



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **B(l)ooming business?!**

Vermeiren, R.R.J.M.

### **Citation**

Vermeiren, R. R. J. M. (2007). *B(l)ooming business?!.* Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/13024>

Version: Not Applicable (or Unknown)  
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)  
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/13024>

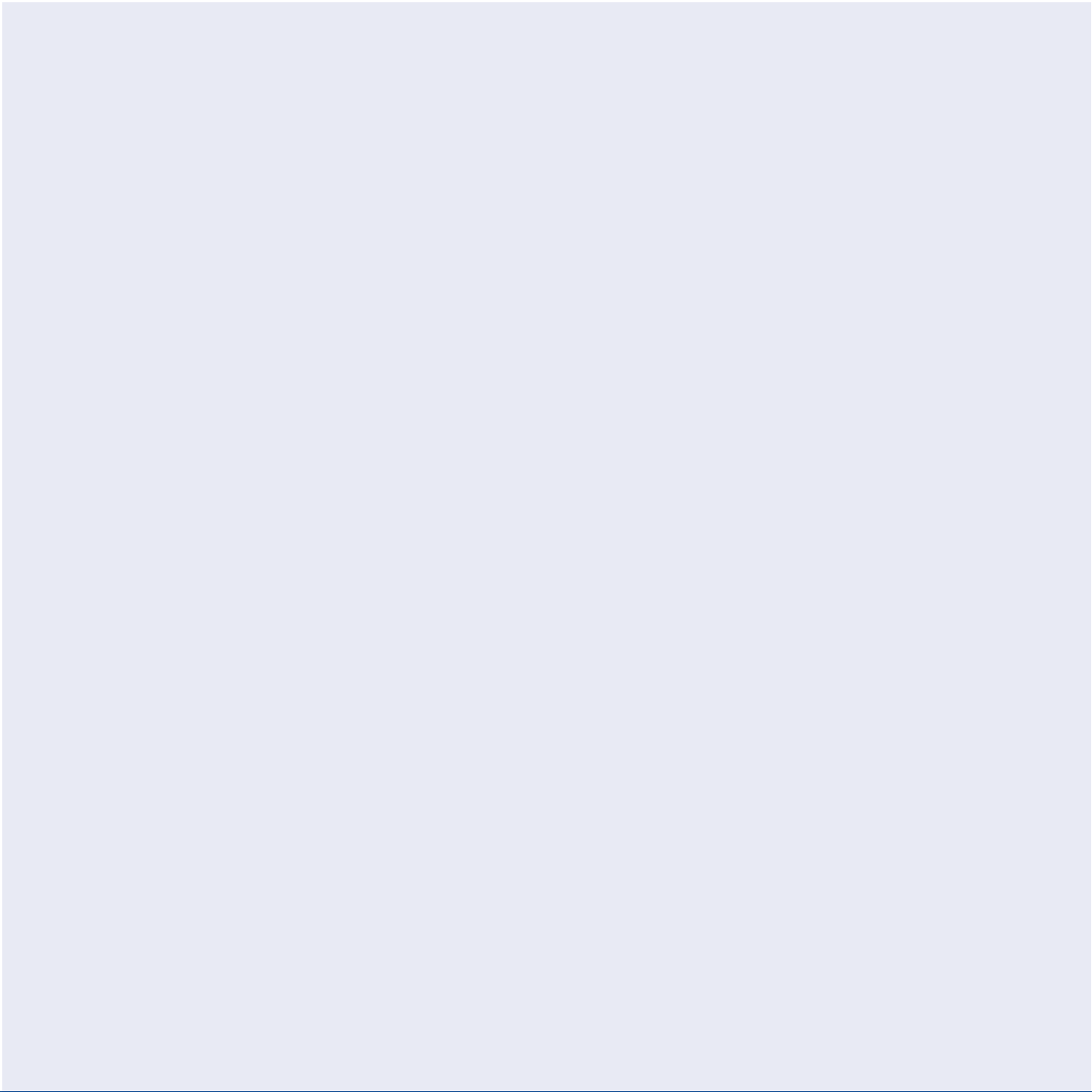
**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. R. R.J.M. Vermeiren

# B(l)ooming business?!



Universiteit Leiden



# B(l)ooming business?!

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. R.R.J.M. Vermeiren

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 28 september 2007.



Universiteit Leiden

*Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,*

4 Begin deze maand berichtte de New York Times (2007) over de bipolaire stoornis bij kinderen; van 1993 tot 2003 heeft zich in de VS een 40-voudige stijging afgetekend in verwijzingen voor deze aandoening, van 20.000 tot 800.000, dat komt neer op 1% van alle personen tot 20 jaar. Een stijging van 4000% dus, daar verbleekt zelfs - in zijn beste momenten dan - de Dow Jones bij, en de fel gecontesteerde topinkomens evenzeer. Toegegeven, wij kennen de bipolaire stoornis bij kinderen nauwelijks in Europa, maar wel andere. Onderzoek door collega Verhulst (1997) van de Erasmus universiteit wees er namelijk op dat maar liefst 7% van alle jongeren een ernstige stoornis heeft. Daar staat tegenover dat onderzoekers bij het Trimbos instituut (Sytema e.a., 2006) aantoonde dat jaarlijks slechts 2,5% van alle jongeren contact heeft met de GGZ, de Geestelijke Gezondheidszorg, dus amper een derde van de kinderen met een stoornis, als alleen die hulp zoeken uiteraard. Ruimte voor groei dus. Kinderpsychiatrie lijkt 'booming business'.

En niet enkel de groei in volume is opvallend, ook de maatschappelijke kijk op het vak is op korte tijd grondig veranderd. En dan heb ik het over relatief recente ontwikkelingen, zich afspelend over de laatste 14 jaar; vanaf 1993, sinds ik mijn eerste kinderpsychiatrische ervaring opdeed bij Tulpenburg, de voorloper van Triversum in Noord-Holland. In die tijd was ADHD bijvoorbeeld nog maar beperkt bekend op scholen, waardoor deze diagnose steeds uitvoerig moest uitgelegd worden aan de leerkrachten. Medeleerlingen mochten doorgaans absoluut niet op de hoogte zijn van eventuele medicatie-inname. Een onderdeel

van de behandeling was dus om een stiekeme manier van inname te bedenken. Anno 2007 is schoolcontact nog steeds essentieel, maar ADHD moet nauwelijks nog uitgelegd worden. De vele boeken en lezingen over het onderwerp en het internet hebben hun effect niet gemist, het is nog moeilijk iemand te treffen die niet weet wat ADHD is, ook buiten deze zaal. Zelfs kinderen zijn op de hoogte. Ongeveer twee jaar terug hoorde ik een gesprek tussen mijn kinderen, Toon en Marie, toen 6 en 8 jaar oud. Ze klaagden over een lastig jongetje op hun vorige school. Waarop Marie Toon antwoordde dat die jongen 'wel AHD of zoiets had', en dat 'hij er niets aan kan doen'. Bovendien 'kreeg hij er pilletjes voor' en 'ging hij naar de praatdokter'. Tot mijn verwondering wist Marie me vervolgens uit te leggen dat ADHD met druk zijn en niet kunnen opletten te maken had. En dat maar liefst vier kinderen in haar klas daar pilletjes voor kregen. Tijden veranderen. Anno 2007 hoeft medicatie niet steeds stiekem ingenomen te worden. Wel integendeel, leerkrachten worden thans geregeld in hun lesgeven onderbroken door 'ritalin timers', horloges en mobiele telefoons die de vergeetachtige leerlingen te gepaste tijd herinneren aan hun pilletje. Wat een verandering. Naast een grotere bekendheid lijkt het dus ook meer aanvaard hulp te zoeken en te krijgen.

Moeten we daaruit besluiten dat de kinderpsychiatrie gouden tijden meemaakt, ook blooming business is, dat het er nu enkel op aankomt de groei aan te houden en vorm te geven? Helaas niet, want er liggen tal van knelpunten, waarvan ik er hier enkele zal opsommen. En het zal u wellicht niet verwonderen dat deze onderwerpen de onderzoeksagenda van Curium-LUMC zullen bepalen. Een eerste knelpunt betreft de instroom; daar slechts een minderheid van de kinderen met kinderpsychiatrische problemen hulp krijgt, blijft een

groot deel verstoken van hulp. Ten tweede is het niet duidelijk wat het effect is van behandeling die in de dagdagelijkse kinderpsychiatrische praktijk wordt gegeven. En ten derde is er nog erg weinig bekend over de relatie tussen lichamelijke factoren en stoornissen, bijvoorbeeld het hersenfunctioneren van kinderen die problemen hebben, en over de bijdrage die dergelijke inzichten kunnen geven aan de praktijk. In meer wetenschappelijke termen kunnen de onderzoekslijnen van Curium-LUMC als volgt worden benoemd:

Public child mental health: het ontwikkelen van een effectief en efficiënt hulpverleningstraject.

Routine outcome monitoring: het evalueren van kinderpsychiatrische behandeling.

Neurobiologie, meer bepaald neuro-imaging, het visualiseren van hersenactiviteit.

Uiteraard is de uiteindelijke ambitie om deze onderzoekslijnen samen te brengen. En dan bijvoorbeeld na te gaan welke veranderingen gezien worden ter hoogte van de hersenen nadat een kind in behandeling is geweest.

In deze oratie zal ik eerst dieper ingaan op deze onderwerpen, de noden op wetenschappelijk vlak, om vervolgens ook twee gerelateerde noden te behandelen. Het betreft de nood om talentvolle enthousiaste onderzoekers aan te trekken, alsook het verduidelijken van de positie van de kinderpsychiatrie binnen het veranderende maatschappelijke kader. Dit laatste aan de hand van een opmerkelijk voorstel vanuit het ministerie, maar daarover later meer.

### **Nood aan structuur: Public child mental health**

V was de allereerste 'klus' die Prof. Deboutte me toebedeelde, in oktober 1994, de eerste maand van mijn opleiding. V kwam met beide ouders, en hoewel ze kon praten, deed ze dit nooit

buitenshuis, een stoornis die we electief mutisme noemen. Door deze problemen had V het eerste leerjaar moeten overdoen, in Nederland groep 3. Voorheen had men de ouders gezegd dat het wel goed zou komen, maar nu het ook in het tweede leerjaar moeilijk ging, kon ze niet snel genoeg bij de kinderpsychiater terecht. Het probleem was immers niet nieuw, maar reeds 4 jaar, ja vier jaar, aanwezig. Vier jaar terug had ze nog een tijd gepraat op school, en naar zeggen van de ouders was ze ermee gestopt omdat de juf haar streng had aangepakt, verbaal dan, omwille van teveel praten. V had het ter harte genomen, aan wilskracht ontbrak het haar dus niet. Bij electief mutisme is snel ingrijpen belangrijk, want hoe langer het zwijgen persisteert, hoe minder succesvol de behandeling. V had echter vier jaar moeten wachten.

Dit voorbeeld stamt van maar liefst 13 jaar geleden, waardoor we te makkelijk geneigd zouden kunnen zijn te denken dat de sterke groei van het vak ervoor heeft gezorgd dat dergelijke situaties uit de wereld zijn. Daarenboven is het een casus uit het buitenland, het zuiderse België nog wel, voor zolang het nog bestaat. Maar helaas blijven ook in Nederland en nog in deze tijd te veel kinderen verstoken van hulp. Het eerder aangehaalde onderzoek van Verhulst (1997) toonde dat naast de 7% kinderen met een ernstige stoornis, ook nog eens 10 tot 15% van de kinderen een mogelijke stoornis heeft. En dat terwijl jaarlijks slechts 2,5% van alle kinderen in zorg wordt genomen (Sytema e.a., 2006). Ook nu nog ziet een groot aantal kinderen met problemen dus nooit een hulpverlener.

De realiteit is echter nog triester. Uit mijn eigen promotieonderzoek in Antwerpen (Vermeiren, 2002) en de verschillende onderzoeken die ik in de bloeiende samenwerking met collega Doreleijers van het VUMC verricht

(o.a. Vreugdenhil e.a., 2004), blijkt bovendien dat een groot aantal jongeren met kinderspsychiatrische problemen in een compleet andere setting terecht komt, namelijk de justitiële. Hiermee keer ik me natuurlijk niet tegen jeugdstrafrecht, wel integendeel, want ook ik ben van mening dat jongeren bij ernstige overtreding door de bevoegde overheid gestraft moeten worden. Ik ben evenwel ook van mening dat thans onvoldoende gedaan wordt om jongeren buiten justitie te houden, en om kinderspsychiatrische problemen bij jongeren binnen justitie te diagnosticeren en te behandelen. Jongeren uit justitie houden kan door zo vroeg als mogelijk adequaat hulp te bieden. De meeste jongeren die met justitie in aanraking komen hebben immers al lang problemen, maar velen krijgen geen gepaste hulp. Ze horen niet bij de 2,5% van de jongeren die de weg naar de hulpverlening wel vinden. En als een jongere met justitie in contact komt, dan nog gebeurt er vaak niks of weinig. Ook de meest problematische groep, jongeren die opgesloten worden in justitiële jeugdinrichtingen, wordt tot op vandaag niet systematisch onderzocht op psychische problemen. En dat terwijl overtuigend is aangetoond dat ernstige condities, zoals suïcidegedrag, middelenmisbruik en psychotische symptomen, hun geestelijke en medische conditie bedreigen. Het is aldus niet verwonderlijk dat een recent rapport heel kritisch was over de kwaliteit van de Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen (Inspectie 2007). De niet verrassende aanbeveling is alvast dat een systematische wijze van screening en diagnostiek moet worden ontwikkeld.

Nu even terug naar de nood om kinderen de weg naar de hulpverlening te laten vinden, het detecteren van de 7 of meer % die hulp nodig hebben. Sommigen zien als oplossing hiervoor de kinderspsychiater aan de poort te zetten, meer nog, hem of haar naar scholen te laten reizen om behoeftige

kinderen te detecteren. Dat zou ons wel een erg bijzonder medisch specialisme maken. Moet de hartspecialist dan ook met een cardiomobiel naar dorpen en bedrijven, om specialistisch cardiologisch onderzoek te verrichten bij elkeen met pijn op de borst? Waarom zouden wij dan de boer op moeten? Een eenvoudige ruwe rekensom leert ons dat het 'kinderspsychiater aan de poort idee' niet haalbaar is, daar we dan massa's kinderspsychiaters zouden moeten opleiden. In Nederland zijn ongeveer 3,5 miljoen kinderen tussen 0 en 18 jaar, waarvan dus jaarlijks 7% hulp zou behoeven. Jaarlijks dus twee honderd vijf en veertig duizend kinderen. Als een kinderspsychiater bij elk kind onderzoek en advies moet verrichten, dan zijn hiervoor alleen al 300 fulltime kinderspsychiaters nodig, bijna zoveel als er thans in Nederland zijn. Er rekening mee houdende dat we minstens even vaak fout als correct ingeroepen zullen worden komen we aan het dubbele, 600 dus, en omdat een aanzienlijk aantal uitgebreide diagnostiek nodig heeft, en overleg, zeker nog eens zoveel, 900. Dan vergeet ik nog begeleiden en coachen van behandeling, instellen van medicatie, waarnemen van behandelafdelingen, onderwijs en opleiding, consultatief werk in ziekenhuizen en justitiële jeugdinrichtingen ... ruim over de 1000. Administratie zou ik maar al te graag vergeten, want dat verhoogt het geheel nog eens met 30%. Zitten we aan 1500? Of 2000?

En zou dat volstaan? Of had Hutschemaekers het in 1993 bij het rechte eind, door zijn artikel in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid de titel mee te geven, 'Hoe meer psychiaters, des te groter het tekort?'. Als we hiervoor kiezen, dan zouden we sterk op weg zijn om de grootste medische specialiteit te worden! Willen we dit, en is het eigenlijk wel haalbaar? Het is natuurlijk overbodig hieraan toe te voegen dat studenten

geneeskunde immers ook voor andere specialismen voldoende beschikbaar moeten blijven. En zullen de kinderen waar we het voor doen er beter van worden? Mijn antwoord is nee, duidelijk NEE. Want efficiëntie zal er niet door verbeteren, omdat zelfs een veel groter aantal kinderpsychiaters niet de zekerheid biedt dat de juiste kinderen worden aangemeld.

Een uitdaging voor de toekomst is bovendien niet enkel jongeren met noden hulp te bieden, maar evenzeer, te vermijden dat kinderen die het niet nodig hebben in de hulpverlening komen. Het klinkt wellicht gek, maar toch, net zoals we tal van voorbeelden kunnen bedenken van patiënten die te laat bij ons terecht komen, kunnen we er legio opsommen die niet bij ons moesten zijn, maar waarbij minder hulp zou hebben volstaan. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan de ouders die me consulteerden omdat hun kind niet geslaagd was voor het vijfde leerjaar - het meisje bleek helaas enkel laag gemiddeld intelligent -, of de moeder die met haar 5-jarige zoon consulteerde omdat hij niet luisterde - ze bleek niet de minste grenzen te stellen, of de moeder die bij me kwam om haar homofoon te behandelen - ze wou dat hij hetero werd. Redenen om te vermijden dat onnodig wordt doorverwezen zijn er voldoende. Een belangrijke is efficiëntie. De wachtlijsten zijn al meer dan lang genoeg.

De onderzoekslijn child public mental health van Curium-LUMC heeft als doel het hulpverleningstraject te stroomlijnen; en er dus voor te zorgen dat kinderen met noden herkend worden en gepaste - dus noch te weinig, noch teveel - hulp krijgen. Efficiëntie is hierin belangrijk, niet enkel omdat de overheid dit verlangt, maar ook omdat we er anders niet in zullen slagen alle behoeftige kinderen te bereiken. Curium-LUMC wil streven naar een combinatie van kwaliteit en

efficiëntie, bijvoorbeeld door samen met zorgpartners in scholen werkbare en betrouwbare methodes van diagnostiek op te zetten. En de kinderpsychiater, die zal net als andere disciplines een belangrijke rol spelen maar niet de spil vormen in dit geheel, zodat het ook zonder gigantische groei in aantal mogelijk wordt meer kinderen te evalueren, en zodat de kinderpsychiater zich kan concentreren op kinderen met de hoogste nood. Deze ambitie kan enkel lukken als professionals uit de hele keten, van voor de 1<sup>e</sup> tot de 3<sup>e</sup> lijn, samenwerken. Gedragsdeskundigen bij Bureau Jeugdzorg en de GGD, schoolartsen en verpleegkundigen, huisartsen, gedragsdeskundigen in justitiële jeugdinrichtingen, en vele anderen, en de kinderpsychiater. Als we er vervolgens ook nog in slagen laagdrempelige interventieprogramma's in de eerste lijn te ontwikkelen, dan zullen uiteindelijk misschien zelfs minder kinderen naar de kinderpsychiatrie moeten doorstromen. Dat zou pas tot een optimaal efficiënt gebruik van middelen leiden. Ik zou er geen probleem mee hebben deze oratie dan te herdopen tot 'shrink's business is shrinking business'.

Een boeiende onderzoekslijn wordt het, omwille van de relevantie, maar evenzeer omdat we dit werk met meerdere ketenpartners zullen doen. Laten we samen streven naar meer dan som van de delen. Voor Curium-LUMC is dit bekend terrein, want op vlak van instrumentontwikkeling heeft het reeds heel wat gepresteerd. De regio is bovendien zeer geschikt voor dit werk, omdat er maar een beperkt aantal zorgpartners bestaat, en omdat veel expertise aanwezig is, bijvoorbeeld bij GGZ Rivierduinen, de volwassenenpsychiatrie van het LUMC, TNO en de vakgroep huisartsgeneeskunde.

## Nood aan opvolging: Routine outcome monitoring

Helpt het wel wat we doen? Dat is een vraag die we ons frequent stellen. En het is een vraag die anderen ons - terecht - geregeld toewerpen. Bij V heb ik me die vraag vaak gesteld, want haar behandeling was geen overdonderend succes. Intensieve cognitief gedragstherapeutische behandeling heeft ertoe geleid dat V geleidelijk met meer mensen ging praten, in de ruimere familie, ook met mij. Tot zover ik de behandeling kon volgen praatte ze helaas niet op school. Toch uitten de ouders herhaald hun tevredenheid, en waren ze bereid meerdere jaren wekelijks vele kilometers af te leggen om de behandeling mogelijk te maken. Misschien heeft mijn interventie toch effect gehad, zonder het optimale te bereiken. Althans, dat ben ik geneigd te geloven.

8

Het 'geloven in' is cruciaal in ons vak, want hier putten we in belangrijke mate uit, en we gebruiken het argument vaak om twijfelaars te overtuigen. Deze overtuiging mogen we gerust hebben, want onderzoek ondersteunt de werkzaamheid van verschillende vormen van psychotherapie en van medicatie (Jackson & Lurie, 2006; James e.a., 2005). Nochtans zijn er ook tal van redenen voor omzichtigheid. Ten eerste is het gemeten effect vaak matig, wat betekent dat slechts een deel van de patiënten geholpen wordt, en dat ook degenen die verbeteren problemen behouden (James e.a., 2005). Ten tweede doet behandeling die specifiek voor een bepaalde stoornis is ontwikkeld vaak niet meer dan steunende gesprekken (Weersing & Brent, 2006). Ten derde is het voor verschillende stoornissen nog steeds onduidelijk of psychotherapie een beter effect resorteert dan medicatie, en of psychotherapie in aanvulling op medicatie meerwaarde oplevert (MTA Cooperatie Group, 2006). Als kanttekening hierbij dient vermeld dat dergelijk vergelijkend onderzoek bijna steeds

op korte termijn werd uitgevoerd. Het is aannemelijk dat de meerwaarde van psychotherapie boven medicatie zich pas op de langere termijn toont.

Een laatste beperking ligt in het feit dat de werking van therapieën vooral werd onderzocht in 'efficacy' onderzoeken, wat betekent in strikte onderzoeksomstandigheden. 'Efficacy' wordt doorgaans onderzocht door 2 (of meer) groepen deelnemers met een welomschreven, netjes geselecteerde aandoening elk een ander soort behandeling te geven en dan te berekenen welke behandeling het meeste verbetering brengt. Om mooie vergelijkbare groepen patiënten te krijgen worden storende variabelen, zoals het hebben van andere stoornissen of ook bijvoorbeeld niet meewerkende ouders, zo veel als mogelijk uitgesloten. Het onderzoeks karakter verplicht bovendien om expliciet toestemming te vragen, wat er bijkomend voor zorgt dat deelnemers niet doorsnee zijn, maar eerder gemotiveerd. Ook behandelaars zijn niet doorsnee, want voor 'efficacy' onderzoek worden behandelaars gebruikt die enkel en alleen deze specifieke groep behandelen, en daar rigoureuze voor opgeleid zijn. Dit staat ver van de gewone behandelpraktijk, waar patiënten meestal een combinatie van problemen hebben, en niet een enkele, en waarin therapeuten diverse vormen van behandeling moeten uitvoeren. In een recente lezing stelde Prof. Fonagy, een wereldvermaarde expert, dat aan dergelijk 'efficacy' onderzoek minder dan 10% van de gewone kinderpsychiatrische populatie deelneemt.

Willen we tonen dat kinderpsychiatrische behandelingen niet enkel voor deze specifieke groep helpen, dan moeten we 'effectiveness' onderzoeken, het effect van behandeling in de dagdagelijkse praktijk. Geen makkelijke opdracht, want we willen zicht krijgen op de verbetering van patiënten

die al van aanvang elk anders zijn. Patiënten die door deze verschillen geen identieke behandeling zullen krijgen, zelfs al gebeurt deze aan de hand van een handleiding. Patiënten die omgevingspecifieke invloeden ondergaan die tijdens de lopende behandeling de conditie van die persoon gunstig dan wel ongunstig beïnvloeden. Bovendien is de gewenste uitkomst voor elkeen anders, ook als het om patiënten met eenzelfde stoornis gaat. Bij V was het duidelijk, we wilden dat ze zou praten in de school. Maar voor A, een kind met een heel andere stoornis, namelijk aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit en gedragsproblemen was dat anders. Was de goede uitkomst minder ruzie maken thuis, of beter instructies van moeder opvolgen, of beter opletten op school, of welke combinatie daarvan?

Het mag dan wel ingewikkeld zijn, we zijn het de patiënt en de maatschappij verplicht na te gaan of onze interventies verandering brengen, en of we deze interventies op een efficiënte wijze opgezet hebben. Dat de patiënt een optimale behandeling moet geboden worden zal niemand betwisten, niet iedereen deelt echter de mening dat de overheid recht heeft te weten of de middelen efficiënt gebruikt worden. Tekenend was in dat verband de terecht kritische reactie van Prof. van der Ploeg (2007) in het augustus nummer van het Tijdschrift voor Orthopedagogiek op de uitspraak van een directeur uit onze sector. Op de vraag van een kamerlid hoe de extra toegezegde middelen van 40 miljoen euro gebruikt zouden worden, had die geantwoord dat we professioneel werken, dat er meer dan 40 miljoen nodig was en dat het geld snel ter beschikking moest worden gesteld. Zelfs al wordt deze uitspraak gekleurd door de eerder vermelde complexiteit van de meetbaarheid, overtuigend is ze niet, en te vrezan valt dat ze er niet toe zal bijdragen - misschien wel integendeel - dat de

overheid de belangrijke investering in onze sector verder zal opdrijven.

Effectiveness onderzoeken kan, mits voldoende grote groepen systematisch onderzocht worden. Want enkel dan kunnen we rekening houden met de heterogeniteit van onze patiënten. En voldoende grote groepen, dat kan geen enkele instelling op zich, tenzij we over heel lange tijd patiënten in kaart brengen. Samenwerken is een andere optie, groeien naar meer dan de som van de delen. Regionaal ga ik hiervoor graag met GGZ Rivierduinen in zee. Hopelijk kan het nog ruimer, met partners uit de eerste lijn en partners buiten de regio, Rotterdam - met de kinderspsychiatrie van het Sophiakinderziekenhuis kende Curium reeds een mooie samenwerking op dit vlak, maar ook Noord-Holland, Den Haag, Amsterdam, en verder. En met de partners uit de volwassenenpsychiatrie, want om echt te weten hoe onze populatie evolueert moeten we over de leeftijdsgrens van 18 gaan. In dit laatste opzicht ben ik in het bijzonder verheugd over de samenwerking met collega Prof. Zitman, die samen met GGZ Rivierduinen, GGZ Buitenamstel en het LUMC een van de initiatiefnemers is geweest bij het ontwerpen van een web-based computer gestuurde routine outcome monitoring applicatie. Nu de volgende cruciale stap, met partners uit de kinderspsychiatrie deze ROM inhoudelijk vorm geven.

### **Nood aan dieptezicht - Neurobiologie: neuro-imaging**

Waarom, V? Waarom zweeg je en bleef je zwijgen? Je ouders hebben me het vaak gevraagd, ik heb het hen niet kunnen vertellen. Natuurlijk, de terechtwijzing door je juf van de eerste kleuterklas was een uitlokker, en je temperament, je wilskracht, zorgde ervoor dat je zwijgen bleef. Dat kan echter

niet de enige verklaring zijn, want temperament ontberen mijn kinderen en stiefkinderen evenmin, maar zwijgen kunnen ze nauwelijks. Weet je nog, Marie, Toon, Rozemarijn, Sterre, zwijgen in de auto in Kreta om als eerste een ijsje te krijgen? Hoeveel minuten lukte het ook alweer? Bij V moet het meer zijn. En daarom moeten we dieper kijken. Wat me specifiek interesseert is wat zich afspeelt in het brein van kinderen die anders functioneren. Vertonen welbepaalde hersengebieden een andere activiteit? En zo ja, in welke mate is er een relatie tussen het hersenfunctioneren en het gedrag of het psychisch functioneren? Maar ook, wat zien we in de hersenactiviteit als er verandering optreedt doorheen de tijd, bijvoorbeeld door behandeling? Dit zijn slechts enkele vragen waar toekomstig Curium-LUMC onderzoek zich op zal richten, dan niet in relatie tot electief mutisme, maar stoornissen als gevolg van traumatische gebeurtenissen en stoornissen binnen het autisme-spectrum.

Ook op dit vlak liggen grote uitdagingen (Linden, 2006). De neuro-biologie kent - al dan niet terecht - fervente critici, maar tevens vurige aanhangers. Nog maar begin deze maand belichtte een Vlaamse krant een neuro-economische discussie. Een Nederlandse hoogleraar had beweerd dat de sollicitatie van de toekomst via de neuro-imaging zou gaan. Dit is geen alleenstaand verhaal, want in de forensische sector wordt al volop gedroomd over leugen neuro-imaging paradigma's. Leg de boef maar onder de hersenscanner, we zullen gauw weten of hij liegt, en misschien zelfs hoe hoog zijn psychopathie gehalte is. Degenen die het symposium gisteren (pre-oratie symposium, 27 september 2007) bijwoonden zullen het met me eens zijn dat we daar nog heel ver van staan, en dat de uitspraken van deze aanhangers niet gefundeerd zijn. Vooral nog is er geen sprake van dat we met een

hersenscanner de leugens van iemand zullen kunnen lezen, of zijn geschiktheid voor een job. Hierdoor begrijp ik best dat critici hun stem laten horen. Nochtans, er dient erkend dat de neuro-imaging al een bijdrage heeft geleverd. Bijvoorbeeld in de forensische jeugdpsychiatrie, door te tonen dat het brein pas volgroeid is in de vroege volwassenheid, en voordien dus nog immatuur is (Yurgelun-Todd, 2007). Dit is een belangrijk element in de discussie met betrekking tot strafrechterlijke verantwoordelijkheid en berechting van minderjarigen als volwassene. Ik geloof zeker en hoop dat in de toekomst de link zal kunnen gelegd worden tussen de fundamentele neuro-imaging wetenschap en de praktijk. Bijvoorbeeld door patiënten met een bepaalde stoornis aan de hand van neuro-imaging technieken te subtyperen, zodat specifieke interventies kunnen geboden worden. Hoe ver de neuro-imaging ons zal brengen, is thans echter onduidelijk.

Het zal jullie hieruit duidelijk zijn dat ik me noch achter de critici, noch achter de overenthousiaste aanhangers schaar. Geen van beide kampen heeft overtuigende argumenten om zijn stelling hard te maken. Er is gewoonweg te weinig onderzoek en te beperkt zicht op toekomstige mogelijkheden om verregaande uitspraken te doen (Linden, 2006). In Curium-LUMC zullen we, door het opzetten van degelijk onderzoek, pogen een bijdrage te leveren aan de kennis op dit vlak. En vervolgens, de resultaten te laten spreken.

Prof Buruma, het stond in de sterren geschreven dat neuro-imaging een onderzoekslijn zou worden van Curium-LUMC, althans in uw sterren. Als voorzitter van mijn benoemingscommissie vergat u geen enkele bijeenkomst te vermelden dat naast het LUMC een 7 Tesla apparaat zou verrijzen. Daarbij komt dat in de regio Leiden veel

expertise aanwezig is, gebundeld in het LIBC, het Leids Institute for Brain and Cognition. Zowel bij de afdeling ontwikkelingspsychologie van het FSW als de afdeling volwassenenpsychiatrie van het LUMC is de laatste jaren baanbrekend werk verricht op vlak van neuro-imaging. Curium-LUMC doet graag mee, en ik ben verheugd dat een neuro-imaging groep 'over the life span' in de startblokken staat. Het vinden van een pakkende naam of afkorting blijkt nog het meest lastige. Als het dat maar is.

### **Nood aan zuurstof: academisch talent gezocht**

De enorme groei heeft echter nog een keerzijde, namelijk een schrijnend tekort aan kinderpsychiaters met academisch profiel. Ter illustratie het feit dat mijn kandidatuur voor dit hoogleraarschap reeds bij de eerste ronde als enige overbleef - en even terzijde, hierbij wil ik met een glimlach het risico nemen te horen opmerken dat het gebrek aan tegenkandidaten ontegensprekelijk tot mijn voordeel moet hebben gestrekt - maar ook de vaststelling dat mijn zoektocht naar enthousiaste bekwame kinderpsychiaters met academisch profiel tot op heden weinig heeft opgeleverd. Helaas is dergelijke ervaring niet alleenstaand, ook andere Nederlandse en internationale centra worstelen met dit probleem (Thomas & Holzer, 2006). Het vinden, stimuleren, enthousiasmeren en inlijven van potentieel capabele talenten is cruciaal voor de verdere groei van ons vak. Ik ben verheugd op dit vlak heel veel geleerd te hebben van mijn leermeesters, Theo Compernelle, dankzij zijn openheid en bruisend enthousiasme, Dirk Deboutte, met zijn ongekend doorzettingsvermogen en betrokkenheid, Theo Doreleijers, met zijn jeugdige vitaliteit en uitmuntende onderwijs capaciteiten, Mary Schwab-Stone, for her outstanding scientific supervision and genuine interest, maar ook en niet in het minst van the late Donald Cohen, Professor

of Child Psychiatry at the Yale Child Study Center. Donald was an exceptionally remarkable man, not only because he was an intellectual genius, but even more for his outstanding skills of bringing in young talented people. Donald's attention made you feel unique, and that is unforgettable when, as a young trainee, one gets the opportunity of working with the world's most renown and respected academic in his branch in the world. I was more than fortunate that I might experience his stimulating spirit. Mijn hoop is alvast dat Curium-LUMC net zo'n stimulerend centrum wordt als de vele die ik heb meegemaakt, en dat we samen vele talenten de weg naar het vak zullen mogen tonen.

### **Nood aan identiteit: de positie van de kinderpsychiatrie**

Begin deze maand, naar aanleiding van het kritische rapport over de kwaliteit van de Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen, werd nogmaals duidelijk dat de kinderpsychiatrie aan uitstraling mist, dat de identiteit, kenmerken en vereisten van deze discipline voor anderen eerder wazig lijken. Een naar aanleiding van dit rapport voorgestelde oplossing hield in dat Minister Rouvoet, de minister van Jeugd en Gezin, een voorstel zou doen om de opleiding kinderpsychiatrie in te korten. Een - hoe zal ik het noemen - laat ik het houden op uiterst pragmatische oplossing voor een kwantitatief probleem, helaas voorbijgaand aan de complexiteit en de specialistische noden van het vak, en nog meer aan de uitdagingen die ik in deze oratie uitdruk. Als we dan toch in louter kwantitatieve termen denken, kan er natuurlijk ook aan gedacht worden kinderpsychiaters in China te produceren? De vernieuwde opleidingsstructuur bepaalt reeds dat de opleiding 4,5 jaar zal duren, waarvan slechts 2 jaar kinderpsychiatrie, waarmee Nederland binnen Europa

de kortste opleiding biedt. Het valt te hopen dat het bevoegde ministerie aspecten zoals medische en wetenschappelijke deskundigheid ook ter overweging zal nemen. Zou men er bij een eventueel tekort aan chirurgen immers eveneens toe komen een verkorte chirurgie opleiding als oplossing te zien?

Dat men in het ministerie het versneld opleiden van kinderpsychiaters als oplossing ziet, hebben kinderpsychiaters zeker ook aan zichzelf te wijten. Geregeld wordt door vakgenoten immers geroepen dat we met meer moeten zijn, alsof dat het probleem zal oplossen. Dergelijke uitspraken blijven vervolgens leven, onder andere omdat de beroepsgroep geen duidelijk idee heeft over wat nu eigenlijk de rol is van de kinderpsychiater. Terwijl sommigen menen dat de kinderpsychiater voornamelijk een specifiek medisch-diagnostische en therapie coördinerende functie moet hebben bij jongeren met ernstige problemen (enkel de 7% ernstige of een subgroep ervan), zijn anderen eerder voorstander van een generalistische rol, waar naast diagnostiek bij een ruime groep kinderen met een mogelijk kinderpsychiatrisch probleem (de 7% ernstige en ook de ruimere 10-15% met milde problemen) ook psychotherapeutische behandeling tot het takenpakket kan worden gerekend. Gunnen we de kinderpsychiater deze laatste rol, dan is verder opleiden de boodschap, tot aantallen die zelfs de eerdere ruwe berekening overstijgen. Het zal jullie inmiddels duidelijk zijn dat ik daar geen voorstander van ben. Voor mij is de kinderpsychiater een medisch specialist met een specifieke functie. Het is echter niet aan mij de mening van de beroepsgroep te bepalen. Ik zal mijn stem laten horen, en ben benieuwd waar we met z'n allen uitkomen. Voor de positionering van het vak is het belangrijk dat we er werk van maken. Anders worden we vast opnieuw verrast door beleidsvoorstellen, die op zijn

zachtst gezegd bevreemdend kunnen zijn.

Vanuit een internationaal perspectief beschouwd, ontbreekt het overigens evenzeer aan duidelijkheid. En dan heb ik het, ietwat gechargeerd gesteld, zelfs nog niet over de tegenstelling Zuid-Europa met zijn voorkeur voor de psycho-analyse, versus Noord-Europa met een veel sterkere gedragstherapeutische en ook academische instelling. Nee, ook tussen de Angelsaksische landen onderling zijn de verschillen markant. Binnen de Europese Unie kan zowat elke medische specialist in eender welk EU land werken. Maar niet de kinderpsychiater. Nee, de Nederlandse kinderpsychiater kan niet zomaar in een buurland gaan werken, terwijl Duitse en Vlaamse kinderpsychiaters niet zomaar in Nederland aan de slag kunnen. Dit omdat de Nederlandse kinderpsychiater eigenlijk niet bestaat, hier bestaat enkel de psychiater die door 2 jaar kinderpsychiatrie opleiding te doen psychiater met een extra aantekening kinderpsychiatrie wordt. België en Duitsland volgen de Europese aanbevelingen, die bepalen dat er minstens 3 jaar kinderpsychiatrie gedaan moet worden, waardoor de Nederlandse kinderpsychiater er niet aan de slag kan (UEMS, CAPP, 2000). In België bestaat de titel kinderpsychiater wel, maar de opleiding die daarbij hoort volstaat niet om als psychiater te worden erkend in Nederland, eerst moet dus extra volwassenenpsychiatrie gedaan worden. Deze verschillen tonen dat er internationaal geen duidelijkheid bestaat over de opleidingseisen, en dus ook over de rol en functie van de kinderpsychiater. Ook op internationaal vlak moet de kinderpsychiatrie naar consensus streven.

Het is zeker niet allemaal fout of onduidelijk wat de Nederlandse kinderpsychiatrie betreft. Wel integendeel. De Lage Landen zijn op academisch vlak erg productief. De vorige

generatie hoogleraren heeft een stevige basis gelegd, en ik ben hen daar erg dankbaar voor. Vorige maand nog sprak ik een goede vriend, Andres Martin, kinderpsychiater in het Yale Child Study Center en Editor van de JAACAP, het nummer 1 vakblad in de kinderpsychiatrie. Hij vroeg me of ik wist welk land tweede was, na de VS uiteraard, in aantal artikelen dat ter beoordeling werd ingediend voor de JAACAP. Ja, inderdaad, Nederland, en niet zomaar, maar 'by far'. Laten we zo verder gaan, zodat we de kinderpsychiatrie gezamenlijk een stevig fundament kunnen bezorgen. Curium-LUMC bouwt mee.

### Alle noden in een dopje - conclusie

Het is mijn hoop dat de V van de toekomst een kind zal zijn dat in de eerste weken na het stoppen met praten wordt doorverwezen naar de eerstelijnszorg, waar er op deskundige wijze onderzocht wordt, en beslist wordt of specifieke kinderpsychiatrische diagnostiek nodig is. De kinderpsychiater komt enkel in beeld in specifieke gevallen, en zijn of haar interventie is primair gericht op het faciliteren van behandeling in de eerste lijn, tenzij er evidentie is voor intensieve hulp. Vervolgens zal de behandeling van V op regelmatige tijden geëvalueerd worden, zodat zicht wordt gekregen op de voortgang, maar ook, om stagnatie of onvoldoende vooruitgang tijdig te zien, zodat alsnog (opnieuw) intensieve hulp kan worden gezocht. Mogelijk gebeurt de diagnostiek en herevaluatie niet meer alleen met vragenlijsten, maar hoort er ook neuro-biologisch onderzoek bij. Om dit ooit waar te maken moet degelijk wetenschappelijk onderzoek verricht worden, waarbij gestreefd wordt naar zowel kwaliteit als efficiëntie. Goed onderzoek steunt op talentvolle individuen, die moeten geënthousiasmeerd worden voor het vak; maar ook, op een goede samenwerking tussen zorgpartners en de wetenschap. Het uiteindelijke doel is voor ons allen gelijk,

het verbeteren van de zorg voor kinderen. Ik hoop hier met Curium-LUMC, en met jullie allen, aan bij te dragen.

### Bedanking

Het bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, van de Universiteit Leiden en van Curium ben ik dankbaar voor het vertrouwen dat in me gesteld wordt. Het hoofd en de leden van divisie III van het LUMC ben ik eveneens erg dankbaar, want hoewel de kinderpsychiatrie een kleine groep vormt, voel ik alvast erg veel interesse en betrokkenheid. Ook het bestuur van de Modderman stichting ben ik dankbaar, voor de steun bij de benoeming als Bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie aan de rechtenfaculteit van deze instelling. Een positie die ik graag had verdergezet, maar helaas zijn er grenzen aan de mogelijkheden van een individu.

Uit de betrokkenheid van mijn onmiddellijke naasten put ik essentiële inspiratie en steun. Toon en Marie, lieve boefjes, jullie liefde en nabijheid betekent meer dan ontzettend veel voor me. Jullie mama, Heidi, ben ik heel dankbaar voor haar oprechte betrokkenheid en steun. Lieve Ariane, met jou en jouw twee schattige aapjes, Sterre en Rozemarijn, had ik al een heerlijke tijd, en die doet me geloven dat we samen voor een aangename, stimulerende en boeiende toekomst gaan. De rol van mijn ouders in dit traject kan ik helaas niet in woorden gieten, maar geloof me best, ze betekenen ontzettend veel, wat ook geldt voor mijn broers en zussen, en mijn 'extended' familie.

Mijn leermeesters - al eerder aan bod gekomen - hebben mijn professionele weg geïnspireerd, maar zij niet alleen. Ook vele andere collega's, medewerkers, assistenten, promovendi en studenten. Nog steeds voel ik het enthousiasme van het

team in Tulpenburg Noord-Holland, waar ik het eerst de kinderspsychiatrie heb mogen proeven. Mijn supervisors en collega's uit het UCKJA te Antwerpen hebben mijn fascinatie voor het vak enkel maar doen groeien. Het volledige EFA - eenheid forensische adolescentenpsychiatrie - team in Antwerpen, dank ik voor hun inzet en steun bij het opbouwen van dit unieke project. My friend Vlad, my partner in crime, I enjoyed discovering the path of science together. The post-doctoral fellowship at the Yale Child Study Center was a unique scientific experience, as I was taught the art of critical scientific thinking and collaboration. De promovendi aan het VUMC te Amsterdam, met als senior onderzoeker Lucretia Nauta, toonden me dat een vlotte en open samenwerking stimuleert, meesleept, leuk is, en dan ook nog eens leidt tot mooie resultaten. Verder zijn er uiteraard nog talloze mensen met wie het samenwerken plezierig en constructief was, ik hoop hen nog vaak tegen te komen. Studenten en assistenten mogen hier zeker niet worden vergeten; jullie inzet tijdens onderwijs, opleiding, stages en scriptieonderzoek is niet enkel nuttig, maar ook nog eens inspirerend voor de begeleiders. Vergeet niet, jullie zijn de toekomst.

Tot slot wil ik ook de medewerkers van Curium-LUMC danken. Met jullie wil ik de academische deskundigheid heel graag verder uitbouwen en ik hoop dat het enthousiasme van de Curium-LUMC medewerkers zal leiden tot een inspirerende samenwerking met vele andere instellingen. Het eerste jaar was erg intensief, boeiend, en aangenaam. Ik zegde het al vaak, en meen het ook, ik zou de keuze zeker opnieuw maken, en met overtuiging. Want voor de kinderen zoals V kunnen we dan samen het verschil maken.

Ik heb gezegd.

## Referenties.

- Hutschemaekers G. (1993). Hoe meer psychiaters, des te groter het tekort? De psychiater en de arbeidsmarkt. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 1171-86.
- Inspectie jeugdzorg, inspectie van het onderwijs, inspectie voor de gezondheidszorg, inspectie voor de sanctietoepassing (2007). *Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen: opdracht met risico's*. Utrecht, september 2007.
- Jackson B. & Lurie S. (2006). Adolescent depression: challenges and opportunities: a review and current recommendations for clinical practice. *Advances in pediatrics*, 53, 111-163.
- James A., Soler A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 19, 4.
- Linden D. (2006). How psychotherapy changes the brain - the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11, 6, 528-538.
- MTA Cooperative Group (2006). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 4, 754-761.
- New York Times. Sept 4 2007, Carey benedict. Bipolar Illness Soars as a Diagnosis for the Young.
- Sytema S., Gunther N., Reelick F., Drukker M., Pijl B. & van 't Land H. (2006) Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters. Rijnmond Zuid Limburg en Noord-Nederland. Trimbos Instituut.
- Thomas C. & Holzer C. (2006). The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 9, 1023-1031.
- UEMS, Union of European Medical Specialists, Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy Section - CAPP (2000). Workgroup on harmonization of training.
- Van der Ploeg J.D. (2007). De wachtlijst als testcase. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 298.
- Verhulst F.C., van der Ende J., Ferdinand F. & Kasius M.C. (1997). The prevalence of DSM-III\_R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Weersing V. & Brent D. (2006). Cognitive behavioral therapy for depression in youth. *Child Psychiatric Clinics of North America*, 15, 4, 939-57.
- Yurgelun-Todd D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*, 17, 2, 251-7.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:  
[Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl](http://Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl)

PROF.DR. R.R.J.M. VERMEIREN



- 1993 Medical Doctor, University of Ghent, Belgium
- 1993-1999 Residency in Psychiatry and Child and Adolescent Psychiatry, University of Ghent/University of Antwerp, Belgium
- 1997-2002 PhD 'Psychopathology and neuropsychological deficits in delinquent adolescents', University of Antwerp, Belgium
- 2000-2001 Postdoctoral fellowship Yale Child Study Center, New Haven, CT, USA
- 1999-2004 Head of the Forensic Adolescent Psychiatry Department, ZNA Middelheim Hospital, Antwerp, Belgium
- 2002-2006 Assistant/Associate Professor, Department of Child and Adolescent Psychiatry, VU University Medical Center, Amsterdam, NL
- 2004-2007 Professor of Forensic Psychiatry, Faculty of Law, University of Leiden, Leiden, NL

- 2001- Research affiliate, Yale Child Study Center, New Haven, CT, USA
- 2006- Professor of Forensic Youth Psychiatry, VU University Medical Center, Amsterdam, NL
- 2006- Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, NL

Child and Adolescent Psychiatry is facing serious challenges; an increasing number of children are being referred to child psychiatric practices, while crucial diagnostic and therapeutic issues remain unresolved. Therefore, research at Curium-LUMC will focus on these issues. Because professionals in primary health care lack methods for adequate detection of children in need, it is a necessity to develop screening methods, in order to avoid unnecessary referrals and to optimize detection of children in need. Also, as little is known on the effectiveness (effect in clinical practice) of child psychiatric treatments, research needs being done on outcomes of children after such intervention. And last, although most child psychiatric disorders have been shown to have a neurobiological basis, it is unknown what the clinical usefulness of these findings are. Because research in child psychiatric populations is complex due to conditions such as heterogeneity of problems children have, it is a necessity that child psychiatric services work together in a multi-disciplinary context. Only then, we will be able to offer children in need the most optimal care, and to safeguard a healthy development of those at risk.



Universiteit Leiden