



*Damiaan Denys (Wevelgem (B), 1965) is filosoof en psychiater. Hij is hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en is afdelingshoofd van het Amsterdam UMC Psychiatrie. Vorig jaar verscheen zijn boek 'Het tekort van het teveel – de paradox van de mentale zorg'. Volgend jaar verschijnt 'Onze adembenemende autonomie', over de illusie van zelfbeschikking en keuzevrijheid.*

**“Juist de mensen met ernstige psychische aandoeningen moeten gevrijwaard zijn van de continue bewijsvoering die het systeem verlangt”**

*De andere blik*

# “Medicalisering van mild psychisch lijden zet ggz onder druk”

Psychiater Damiaan Denys vindt dat psychiatrische klachten te pas en te onpas worden verward met psychisch lijden. Ons is aangepraat dat geluk maakbaar is. Daardoor verlangen we een medische diagnose voor iets dat hoort bij het leven, zoals falen, verdriet of somberheid. Ondertussen dreigen de mensen die écht lijden aan ernstige psychische stoornissen tussen wal en schip te vallen. Volgens Denys is zijn beroepsgroep niet in staat om grenzen te stellen. “We zitten gevangen in een overgereguleerd systeem.”

**Tekst** Robert van der Broek

**Beeld** Rogier Chang

“Ik mag me graag verdiepen in het leven en werk van Frederik van Eeden, die leefde van 1860 tot 1932. Hij was behalve een veelzijdige schrijver ook huisarts en psychiater. De notities die hij maakte in zijn spreekkamer zijn ontzettend interessant. Van Eeden wist in een paar zinnen de essentie van een stoornis te omschrijven. Er was een fundamenteel vertrouwen in de medische wetenschap. Dat stemt mij weemoedig, want dat vertrouwen is er niet meer. Alles wat we doen wordt vastgelegd en gecontroleerd. Ik mag niks opschrijven en moet mijn afspraken digitaal invoeren. Ziekteverschijnselen moet ik labelen, terwijl dat vaak niet kan, want psychische problemen zijn multifactorieel. Alles moet controleerbaar zijn en te verantwoorden: anamneses, diagnoses, verwijzingen, declaraties. We hebben onszelf afhankelijk gemaakt van dat systeem. Door al die gedwongen administratie hebben we steeds minder tijd om echte gesprekken te voeren, van mens tot mens. Er is eerder sprake van ontmoediging dan van een prikkel om mensen te spreken. Als collega voel ik mij verwant met Van Eeden, toen een dokter nog de tijd had om zich met de ziel van het vak bezig te houden.”

## De oplossing is het probleem

“De druk op psychiatrische hulpverlening en de ggz-zorg neemt almaar toe. Ik geloof niet dat dit te maken heeft met de coronapandemie. De trend om psychisch lijden te medicaliseren speelt al veel langer. Angst heet tegenwoordig een fobie, somberheid een depressie. Een heel bataljon aan psychiaters wordt geconsulteerd,

maar ook psychologen, psychotherapeuten en lifestyle-coaches. Door commercialisering wordt een hulpvraag gecreëerd. De ggz kan die vraag niet aan. Door nog meer professionals in te zetten die met hun aanbod nog meer vraag creëren, houdt het systeem zichzelf in stand. Het probleem wordt veroorzaakt door de oplossing. Er zijn in Nederland 120 keer meer psychiaters dan in laag-ontwikkelde landen. Toch staan er 75.000 mensen op de wachtlijst. De ggz beweegt zich op het kruispunt van bestuurlijke, psychiatrische en sociale domeinen. Je moet daarvan een totaalbeeld hebben om passende zorg te kunnen bieden. In de praktijk zit iedereen in zijn eigen cocon. Voor bestuurders spelen altijd beleidsmatige en politieke overwegingen een rol. Psychiaters en de samenleving hebben hun eigen ideeën.”

## Versplinterd aanbod

“Het is voor psychiatrische patiënten moeilijk om hun weg te vinden in de ggz. Een patiënt voelt zijn ziekte als een eenheid, maar komt terecht in een labyrint waar dat lijden wordt gedifferentieerd in hokjes, afvinklijstjes en procedures. Het zorgaanbod is versplinterd. Je hebt de huisartsenzorg, de generalistische ggz en de specialistische ggz. Dan heb je de verwijzingen naar de eerste, tweede of derde lijn. Vervolgens is de acute ggz weer anders georganiseerd dan de chronische of reguliere ggz. Maar ook de financiering door ziektekostenverzekeraars kent een wirwar van regeltjes. Door commercialisering en medicalisering wordt ons vaak een ziekte opgedrongen. Een voorbeeld: een docent wilde een tijdje stoppen met haar werk omdat ze oververmoeid was. Verwarring bij het schoolbestuur. Vermoeidheid is geen ziekte. Toch kreeg ze de diagnose van een psychische stoornis, ►



## “Door commercialisering en medicalisering wordt ons vaak een psychische ziekte opgedrongen”

want haar afwezigheid kan enkel worden gerechtvaardigd met een ziekte. ‘Maar ik ben niet ziek’, protesteerde ze nog. Waarom moet er een medische aanleiding zijn om een tijdje thuis te blijven als je dat nodig hebt?”

### Onderscheid maken

“Ik vind dat de overheid, maar ook mijn eigen beroepsgroep, veel meer grenzen moet stellen en keuzes moet maken. Begin met onderscheid maken tussen mensen met milde klachten en mensen met ernstige psychische stoornissen. Het navrante van de psychiatrie is dat het bestaan van depressie, angststoornissen of schizofrenie niet te bewijzen valt. We weten dat het er is, maar kunnen dat niet aantonen. Aan de andere kant kunnen we ook niet bewijzen dat de geestesziekte *niet* bestaat. De patiënt kan niet zeggen wat er precies aan de hand is. Hij is onlosmakelijk onderdeel van het probleem dat biologisch, psychologisch en sociaal van aard is. Een psychiater moet daar dus achter zien te komen en een behandeling is niet altijd succesvol. In de ogen van de ziektekostenverzekeraar wordt daarbij heel veel nutteloos werk geleverd. Om één patiënt met een dwangstoornis te genezen, moet je er 25 behandelen. Je kunt niet vooraf voorspellen wie zal responderen. Maar zelfs als we dat wisten, kunnen we op ethische gronden niet die andere 24 mensen een behandeling weigeren. Psychisch lijden is geen commercieel product.”

### De ggz als product

“Mij wordt wel eens gevraagd: hoe komen we hieruit? Om te beginnen moeten we ons ervan bewust zijn dat we onszelf slaaf hebben gemaakt van een controlesysteem dat zo uitputtend is opgebouwd, dat we erin gevangen zitten. We *willen* wel terug naar de tijd van Frederik van Eeden, maar we *kunnen* niet. We hebben van de zorg een product gemaakt, dat verhandelbaar is. De Zorgverzekeringswet stelt iedereen verplicht om een zorgverzekering te nemen. Er is geregleerde marktwerking ontstaan. De gezondheidszorg vercommercialiseert. De burger koopt zijn lijden, wij verpakken het als een product. Zo'n product moet worden gekwantificeerd, gerubriceerd, geprotocolleerd. Maar zorg kun je niet zomaar kwantificeren, de ggz nog in het minst. We hebben in Nederland 250.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zij weten zelf niet wat hun mankeert. Die mensen moeten gevrijwaard zijn van die continue bewijsvoering. Zij hebben structuur nodig en levenslange begeleiding. Laten we voor hen een apart budget uittrekken. Dan hoeven zij niet op een wachtlijst te staan, tussen al die mensen met milde klachten. Voor bipolaire en persoonlijkheidsstoornissen, autisme en trauma bedraagt de wachttijd al meer dan vijftien weken!”

### Vertrouwen schenken

“Het Zorginstituut wil ervoor zorgen dat het basispakket aan zorg goed, toegankelijk en betaalbaar is. Dat is mooi, want iedereen heeft recht op basiszorg. Ook wil ik wel geloven dat het Zorginstituut die drie pijlers evenredige aandacht geeft. Maar als de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen, zullen politieke argumenten vaker van invloed zijn. De psychiatrie is zo veelomvattend, dat die zich niet makkelijk in declarabele zorgcomponenten laat opdelen. Het Zorginstituut hanteert de DSM\* als leidraad voor betaalbare zorg. Hierop wordt veel kritiek geleverd. Maar het classificeren is niet het probleem. Het is de toepassing van de classificatie, of de zorgvuldige diagnose die vaak te wensen overlaat. De diagnose van de psychiater en zijn klinische expertise moeten leidend zijn. Dat kunnen we borgen, door deskundige professionals te laten doen waar ze goed in zijn. Oók als dat meer geld kost of meer tijd in beslag neemt. Daar is vertrouwen voor nodig. Een psychiater studeert zes jaar geneeskunde en daarna vijf jaar de opleiding psychiatrie. Zouden die inspanningen niet voldoende moeten zijn om erop te vertrouwen dat hij het vak beheerst?” ●

\*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, handboek van de psychiatrie