional zal zoeken en eveneens bij welke professional hij dit zal doen. Het tegendeel is waar, in de meeste GGZ-instellingen, die soms een gehele provincie beslaan, bepaalt de zorgcoördinator en niet de patiënt wie de behandeling uitvoert. Bovendien sluit de term 'patiënt' goed aan bij de hoofdactiviteit van de zorgontvanger: geduldig wachten tot het vanzelf overgaat. Overigens is in het onlangs verschenen *visiedocument* van GGZ Nederland de term 'cliënt' met redenen omkleed vervangen door 'patiënt.'
- 7 Veel mensen met een chronische psychiatrische ziekte raken maatschappelijk in verval. Zij verliezen hun baan, niet zelden ook hun partner, ze krijgen financiële problemen en raken soms zelfs hun woning en schuilplaats kwijt. Deze problemen zijn soms direct het gevolg van het sociale en maatschappelijke disfunctioneren als onderdeel van hun ziekte. De problemen worden vaak verergerd doordat de patiënt geen maatregelen neemt om zich tegen deze negatieve consequenties te beschermen. Dit berust op het

beperkte ziektebesef en het onvermogen de ernst van de situatie in te schatten.

- 8 Ook afhankelijkheid van middelen is zonder pardon tot de chronische psychiatrische ziekten te rekenen.
- 9 Om deze redenen heb ik onlangs ook stelling genomen tegen de verregaande commercialisering van de medische zorg. (A.J.M. Loonen. De zorg is geen handelsproduct. *Medisch Contact* 2004;59:1572-3). Hiervan kunnen namelijk mensen met een psychiatrische ziekte makkelijk de dupe worden. Ik pleit er krachtig voor hiertegen in het geweer te komen. Het valt te betwijfelen of het noodzakelijke normbesef spontaan zal opkomen bij de krachten die de gang van zaken in een gecommmercialiseerde medische zorg bepalen. Dit is dan ook een belangrijke taak van individuele dokters en medische beroepsverenigingen (zie ook: J.B. Bakker. Sommige dingen doe je niet. *MGV* 2004;9:795-6).
- 10 Bij herhaling wordt door auteurs aandacht gevraagd voor de hoge prevalentie van lichamelijke ziekten bij mensen die lijden aan een psychiatrische aandoening. In verschillende onderzoeken komt men op percentages van gemiddeld omstreeks 50%. Dit is zowel het geval bij nieuw opgenomen als bij chronische psychiatrische patiënten. Vooral oudere patiënten hebben veel onder de leden. Een belangrijk deel van deze pathologie is bij de behandelaren nog niet bekend. In het onderzoek van Hoogduin en anderen

(C.A.L. Hoogduin, E. de Haan, B. Terluin. Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatrie* 1985;27:105-14) was dit het geval bij 32% van de in een PAAZ opgenomen patiënten. De mortaliteit onder mensen met schizofrenie of een stemmingsstoornis is hoger dan die onder andere leden van de samenleving, zelfs als dood door suïcide niet wordt meegerekend (A.J.M. Loonen. Effectiviteit van somatische zorg voor de psychiatrische patiënt. *COBO-bulletin* 2003;36(1):30-2).

- 11 Voor literatuurverwijzingen zie A.J.M. Loonen. Effectiviteit van somatische zorg voor de psychiatrische patiënt. *COBO-bulletin* 2003;36(1):30-2.
- 12 In diverse landelijke richtlijnen en protocollen worden wel aanwijzingen gegeven voor noodzakelijke controles. Meestal blijven de opstellers van deze ‘normen’ tamelijk vaag. Dit is mede het gevolg van de angst voor ongewenste gevolgen. Artsen zijn namelijk vaak bang ofwel door de hond ofwel door de kat gebeten te worden. Als een arts te vaak of te uitvoerig controleert, kan hij door de zorgverzekeraars of managers worden aangepakt. Indien minder vaak wordt gecontroleerd dan de richtlijn voorschrijft, zal bij een eventuele aanklacht de rechter makkelijk tot veroordeling overgaan. Ook het ombuigen van deze ontwikkelingen is een belangrijke taak voor de beroepsgroep.

- 13 De contactpolikliniek van GGZ-instellingen is een faciliteit voor de behandeling van mensen met een chronische psychotische aandoening, bijvoorbeeld schizofrenie. Via deze faciliteit, die patiënten bijvoorbeeld wekelijks of tweewekelijks bezoeken, wordt het contact met de patiënt in stand gehouden. Als een patiënt, zonder iets te laten weten, niet komt opdagen, wordt contact met hem of haar opgenomen. In de contactpolikliniek worden vaak langwerkende antipsychotica aan de patiënt toegediend zonder dat dit aan hun apotheek wordt doorgegeven. De contactpolikliniek heeft hiervoor dan een eigen budget. Soms wordt om economische redenen het medicatiebewakingssysteem zelfs opzettelijk gesaboteerd. Een van de recent geïntroduceerde langwerkende antipsychotica is relatief kostbaar. Naar verluidt zijn op initiatief van de leverancier sommige zorginstellingen in zee gegaan met bepaalde openbare apothekers die dit middel afleverden voor andere dan hun eigen patiënten. Op deze wijze kon worden voorkomen dat de zorginstelling het middel uit het eigen budget moest betalen.
- 14 De verwachting bestaat dat de huisartsenpraktijken zullen worden vervangen door huisartsenpoliklinieken die worden aangehaakt aan afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH) van algemene ziekenhuizen. Dergelijke huisartsenposten kunnen dan 24 uur per dag en zeven dagen per week geopend zijn en ook makkelijk buiten kantooruren spreekuur hou-

- den. Hiermee wordt tegengegaan dat misbruik wordt gemaakt van de SEH, zoals thans nogal eens het geval is. Bovendien zijn deze huisartsenposten makkelijker te bemensen en zijn de arbeidsomstandigheden beter. Op dit moment wordt bijvoorbeeld nog weinig ‘grijsvriendelijk’ met deze belangrijke artsencategorie omgegaan. Zo moeten zij vaak tot op hogere leeftijd dan andere artsen zelf hun diensten doen. Bovendien is er meestal geen sprake van vermindering van hun werklast bij het bereiken van een hogere leeftijd. Er wordt van uitgegaan dat oudere huisartsen volledig belast werken totdat zij dat niet meer kunnen.
- 15 Vooral de goed opgeleide, in het arbeidsproces opgenomen jonge mannen en vrouwen zullen voorstander zijn van dergelijke tamelijk vrijblijvende voorzieningen. Deze categorie mensen heeft veel invloed. Enerzijds behoren veel beleidsmakers tot deze categorie en anderzijds nemen zij vaak posten in van waaruit zij hun belangen goed kunnen verdedigen.
- 16 Een van deze ‘slimme’ ICT-oplossingen is het landelijke elektronische medicatiedossier. Het is zeer de vraag of dit dossier een oplossing biedt voor medicatiefouten (A. Prince. De mythe van het ECT-manifest. Medisch Contact 2004;59:1258-9). Een van de grote problemen zal zijn het dossier voldoende up-to-date te houden. Bovendien wordt het door de invoering van een dergelijk gemakkelijk toegankelijk

medicatie dossier wel erg makkelijk gemaakt voor levensverzekeringsmaatschappijen, hypotheekbanken, woningbouwverenigingen, werkgevers en overheidsinstanties om mensen met bepaalde (psychische) aandoeningen te weigeren. Hierop moeten zware sancties worden gesteld.

- 17 Voorbeelden van dergelijke GGZ-kolossen zijn GGZ Friesland, GGZ Groningen, GGZ Drenthe en GGZ Oost-Brabant. De fusiegolf heeft er onder andere in geresulteerd dat de pluriformiteit van het gevoerde beleid is verminderd. Dit heeft positieve, maar ook belangrijk negatieve consequenties. Eén van de negatieve consequenties is dat de organisaties minder flexibel zijn, waardoor het voor individuele medewerkers moeilijker is innoverende activiteiten te ontwikkelen. Een ander bezwaar is de belemmering van de keuzevrijheid. Patiënten en medewerkers kunnen als de gang van zaken in de zorginstelling hen niet bevalt, niet naar een andere zorgverlener gaan. De leiding heeft er ook geen last van wanneer zij dat wel doen, want zij verdwijnen uit het zicht. Hierdoor vervalt een belangrijke natuurlijke prikkel om goede zorg te verlenen.
- 18 Een zeer negatieve consequentie van de invoering van de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (Wet BIG) is de verlamme werking op het beoefenen van subspecialisaties en het doen ontstaan van nieuwe medische specialismen. Een categorie artsen die hier-

van veel last heeft gehad zijn de artsen die zich hebben gespecialiseerd tot algemeen somaticus, werkend in de geestelijke gezondheidszorg of in de verslavingszorg. De hiervoor noodzakelijke kennis en kunde is niet zonder opleiding en ervaring aanwezig. Omdat niet in het specialisme wordt voorzien en inschrijving in het register van huisartsen onmogelijk werd gemaakt, zijn veel somatici uit de geestelijke gezondheidszorg verdwenen. Hun plaatsen zijn vaak ingenomen door pas afgestudeerde basisartsen, die op een dergelijk plaats wachten tot zij in opleiding kunnen gaan. De minst ervaren artsen zitten zo op plaatsen waar juist specifieke kennis en ervaring nodig is.

- 19 Tot de chronische psychiatrische stoornissen kunnen in deze context de ziekten met een chronisch en/of recidiverend beloop worden gerekend. Hiertoe behoren in ieder geval de meeste angststoornissen, stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen. Hoewel dat om allerlei redenen niet goed is onderzocht en door sommige ook wel wordt bestreden, zijn naar mijn mening wellicht ook verschillende persoonlijkheidsstoornissen tot deze chronische psychiatrische ziekten te rekenen. Mensen met dergelijke ziekten moeten in het algemeen langdurig medicatie gebruiken. Ten onrechte behoudt men de term 'chronische psychiatrische patiënt' voor aan mensen in het chronische psychiatrische circuit, de vroegere gestichtspatiënt.

- 20 In de gezondheidszorg komt het gelukkig nog voor dat hulpverleners zich identificeren met de problemen van hun patiënten. In dat opzicht zijn hun problemen ook een beetje onze problemen. Helaas wordt deze houding bij sommige managers, beleidsmakers en overheidsdienaren in onvoldoende mate aangetroffen. Hier geldt nogal eens: hun probleem is ons carrièreperspectief.
- 21 Hulpverleners en beleidsmakers moeten zich realiseren dat de consequenties van psychische ziekten zich uitstrekken over drie domeinen van het menselijk functioneren: het biologische, het psychische en het sociale domein. In veel hogere mate dan bij lijdens aan andere chronische ziekten het geval is, heeft een chronische psychiatrische patiënt geïndividualiseerde zorg nodig. Soms geeft de patiënt aan hier weinig behoefte aan te hebben. Dit kan het dilemma opleveren dat enerzijds niet tegen de vrije wil van het individu mag worden ingegaan en anderzijds het afwijzen van begeleiding kan samenhangen met de psychische ziekte. Het antwoord op dit dilemma is een altijd respectvolle bejegening van de patiënt. Indien respectvol invulling wordt gegeven aan het behartigen van de belangen van de patiënt, wordt geen afbreuk gedaan aan het grondrecht van de vrije wilsbestemming.
- 22 De belangrijkste beschikbare informatie is de thans en in het recente verleden gebruikte medicatie.

- Voorwaarde is dat iedere patiënt een vaste apotheek heeft, dat de informatie bij wisseling van apotheek wordt overgedragen en dat hulpverleners niet buiten de apotheek om medicatie aan patiënten verstrekken. Daarnaast kan via apotheken informatie worden verkregen over daadwerkelijk opgehaalde medicatie, waardoor bijvoorbeeld zicht kan worden gekregen op therapietrouw. Tenslotte kan de apotheek informatie geven over het zogenaamde 'shoppen' van patiënten, dat wil zeggen dat de patiënten aan verschillende artsen recepten vragen om zo de beschikbaarheid te vergroten van middelen waar zij afhankelijk van zijn.
- 23 In Nederland bestaat op dit moment een sterke tendens tot commercialisering van de geneeskunde (A.J.M. Loonen. De zorg is geen handelsproduct. Medisch Contact 2004;59:1572-3). In dit kader liggen ook een aantal 'concurrentievervalsende' activiteiten van apothekers onder vuur en worden commerciële zorgaanbieders aangemoedigd zich op dit marktsegment te begeven (A.J.M. Loonen. Dat kan toch wel beter? Pharmaceutisch Weekblad 2003; 138:926). Helaas ontbreekt hierbij het toezicht van een waakzame overheid om ongewenste consequenties voor de zorg aan de meest kwetsbare patiëntengroepen te voorkomen. De indruk bestaat dat zodoende de belangen van een deel van de bevolking worden geschaad omdat dit op andere terreinen financieel voordeel oplevert.

- 24 Vaker dan elders in de geneeskunde worden psychiatrische patiënten behandeld door arts-assistenten en niet-medici. Veel ambulante psychiatrische patiënten zien regelmatig een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en slechts zelden een psychiater. De sociaal-psychiatrische verpleegkundige ‘regelt’ de recepten voor zijn ‘cliënt’ via de huisarts, de eigen psychiater, maar helaas ook vaak bij toevallige artsen die de patiënt feitelijk niet kennen. Daarnaast worden patiënten regelmatig overgeplaatst naar andere afdelingen en zijn reorganisaties van GGZ-instellingen schering en inslag. Dit alles maakt het voor insiders al bijna niet te volgen, laat staan voor buitenstaanders. Vanuit zorginstellingen wordt op dit terrein aan apothekers ten onrechte nauwelijks voorlichting gegeven.
- 25 Onbekend maakt onbemind. Openbare apothekers hebben bij psychiaters vaak een slechte naam en omgekeerd. Het is mij nogal eens opgevallen, dat dit vaak drastisch verandert wanneer zij elkaar persoonlijk leren kennen. Dit is dan ook een van de belangrijkste functies van regionaal transmuraal farmacotherapieoverleg waaraan huisartsen, psychiaters en apothekers deelnemen.
- 26 Deze uitspraak suggereert dat ik thans weet waar de hoofdzaken liggen en dat er een stabiele set van dit soort hoofdzaken zou bestaan. Dat is natuurlijk niet het geval. Een belangrijke functie van het onderzoek naar de kwaliteit van de farmacotherapie bij psy-

- chiatrische patiënten is juist het ontdekken van belangrijke problemen waar een oplossing voor kan worden gevonden en waarbij dat veel gezondheidswinst oplevert.
- 27 In het kader van het project *Geneesmiddelen in de GGZ* is reeds in samenspraak met het Nationaal PAO-centrum Farmacie een cursus georganiseerd over het terugkoppelen van prescriptiegegevens inzake psychiatrische patiënten. Ook andere organisaties (bijvoorbeeld POA Nascholing Apothekers B.V.) organiseren cursussen en symposia voor apothekers op het terrein van de farmacotherapie van psychiatrische patiënten. Dergelijke activiteiten moeten worden bevorderd.
- 28 Zich profileren als medicus wordt psychiaters van harte aanbevolen. In ons ‘Grote Voorbeeld’ de Verenigde Staten van Amerika voltrekt zich op dit moment de discussie of psychofarmaca niet even goed door psychologen kunnen worden voorgeschreven. In twee staten, New Mexico en Louisiana, is dat reeds toegestaan (Letter from APA President M.B. Riba, 4 oktober 2004). Ik ben overigens geen voorstander van een dergelijke regeling. Wel heb ik wel eens de fantasie dat het goed zou zijn psychiaters die hun kennis en ervaring op het terrein van de fysische diagnostiek niet op aantoonbare wijze onderhouden, de bevoegdheid om psychofarmaca voor te schrijven te ontnemen.

- 29 Tijdens dit overleg tussen psychiaters, huisartsen, openbare apothekers en ziekenhuisapothekers kan worden gesproken over het opstellen en naleven van een regionaal formularium en van lokale behandelingsprotocollen. Het is echter belangrijk om ook tijd te besteden aan het bespreken van interessante casus. Dit spreekt vaak meer tot de verbeelding en sluit beter aan op de praktijk.
- 30 In de moderne Nederlandse maatschappij is dit echter niet genoeg. Gezondheidszorgprojecten zijn in Nederland kansloos wanneer het niet primair om kostenreductie gaat. Om deze reden zal ook veel aandacht moeten worden besteed aan de financiële consequenties van de te treffen maatregelen. Hierbij geldt als overweging, dat het vroeg detecteren van gezondheidsproblemen en zeker het identificeren van ombuigbare gezondheidsrisico's vaak belangrijke besparingen oplevert. Wanneer de ziekte verder is voortgeschreden en medische complicaties zijn opgetreden, moeten meestal veel hogere kosten worden gemaakt. Dit element moet een duidelijke plaats krijgen bij het evalueren van de effecten van experimenten.
- 31 De veranderde regelgeving inzake het registreren van geneesmiddelen en de grote veranderingen die hebben plaatsgevonden in de farmaceutische industrie resulteren in een verschraling van de behandelingsmogelijkheden. In de psychiatrie beschikken behandelaars slechts voor een klein gedeelte van de indica-

- tiegebieden over geregistreerde geneesmiddelen. Onlangs hebben wij bepleit dat de overheid een actief stimulerende rol gaat vervullen wat betreft het onderzoek naar de effectiviteit van psychofarmaca voor de behandeling van voor geneesmiddelenontwikkelaars economisch minder interessante psychiatrische ziektebeelden (A.J.M. Loonen & J.B. Bakker. Economische motieven belemmeren geneesmiddelenonderzoek. Pharmaceutisch Weekblad 2004:139:1276-7).
- 32 Zonder beschermende maatregelen kunnen de mensen met een chronische psychiatrische ziekte makkelijk tot de grote verliezers gaan behoren bij de eenwording van Europa. Mede door dit eenwordingsproces en de prioriteiten die in samenhang daarmee worden gesteld, is in Nederland sprake van een belangrijke kwaliteitsvermindering van onderwijs, gezondheidszorg en sociale voorzieningen. Men dient zich te realiseren dat mensen met een ernstige sociale handicap vaak nauwelijks aan de negatieve consequenties van deze verschraling kunnen ontsnappen. De recente uitbreiding van de Europese Gemeenschap maakt het vooruitzicht er niet beter op. Een werkbezoek aan een psychiatrische inrichting in bijvoorbeeld Roemenië kan heel leerzaam zijn om het effect van nivellering van de psychiatrische zorg binnen de Europese Gemeenschap te kunnen inschatten.

- 33 Met het project *Geneesmiddelen in de GGZ* van GGZ Nederland, waarvan ik projectleider ben geweest, is, al met al, veel bereikt. In het kader van dit project is een streefnormenrapport opgesteld voor de farmaceutische zorg in GGZ-instellingen. Ook hebben nascholingsactiviteiten plaatsgevonden en is de basis gelegd voor een netwerk van geneesmiddelencommissies. Wat nog niet is gerealiseerd is een internetsite waar specifieke informatie over het voorschrijven van geneesmiddelen wordt samengebracht. Ook is nog onvoldoende inhoud gegeven aan het doen plaatsvinden van regionale transmurale farmacotherapiebesprekingen. De basis daarvoor is echter wel gelegd. Bij de uitvoering van het project is mij ook duidelijk geworden, dat het vertrouwen van de professionals in hun overheid in het algemeen gering is. Men is bevreesd voor ‘dubbele agenda’s’ en plaatst vraagtekens bij de integriteit van de leden van de ‘Vierde macht’. Dit verkleint de bereidheid medewerking te verlenen aan projecten die door de overheid worden geïnitieerd. Mijns inziens is dit een zorgwekkende ontwikkeling, die zich mogelijk op meer terreinen van de samenleving voordoet.

COLOFON

Zo zijn onze manieren,
Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt
van hoogleraar in de Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten,
namens de Stichting DeltaBouman,
aan de Rijksuniversiteit Groningen op
dinsdag 7 december 2004
door dr. Anton J.M. Loonen

© dr. A.J.M. Loonen

Uitgegeven door Stichting DeltaBouman
Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal
t. 010-50 31 304
www.deltabouman.nl/info@deltabouman.nl

Illustratie: Jos Thommassen
Vormgeving: M/vG Ontwerpers, Breda/Den Haag
Druk: De Nieuwe Grafische, Rotterdam

Poortugaal, november 2004
ISBN 90 807389 2 1