

Verslag Breingeindag d.d. 22 maart 2010

‘Pillen voor de geest?!’

1. Opening

Dagvoorzitter, Gee de Wilde, heet de deelnemers aan de Breingeindag 2010 van harte welkom. Hij geeft een toelichting bij het programma, dat vandaag om het wel of niet slikken van pillen draait. Hij vraagt degenen in de zaal die nog nooit psychofarmaca geslikt hebben hun vinger op te steken; het blijkt slechts een klein deel van de deelnemers te zijn. Desgevraagd vertelt hij dat hij ze zelf nooit geslikt heeft, ook geen tranquillizers en ook geen Sintjanskruid.

Vervolgens peilt hij wat voor categorieën van personen aanwezig zijn:

- psychiaters: anderhalf;
- cliënten, ex-clieënten, vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en –raden: ongeveer 80%;
- familieleden en naastbetrokkenen van cliënten: ongeveer vier;
- ggz-hulpverleners: ongeveer tien;
- ggz-managers: geen;
- vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie: geen.

De laatste uitkomst ontlokt hem de uitspraak dat iedereen vandaag dus vrij-uit kan spreken. Daarna geeft hij het woord aan Bert Aben, lid van de Werkgroep Week van de Psychiatrie.

Bert Aben licht toe dat het thema van deze 36^{ste} Week van de Psychiatrie is: zin en onzin van pillen. Dat is geen nieuw thema, maar het is wel een belangrijk en interessant thema. Iedereen kent verhalen van mensen die gestopt zijn met pillen slikken, al dan niet onder begeleiding. Een voorbeeld: een cliënt kon volgens zijn behandelaar wel stoppen met slikken. Twee maanden later gooide de cliënt echter met bloempotten naar fietsers. Met de medicatie van die cliënt is het later wel weer goed gekomen, maar hij had zich wel zo onmogelijk gemaakt, dat hij moest verhuizen. Dus: je moet er kritisch mee omgaan, zowel met slikken als met stoppen.

De Werkgroep Week van de Psychiatrie heeft dit jaar de pech gehad dat het zonder zijn voorzitter te moeten doen, doordat de Stichting Pandora zichzelf onverwachts heeft moeten opheffen. Dat heeft er toe geleid dat de voorbereidingen dit jaar laat op gang zijn gekomen en

gekozen moest worden voor een sterk afgeslankte Week. De Werkgroep heeft dit jaar onderdak gekregen bij LOC Zeggenschap in zorg, dat een substantiële bijdrage levert op financieel en personeel vlak.

Vandaag gaat het vooral om het verhaal van de cliënt, dat ongelooflijk belangrijk is. In de subgroepen zal daarvoor alle ruimte zijn. De professional heeft verstand van medicatie, maar het is de cliënt die de medicijnen slikt – of niet slikt. Een goede afstemming tussen cliënten en de beroepsgroep over zin en onzin van medicatie is van groot belang.

Bert Aben verwijst naar de website van de Week van de Psychiatrie, waar veel informatie over het thema van deze Week wordt gegeven.

Aansluitend rapt Jeanny Severijns haar gedicht over het afbouwen van medicatie:

Rap-satire over de Afbouw

Beste mensen opgelet,
kijk heel goed op Internet.
Bouw heel langzaam af,
voor het einde in je graf.
Yeah boe...yea boe...
en de psychiater,
gooi hem in het water,
tralalala... tralalala.

Weg met al die pillen;
doe wat jullie zellef willen.
Je hebt een eigen brein
en dat is lekker fijn.
Yeah boe...yea boe...
Gooi de farma-troep
lekker bij de poep.
Tralalala... tralalala.

Bouw heel langzaam af,
snel gaan dat is maf.
De Cliëntenbond
stuurt de folders rond.
Yeah boe...yea boe...
en de psychiater
zwemt nu in het water.
Tralalala... tralalala.

Gee de Wilde geeft vervolgens het woord aan René Kragten, lid van de Werkgroep Week van de Psychiatrie, voor een toelichting bij het thema van vandaag.

2. René Kragten: Pillen voor de geest?!

De werkgroep organiseert dit jaar van maandag 22 maart tot 29 maart alweer de 36e Week van de Psychiatrie. De Week van de Psychiatrie is 36 jaar geleden in het leven geroepen om aandacht te vragen voor de positie van mensen met psychische problemen in de Nederlandse samenleving.

Het thema van de Week van de Psychiatrie in 2010 is "Pillen voor de Geest?!" Het gaat dit jaar over het gebruik van medicatie bij psychische problemen.

Eerst even een positief geluid!

Na zeer donkere en ellendige jaren gloort er eindelijk licht aan de horizon; de bekende cabaretier Mike Boddé kruipt langzaam uit zijn depressie, dankzij Anafranil. Voor alle duidelijkheid, Mike werd gered door zijn psychofarmaca. Zonder zijn pillen kan hij volstrekt niet functioneren.

Naast de kritische geluiden over psychofarmaca horen we ook veel positieve geluiden, ook al kun je die geluiden niet zo makkelijk terugvinden op internet. Je kunt wel veel kritische artikelen lezen over psychofarmaca.

We beginnen dus met een positief geluid. De laatste jaren zijn psychofarmaca sterk verbeterd. Voor bepaalde groepen mensen met psychische en psychiatrische problemen is het stoppen met de psychofarmaca niet aan te raden.

Wij horen wel geluiden van cliënten die minder medicatie willen gebruiken, die ervaringen willen uitwisselen over medicatie en mensen die op zoek zijn naar alternatieven voor psychofarmaca. In deze Week van de Psychiatrie gaat het over *zinvol* medicijngebruik.

Gebruik van psychofarmaca stijgt

Het gebruik van psychofarmaca is in tien jaar tijd verdubbeld. In Nederland gebruiken bijna één miljoen mensen antidepressiva. De laatste tijd is uit meerdere onderzoeken gebleken dat veel mensen met een lichte of matige depressie deze antidepressiva niet nodig hebben. Dat het niet werkt. Er is psychofarmaca voor volwassenen, ouderen, jongeren en zelfs voor kinderen.

In de geestelijke gezondheidszorg worden medicijnen voorgeschreven in verband met psychische klachten, zoals depressie, slaapproblemen, angst, overactiviteit, dwanghandelingen, een onrustig gevoel, stemmingsstoornissen en wanen. Soms gebeurt dat op basis van een oppervlakkige diagnose.

Bijwerkingen en werking

Mensen die psychofarmaca gebruiken hebben nogal eens last van bijwerkingen. Hier is niet zo vaak aandacht voor. Ook is het gebruik van dit soort medicatie een vorm van gokken. Het is bijna niet mogelijk te voorspellen welke werking medicatie heeft bij een willekeurige persoon. Iedereen reageert anders op deze medicijnen.

Welke medicijnen zijn effectief?

Er is nog te weinig uitwisseling van ervaringen van cliënten als het gaat om het gebruik van psychofarmaca. Er zijn allerlei vragen:

- Klopt het dat de bijwerkingen vaak sterker zijn dan de bedoelde werking?
- Kan psychofarmacagebruik gedachten over zelfmoord veroorzaken of versterken?
- Is het gebruik van psychofarmaca wel verantwoord? De werking lijkt soms puur toeval.
- Is de precieze werking van psychofarmaca bekend? Bijvoorbeeld op langere termijn?

- Wordt ik niet steeds afhankelijker en ook verslaafd aan psychofarmaca?

Het belang van psychofarmaca

De farmaceutische industrie heeft veel baat bij een groeiende afzetmarkt. Die markt van psychofarmaca wordt steeds groter omdat het aantal personen met psychische en psychiatrische problemen sterk is gestegen. Voor elk probleem bestaat inmiddels wel een pilletje. Het lijkt alsof psychische en psychiatrische problematiek vooral als een biologisch verschijnsel wordt gezien. De vraag is of dit eigenlijk wel klopt. En.... wie heeft er belang bij het verstrekken van zó veel psychofarmaca?

Als het gaat om onderzoek naar de behandeling op psychisch/psychiatrisch gebied, zien we dat onderzoek vooral wordt uitgevoerd of gefinancierd door de farmaceutische industrie.

Te snel en te makkelijk

Artsen schrijven té snel en té makkelijk medicatie voor bij psychische of psychiatrische problematiek. Mensen krijgen al snel medicatie voorgeschreven als de huisarts denkt dat het gaat om een depressie of andere psychische klachten. Het gebruik van psychofarmaca heeft vaak grote gevolgen voor de persoon in kwestie. Té snel beginnen met psychofarmaca kan allerlei gevolgen hebben. Dat kun je van te voren niet zo gemakkelijk overzien.

De dosering van deze medicatie is in veel gevallen te hoog of juist weer te laag. Psychofarmaca veroorzaken op langere termijn verstoring van de natuurlijke balans en van het gewone gevoelsleven. Er is te weinig aandacht voor verslavingseffecten.

Alternatieven voor psychofarmaca

Er is onvoldoende aandacht voor andere middelen, andere oplossingen dan psychofarmaca. Dit kun je ook zien aan de formele richtlijnen als het gaat om het bestrijden van psychiatrische problematiek. In die formele richtlijnen wordt vaak teveel nadruk gelegd op het belang van het gebruik van psychofarmaca.

Recent onderzoek, maar ook ervaringen van cliënten, leert ons dat er wel degelijk alternatieven zijn voor het gebruik van psychofarmaca. Bijvoorbeeld bij een groot deel van depressieklachten kan beweging, meditatie, ontspanningsoefeningen, lotgenotencontact, verandering van eetpatroon en leefpatroon méér opleveren dan het gebruik van medicijnen. Wij zijn van mening dat er te weinig wordt gezocht naar alternatieven voor psychofarmaca. Het Sint Janskruid bijvoorbeeld, wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar terwijl dit kruid in Duitsland in eerste instantie wordt voorgeschreven als er sprake is van een milde of matige depressie. Steeds meer cliënten zijn op zoek naar alternatieven voor psychofarmaca.

Psychofarmaca als vorm van verwaarlozing

We zien dat bij mensen met langdurige psychiatrische problemen de behandeling vaak alleen nog maar bestaat uit de verstrekking van psychofarmaca. Ook bij de zorg voor ouderen wordt te vaak en te gemakkelijk overgegaan tot het verstrekken van deze medicijnen. Er is geen geld of tijd voor échte aandacht. Er wordt mensen die afhankelijk zijn van hulp en zorg geen zinvol leven meer geboden. Het op deze manier voorschrijven van medicijnen zien we dan ook als een vorm van verwaarlozing, eveneens het té lang verstrekken van medicijnen, zonder het bieden van noodzakelijke hulp en steun.

Slot van mijn betoog. Psychofarmaca: ze zijn toch nodig!

En ik beëindig mijn verhaal met een positief geluid. Veel mensen melden ons dat zij zonder hun medicatie niet kunnen functioneren. De laatste tientallen jaren zijn medicijnen sterk verbeterd en voor bepaalde vormen van problematiek goed ontwikkeld. Voor bepaalde groepen mensen met psychische en psychiatrische problemen is het stoppen met de psychofarmaca geen reële optie.

Wij geven jullie niet het advies om te stoppen met het gebruik van psychofarmaca. Misschien is het wel goed om opnieuw kritisch te kijken naar het gebruik van deze medicijnen. In deze Week van de Psychiatrie gaat het over *zinvol* medicijngebruik. Ik wens jullie vandaag een interessante dag en veel inspiratie!

Voordat het minisymposium begint leest Jeanny Severijns nog een kort gedicht voor:

Met recept
naar apotheek;
doodziek
maar mijn laatste hoop.

Een medicijn
telkens na maanden,
bleek
geen soelaas voor
mijn pijn.

3. Minisymposium onder leiding van Gee de Wilde

Deelnemers:

- *Wim Jansen, klassiek homeopaat*
- *Rutger Kips, ervaringsdeskundige en deelnemer werkplaats MO van LOC*
- *Jeroen Mulder, ervaringsdeskundige, voorlichter van Pandora*
- *Detlef Petry, niet praktiserend psychiater*
- *Sytze Zuidema, specialist ouderengeneeskunde, onderzoeker*

Jeroen Mulder is 52 jaar en ervaringsdeskundige. Op zijn 40^{ste} kreeg hij zijn eerste psychose en in de twaalf jaar daarna heeft hij er nog vijf gehad. Hij is een enthousiast slikker van diverse psychofarmaca, maar het was wel een queeste om de juiste medicijnen en dosering te vinden. Hij is ook voorlichter van Pandora; hij geeft voorlichting op onder andere scholen en universiteiten om vooroordelen weg te nemen. Dat werkt wel, als mensen zien dat hij een gewone huisvader is, ondanks zijn ziekte. Overigens is de Stichting Pandora ter ziele gegaan, doordat de structurele subsidie per 1 februari van dit jaar is gestopt. Het is gelukt om de voorlichtingsclub van Pandora overeind te houden, doordat die is overgenomen door Cliëntenbond/Voice.

Rutger Kips is actief in de Werkgroep Maatschappelijke Opvang van LOC, die haar werkerrein heeft uitgebreid naar de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Hij geeft juridische hulpverlening aan dak- en thuislozen in Nijmegen, zonder dat hij zelf jurist is. Hij heeft zelf op straat rondgelopen en toen gemerkt dat er veel behoefte is aan juridische steun. Hij heeft een zuster die juriste is, en hij is gewoon begonnen met die juridische hulpverlening, met behulp van een mobiele telefoon. Intussen heeft hij een pool van advocaten om zich heen opgebouwd. Drugs en genotsmiddelen in de hallucinogene sfeer hebben altijd zijn interesse gehad. Zijn studie (moleculaire biologie) lag daar dichtbij. Hij noemt het een levenslange zoektocht naar wat er mis kan gaan in het menselijk lichaam en de menselijke geest, naar de verhouding van biologische en omgevingsaspecten in onze hersenen. Ook op sociaal niveau is dat heel interessant.

Sytze Zuidema is onderzoeker aan de afdeling eerstelijngeneeskunde van de Radboud Universiteit. Van huis uit is hij verpleeghuisarts, wat wil zeggen dat hij zich met ouderengeneeskunde bezighoudt. Hij is gepromoveerd op gedragsproblemen bij dementie. Hij is vandaag dus een vreemde eend in de bijt; hij werkt met mensen met dementie in verpleeghuizen. Het cliëntenperspectief van deze mensen is bijna niet vertegenwoordigd. Hij heeft ook kennis van de psychofarmaca; hij heeft namelijk onderzocht hoe vaak psychofarmaca worden voorgeschreven en wat de werkzaamheid ervan is bij mensen met dementie. Het gaat hier overigens om de zwaardere gevallen van dementie, want mensen met dementie worden zo lang mogelijk thuis verzorgd door betrokken partners. Opname vindt alleen plaats in het eindstadium, als dat niet meer kan, of als er gedragsproblemen zijn.

Wim Jansen is klassiek homeopaat en heeft sinds 25 jaar een praktijk in Weesp. Hij heeft twee kinderen met autistische stoornissen en hij is lid van de Centrale Cliëntenraad van De Bascule in Amsterdam; als zodanig is hij uitgenodigd om deel te nemen aan dit minisymposium. Het is gewoonte dat homeopaten soms proevingen doen, dat wil zeggen dat ze zelf medicijnen uitproberen. Daardoor heeft hij zelf ervaring met medicijnen, hoewel hij ze niet nodig heeft. De

klassieke homeopatie is ontwikkeld door Samuel Hahnemann, die heeft voorgeschreven hoe homeopatische medicijnen ontwikkeld moeten worden door middel van sterk verdunnen en langdurig schudden. Veel mensen denken dat er na 23 maal tien maal verdunnen geen werkzame stof meer in zit, maar onderzoek laat zien dat dat wel het geval is. In de moderne homeopatie is vaak sprake van samengestelde middelen, die je bij de apotheek kunt kopen. Dat zijn middelen zoals die van A. Vogel. Ze werken oppervlakkig, terwijl de klassieke homeopatische middelen diep werken. Wim Jansen benadrukt dat hij zijn cliënten nooit reguliere medicijnen onthoudt. Afbouwen van medicijngebruik moet altijd onder begeleiding plaatsvinden.

Detlef Petry is niet praktiserend psychiater: veertig jaar werkzaam in de GGZ en sinds een halfjaar in ruste. Veertig jaar geleden heeft hij als verpleegkundige gewerkt in Duitsland. Er werd toen nog veel gewerkt met electroshocks, spanlakens en dergelijke. Hij heeft daarna in Keulen zijn opleiding voor psychiater gedaan. In Keulen heeft hij veel met grootstedelijke problematiek te maken gehad, zoals psychosen bij jonge mensen. Later heeft hij op Vijverdal gewerkt met mensen met chronische psychiatrische stoornissen. Hij is dertig jaar met deze mensen omgegaan en ziet een aantal van hen nog steeds.

Vanuit de zaal wordt Detlef Petry gevraagd naar zijn mening over hulp bij zelfdoding van mensen met blijvend psychisch lijden. Hij verklaart dat je de vraag om hulp bij zelfdoding serieus moet nemen, als je goede zorg biedt. Het lijden is vaak levenslang en ernstig, maar als je goede zorg biedt, dan verdwijnt de wens om dood te gaan, dan ontstaat er hoop.

Gee de Wilde stelt het onderwerp van **bijwerkingen** aan de orde en vraagt Jeroen Mulder om een statement. Jeroen wil liever een anecdote vertellen: op zijn veertigste kwam hij voor de eerste keer bij een psychiater, tijdens een helder moment in een psychose. Hij dacht dat hij daar op een sofa zou liggen, zijn hart uitstorten en na een uur genezen naar huis zou gaan. De psychiater zei echter: we hebben wel wat voor die psychose, namelijk medicatie. Die heeft hij dan toch maar genomen. Bij iedere volgende psychose werd er gewisseld van medicijn en iedere keer deden de bijwerkingen de werking teniet. Steeds weer stopte hij met slikken wegens de bijwerkingen, zoals een zwak gevoelsleven. En daardoor kwamen de psychosen steeds weer terug. Zijn ervaring is dat vooral de bijwerkingen de oorzaak zijn waardoor mensen niet medicijntrouw zijn. Zelf loopt hij tegenwoordig in Almere bij de bijwerkingenpoli. Daar wordt gekeken naar de bijwerkingen die *dit* medicijn bij *jou* heeft en of het wel het juiste medicijn voor *jou* is. Vijf jaar geleden, toen hij weer eens van medicijn wisselde, heeft zijn arts contact opgenomen met de apotheker, die toen een analyse gemaakt heeft van alles wat hij eerder geslikt had en gekeken heeft wat voor hem het beste medicijn was. Dat was ook al een vorm van bijwerkingenpoli. Jeroen heeft nu een medicijn dat bij hem goed uitwerkt. Hij wordt er minder dik van en zijn gevoelsleven is weer teruggekomen, zodat hij nu weer kan meelachen met zijn kinderen.

Uit de zaal komen verschillende reacties. Een mevrouw vertelt dat ze in het begin heel medicijntrouw was. Ze wist niet dat de bijwerkingen door het medicijn veroorzaakt werden en ging steeds verder achteruit. Toen ze het verband wist, is ze gestopt met slikken en dat was voor haar het beste.

Een mijnheer vertelt over het libidoverlagende effect van zijn medicijn. Zelf heeft hij er geen problemen mee, hij voelt zich prettig met zijn medicijn, maar zijn vriendin moppert. Gee de Wilde wijst erop dat we allemaal relaties hebben en vraagt Jeroen of de bijwerkingenpoli daar ook rekening mee houdt. Jeroen vertelt dat de bijwerkingenpoli nog maar in de kinderschoenen staat. Het uitgangspunt is echter: medicatie mag niet verder antisocialiseren dan de ziekte al doet.

Hoe gaan psychiaters om met het **voorschrijven van medicijnen**? Detlef Petry heeft er dertig jaar ervaring mee. Tegenwoordig staat hij kritisch tegenover langdurig voorschrijven. Dat betekent niet zomaar stoppen, het gebruik moet afgebouwd worden. Tenslotte is hij ook bij jonge mensen heel kritisch geworden met voorschrijven. Hij vindt dat je eerst moet proberen of ze in een mensvriendelijke omgeving kunnen leven zonder medicatie. Pas als dat te veel lijden betekent, moet je overgaan tot voorschrijven van medicijnen, maar dat moet dan wel verantwoord gebeuren. Hij is voorstander van een participatieve manier van voorschrijven van medicijnen, wat betekent dat je als arts met de billen bloot moet. Niet voorschrijven vanuit macht, maar de cliënt medicatie voorstellen en vertellen wat de bijwerkingen zijn. Voorzichtig, laag gedoseerd beginnen en in de gaten houden of het medicijn werkt. Als de cliënt afgeschrikt wordt door het vooruitzicht van bijwerkingen, moet je naar alternatieven zoeken. Het grootste probleem is dat er te weinig hulpverleners zijn die goede zorg verlenen. Als er meer waren, dan zou het medicijngebruik met de helft kunnen teruglopen.

Vanuit de zaal vertelt een deelnemer dat hem al zijn medicijnen waren afgenomen, wat er na twee maanden toe leidde dat hij manisch-depressief werd. Hij durfde nergens meer naartoe. Hij wou van tien-hoog naar beneden springen, werd door politie naar beneden gehaald. Daarna heeft hij weer pillen gekregen, maar het duurt dan weer twee weken eer ze werken. Detlef benadrukt dat hij dit niet bedoelt. Als mensen langdurig pillen slikken, moet dat stapsgewijs afgebouwd worden, met veel begeleiding en kennis van zaken. En dan weet je nog niet of het lukt. Een mevrouw uit de zaal valt hem bij. Ze gelooft dat er veel fout gaat bij de eerste opname, bijvoorbeeld dat er meteen pillen worden voorgeschreven, zonder dat er een diagnose gesteld is en zonder dat je je eigen verhaal hebt kunnen doen. Ze vindt dat er meer Soteria-huizen moeten komen. Een andere mevrouw vertelt dat ze door bijwerkingen geen leven meer had, ze kon bijvoorbeeld niet meer traplopen en fietsen. Toen ze vroeg of ze kon afbouwen, werd ze bang gemaakt, maar uiteindelijk is ze toch geheel gestopt met slikken. Daarbij is ze een jaar lang begeleid met gesprekken. In het begin ging haar situatie erg op en neer, maar door die gesprekken kon ze dat hanteren. Nu gaat het steeds beter met haar.

Vanuit de zaal komt een pleidooi voor een multidisciplinaire aanpak bij dementie. De spreker noemt geheugenpoli's, waar allerlei disciplines samenwerken. Er moet wel een coördinator zijn, omdat het anders verwarrend wordt voor de cliënt. Gee de Wilde heeft de indruk dat psychiaters zelf wat multidisciplinairder moeten worden. Voor Detlef Petry is multidisciplinair werken vanzelfsprekend. Dat betekent o.a. dat je de verpleegkundige die de cliënt iedere dag zijn pillen geeft moet bijscholen over bijwerkingen en afbouwen van medicatie. Ook samenwerken met de huisarts is van belang. Uitgangspunt is een brede basiskennis, maar psychiaters zijn niet geschoold in medicijnen. Hun enige scholing over medicijnen bestaat uit de reclame van de farmaceutische industrie.

Sytze Zuidema onderschrijft dat je met zijn allen moet bepalen welke kant je opgaat. Ook aan verpleegkundigen moet goede voorlichting gegeven worden. Uit zijn eigen onderzoek is gebleken dat één op de vijf psychofarmaca niet werkt bij dementen met gedragsproblemen. Rutger Kops wijst erop dat alle psychofarmaca eigenlijk alleen als ondersteuning zijn bedoeld, niet als hoofdtherapie. Dat ze wel als hoofdtherapie worden gebruikt, komt door de bezuinigingen. De patiënt hoort de centrale persoon te zijn, maar de behandeling is niet gericht op het welbevinden en het sociale functioneren van de persoon. In zijn eigen geval was de medicatie het centrum van de therapie. Hij is zelf gestopt met slikken, waarbij zijn doel was: zelfstandig verder leven en een beetje gelukkig zijn. Daar is veel bij nodig, in interactie met de omgeving. Hij vindt: stoppen als je dat *kunt*. Het is nodig om te investeren in brede zorg.

Vanuit de zaal brengt een mevrouw naar voren dat het niet doordringt tot hulpverleners dat mensen die stoppen met slikken iets anders daarvoor in de plaats moeten krijgen. Hulpverleners vragen zich niet af: wat heeft deze cliënt dan *wel* nodig? De spreekster had problemen die te maken hadden met kindermishandeling. Toen ze stopte met slikken, kwamen die heftig naar boven, maar daar kreeg ze geen adequate behandeling voor. Er zijn hulpverleners die deskundig zijn in pillen geven, maar niet deskundig in behandelen. Rutger Kops beaamt dat gevoelens onderdrukt kunnen worden door pillen, en extra hard naar boven kunnen komen als je stopt met de medicijnen. De behandelaar moet dan de gelegenheid aangrijpen om in te gaan op de problematiek. Rutger vindt dat het nodig is om verpleegkundigen en artsen te scholen in zich inleven, ook in rare ideeën, als die rare ideeën werkelijkheid zijn voor de cliënt. Het gebeurt te weinig dat een hulpverlener zich inleeft in de cliënt.

Een mevrouw uit de zaal gelooft dat hulpverleners zich soms wel goed kunnen inleven in *psychiatrische* problematiek, maar als het om andere levensproblematiek gaat, kunnen ze niet daarin meegaan. Gevolg: als bepaalde problemen zijn opgelost, blijf je andere houden.

Gee de Wilde constateert dat het hier gaat om de **kwaliteit van de professionals**. Er wordt steeds gezegd: geen tijd voor, te druk. Is dat onzin? Rutger Kops gelooft dat er ondanks de bezuinigingen toch veel te winnen valt. In de scholing van behandelaars wordt te weinig aandacht geschonken aan inlevingsvermogen. Hij gelooft niet dat de kwaliteit van de behandelaars slecht is. Veel van hen doen heel erg hun best, maar ze blijven binnen de kaders, ze komen niet toe aan persoonsvolgend beoordelen.

Een andere opmerking uit de zaal is dat cliënten vaak hun eigen verhaal niet hebben kunnen of mogen doen. Een mevrouw vertelt dat ze alleen maar gesprekken wilde met een psychiater om de problemen uit haar jeugd te verwerken. Er werd echter een diagnose gesteld, op grond waarvan een opname werd gerealiseerd. Steeds weer werd haar gezegd dat het niet de problemen uit haar jeugd waren; er was een andere problematiek die behandeld moest worden. Er werd niet naar haar eigen verhaal geluisterd, en dat, terwijl een opname toch veel duurder is dan één of twee gesprekken per week.

Volgens Gee de Wilde is het probleem dat een instelling veel meer geld krijgt voor een opname dan voor gesprekken. Rutger Kops legt een verband met de marktwerking in de zorg, waar hij een uitgesproken tegenstander van is. Zorgaanbieders hebben belang bij een hoge omzet en daarom creëren ze kosten. Net zoals de farmaceutische industrie er belang bij heeft dat er pillen verkocht worden.

Gee de Wilde citeert uit een artikel uit de Volkskrant van 19 maart jl. over de **verschraving van de verpleeghuiszorg** en de overbelasting voor de verzorgenden. Het leidt tot veel frustratie en verloop van personeel, terwijl de bewoners boos en onhandelbaar worden. Sytze Zuidema herkent het beeld. De hulpverleners missen het gesprek met de cliënt. Vaak kunnen ze niets anders doen dan de cliënt een pilletje geven. Antipsychotica hebben bij veel mensen met dementie echter veel bijwerkingen. Ze worden te veel gebruikt, soms als vervanging van bestaande alternatieven. Er is meer voorlichting aan het personeel van verpleeghuizen nodig. Verpleegkundigen moeten ervan bewust gemaakt worden dat pillen schadelijk kunnen zijn: sufheid, problemen met lopen, risico van een beroerte bijvoorbeeld.

Vanuit de zaal wordt er gewezen op het project *Welzijn op recept* in Buren. Het houdt in dat huisartsen aan ouderen met psychosomatische klachten een recept voor 'welzijn' uitschrijven. De betreffende oudere krijgt daarvoor twee bezoeken van een coach. De bedoeling van het project is dat ouderen beter de weg vinden naar ondersteuning, activiteiten en sociale contacten en dat dit leidt tot minder medicijngebruik.

Een andere oplossing vanuit de zaal is gebaseerd op empowerment en sluit hierbij aan: één op één begeleiden, niet door professionals, maar door meelevende burgers. Gee de Wilde vraagt zich af of dit ook kan werken in een verpleeghuis.

Volgens Sytze Zuidema hangt het ervan af hoe je tegen dementie aan kijkt. Dokters zijn gewend om gedrag op symptomen te interpreteren. De biologische kijk houdt in dat dementie een stoornis in de hersenen is. Dat is het ook wel, maar een groot deel van gedrag wordt bepaald door de omgeving. Als iemand agitatie vertoont, moet je dan altijd medicijnen geven? Sytze denkt dat dit fout is. Je moet kijken wat de persoon met dit gedrag duidelijk wil maken. Iemand die zwaar dement is kan geen hulpvraag formuleren, maar die hulpvraag is er wel. Die moet je dus proberen te achterhalen. Verder bestaan er technieken die effectief zijn, zoals zintuigactivering en muziektherapie. Daar heb je geld voor nodig, maar ze kunnen veel ellende en uiteindelijk ook veel kosten besparen. Waarom ze dan niet ingevoerd worden, als we weten dat ze helpen? Volgens Sytze duurt het lang eer de negatieve effecten van psychofarmaca en de positieve van de alternatieven doordringen. De Vereniging van Verpleeghuisartsen heeft richtlijnen gemaakt, die behandelaars voorschrijven dat ze zich voldoende bewust moeten zijn van de bijwerkingen van psychofarmaca. Er bestaan alternatieve initiatieven, vooral uit verpleegkundige hoek. Als demente mensen zelf hun hulpvraag niet meer kunnen formuleren, kan de familie een bron voor informatie vormen. Het gebeurt nog te weinig dat familieleden bevraagd worden.

Gee de Wilde vraagt Wim Jansen naar **andersoortige alternatieven**. Wim Jansen legt uit dat de homeopatie in het algemeen uitgaat van natuurlijke geneeswijzen, waarvan er een enorm scala is. Uitgangspunt is dat iemand zichzelf geneest. In de ontwikkeling van een persoon kan het fout gaan, maar meestal leert hij zelf daarmee om te gaan. Als dat niet lukt, dan heeft hij een stukje hulp nodig. Dat kan een medicijn zijn, dat is heel handig. Wim Jansen ontraadt niemand het gebruik van psychofarmaca, maar er zijn alternatieven, zoals medicijnen van planten, bijvoorbeeld valeriaan en Sintjanskruid. Voor een homeopaat is het uitgangspunt dat hij luistert naar de persoon tegenover hem, die een heel mens is. Dat kun je holisme noemen, maar dat is een veel misbruikte term. Als het goed is, luistert iedere arts en psychiater naar de persoon tegenover hem, maar een homeopaat kan niet anders; hij kan *altijd alleen* werken als hij onbevooroordeeld luistert. Soms is het al een genezingsproces als de persoon zijn verhaal kan doen. Er kan echter ook sprake zijn van een acute situatie. Valeriaan en Sintjanskruid werken pas op een langere termijn, dat moet je opbouwen. Er bestaan echter ook homeopatische middelen die binnen een kwartier werken.

Naar aanleiding van een opmerking uit de zaal licht Wim Jansen toe dat wiet geen homeopatisch middel is; wiet valt onder de kruidengeneeskunde. Een middel is alleen homeopatisch als het volgens de voorschriften verdund en geschud is. Als het middel niet werkt, zal Wim Jansen contact opnemen met de huisarts of behandelend psychiater. Zijn beroepsvereniging schrijft voor: onmiddellijk doorsturen.

Gee de Wilde denkt dat iedere behandelaar, regulier of niet, het erover eens is dat het om de hele mens gaat. Wim Jansen beaamt dat dit geldt voor elke weldenkende in de zorg. De hippocratische eed bepaalt nog steeds: voor alles mag een ingreep niet schadelijk zijn. Iedereen die deze regel hanteert dient zich altijd af te vragen: waarmee kan ik mijn cliënt helpen zonder hem te schaden? En dat betekent dat je niet altijd het gemakkelijkste mag nemen.

Vanuit de zaal wordt gevraagd of homeopatische middelen ook bijwerkingen hebben. De spreker denkt dat je geloof in een homeopatisch middel moet uitstralen. Maar als je werking kunt uitstralen, kun je ook bijwerkingen uitstralen. Volgens Wim Jansen gaat 'baat het niet, dan schaadt het ook niet' niet op. Als een middel werkt, kan het ook verkeerd werken. Onderzoek heeft wel aangetoond dat je sneller geneest als je gelooft in je huisarts. Als je gelooft in genezen, zul je sneller genezen. Een wetenschapper die gelooft dat zijn middel werkt, heeft 10% tot 20% meer kans dat het inderdaad werkt. Vanuit de zaal wordt in dit verband gesproken over placebo-effect. Wim Jansen benadrukt echter dat een homeopatisch middel wel degelijk werkt

bij een cliënt die niet in het middel gelooft, maar zich wel aan de afspraken houdt. 'Placebo-effect' vindt hij een vervuilde term.

Vanuit de zaal wordt erop gewezen dat de hippocratische eed niet geldt voor de farmaceutische industrie. Daar is men niet geïnteresseerd in je gezondheid. Ze sturen artsenbezoekers naar artsen die geen verstand van psychofarmaca hebben, om hen meer medicijnen te laten voorschrijven. Wim Jansen laat in dat verband de term 'het evidence-beest' vallen. Onderzoek naar werking van middelen moeten evidence based zijn, maar wie heeft het meeste geld om evidence te leveren? Dat is de farmaceutische industrie. De homeopatische middelen zijn niet patenteerbaar, en daarom niet interessant voor de farmaceutische industrie. Hij vertelt dat de Centrale Cliëntenraad van De Bascule dringend advies heeft gegeven om alternatieve medicatie toe te voegen aan de reguliere.

Rutger Kops heeft bezwaar tegen een scherp onderscheid tussen reguliere en alternatieve middelen. Als mensen zijn we ook onderdeel van de natuur. Er is een enorm scala aan antidepressiva en andere psychofarmaca op de markt, en bij geen twee mensen is de werking van hetzelfde middel hetzelfde. Als dokter moet je zoeken naar het juiste medicijn voor deze persoon. De werking is niet alleen afhankelijk van *dit* medicijn, maar ook van *deze* mens. Hij pleit ervoor om vanuit de mens te redeneren, en dan vervalt de scheiding tussen regulier en alternatief. Hijzelf rookt bijna dagelijks cannabis (voor een posttraumatische stoornis); dat kun je als een alternatief middel zien, maar ook als het geschiktste middel voor hem.

Gee de Wilde vertelt dat Detlef Petry hem over de telefoon vertelde over psychofarmaca: 'Het zijn vergiften, maar we moeten ze niet verduivelen.' Wat overigens een mooi alternatief voor 'demoniseren' is. Dus: we moeten die medicijnen niet in de ban doen, maar wel zoeken naar alternatieven voor de praktijk om die vergiften zomaar in mensen te proppen. Detlef Petry beaamt dat dit de kern van de zaak is. De eigen ervaring van mensen moet centraal staan, maar daar schort het vaak aan. Als je langdurig omgaat met mensen met psychiatrische stoornissen, dan hoor je hen andere dingen vragen dan de psychiatrie hen aanbiedt. Wat ze willen is vaak: rust, aandacht, wederzijds respect. Hij vertelt over het Soteria-initiatief: een open setting met ervaren verpleegkundigen, die de cliënt zoveel mogelijk volgen en hem respecteren. Familieleden kunnen er ook wonen. Dat is de kern. Dat is waarin de zorg, waarin een behandelaar gedwongen is in één of twee zittingen een diagnose te stellen, volledig fout zit. Hij is echter bang dat er een grote tegenstelling is, die nauwelijks te overbruggen is. De opleidingen zijn namelijk vooral gericht op het medische model. Detlef Petry denkt dat de kloof alleen te overbruggen is als je als arts of verpleegkundige bereid bent naar deze man of vrouw te luisteren en je daarvoor de tijd krijgt. Maar men zit nog zo vast in het medische model! Er bestaat geen evidentie over afbouwen, er is geen onderzoek naar gedaan. Volgens Wim Jansen bestaat er wel evidentie over het veilig afbouwen van medicijngebruik zonder toename van de problematiek bij dementie.

Detlef Petry durft wel een experience-based uitspraak aan, namelijk dat de werking van psychofarmaca bij behandeling niet evident is. Er zijn mensen die na dertig jaar medicijngebruik nog steeds stemmen horen. Die medicijnen zijn medisch dus overbodig; ze werken niet meer als symptoombestrijding. Het medische model zit er echter zo ingebakken bij de psychiatrie, dat je kunt spreken van een machtszuil. Er valt zoveel te doen om de kloof te overbruggen. Detlef Petry pleit voor dialogisch overleg van familie, cliënt en hulpverlener, en dat vanaf het begin tot aan het einde. Hij gelooft dat daarmee het overbruggen van de kloof dichterbij gebracht kan worden.

4. De GGz-dichter

Daphne Wiersma, reactielid van de website ggzdichter.nl, verzorgt de presentatie van de Gedichtenbundel 2009-2010. Ze vertelt over ggzdichter.nl, een poëtische website, waarop drie 'GGz-dichters' steeds een jaar lang gedichten over de ggz publiceren. Elk jaar wordt op de Breingeindag bekendgemaakt wie de nieuwe dichters voor het komende jaar zijn en wordt het nieuwe bundeltje gepresenteerd. Daphne roept iedereen op om suggesties voor onderwerpen aan te leveren, waarover de GGz-dichters gedichten kunnen maken. Dit jaar is het thema van de bundel 'Pillen voor de geest'. Het beeldmateriaal dat erbij is uitgezocht is afkomstig van *Beeldend gesproken*, een kunstuitleen in Amsterdam, met een GGz-achtergrond.

Daphne vraagt Karen Heerema en Jolies Heij, GGz-dichters van het afgelopen jaar, naar voren te komen om de eerste exemplaren van de gedichtenbundel 2009-2010 in ontvangst te nemen. (De derde GGz-dichter was Michael Grünlo, die vandaag niet aanwezig kon zijn.) Karen en Jolies vertellen dat het leuk en inspirerend was om een jaarlang GGz-dichter te zijn. Zij vinden dat poëzie helpt bij psychische problematiek; poëzie is goed voor je ziel. En mensen begrijpen psychiatrische problematiek beter via een gedicht dan wanneer je erover vertelt. Jolien vond een jaar eigenlijk erg kort, ze had het liever langer willen doen. Ze zou meer met haar poëzie willen doen: workshops geven, poëtische optredens verzorgen; ze biedt zich daarvoor aan.

Wie worden de GGz-dichters voor het nieuwe jaar? Ze zijn uitgekozen door de redactie van ggzdichter.nl, bestaande uit Ina Kramer, Dorothé van Slooten, Bas van Bellen en Daphne Wiersma. Dorothé van Slooten, die vandaag niet aanwezig kon zijn, heeft het juryrapport opgesteld. Daphne en Ina lezen de beoordelingen van de nieuwe GGz-dichters voor, waarna die zelf een eigen gedicht voorlezen.

Juryrapport: GGz-Dichter 2010 André Calis

De poëzie van André Calis is als een aangelegd bos. Tijdens de ommegang lopen de rijen bomen mee. Geen rij blijft hetzelfde, ze buitelen over elkaar, grijpen terug en maken plaats voor een nieuwe inkijk. Desondanks wortelen de bomen zichtbaar. Het geschetste landschap wordt méér dan een toestand van zijn. André Calis vervangt de werkelijkheid door licht abstracte beelden, waarin elk woord, elke strofe op willekeurig welk moment een nieuwe dimensie kunnen innemen. Zijn gedichten roepen voortdurend vragen op, appelleren en laten ons als lezer achter met onszelf. Wie zijn wij in relatie tot de wereld? Zó wil André Calis zijn poëzie het liefst zien: de lezer voegt eigenheid toe en bepaalt daarmee de richting, wordt medeschrijver van het gedicht. Boven alles beschrijft André Calis de pijn van het zijn en de weemoed van het zien, waardoor zijn gedichten immer herkenbaar en toegankelijk blijven.

Chemie van mijn lichaam

wat is de chemie van mijn lichaam

bewoon ik het afgebrande dorp
of het schone schip

wik, weeg ik
een balans tussen waan

en beschadigd bestaan

besluit mijn
dagelijkse twijfel:

wie ben ik
en wat breekt het eerst

het kwetsbare vlies
rondom mijn hersenen

of de doordrukstrip

André Calis

Juryrapport: GGz-Dichter 2010 Marjon Zomer

Marjon Zomer vertelt een in poëzie verpakt verhaal. Met schijnbare terloopsheid schetst zij een enkel beeld, verdiept dit en verkleurt dan, met een enkel woord, de toon en klank. Alledaagse symbolen van rust en veiligheid worden door een kleine woordwending verontrustende tekenen die van dreiging spreken.

De poëzie van Marjon Zomer spreekt van onvermogen: een toegestoken hand is altijd leeg, hoe ver deze ook wil reiken. Toch zijn haar gedichten niet hopeloos. IJzingwekkend, lang natrillend, diep droevig: ja. Maar altijd kijken ogen uit naar contact, is er de wil tot mededogen. Het geeft de poëzie van Marjon Zomer een glans die compenseert voor de zwaarte van de thematiek. De verzen van Marjon Zomer denderen als een trein ritmisch aan ons voorbij, en laten onze haren in verwarring achter. Maar niet zonder een Zomerse lichttinteling.

weet ik niet

op school is mijn concentratie laag
en mijn aanwezigheid hoog zegt juf Jojanneke
of dat goed of fout is snap ik niet

wanneer iets niet lukt
wordt ik boos en verdrietig tegelijk
hoe dat kan weet ik niet

woorden als *contact-arm recht-lijnig* en
letter-lijk slaan op mij
maar dat begrijp ik niet

pictogrammen maken *de wereld zwart-wit*
paars is mijn lievelingskleur en rood en roze
kiezen kan ik niet

mijn psychiater wil dat ik drie keer
per jaar op controle kom
waarvoor weet ik niet

mijn pillendoos verdeeld de dagen
in vier keer slikken
dat vergeet ik niet

op 12 augustus heb ik 5 jaar
de diagnose autisme
wat ik daarvoor was weet ik niet

Marjon Zomer

(Schuin gedrukt: mensen met autisme vatten taal vaak letterlijk op.)

Juryrapport: GGz-Dichter 2010 Roland Hoven

Temidden van de barokke taalvondsten en mythische soms zelfs sprookjesachtige figuren van Roland Hoven heerst de waan. Roland Hoven beheerst de kunst een stemming te creëren in zijn poëzie. Soms met zwartgallige spitsvondigheden, andere keren met bijna tedere observaties. Weergaloos schildert Hoven met draken, gooit met vleermuizenzwezerikpaté en verleidt met nijlpaarden. Maar altijd tuimelen de woorden door de zinnen heen, denderen zij in volle vaart naar de volgende strofe, naar het volgende zinnenprikkelende beeld, waarmee hij de verwarring van de waan werkelijk maakt. Roland Hoven geeft de lezer geen keus zich terug te trekken, hij overrompelt, pakt beet en neemt mee. In zijn gedichten bouwt hij met woorden een muur, steeds hoger, tot wij niet meer kunnen ontsnappen en ons gevangenen weten in de waan. Bij Roland Hoven krijgt de waan woorden.

Tik-tak.

De klok zeurt mee
tik-tak
we hebben dit gesprek al zo vaak gehad.
Als jij, wilskrachtig als altijd
iedere poging afketst
tik-tak
om te praten over pillen,
en dat kracht bij zet
door je mond vol te proppen met
tik-tak
en je biedt mij ook er ook ééntje aan, zo'n
tik-tak,
'1 kcal maar' zeg jij pesterig,
dan val ik stil.

Tik-tak
lacht de klok.

Ik geef me gewonnen
tegen jouw charisma
kan geen pil op.
Ik tak.

Roland Hoven

De bundel is vanaf vandaag te koop, o.a. hier op de Breingeindag. Daphne vindt alle opgenomen gedichten interessant, het is erg moeilijk eruit te kiezen. Ze wil nog twee mensen in het zonnetje zetten, nl. Nuel Gieles en Ruud Offermans, die beiden een aanmoedigingsprijs hebben gekregen. Ze leest tenslotte een gedicht voor van Nuel Gieles:

ZONDER PILLEN

Nee, ik heb hem niet onder bedwang
m'n geest doet anders dan m'n wil
klokgelui, kanonschoten en vogelzang
klanken in m'n hoofd in plaats van stil
De rust die je verlangt, vraagt even
een moment geduld, een blank geluid
tabula rasa, een bladzij onbeschreven
waarop de taal zich woordloos sluit
ik luister niet, maar de akkoorden
maken muziek uit afgelegen streken
waar ik als kind nooit thuis behoorde
geen medicijn voor mijn gebreken
gevangen en bevrijd door woorden
mag ik zwijgen, zeggen, spreken...

Nuel Gieles

5. Subgroep Herstel en medicijnen

Presentatie door Marianne van Bakel en Theo Euverman, van het HEE-project Trimbos Instituut

Marianne en Theo geven een *presentatie van het programma Shared Decision Making* (samen keuzes maken), waarvan een Nederlandse versie is ontwikkeld in het kader van het HEE-project van het Trimbos Instituut. HEE staat voor: herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid.

Iedereen die GGz-ervaring heeft, heeft te maken gehad met keuzes omtrent medicatie en behandeling. Vaak is het de dokter die de keuze maakt. Marianne wijst erop dat dit raar is, want jijzelf weet het meeste van je lichaam en van wat er gebeurd is. De dokter kan er ook wel wat over zeggen, want die heeft ervoor geleerd en hij heeft ervaring. Logisch is dan dat je samen de keuzes maakt, maar voor veel mensen is dat nog niet zo. Marianne zelf is lang behandeld voor depressies. De psychiater maakte de keuze: pillen slikken. Marianne ervoer dat als een nederlaag, die ze moeilijk te accepteren vond. Ze heeft veel soorten pillen geprobeerd, maar ze kreeg eerst alleen maar bijwerkingen. Daarom werd ze opgenomen, om zich in te stellen op de medicatie. In de instelling bleek ze echter andere pillen te krijgen; er had geen overleg plaatsgevonden tussen haar nieuwe en haar oude behandelaar.

Theo vertelt dat hij altijd gevraagd heeft: hoe lang moet ik die pillen innemen? Waarom moet ik ze innemen? Hij werd echter geacht zelf geen mening te hebben. Hij heeft meer bijverschijnselen dan goede uitwerking van medicijnen gehad. Het was altijd van te voren onduidelijk wat de bijverschijnselen zouden zijn. Hij benadrukt dat het daarom zo belangrijk is om gezamenlijk een behandelplan op te stellen, met gebruik van een vragenlijst en een onafhankelijke derde persoon. Die onafhankelijke derde persoon kan de wensen en de mogelijkheden inventariseren.

Vanuit de deelnemers aan de subgroep wordt erop gewezen dat een behandelplan in theorie samen opgesteld moet worden. De ervaringen van de leden van de groep zijn divers: vaak blijkt de praktijk anders uit te vallen, maar sommigen hebben ook goede ervaringen met gezamenlijk overleg.

Marianne licht toe dat het programma *Shared Decision Making* een ondersteuning is voor cliënten die de regie in handen willen houden. Het programma is in Amerika ontwikkeld door Pat Beacon, en het is nu bewerkt voor toepassing in Nederland. Marianne zal laten zien hoe het werkt en de groep een oefening uit het programma laten doen.

SDM = Shared Decision Making

De beslissingen die gemaakt worden zijn gebaseerd op drie bronnen:

- wetenschappelijke richtlijnen;
- kennis van de behandelaar;
- ervaringen en kennis van de cliënt.

In SDM worden die drie bronnen gebundeld, waardoor het programma aansluit bij het concept van empowerment, dat de macht en de kracht bij jezelf legt.

Het programma ziet behandelaar en cliënt als twee experts, met verschillende deskundigheid. Wie neemt de beslissingen? In principe zou de cliënt zelf zijn medicijnen kunnen bestellen, via internet bijvoorbeeld. Hij neemt dan volledig autonoom de beslissing. Dit programma legt de beslissing echter ongeveer in het midden tussen behandelaar en cliënt.

Computerprogramma

Om de cliënt te helpen bij het beslisproces is een computerprogramma gemaakt, dat hem toegang geeft tot alle belangrijke informatiebronnen. De cliënt heeft dus eigenlijk alleen een computer nodig. Je kunt zelf met het programma aan de slag; via de website is er ook altijd een ervaringsdeskundige beschikbaar om te helpen. Bij ongeveer vijf instellingen gaat een pilot met het programma lopen; GGz Noord-Holland Noord heeft de informatie van de website ook op papier gezet.

Iedere instelling die met het programma werkt, maakt er een eigen website voor. De website is besloten, wat betekent dat je er alleen met een persoonlijke code toegang toe krijgt. Het is nog niet mogelijk buiten de instellingen om toegang tot het programma te krijgen. De instellingen die meedoen aan de pilot zetten een computer neer, het team is betrokken bij de pilot en de behandelaar committeert zich aan de samenwerking.

Op de website vind je:

- ervaringsverhalen; het aantal wordt nog uitgebreid;
- informatie over herstel en over allerlei medicatie; het is gedegen informatie, waarin je zelf kunt uitzoeken wat die pil doet en wat de bijwerkingen kunnen zijn, enz.
- links naar informatieve websites;
- 'mijn gegevens': hier kan de cliënt inloggen om zijn eigen gegevens in te vullen. Het is een beschermd gedeelte, dat alleen voor jezelf bedoeld is. Het bevat vragenlijsten, waarin je kunt invullen wat belangrijk is voor jezelf. Het is een doorgaand programma, wat betekent dat je na verloop van tijd bijvoorbeeld nieuwe doelen en ervaringen kunt invullen. Die kunnen meegenomen worden in het behandelplan. De oude gegevens worden bewaard, zodat je je eigen ontwikkelingen kunt zien.

De **vragenlijsten** zijn gebruikersvriendelijk opgesteld. Er zijn ook verdiepende vragen, waarin doorgevraagd wordt op basis van wat je ingevuld hebt. Het kost je ongeveer dertig minuten om alle vragen in te vullen; dan heb je een goed beeld van je situatie en van wat je wilt bereiken. Ook over medicijngebruik worden er vragen gesteld. Het resultaat van alles wordt gecombineerd tot een beeld dat ook je ontwikkeling toont: of er sprake is van verbetering of verslechtering. Die pagina kun je met één klik naar je behandelaar sturen, zodat hij kan zien wat jij belangrijk vindt. Het vormt dan meteen de agenda voor je volgende bespreking met hem. Het overzicht geeft een uitgebalanceerd beeld. Een voordeel is dat het ook dingen bevat die je misschien zou vergeten te vertellen tijdens de bespreking. Bij aparte vragen worden er ook grafiekjes gemaakt van je ontwikkeling.

Het programma begint met je eigen **powerstatement**, dat is een uitspraak over iets dat voor jou van essentieel belang is, dat je leven de moeite van het leven waard maakt. Bij het opstellen van je powerstatement kun je hulp krijgen van een ervaringsdeskundige.

Oefening voor de deelnemers aan de subgroep: beschrijf je persoonlijke medicijn

De deelnemers krijgen tien minuten de tijd om in groepjes van twee op te schrijven wat hun 'persoonlijke medicijn' is en wat de 'werkzame stof' is, die maakt dat dit helpt. Marianne legt uit dat dit persoonlijke medicijn niets te maken heeft met pillen of wat de dokter je voorschrijft, ook niet met dingen als vitamines of voedingssupplementen. 'Personal medicin' is wat je zelf doet. Wat je doet omdat je weet dat het je helpt om je beter te voelen. Het is gebaseerd op jouw eigen ervaringen, op wat je eerder hebt uitgeprobeerd. Bijvoorbeeld:

- Wat ik doe en maakt dat ik me beter voel is: wandelen.

- Wat maakt dat het helpt is: dat ik voel dat mijn lichaam werkt en kracht heeft.

Na de tien minuten vertellen deelnemers aan de workshop over hun persoonlijke medicijn. Twee voorbeelden:

- Een mijnheer vertelt: waar ik me beter door voel is: vakantie. Waarom dat werkt? Je wordt uit je sleur gehaald, je laat alles achter je, vakantie geeft energie, je ziet andere mensen. Andere dingen waardoor ik me beter voel zijn: sport, humor, feesten, uit eten gaan, liefde. Maar het is wel waar dat je voor sommige dingen afhankelijk bent van anderen. Wat levert vakantie mij op? Rust en ontspanning. Hoe komt het dat het mij dit oplevert? Het feit dat je ergens anders bent, dat je nieuwe mensen en plaatsen ziet. De deelnemers aan de subgroep concluderen uit dit verhaal dat deze mijnheer heel goed weet wat hem helpt. Toch zit vakantie niet in het ziekenfondspakket, pillen wel.
- Een mevrouw vertelt: waar ik me beter door voel is: zingen, zowel in mijn eentje als in een koor. Dan vergeet ik alles. Dan stroomt mijn bloed. Bij het koorzingen leer ik nu ook om naar anderen te luisteren. Wat het werkzame bestanddeel van dit medicijn is? Dat ik van mezelf niets meer moet.

Wat is de functie van het invullen van je persoonlijke medicijn? Een mevrouw die al ervaring met het programma heeft, vertelt dat al haar invullingen neerkomen op: in beweging komen. Ze heeft daaruit geconcludeerd dat bewegen haar persoonlijke medicijn is. Als ze zich slecht voelt, wil ze zich juist niet bewegen. Dankzij het programma kan ze dat nu direct zien.

Marianne beaamt dat dit de functie ervan is: als je het invult, blijft het in het programma zitten, ook als je je niet goed voelt. Je kunt dus zelf de verbanden en je ontwikkeling zien. en dat werkt anders dan wanneer de dokter het je vertelt. Je kunt over de tijd heen in beeld brengen wat jou goed doet. Je legt het als het ware in de kast voor jezelf, zodat je het later kunt gebruiken. Het is een kwestie van jezelf vastleggen. Je kunt dan bijvoorbeeld zelf zien of je je afspraken nakomt en hoe je situatie op dit moment is, vergeleken met een andere periode. Je beseft waarom je bepaalde dingen doet, of juist niet doet. Als je beseft dat iets je helpt, ga je op een andere manier het gesprek met je behandelaar aan. De behandelaar heeft vaak al in zijn hoofd wat hij gaat doen; het programma helpt je om je voor te bereiden op het gesprek.

Volgens één van de deelnemers houden behandelaren daar niet van; dan vinden ze je lastig en eigenwijs. Ze drijven hun zin toch wel door. De deelneemster denkt dat het programma alleen helpt als het op grote schaal wordt doorgevoerd, niet als jij als enkeling met het programma werkt.

Marianne legt uit dat de mensen van het project daarom naar de instellingen toe gaan om afspraken te maken. Het team moet bereid zijn om mee te werken en zich daaraan verbinden. Voordat je een gesprek met je behandelaar hebt, kun je het overzicht naar je behandelaar verzenden, zodat hij weet wat jij hebt ingevuld en van tevoren weet waarover er dus gesproken moet worden. Je maakt dus samen een agenda voor het gesprek. Hij kan jouw inzichten niet zo gemakkelijk wegwuiven. Het is ook een efficiënte manier om het gesprek aan te gaan. Behandelaren hebben het vaak te druk om uitgebreid te praten met cliënten. Op deze manier kan je behandelaar van tevoren lezen wat belangrijk is. Hij heeft er dus ook belang bij.

Op dit moment wordt er met zes instellingen gesproken over invoering van het programma; GGz Noord-Holland-Noord is er al mee begonnen. Voordat het programma breed wordt ingezet, wordt het op kleine schaal uitgetoet.

De deelnemers aan de subgroep denken dat het programma kan werken, als het landelijk wordt ingevoerd. Marianne raadt hen daarom aan om in hun eigen instelling ernaar te vragen.

6. Subgroep Ouderen en psychofarmaca

Presentatie door Annette Leijen, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

(In dit verslag is de powerpoint-presentatie van Annette Leijen opgenomen met haar eigen puntsgewijze opmerkingen, aangevuld met elementen uit de discussie met de deelnemers aan de subgroep)

Ouderen en psychofarmaca

- Annette Leijen heet de deelnemers aan de workshop welkom. Ze is apotheker en verbonden aan het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, een onafhankelijk instituut dat zich inzet voor een optimale geneesmiddelenvoorziening: nascholingen, kwaliteitsverbetertrajecten, lezingen. Voor huisartsen en apothekers, zorginstellingen, patiënten/cliënten, zorgverzekeraars, overheid enz.
- Psychische aandoeningen bij ouderen: depressie is de meest voorkomende psychische klacht.
- Depressieve symptomen komen bij 15-30% van de oudere bevolking voor. Vrouwen hebben tweemaal zo grote kans als mannen op depressieve symptomen.
- Deze bijeenkomst: verschillende groepen medicijnen die bij psychische aandoeningen gebruikt worden bespreken en de voor- en nadelen benoemen.
- Adviezen over gebruik.

Programma

- Eerst over medicijnen en medicijngebruik in het algemeen; specifieke aandachtspunten bij ouderen.
- Dieper ingaan op de werking en bijwerkingen van de verschillende psychofarmaca.
- Slaapmiddelen (de hypnotica) en middelen tegen angst (de anxiolytica), antidepressiva, de antipsychotica en stemmingsstabilisatoren.
- Zorgvuldig gebruik van medicijnen en zaken waarvoor u bij uw arts en apotheker terecht kunt.

Medicijnen algemeen: werking en bijwerkingen

- Medicijnen bestaan er in allerlei vormen; meestal worden tabletten of capsules gekozen voor hun effect: psychofarmaca; verminderen symptomen.
- Opgenomen in het bloed; verspreidt het medicijn door het hele lichaam; ook op de plek.
- Verwijderd door de lever en nieren.
- Bij ouderen neemt de werking van de lever en nieren vaak af; medicijnen niet meer zo snel verwijderd: langer of sterker werken, lagere dosis dus.
- Ongewenste effecten ontstaan; bijwerkingen. Op een plek werkt waar we het liever niet hebben, of omdat het middel te sterk werkt. Oudere medicijngebruikers kunnen gevoeliger zijn voor de bijwerkingen dan de jongere gebruikers.
- Een bijwerking die bij psychofarmaca voorkomt is slaperigheid of sufheid; invloed op reactievermogen; rijvaardigheid. De gele sticker op het medicijn zegt alleen *dat* het

medicijn invloed heeft op de rijvaardigheid. Het is je eigen verantwoordelijkheid hoe je daarmee omgaat; in het algemeen is het verboden om onder invloed te rijden; je bent op dat moment dus onverzekerd. Voor meer informatie: zie de website rijveiligmetmedicijnen.nl.

- Elk medicijn heeft zijn eigen typische bijwerkingen, dat verschilt van persoon tot persoon, soms niet te voorkomen.
- www.meldpuntmedicijnen.nl: je eigen ervaringen melden en lezen wat de ervaringen van anderen zijn.

Eén van de deelnemers aan de workshop waarschuwt ertegen om zomaar af te gaan op de ervaringen van anderen, bijvoorbeeld als een cliënt enthousiast is over een bepaald middel. Hij wijst erop dat er wondermiddelen bestaan en dat de werking bij iedereen anders is. Annette beaamt dat. Hetzelfde medicijn kan bij verschillende personen ook verschillende bijwerkingen hebben. Bij dezelfde persoon kan het zelfs verschillen per dag.

Medicijnen algemeen: medicijnen combineren

- Medicijnen kunnen elkaars werking beïnvloeden, daarom is het soms niet handig om verschillende medicijnen te gebruiken. Soms wordt er echter bewust een combinatie voorgeschreven, bijvoorbeeld antidepressivum met een middel tegen angst. Soms worden er verschillende medicijnen voor 's avonds en overdag voorgeschreven; dat is iets wat beter niet kan gebeuren. Verderop meer.
- Arts en apotheker goed controleren.
- Er zijn ook medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn. Die kunnen echter invloed uitoefenen op andere medicijnen, zoals Sintjanskruid en pijnstillers op antistollingsmiddelen en antidepressiva (citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline). Risico's zijn o.a. maagbloeding. Ook vitamines kunnen invloed uitoefenen op medicijnen. Dus: altijd bespreken met je arts.
- Nooit op eigen houtje.

Medicijnen algemeen: medicijnen combineren

- Medicijnen hebben meestal twee verschillende namen, die allebei op het doosje staan. De merknaam en de naam van de werkzame stof (diazepam Stesolid/Valium). Artsen schrijven voor op de stofnaam; de apotheker is verplicht het goedkoopste merk voor te schrijven. Medicijnen van verschillende merken maar met dezelfde werkzame stof werken hetzelfde en even goed. Wel kunnen de hulpstoffen (de stof waarin de werkzame stof is opgenomen) verschillen. Daardoor kun je er anders op reageren. Ook is het mogelijk dat de werking er anders door wordt. In theorie mag dat niet, maar het komt wel voor. Binnen een bepaalde marge is het toegestaan.
- De naam van de werkzame stof is internationaal. Het voordeel is dat die naam bijvoorbeeld in Polen precies hetzelfde is als in Nederland.
- Tijdens deze bijeenkomst worden de stofnamen van de medicijnen genoemd, merknamen staan tussen haakjes.
- De eerste medicijngroep die worden besproken is de groep van de slaapmiddelen. Ze kunnen ervoor zorgen dat u gemakkelijker inslaapt en ze kunnen er ook voor zorgen dat u langer slaapt.

Slaapmiddelen

Ultrakortwerkend

brotizolam* (Lendormin)
midazolam (Dormicum)
zolpidem* (Stilnoct)

Middellangwerkend

nitrazepam (Mogadon)

Kortwerkend

flunitrazepam
loprazolam (Dormonoct)
lorazepam** (Temesta)
lormetazepam (Noctamid)
oxazepam** (Seresta)
temazepam (Normison)
zopiclon* (Imovane)

Langwerkend

diazepam** (Stesolid)
flurazepam (Dalmadorm)

- Alleen als het functioneren overdag gestoord is: benzodiazepinen.
- Ultrakortwerkende om in slaap te kunnen vallen. De langerwerkende middelen zorgen er ook voor dat u langer doorslaapt.
- Dempende werking op de hersenen. Slaapverwekkende eigenschappen, angst, anti-epileptisch en spierverslappend.
- De hier vermelde benzodiazepinen worden vooral als slaapmiddel gebruikt. De benzodiazepinen die bij angst worden voorgeschreven komen later aan de orde. Als slaapmiddel moeten ze kortdurend gebruikt worden. Als ze voorgeschreven worden voor psychiatrische problematiek, worden ze vaak langdurend gebruikt.
- Brotizolam, zolpidem en zopiclon, zijn geen benzodiazepinen
- Diazepam, lorazepam en oxazepam, zijn zowel als slaapmiddel als voor angststoornissen in de handel. Ze worden voornamelijk toegepast als middel tegen de angst. Op deze middelen wordt later uitgebreider ingegaan.
- Omdat diazepam en flurazepam erg lang werken, en daardoor ook slaperigheid overdag kunnen veroorzaken, zijn deze middelen niet echt geschikt als slaapmiddel. Vooral bij ouderen brengt dat risico's met zich mee, zoals het risico van vallen.

Slaapmiddelen

Bijwerkingen

- Alertheid vermindert
- Motoriek vermindert
- Risico van vallen

- Geheugen problemen
- Ongunstige invloed op de alertheid en motoriek: ook gevolgen voor het functioneren tijdens de dag.
- De rijvaardigheid kan daardoor worden beïnvloed
- Benzodiazepinen werken spierverslappend, bestaat het risico van vallen. Vooral ouderen, botbreuken.
- Geheugen. Na het gebruik van benzodiazepinen is het soms moeilijk om dingen in zich op te nemen of te leren.
- De werkzaamheid kan afnemen, waardoor je meer nodig hebt om hetzelfde effect te bereiken: tolerantie.
- Afhankelijkheid, waardoor je moeilijk kunt stoppen met het middel, ontwenningsverschijnselen: angst, hoofd- en spierpijn, slapeloosheid, rusteloosheid en geïrriteerdheid.
- Langzaam afbouwen.
- Rebound-slapeloosheid. Rebound betekent dat de symptomen waarvoor je een medicijn neemt in versterkte vorm kunnen terugkeren. Stemmingsveranderingen, angst en rusteloosheid.
- Nooit plotseling stoppen met de medicijnen, kortdurend gebruiken, in principe niet langer dan één à twee weken.

www.benzodebaas.nl

Deze website biedt informatie en hulp aan mensen die langdurig slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken. Met de online behandeling kunt u uw gebruik, onder begeleiding, afbouwen. Hiermee wil ik het onderdeel over slaapmiddelen afronden en overstappen op de medicijnen die bij angststoornissen worden voorgeschreven. Deze medicijnen worden anxiolytica genoemd. Er zijn verschillende soorten groepen anxiolytica.

Middelen tegen angst

- Antidepressiva
- Benzodiazepinen
- Overige middelen tegen angst

De antidepressiva, die dus niet alleen bij een depressie worden voorgeschreven, maar ook bij angst, worden verderop besproken bij medicijnen die bij een depressie gebruikt kunnen worden. Eerst aandacht voor de benzodiazepinen en overige anxiolytica.

Benzodiazepinen tegen angst

- alprazolam (Xanax)
- bromazepam
- chloordiazepoxide
- clobazam (Frisium)
- clorazepinezuur (Tranxène)

- diazepam (Stesolid)
- lorazepam (Temesta)
- oxazepam (Seresta)
- prazepam (Reapam)

Hierboven ziet u de benzodiazepinen staan die toegepast worden bij angststoornissen. Deze middelen behoren tot dezelfde medicijngroep als de benzodiazepinen die zijn besproken bij slaapstoornissen. De medicijnen op de dia werken ook slaapverwekkend, zijn anti-epileptisch en spierverslappend. De middelen die u hier ziet worden echter vooral toegepast bij angststoornissen.

Benzodiazepinen tegen angst

Bijwerkingen

- Alertheid vermindert
 - Motoriek vermindert
 - Risico van vallen
 - Concentratievermogen vermindert
 - Minder subtiel reageren
- Bijwerkingen te vergelijken. Vallen, negatieve invloed op de alertheid, de motoriek en de concentratie, rijvaardigheid beïnvloed worden.
 - Minder subtiel gaan reageren, soms treden lichte ontremmingen op, soms ontstaat agressief gedrag.
 - Ook tolerantie, afhankelijkheid en rebound-verschijnselen.
 - Maximale aanbevolen gebruiksduur van benzodiazepinen als middel tegen de angst is twee maanden.

Overige middelen tegen angst

- Pregabaline, anti-epilepticum, nog niet helemaal duidelijk.
- Buspiron, de kortdurende behandeling van angst. Het heeft geen slaapverwekkend, spierverslappende of anti-epileptische eigenschappen. Het effect treedt langzamer in. Meestal duurt het één tot vier weken voordat de werking intreedt.
- Pregabaline bijwerkingen: slaperigheid, duizeligheid, vermoeidheid, euforie en verwarring. Rijvaardigheid beïnvloeden. Langzaam verminderen.
- Bijwerkingen van buspiron zijn misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn en stoornissen in de gevoelsgewaarname. In tegenstelling tot de benzodiazepinen treedt geen slaperigheid en afhankelijkheid op. Onthoudingsverschijnselen bij stoppen kunnen wel optreden.
- De derde groep medicijnen die aan de orde komen zijn de antidepressiva.

Antidepressiva

- Niet alleen bij een depressie gegeven, maar een aantal van deze middelen werkt ook tegen angst.
- Twee groepen: de tricyclische antidepressiva en verwante verbindingen, ook wel TCA's genoemd en de niet-tricyclische antidepressiva. Chemische structuur.
- Werkzaamheid ongeveer gelijk.
- Effect van deze middelen is pas na twee tot vier weken gebruik merkbaar. Dient minstens zes maanden te worden voortgezet.
- Bijwerkingen kunnen – in tegenstelling tot de werking - al een paar uur na inname optreden. Dit verschijnsel maakt het soms moeilijk om de medicijnen trouw in te nemen.

Tricyclische antidepressiva

- amitriptyline (Sarotex, Tryptizol)
- clomipramine (Anafranil)
- dosulepine (Prothiaden)
- doxepine (Sinequan)
- imipramine
- maprotiline
- nortriptyline (Nortrilen)

Hierboven worden de tricyclische antidepressiva vermeld.
Clomipramine en imipramine worden ook toegepast bij angststoornissen.

Niet-tricyclische antidepressiva

SSRI's

- citalopram (Cipramil)
- escitalopram (Lexapro)
- fluoxetine (Prozac)
- fluvoxamine (Fevarin)
- paroxetine (Seroxat)
- sertraline (Zoloft)
- venlafaxine in lage dosering (Efexor)

SRI's

- duloxetine (cymbalta)
- venlafaxine in hoge dosering (Efexor)
- trazodon (Trazolan)

Overige

- agomelatine (Valdoxan)
- bupropion (Wellbutrin, Zyban)
- mianserine (Tolvon)
- mirtazapine (Remeron)
- moclobemide (Aurorix)

Serotonineheropnameremmers en de overige niet-tricyclische antidepressiva. Binnen de serotonineheropnameremmers specifieke en de niet specifieke heropnameremmers. Op de onderstaande dia ziet u welke middelen bij welke groep behoren.

Bijwerkingen antidepressiva

- Alle antidepressiva kunnen opwinding of onrust versterken of oproepen.
- In het begin van de behandeling kan er sprake zijn van toegenomen angst. Benzodiazepine.
- Manie: lithium.
- Gestart met een lage dosering. Langzaam opgehoogd. Vooral bij de tricyclische antidepressiva.
-

BIJWERKINGEN ANTIDEPRESSIVA						
	TCA's	Niet-tricyclische antidepressiva				
		SSRI's	bupropin	moclobemide	mirtazapine	trazodon
verminderde hartwerking	+	-	-	-	-	-
orthostatische hypotensie	+	-	-	-	-	+
anticholinerge bijwerkingen	+	-	-	-	-	-
slaperigheid, suftheid	+	+	-	-	+	+
slapeloosheid	-	-	+	+	-	-
diarree	-	+	-	+	-	-
misselijkheid	-	+	+	+	-	+
hoofdpijn	-	+	+	+	+	+
seksuele stoornissen	-	+	-	-	-	+

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

- TCA: darmverstopping, het moeilijk op gang komen van de plas en een droge mond en ogen, sterke transpiratie optreden bij de minste inspanning.
- Het hart kan sneller en onregelmatiger gaan kloppen en de bloeddruk kan stijgen; ouderen, die vaak ook hartproblemen hebben, ernstige bijwerkingen
- SSRI's: diarree en misselijkheid zijn typerend voor de SSRI's.
- Seksuele stoornissen, obstipatie en een droge mond bijvoorbeeld kunnen ook onderdeel uitmaken van de depressie zelf.
- Suïcidaliteit kan in begin van de behandeling voorkomen. Geen directe bijwerking: eerst actiever en pas later minder somber.

- Als men plotseling stopt kunnen ontwenningssverschijnselen optreden, zoals slaapstoornissen, maagdarmlachten en griepachtige verschijnselen.
- De volgende groep medicijnen die worden besproken zijn de antipsychotica.

Antipsychotica

- Onderdrukken vooral de positieve symptomen van psychosen: wanen en hallucinaties.
- Ook effect de negatieve symptomen van psychosen: gevoelsvervlakking, spraakarmoede, onverschilligheid en initiatiefverlies.
- Ook gebruikt bij de behandeling van manie.
- Treedt in fases in: binnen enkele dagen de onrust verminderen, hallucinaties en eenvoudige wanen verminderen na enkele weken, meer complexe wanen en denkstoornissen verminderen pas na enkele maanden gebruik.
- Twee groepen: klassieke of typische antipsychotica en de atypische antipsychotica.
- Geen duidelijke criteria om beide groepen te onderscheiden. De klassieke antipsychotica dateren uit de jaren 1950-1970, terwijl in de groep van atypische antipsychotica enkele oudere en nieuwere middelen vertegenwoordigd zijn.

Klassieke antipsychotica

Butyrofenonen

broomperidol (Impromen)
haloperidol (Haldol)

Fenothiazinen

chloorpromazine
flufenazine (Anatensol)
perfenazine
periciazine (Neuleptil)

Overige

sulpiride (Dogmatil)
tiapride (Tiapridal)

Difenylbutylaminen

fluspirileen (Imap)
penfluridol (Semap)
pimozide (Orap)

Thioxanthenen

chloorprotixeen (Truxal)
flupentixol (Fluanxol)
zuclopentixol (Cisordinol)

- Indeling is gebaseerd op de chemische samenstelling van de middelen.
- Verschillen onderling vooral in de mate waarin zij een bepaalde bijwerking kunnen geven.

- Eerst de atypische antipsychotica.

Atypische antipsychotica

aripiprazol (Abilify)
 clozapine (Leponex)
 olanzapine (Zyprexa)
 paliperidon (Invega)
 quetiapine (Seroquel)
 risperidon (Risperdal)
 sertindol (Serdolect)

- Er wordt beweerd dat deze atypische middelen minder bijwerkingen zouden geven op het bewegingsvlak.
- Ze zouden beter werkzaam zijn op het gebied van de negatieve symptomen zoals gevoelsvervlakking, onverschilligheid en initiatiefverlies. Dat is echter nog onvoldoende bewezen.

Antipsychotica: bijwerkingen

- Sufheid, slaperigheid
 - Gewichtstoename
 - Toegenomen risico op suikerziekte
 - Anticholinerge effecten
 - Orthostatische hypotensie
 - Bewegingsstoornissen
-
- De bijwerkingen die in meer of mindere mate kunnen optreden staan hierboven vermeld.
 - Sufheid en slaperigheid komen regelmatig voor.
 - Gewichtstoename lijkt vooral voor te komen bij de atypische (nieuwere) antipsychotica. Verhoogde suikerspiegel en suikerziekte.
 - Ook anticholinerge effecten: droge mond en ogen, obstipatie, plasproblemen, impotentie, concentratieproblemen en wazig zien. Bij het opstaan uit de stoel of uit bed kan de bloeddruk plotseling dalen. Dat noemen we orthostatische hypotensie. Daardoor kunt u zich duizelig voelen en kunt u hartkloppingen krijgen.
 - Bekende bijwerkingen van antipsychotica zijn de bewegingsstoornissen die kunnen optreden: Parkinsonachtig lijken zoals stijve spieren, beven en het nemen van kleine pasjes. Ook kunnen spierkrampen in het gezicht en of de nek, en trappelen of wippen voorkomen.
 - Na langer gebruik: smak en zuigbewegingen, kauw of maalbewegingen, uitsteken van de tong of uitstulpen van de wang. Deze verschijnselen kunnen blijvend zijn,
 - Atypische antipsychotica geven in het algemeen minder bewegingsstoornissen dan de klassieke antipsychotica. Bij clozapine is dit verschil het meest duidelijk.

- Zoals eerder aangegeven worden antipsychotica niet alleen toegepast bij psychosen, maar ook bij de behandeling van manie. Voor de behandeling van manie komen ook andere middelen in aanmerking, de zogenaemde stemmingsstabilisatoren. De volgende groep medicijnen die aan de orde komen zijn dan ook de stemmingsstabilisatoren.

Stemmingsstabilisatoren

- Stemmingsstabilisatoren worden, naast de behandeling van manie, ook toegepast ter voorkoming van manische en depressieve periodes bij manische depressiviteit.
- Bij ernstige manie met psychotische symptomen blijken antipsychotica effectiever te zijn dan lithium of valproïnezuur.

Lithium

Camcolit, litiumcarbonaat, Priadel

- Acute manie
- Onderhoudsbehandeling manische depressiviteit
- Aanvullende behandeling depressie
- Lithium heeft een antimanische werking en een antidepressieve werking. Depressie die met een antidepressivum alleen niet te behandelen is.
- De bijwerkingen van lithium zijn vaak afhankelijk van de concentratie lithium in het bloed. Hoe hoger de concentratie, des te ernstiger zijn de bijwerkingen: dorst, verhoogde productie van urine, gewichtstoename, vermoeidheid, een droge mond en spierzwakte. Beven komt vooral voor na overmatig koffie of alcoholgebruik of wanneer naast lithium ook nog antidepressiva of antipsychotica wordt gebruikt. Deze bijwerkingen kunnen al optreden bij een normale hoeveelheid lithium.
- Schildklierhormoon minder: vermoeidheid, verstopping, een bleke, koude en droge huid en problemen met de concentratie of het geheugen.
- Als plotseling wordt gestopt met lithium, kunnen er reboundverschijnselen optreden, wat betekent dat de oorspronkelijke symptomen in versterkte mate terugkeren.
- Lithiumvergiftiging kan ontstaan doordat te veel lithium wordt ingenomen, bijvoorbeeld door het ten onrechte 'inhalen' van vergeten tabletten. Ook kan het zijn dat de nieren te weinig lithium uitscheiden, omdat er te weinig wordt gedronken of dat er teveel wordt getranspireerd, bijvoorbeeld tijdens een vakantie in een warm land of in de sauna. Braken of diarree kunnen ook oorzaak zijn van een te kort aan vocht. Daarnaast kunnen alle middelen die invloed hebben op de zouthuishouding in het lichaam ook de bloedspiegel van lithium beïnvloeden. Verhoogde spiegels kunnen ontstaan door een wisselwerking met andere medicijnen. Diuretica, NSAID's, tetracycline, een antibioticum en ace-remmers, bepaalde hartmedicatie een wisselwerking geven.
- Ook snel afvallen kan een vergiftiging doen ontstaan door vochtverlies.

Overige stemmingsstabilisatoren

Valproïnezuur (Depakine, natriumvalproaat, Orfiril, Propymal) Carbamazepine (Tegretol)

- Anti-epileptica
- Sufheid, duizeligheid, evenwichtsstoornissen, misselijkheid, braken

- Controle bloedbeeld en leverwerking

Als lithium niet goed wordt verdragen: carbamazepine of valproïnezuur, anti-epileptica

Zorgvuldig gebruik

- **Met een glas water**
- **Heel doorslikken**
- **Nuchter of bij de maaltijd?**
- **Verdelen over de dag**
- De juiste wijze van innemen geeft de meeste kans op een gunstig effect en de minste kans op bijwerkingen.
- Tabletten en capsules met een glas water.
- Sommige mensen nemen hun medicijn liever in met melk of soep. Dat mag niet altijd. Soep kan te heet zijn, waardoor het medicijn niet meer goed werkt. Sommige medicijnen gaan een binding aan met het calcium in de melk, waardoor ze niet meer werken. Ook vruchtensappen zijn niet altijd veilig. Zo mag u bijvoorbeeld niet te veel fabrieksmatig grapefruitsap drinken wanneer u het antidepressivum clomipramine (Anafranil) gebruikt. U heeft dan een verhoogde kans op bijwerkingen. Medicijnen met water innemen mag altijd.
- Sommige tabletten en capsules moeten in z'n geheel doorgeslikt worden. 'Retard', 'Durette' of 'CR'. Een speciale bewerking, meestal een extra laagje, zorgt ervoor dat de werkzame stof langzaam vrij komt uit de tablet. Deze medicijnen werken heel kort en heel hevig als ze stuk gemaakt worden. Het werkt dan té kort en bovendien bestaat een risico van medicijnvergiftiging. Daarom mogen die medicijnen beslist niet stuk gemaakt of vermalen worden. Sommige capsules met vertraagde afgifte mogen wel opengemaakt worden. In die gevallen moeten de korreltjes die er in zitten in z'n geheel doorgeslikt worden.
- Ook zijn er ook tabletten die juist wel opgelost moeten worden, de zogenaamde bruistabletten. In dat geval zal dat duidelijk vermeld staan op de verpakking.

Bijwerkingen?

Raadpleeg uw arts!

- Toch kunt u last van bijwerkingen krijgen. Vaak gaan die na een paar dagen gebruik van het medicijn, vanzelf wel over.
- Wanneer u veel last hebt, wanneer de bijwerkingen niet overgaan, kunt u het beste teruggaan naar uw arts.
- Die kan een ander middel voorschrijven of de dosering te verlagen. Doe dit echter niet op eigen houtje.

Vragen over medicijnen?

Raadpleeg uw apotheker!

- **Gebruik**
- **Wisselwerking**

- **Hulpmiddelen**
- **Medicijnen over datum**
- Of u ze wel of niet mag vermalen, of u ze op een nuchtere maag moet innemen of juist niet.
- Medicijnpaspoort kunt u bij elk bezoek aan elke arts laten zien, zodat hij eventuele nieuwe medicijnen kan afstemmen op wat u al gebruikt.
- Ook tijdens een vakantie in het buitenland kan een medicijnpaspoort handig zijn.
- Gebruik daarom liever geen medicijnen op eigen houtje. En als u toch eens een pijnstillertje of ander middel zonder recept wilt gebruiken, vraag dan uw apotheker welk middel zonder problemen gebruikt mag worden bij uw medicijnen die al gebruikt.
- Hulpmiddelen: tablettensplijter, of een doseerbox. Vraag er gewoon om, ze kunnen u veel gemak bieden.
- Oude medicijnen inleveren.

Goede communicatie tussen patiënt en arts en apotheker

- Ook uw eigen rol is belangrijk. Het is belangrijk dat u alles tegen uw arts en apotheker vertelt. Over uw klachten en over uw ervaringen met uw medicijnen. Pas wanneer uw behandelaars alles van u weten, kunnen ze u een goed advies geven.
- Schrijf uw vragen thuis op een briefje, zodat u niets vergeet. Of neem iemand mee, zodat u er later samen nog over na kunt praten.
- Goede communicatie is belangrijk voor een goede behandeling. U moet uw arts en apotheker goed informeren, en zij moeten u goed informeren. Samen staat u sterk.

7. Epiloog bij de Week van de Psychiatrie 2010

“Toen ik langzaam mijn medicatie had afgebouwd, kwamen de gedachtes aan vroeger, aan de oorzaken van mijn crisis weer langzaam boven. Maar onder de hulpverleners was er niemand die me daarbij kon helpen.” Met deze opmerking van een GGZ-cliënt tijdens de Breingeindag afgelopen maandag werd in een notendop verteld waar het bij het gebruik van psychofarmaca aan schort. Misschien helpen ze wel om een crisis te bestrijden, maar ze genezen niet. Ze dempen heftige gevoelens die tijdens een psychische crisis of psychose het dagelijks functioneren belemmeren, maar nemen de oorzaak ervan niet weg. En hulpverleners denken bij het voorschrijven van medicatie dat ze de psychische stoornis behandelen, maar ze hebben geen aandacht voor wat er werkelijk in het hoofd van een cliënt speelt. Als die cliënt stopt met zijn medicatie, staan ze met lege handen.

Het geloof in een biologische benadering van psychische stoornissen is nog steeds dominant in de psychiatrische behandelcultuur. Dat geloof heeft de laatste jaren een gevoelige knauw gekregen. Trudy Dehue liet in de Depressie-epidemie zien dat antidepressiva een beperkte werking hebben, en dat veel effect-onderzoek op dubieuze wijze werd uitgevoerd met geld van de farmaceutische industrie. Ook het begrip ‘schizofrenie’ moet het de laatste tijd ontgelden, en dus ook de richtlijnen voor een goede behandeling. In de prachtige TV-serie Kijken in de ziel moest zelfs een biologische *die-hard* als René Kahn kanttekeningen maken bij zijn eigen geloof dat psychiatrische ziekten een puur chemisch proces in de hersenen is. De tijd lijkt daarom rijp om de komende jaren werk te maken van alternatieven voor een eenzijdige psychofarmacologische behandeling van ernstige psychische stoornissen.

Die alternatieven liggen voor de hand, en zelfs voor het oprapen. Dat die alternatieven hard nodig zijn komt niet alleen doordat de werking van psychofarmaca zo matig is, maar ook omdat cliënten en patiënten er zo'n last van hebben als ze ze gebruiken. Gevoelens worden gedempt, depressies liggen op de loer, trillende handen en epileptische aanvallen zijn aan de orde van de dag, en gewichtstoename en suikerziektes zijn bij veel cliënten een ongevraagd cadeau. En heftige onderhuidse jeuk, als je probeert af te bouwen. Signalen van bijwerkingen worden door hulpverleners, verpleegkundigen zowel als psychiaters, onvoldoende serieus genomen: ze horen er volgens hen nou eenmaal bij, geen reden om iets anders voor te schrijven, eerder een reden om er nog een pil bij te doen om de bijwerkingen te bestrijden. Waarmee het eerste alternatief duidelijk mag zijn: psychiaters moeten eerlijk worden over medicijnen. Ze moeten aan hun cliënten vanaf de start duidelijk maken wat de consequenties (kunnen) zijn van het slikken van al die giftige stoffen. Een cliënt kan dan een veel bewustere keuze maken voor het al dan niet slikken, en de consequenties van die keuze beter overzien. Zelfs bij gedwongen ingrijpen begrijpt een cliënt dan beter waarom dat gebeurt.

Bij goede hulpverlening krijgen cliënten de kans hun verhaal te doen over wat ze meemaken, over wat de oorzaak van hun pijn is, over wat er zich afspeelt in hun hoofd, en in hun omgeving.

Dan wordt er naar hen geluisterd, naar het verhaal achter de klachten en de pijn, met respect voor de persoon. Dat klinkt vanzelfsprekend, maar is het in de praktijk niet. Een diagnose wordt doorgaans gesteld op basis van symptomen, niet op basis van het eigen verhaal van cliënten, en de meestal medicamenteuze behandeling is er vervolgens op gericht die symptomen te bestrijden. Uit de vele verhalen die cliënten over hun gang door het psychiatrisch bedrijf vertellen en opschrijven valt te horen en te lezen hoe vaak behandelaars daarbij de plank misslaan. Dan moet de diagnose worden bijgesteld, en vaak de medicatie. Zorgvuldigheid en extra aandacht in de beginfase van kan veel fouten bij aanvang en ergernissen achteraf voorkomen.

Er is inmiddels genoeg ervaring opgedaan met alternatieven voor psychofarmaca om de geestelijke gezondheidszorg aan te sporen ruimhartig met alternatieven te gaan werken, en in veel gevallen het roer drastisch om te gooien. Zo kan niet-reguliere en natuurlijke medicatie en behandeling voor veel cliënten soelaas bieden zonder de belastende lichamelijke bijwerkingen, en kan in veel gevallen geprobeerd worden zonder medicatie te werken, zelfs in geval van crisis of psychose. Voor hulpverleners is het werken zonder medicatie arbeidsintensief en voor de omgeving van de cliënt extra belastend. Maar die investering verdient zichzelf dubbel en dwars terug, omdat de copingstrategieën van cliënten worden versterkt, zodat zij een volgende crisis beter aankunnen.

Deze alternatieven werken niet voor iedereen, en velen zullen baat blijven vinden bij passende psychofarmaca. Maar in het belang van de kwaliteit van leven van cliënten dient de ééndimensionale behandelweg verlaten te worden ten voordele van een behandeling die op maat van het individu is gesneden en met menselijke waardigheid wordt uitgevoerd.

Gee de Wilde, 26 maart 2010

8. Contact & Informatie werkgroep Week van de Psychiatrie

De Week van de Psychiatrie is een activiteit van landelijke en regionale cliëntenorganisaties en cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. De Week van de Psychiatrie heeft tot doel de positie van cliënten in de samenleving en in de zorg te versterken. De landelijke werkgroep Week van de Psychiatrie bestaat uit vertegenwoordigers van Anoixsis, VOICE/Cliëntenbond, de Vereniging Manisch Depressieven en Betrokkenen, LOC Zeggenschap in zorg en de Depressie Vereniging. De Week van de Psychiatrie wordt gesponsord door LOC Zeggenschap in zorg.

Werkgroep week van de Psychiatrie
t.a.v. Mieke Hommels, coördinator
Postbus 700
3500 AS Utrecht
030 – 2843200 (tel)
030 – 2843201 (fax)
info@weekvandepsychiatrie.nl
www.weekvandepsychiatrie.nl