

Knack

ALS DE ROOK OM JE HOOFD IS VERDWENEN

Het pas geïnstalleerde Platform Psychofarmaca wil het massale pillengebruik terugdringen. De medicatie wordt te vaak gegeven als quick fix, wegens de lange wachtlijsten en problemen om een goede therapie te krijgen. Dokter Geert Dom, voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, maakt zich zorgen.

De Belgen slikken zo veel pillen dat de kosten voor de overheid de pan uitswingen. Het nieuwe Platform Psychofarmaca, dat zonet van start ging met vertegenwoordigers van de sector en de administratie, heeft als doel tot een adequater gebruik te komen. Volgens gegevens van de Algemene Pharmaceutische Bond nam de consumptie van antipsychotica met 75 procent toe in tien jaar (2000-2011), maar de Riziv-uitgaven ervoor zijn liefst verviervoudigd. Het verbruik van Rilatine voor jongeren die zogezegd aan ADHD lijden, is zelfs verdubbeld in vijf jaar. Ook het aantal voorschriften voor antidepressiva is het afgelopen decennium meer dan verdubbeld. Vooral bij ouderen, ook al zijn zij het gevoeligst voor de ongewenste neveneffecten. Reden genoeg voor dokter Geert Dom, de nieuwe voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, om zich ernstig zorgen te maken.

Geert Dom: 'Dat is nu echt een hot item: tot 30 procent van de mensen in rusthuizen krijgt zware medicatie als gedragsregulatie, slaapcorrector, of wanneer ze wat lastig doen. Om ze stil te houden dus, als ik een kat een kat mag noemen. Maar de nadelen zijn onder meer een hoger valrisico en andere motorische problemen, cognitieve achteruitgang, afvlakking en desinteresse. Onze vereniging wil, samen met de eerste lijn, streven naar betere richtlijnen voor psychofarmaca bij ouderen.'

Bijna 14.000 jongeren die nu antipsychotica slikken: is dat gevaarlijk?

Geert Dom: Er is daar een probleem. Hoewel medicatie in veel gevallen op zijn plaats is, denk ik toch dat antipsychotica bij jongeren te veel worden voorgeschreven, en niet altijd wetenschappelijk gegrond. Dit is trouwens een internationale trend. Vaak worden ze gegeven tegen storend gedrag en agressie, terwijl het toch bedoeld is voor psychotische stoornissen. We weten dat een jong brein in ontwikkeling zeer gevoelig is voor medicatie. We weten dat antipsychotica zware bijwerkingen kunnen hebben. Maar wat als intensieve psychosociale begeleiding niet voorhanden of ontoereikend is? Gedragsproblemen van kinderen kunnen een gezin soms totaal ontwrichten.

De fenomenale stijging van Rilatine lijkt toch een schoolvoorbeeld van overmedicalisering. Acht op de tien huisartsen zeggen onder druk te staan om het voor te schrijven.

Dom: De scholen noteren een grote stijging, dat is onmiskenbaar zo, maar er zijn ook enorme regionale verschillen. In West-Vlaanderen wordt het veel meer voorgeschreven dan elders. Dat toont toch dat de medicatie vaak niet op basis van goede, objectieve criteria gegeven wordt, en zonder de noodzakelijke coaching en begeleiding. Als quick fix dus, hoe goed-bedoeld ook. Vaak ook wegens de lange wachtlijsten en problemen om nu een goede therapie te krijgen. Ook hier heeft Vlaanderen echt nood aan goede uniforme richtlijnen.



Liever pillen dan praten?

Dom: Wij zitten al tientallen jaren internationaal in de kopgroep voor psychofarmaca. Er heeft zich dus een cultuur geïnstalleerd om meteen naar pillen te grijpen als het niet gaat. Het is ook die mentaliteit van altijd een snelle oplossing te willen voor ons probleem. Verder speelt het taboe over psychische problemen een grote rol: we geven niet graag toe dat we therapie of begeleiding nodig hebben. Het stigma blijft in Vlaanderen een ongelofelijk probleem. En ten slotte is er gewoon het gebrek aan alternatieven: we zitten met die lange wachtlijsten en enorme moeilijkheden om, vooral ambulant, snel een diagnose of crisisopvang te krijgen.

Als je dochter een zelfmoordpoging doet, kan het zijn dat je maanden moet wachten op adequate hulp?

Dom: Voor opname kunnen mensen vaak nog terecht. Maar in de ambulante crisisopvang is het echt niet goed gesteld. Recente initiatieven proberen nu wel psychiatrische bedden naar ambulante zorg om te zetten. Dat je drie maanden op een behandeling moet wachten, is nu helaas een realistisch scenario. Er zijn zeker Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg met wachtlijsten van drie maanden of langer. Of er is gewoon een stop. Er zijn ook psychiaters met privéconsultaties waar je pas over enkele maanden een afspraak krijgt. Zelf neem ik in mijn privépraktijk niemand meer aan, want mijn agenda zit vol met de patiënten die ik opvolg. Als ik iemand moet doorverwijzen voor een goede psychotherapie, kan ook ik soms maanden niets vinden. Kortom, de toenemende discrepantie tussen de stijgende vraag naar hulp en het beperkte aanbod is dramatisch aan het worden. Bijna een vierde van de bevolking heeft ooit te kampen met psychiatrische problemen. Met een goed familiaal en sociaal netwerk zijn velen gelukkig al geholpen. Maar de helft van hen is echt gebaat met professionele hulp, en daar komen we nu lang niet aan toe.

Kan dat levens kosten?

Dom: Ik heb zelf iemand gehad die overleden is en die op de wachtlijst stond - en hier betekent dat zes weken wachten, dus nog geen drie maanden. Hij is gestorven aan de gevolgen van zijn verslavingsproblematiek en had hier dus waarschijnlijk geholpen kunnen worden.

Waarom stijgt de vraag naar hulp zo?

Dom: Er is hier een enorm gebrek aan studies en registratie van gegevens, dus we weten het niet exact. Misschien omdat we beter screenen. Misschien omdat het maatschappelijke en familiale draagvlak afkalft. Misschien omdat de druk van de prestatie maatschappij toeneemt. Zeker lijkt mij dat de beschermende schil rond kwetsbare mensen afneemt of verdwijnt. Zeer belangrijk is bijvoorbeeld dat je werk hebt, anders dreigt leegte en identiteitsverlies. Maar in de huidige maatschappij is het bijna onmogelijk dat iemand met een psychiatrische aandoening, zelfs gestabiliseerd, nog werk op zijn niveau kan krijgen.

In het academiejaar 2009-2010 waren er amper zeven studenten aan alle Vlaamse universiteiten om met de specialisatie psychiatrie te beginnen. Toen schatte men het tekort al op 500 psychiaters. En nu?

Dom: De problemen nemen van jaar tot jaar toe, dat merk je aan de signalen op het terrein. Om op het niveau van Nederland te komen, zijn er 500 psychiaters meer nodig, waarvan 250 voor kinderpsychiatrie, de ergst getroffen groep. Je ziet Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg met vacatures die maanden blijven openstaan. Sommige hebben zelfs geen kinderpsychiater meer.

Ook in ziekenhuizen raken steeds meer functies niet meer vervuld. Er zijn ziekenhuizen, gelukkig uitzonderingen, waar één psychiater maandenlang op zijn eentje verantwoordelijk is voor de hele psychiatrische eenheid. Er is de laatste jaren een zeer lage instroom terwijl de groep psychiaters erg verouderd en er meer uitstromen. We hebben nu precies 1841 actieve psychiaters voor een bevolking van 11 miljoen mensen, verhoudingsgewijs een stuk minder dan Nederland en Frankrijk.

Vandaar dat een patiënt in een instelling de psychiater amper tien minuten per week ziet?

Dom: Ja, maar dat is alleen de wettelijke norm voor T-diensten voor chronische patiënten: 24 uur per 120 patiënten per week. Om-gerekend dus 12 minuten per week. Maar het is niet helemaal correct dit zo te zien. De taak van de psychiater is natuurlijk vooral om leiding te geven aan een multidisciplinair team, dat therapeutisch met de patiënt werkt. Toch vinden we dit kwalitatief onvoldoende en vragen we de overheid de normen en financiering te herzien.

Waarom is het vak blijkbaar zo weinig sexy?

Dom: Aan onze universiteiten wordt deze richting erg stiefmoederlijk behandeld. In zes jaar geneeskunde komt psychiatrie amper drie weken aan bod. Hoe wil je dan dat studenten ervoor gemotiveerd zijn? Terwijl ook andere artsen en specialisten er voortdurend mee te maken krijgen. Ongeveer 30 procent van de consulten van huisartsen gaan over psychiatrische stoornissen. Ook op het vlak van beurzen en doctoraten doen de universiteiten zeer weinig voor ons. Het aandeel van de onderzoeksbudgetten geneeskunde voor psychiatrie is zo goed als niets. Weet je dat slechts 6 procent van het totale budget voor gezondheidszorg in België naar geestelijke gezondheidszorg gaat? Dat is buiten alle proporties. Ik vind het niet normaal dat er fenomenaal veel geld gaat naar scanners en andere hightechingrepen, terwijl men maar 6 procent over heeft voor psychische problemen die toch een enorme maatschappelijke impact hebben. We moeten het fundamentele debat aangaan om die scheve verhouding bij te sturen.

De stijging van psychofarmaca heeft natuurlijk ook te maken met de grote greep van Big Pharma op de sector. Heel veel psychiaters en hooglerars laten zich sponsoren. Ook jullie vereniging blijkbaar?

Dom: Ja, er is een grote impact van de farmaceutische firma's, maar dat is in de hele geneeskunde zo. Natuurlijk denken zij commercieel en willen zij meer pillen verkopen, en daar zit altijd een potentieel gevaar. Maar als vereniging zijn wij er tenminste zeer transparant over. Wij kregen de voorbije jaren 10.000 euro per farmaceutisch bedrijf, dus zo'n 70.000, 80.000 euro per jaar. We hebben nu echter beslist onze structurele werking vrij van sponsoring te maken en alleen nog onze twee jaarlijkse congressen te laten sponsoren. Daarom hebben we het lidgeld verdubbeld tot 250 euro. Op termijn zou natuurlijk een volledige loskoppeling ideaal zijn, zoals in Nederland.

En werkt u als professor aan de Antwerpse universiteit ook met de industrie samen?

Dom: Ik geef af en toe voordrachten die door farmaceutische bedrijven vergoed worden, en ik kreeg ooit 7500 euro als ondersteuning voor een niet-farmacologisch onderzoek. De industrie blijft natuurlijk wel wezenlijk voor onderzoek en ontwikkeling.

Het Antwerpse universitair ziekenhuis heeft zelfs zijn afdeling psychiatrie, de dienst van professor Paul Cosyns, gewoon af-geschaft en vervangen door een meer winstgevende afdeling.

Dom: Dat is een verhaal van grote schande. Het is toch schandalig te noemen dat een universitair ziekenhuis gewoon zijn hele afdeling psychiatrie opdoekt, als je weet hoe belangrijk die problematiek is, gewoon omdat ze te weinig opbrengt. Gelukkig is hier heel recent een nieuwe dienst opgericht in samenwerking met het Psychiatrisch Ziekenhuis in Duffel.

Ook voor psychiaters is de bezoldiging minder interessant?

Dom: De loonspanning bij specialisten is groot. In ziekenhuizen verdienen nefrologen bijvoorbeeld tot drie keer meer dan psychiaters. In vergelijking met psychiaters in de ambulante centra is het verschil nog veel groter. Terwijl het toch een complex vak is waarvoor je erg veel skills moet hebben en veel verantwoordelijkheid draagt. Ook binnen de psychiatrie zelf zijn de verschillen schabouwelijk. Een forensische psychiater moet voor amper 365 euro een expertise doen. Bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg werken psychiaters voor 2000 tot 3000 euro per maand. Zowat de helft van in Nederland.

Daarom zijn er zo veel Vlaamse psychiaters naar Nederland vertrokken?

Dom: Er zijn enorme cohorten vertrokken en de zuigkracht blijft groot, al heeft Nederland nu ook besparingen in de geestelijke gezondheidszorg. Vlamingen vormen tot de helft van de psychiaters in de instellingen in het zuiden van Nederland. Ja, onze psychiaters zijn gegeerd, en terecht, want ze zijn erg goed. Dat wil ik toch nog benadrukken: dat hier enorm veel goed werk gebeurt, niet alleen door psychiaters, maar door het hele werkveld. Wat wij hier doen met heel beperkte middelen, vindt men in het buitenland ongelofelijk.