

DESKUNDIG OF ERVAREN

Lezing gehouden in psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild, Amersfoort, 20 september 1983.

Ik zal een vrij algemeen verhaal houden om duidelijk te maken wat voor ervaringen je kunt opdoen als psychiater als je zo'n 25 jaar in de psychiatrie zit. Ik heb in die tijd de hele ontwikkeling van de psychofarmacologie meegemaakt.

Toen ik met mijn werk begon, was het eigenlijk een revolutionaire tijd omdat het aanzien van de psychiatrie, het werk in de psychiatrische ziekenhuizen, geweldig was veranderd door het gebruik van psychofarmaca.

Aanvankelijk hadden wij daar hoge verwachtingen van. Ik heb een paar jaar in de inrichting gewerkt, P.Z. Santpoort, daarna ben ik in de vrije praktijk terechtgekomen, maar je wordt toch altijd met de werkzaamheden in het psychiatrisch ziekenhuis geconfronteerd wanneer je eigen patiënten moeten worden opgenomen of wanneer ze weer worden ontslagen.

En al die tijd, 25 jaar lang, zit je met de grote vraag: wanneer ik middelen voorschrijf, wat doe ik dan en doe ik het wel goed. Of: wat heeft een ander gedaan en heeft hij dat wel goed gedaan?

Om te weten wat je doet heb je deskundigheid nodig. Grote vraag: hoe deskundig zijn nu de deskundigen? Want daar ben je van afhankelijk wanneer je aangewezen bent in je leven om psychofarmaca te moeten nemen.

In de loop van de jaren ben ik geweldig geschrokken van mijn eigen gebrek aan deskundigheid op het gebied van de psychofarmacologie.

Ben ik dan zo'n slechte psychiater? Ja dat kan zijn. Maar als je probeert er achter te komen wat je doet, dan blijkt dat de kennis die voorhanden is gewoon niet past op de dagelijkse praktijk, in de omgang met mensen die in de psychiatrie hulp zoeken.

Waarom was mijn deskundigheid dan zo gebrekkig?

Een voorbeeld. Ik heb 25 jaar lang in mijn praktijk een steeds toenemende reeks van benzodiazepines, (librium, valium, mogadon, dalmadorm, seresta, temesta, enz.) voorgeschreven. Natuurlijk heb ik daarover boeken gelezen, natuurlijk heb ik dat in volle overtuiging gedaan, dat ik mijn patiënten daarmee een dienst bewees.

Vier jaar geleden heb ik tot mijn schrik bemerkt dat een heleboel verschijnselen die mijn patiënten mij vertelden niet als bijwerkingen bijv. van de benzodiazepines heb onderkend, maar gehouden heb voor variaties in de belevingswereld van mijn patiënten.

Als je dan op een goeie dag tot de ontdekking komt dat je 21 jaar lang met je neus op de feiten hebt gezeten, en je hebt heel veel gewoon onopgemerkt aan oog en oor voorbij laten glippen, dan is dat een demasqué.

Mijn ogen zijn opengegaan bij de ontdekking van de bijwerkingen van een nieuw geïntroduceerd slaapmiddel destijds, Halcion.

Met Halcion heb ik een duizendtal ziektegeschiedenissen verzameld, waarvan de ene nog dramatischer is dan de andere. Er is heel veel tegen geschreven, tegen deze ontdekkingen. Omdat men zei: nou ja, wat wil die psychiater nou vertellen, hij praat over psychiatrische patiënten en natuurlijk liggen daar de werkingen anders dan bij niet-psychiatrische patiënten.

Ik heb die kritiek niet uit de wereld kunnen helpen. Er zijn nl. in die periode een groot aantal mensen naar mij verwezen die nooit in handen van een psychiater zouden zijn gekomen ware het niet dat zij om een of andere reden Halcion voorgeschreven hebben gekregen. Deze mensen zijn zo

ziek geworden, dat ik in de psychiatrie eigenlijk zelden zo veel tragiek heb gehoord uit de mond van mensen als in die tijd.

Als je er dan achter komt dat Halcion dat doet, als één van de nieuwste benzodiazepines (en ik ga er nu niet op in waarom Halcion dat doet), dan ga je in de jaren daarna kijken naar alle andere benzodiazepines.

En wie schetst mijn schrik dat ik er achter kom dat ik zelf al jaren lang temesta, seresta, mogadon, etc. heb voorgeschreven en dat ik niet herkend heb dat die patiënten onder mijn handen heel langzamerhand afgegleden zijn in een soort apathie, levensmalaise, waarvan ik steeds dacht dat dat kwam omdat die mensen aan levenslust derfden.

Sindsdien heb ik een groot aantal van mijn eigen patiënten, maar ook uit andere praktijken, van de benzodiazepines afgeholpen, maar toen merkte ik ook weer tot mijn grote schrik dat het haast niet te doen was om iemand die jaren lang allerlei benzodiazepines had gebruikt, daarvan af te krijgen.

Verder merkte ik nog dat, als je een aantal jaren benzodiazepines gebruikt, daarna een tijd niet, dat je dan nog niet beter bent.

Iedere farmacoloog zal je vertellen: schaf een middel af, de halfwaardetijd bedraagt X uur maal twee en na die tijd is het middel gewoon uit je lichaam. Dus binnen 24 uur, hooguit binnen een week ben je van het middel af en werkt het niet meer.

Vergeet het maar! Dat is niet waar. Ik kan het niet verklaren. Als je het een psychofarmacoloog gaat vragen dan zegt-ie, dat kan niet. Hoogstens kan hij zeggen: ik kan het niet begrijpen, maar ik wil er wel aandacht aan besteden.

Dan krijg je dat de hoogstgeleerde mensen die hele geleerde artikelen hebben geschreven gedurende vele jaren over de werkingen van psychofarmaca, dat die gewoon naar de ervaringen van een medicus-practicus niet willen luisteren.

Nou wordt dat luisteren bij hen ook wel bemoeilijkt door het feit dat ze een heel andere taal spreken met muizen en ratten dan ik met mijn patiënten.

Wie is er nou wel deskundig? Mijn deskundigheid was gering, de deskundigheid van psychofarmacologen is uitermate beperkt, veel meer dan ze zelf zullen toegeven.

Ik ben er door Halcion van overtuigd: de meest deskundige dat is de patiënt.

Maar die cliënt: net zo goed als ik als psychiater/praktikus met de psychofarmacoloog in een taal praat die de zijne niet is waardoor hij niet naar mij luistert, zo ben ik weer deskundig ten opzichte van mijn cliënt, en die vertelt mij ervaringen op een manier die weer niet past in mijn vocabulaire.

Dus ik moet mij ontdoen van de mij gebruikelijke terminologie; en als ik me daarvan ontdoe en ik heb dan ook nog de bereidheid om heel veel tijd te besteden aan wat iemand mij dan vertelt over zijn ervaringen, om daarnaar te luisteren - ik heb de gewoonte gekregen alles letterlijk op te schrijven - toen ben ik tot de ontdekking gekomen dat al die mensen dezelfde dingen zitten te vertellen.

Het blijkt dus dat ik met de tot mijn beschikking staande terminologie gewoon een heleboel niet in huis heb wat cliënten wel in huis hebben. Ik ben er dus achter gekomen dat de belangrijkste deskundige op het gebied van werkingen en bijwerkingen van medicijnen dat is de cliënt zelf.

Maar daarvoor moet je de bereidheid hebben om een ongehoorde hoeveelheid tijd te besteden aan het registreren van wat de mensen als waarneming menen te hebben gedaan.

Niet elke vermeende waarneming is een reële waarneming maar vergelijk je de waarnemingen die de verschillende mensen vermelden dan blijkt wel degelijk dat je die kunt rubriceren en dat je je moet gaan afvragen of dat in relatie staat tot de hoeveelheid voorgeschreven middelen, tot de duur van het gebruik van de geneesmiddelen, of van de combinatie.

Het is mijn ervaring dat, als ik patiënten uit de gemiddelde psychiatrische ziekenhuizen terugkrijg, dat ik schrik van de te hoge doseringen als wel van de combinaties van middelen.

In Nederland, en we leven hier wat dat betreft nog in een gezegend land, komt het voor dat mensen een combinatie hebben van neuroleptica en een combinatie hebben van benzodiazepines!

En dan schrijft wel de overheid, het bureau Bijwerking Geneesmiddelen, in een bulletin aan alle artsen van Nederland, oktober 1982, dat je benzodiadepines als slaapmiddel nooit langer moet voorschrijven dan drie weken, lach niet; dat je een benzodiazepine als angstwerend middel nooit langer moet voorschrijven dan vier maanden, lach niet; en dat je helemaal geen benzodiazepines moet voorschrijven in combinatie, of je moet zeer voorzichtig te werk gaan.

Dan denk ik dat ik in Fabeltjeskrant zit te lezen, want in de gewone praktijk pakt dat heel anders uit.

Bovendien, in mijn contact met collegae blijkt voortdurend dat ze dergelijke richtlijnen van het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen onzinnig vinden.

Dan zit je dus midden in de problemen.

Hoe komt het dat artsen een dergelijke, in mijn ogen zeer betrouwbare voorlichting van de overheid, over het oog zien?

Dat komt omdat artsen voortdurend onderhevig zijn aan reclamecampagnes door geneesmiddelenfabrieken die er zeer veel belang bij hebben dat hun middelen, die duur op de markt zijn gebracht, daar ook blijven en dat hun omzet wordt vergroot.

Het is natuurlijk belachelijk dat, wanneer in Zeeuws Vlaanderen blijkt dat het slaapmiddelgebruik terugloopt, dat dan niet iedereen die daarbij betrokken is 'hoera' roept, want er zal dan wel iets goeds in Zeeuws Vlaanderen aan de hand zijn waardoor de mensen beter kunnen slapen.

Nee, in plaats daarvan, worden er weer geneesmiddelvertegenwoordigers naar Z.V. gestuurd om te zorgen dat ze hun portie weer afnemen.

We zijn eigenlijk de prooi van een wonderlijk spel van krachten waarin we weinig inzicht hebben, wat bepaalt nu het voorschrijfgedrag?

Wat ik zou willen bepleiten is dat in de eerste plaats iedereen die geneesmiddelen gebruikt een willig oor vindt bij zijn behandelend medicus en bij de verpleging om te kunnen vertellen wat er in zijn innerlijk bestaan is veranderd, of wat hij denkt dat er veranderd is door gebruik van geneesmiddelen, of door verandering door combinaties van middelen. Het is uitermate belangrijk dat het goed gedocumenteerd wordt.

Dan moet er te allen tijde voorzichtig met een cliënt geprobeerd worden om de medicatie zo laag mogelijk te krijgen.

En dat dat zal resulteren in een beter welbevinden van de cliënten, daaraan is voor mij geen twijfel mogelijk.

Bovendien wil ik ervoor pleiten dat er niet zakelijk geïnteresseerde instanties zijn die medici voorzien van zeer uitvoerige informatie, en dat, met de bescheidenheid dat alleen de medicus/practicus, die voorzien wordt van uitvoerige psychofarmacologische informatie, die de tijd neemt om zorgvuldig af te wegen wat voor informatie hij krijgt bij de deskundige bij uitstek: de cliënt, dat alleen die medicus in staat is om zich op een juiste manier op te stellen bij het voorschrijven van geneesmiddelen.

Ik wil met een ding besluiten.

Als U mij morgen voor de keus stelt om alles wat we aan geneesmiddelen hebben in de psychiatrie, om dat af te schaffen, dan vindt U in mij géén medestander.

Wij kunnen de psychiatrische middelen helaas niet missen.

Het enige wat ik geprobeerd heb te vertellen is, dat artsen heel voorzichtig moeten zijn met het toepassen van de middelen die we in de psychiatrie ter beschikking hebben.

Dat de mensen het recht hebben om te vertellen wat hen ervan bekomt en niet bekomt.

En wat er voor ongerustheid, door de bijwerkingen die er eventueel komen of de werkingen die er zijn, zich van hen meester maakt.

Maar ik wil de in de psychiatrie gebruikelijke middelen niet kwijt.

Ik wil wel pleiten voor een uitermate grote voorzichtigheid, dat wil ik toch wel even benadrukken, dat het niet zo moet zijn dat U denkt dat ik het allemaal fout vind. Dat is niet waar.

Dr. C. v.d. Kroef, psychiater