

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Reflecties

Geef me de vijf

Jan Meerdinkveldboom

De DSM-5 zal als opvolger van de DSM-IV op enig moment ook ons land bereiken. En zowel in als buiten de beroepspers worden de daarin opgenomen veranderingen al genoemd en kritisch besproken. De meeste aandacht gaat uit naar op te nemen stoornissen die veel overlap lijken te vertonen met 'normaal' gedrag, of klachten die ook zouden kunnen behoren bij een normaal te noemen levensloop, met zijn ups en downs. De drempels voor die stoornissen lijken lager te zijn geworden. Maar als dat allemaal doorgaat, is dat dan zo erg? Ik meen van niet. De kans lijkt mij groot dat daarvan dan, hoe paradoxaal het ook klinkt, juist een gezondmakend effect uit kan gaan. Hoe dat zou kunnen, probeer ik aan te geven met enkele mogelijke scenario's en hun consequenties. Ook al werken wij als systeemtherapeuten meestal niet primair klacht- of symptoomgericht, we zullen er zeker mee te maken (blijven) krijgen.

Ik zal in mijn beschouwing niet compleet zijn; het is een eerste gedachteoefening.

Eerste scenario: alles blijft bij het oude

In het eerste scenario wordt de DSM-5 niet in Nederland ingevoerd, en daarover zijn dan alle partijen, de beroepsverenigingen, de overheid en de zorgverzekeraars, het eens. Alles blijft hetzelfde, met name waar het de diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) en dus het vergoedingstelsel betreft. Lastig is het in een aantal gevallen als patiënten of ouders aan komen zetten met omschrijvingen uit de DSM-5 waarvan zij menen dat zichzelf of hun kind eronder vallen en waarvoor zij erkenning willen: mijn kind is niet slecht opgevoed maar heeft de – nieuw opgenomen – stoornis DMDD (disruptive mood dysregulation disorder). Probeer dan nog maar eens als systeemtherapeut een poot aan de grond te krijgen.

Geef me de vijf

Het niet invoeren van de DSM-5 is ook lastig voor degenen die wetenschappelijk onderzoek doen; die kunnen wellicht niet publiceren (althans niet in Amerikaanse tijdschriften) als zij de DSM-IV-classificaties blijven gebruiken. En dat terwijl de invoering van de DSM destijds bedoeld was om op wetenschappelijk niveau over dezelfde patiëntengroepen en stoornissen te kunnen spreken en publiceren, en niet als afrekeninstrument voor de zorgverzekeraars.

Tweede scenario: integrale invoering

In het tweede scenario wordt de DSM-5 ingevoerd, en wel integraal. We volgen dus Amerika. Het kan niet anders of dit leidt tot een aanzienlijke verhoging van de kosten voor geestelijke gezondheidszorg, want voor een aantal stoornissen zijn de criteria verlaagd, wat leidt tot meer mensen die ergens aan lijden, en er zijn stoornissen bijgekomen, met hetzelfde effect. Ik noem de normale menselijke rouw, die na korte tijd al een depressie moet worden genoemd, en het eerder vaststellen van adhd bij kinderen. Zelf verheug ik me als 65-plusser op de milde neuro-cognitieve achteruitgang, want die krijg je met het klimmen der jaren gratis en voor niets. Dan mag ik daarvoor een persoonsgebonden budget (pgb) gaan aanvragen, zodat een leuke jonge stagiaire mij gaat helpen met mijn kruiswoordpuzzels.

Maar ik moet er niet aan denken dat nog meer kinderen met variaties op de normale ontwikkeling een psychiatrische diagnose krijgen, en dus recht op een behandeling die vergoed wordt, al of niet gecombineerd met indicaties voor zorg, voor regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW), voor begeleiding, pgb's, rugzakjes enzovoort. Het zal de huidige regering moeite kosten om hier onderuit te komen – ze willen tenslotte een maatschappij die in veel opzichten op de Verenigde Staten lijkt, nou, hier is ie dan. Maar de noodzaak te bezuinigen zal wellicht sterker zijn dan de neoliberale politieke filosofie.

Een tussenweg is: wel invoeren, maar forse eigen bijdragen gaan vragen, met als consequentie dat flink wat mensen van noodzakelijke zorg verstoken blijven en de tweedeling in de maatschappij nog groter wordt. Wij kunnen nu al bedenken dat dit een enorme verslechtering voor veel van onze patiënten met zich mee zal brengen, met navenant hogere kosten in andere sectoren, zoals de somatische gezondheidszorg en justitie. Maar dat is dan weer een probleem voor een volgend kabinet.

Het allerergste is dat we met ons allen de mensen en de maatschappij meer psychiatriseren dan nodig en goed is.

Geef me de vijf

Derde scenario: gedeeltelijke invoering

Het derde scenario is, althans in mijn ogen, het meest gewenste: de DSM-5 wordt ingevoerd, maar niet integraal voor wat betreft het vergoeden van behandelingen. Of dat erg is hangt af van welke keuzen gemaakt worden en wie die keuzen maakt. Als duidelijk is dat de integrale DSM-5 veel te duur zal uitvallen, kan er of geschrapt worden – waarbij alle aandoeningen slechts ten dele vergoed worden – of gesneden: deze behandeling betalen we wel, die andere niet. Dat kan interessant worden, ook al vanwege de parallel met de somatische zorg: moet een bezoek aan de snurkpoli van de kno-arts vergoed worden, de nieuwe heup voor de mevrouw van 94 jaar, meer dan twee ivf-behandelingen, alle consulten bij specialisten die eigenlijk bij de huisarts thuishoren, de second opinions, de bezoeken op zondag aan de spoedeisende hulp omdat men doorde-weeks geen tijd heeft voor een wrattenbehandeling?

En dat allemaal binnen de context van de marktwerking en andere maatschappelijke ontwikkelingen zoals de overgang van patiënten naar zorgconsumenten en, onder veel meer, het verminderen van de frustratietolerantie bij delen van de bevolking. Kortom, het zal alle betrokkenen veel moeite kosten hierbij een fatsoenlijk en evenwichtig beleid te ontwikkelen. De kans is groot dat keuzen hap-snap en vrij willekeurig gemaakt gaan worden. Zoals vaker is gebeurd. Al was het maar omdat het primaat om deze keuzen te maken bij de politiek ligt.

Tot op heden heeft geen enkele politieke partij het aangedurfd om voorstellen te doen over echte keuzen in de zorg. Daarmee maakt een partij zich immers niet populair. En voor regeringspartijen leidt een keuze altijd tot interne spanningen of tot kiezersverlies. Principes geven nooit de doorslag bij hun beleid. Op enkele gebieden zijn wat beperkingen aangebracht, maar echt kiezen, ho maar. De politiek maakt of geen keuzen, of domme, zoals bij de pgb's. Kortetermijnmaatregelen voeren altijd de boventoon, want daarmee kun je voordelen halen bij de eerstvolgende verkiezingen. En ook zijn de gevolgen die uit een maatregel voortvloeien vaak niet doordacht, zoals bij de eerder genoemde pgb's.

Hulpverleners maken soms wel keuzen en vroeger bleef het ook meestal daarbij. Nu kan het weigeren van een behandeling die overbodig, schadelijk of nutteloos wordt geacht, leiden tot een klacht of, vaker, tot gaan winkelen bij een ander die wel wil toegeven aan de wensen van de patiënt, sorry de klant, sorry de zorgconsument.

Maar nu de zorgverzekeraars risicodragend moeten gaan worden, zullen die zeker niet meer alles gaan vergoeden, en zeker niet de behan-

Geef me de vijf

delingen van stoornissen die wel erg veel lijken op wat behoort bij een redelijk normaal leven, met alle ongemakken van dien. Zoals een lastig kind hebben, ouder worden, kampen met tegenslag, frustraties te verwerken krijgen, rouwen enzovoort. Een discussie over wat normaal is en wat daarbij hoort aan narigheid, is dan onvermijdelijk.

Wijlen professor van Dantzig lanceerde ooit een sympathieke boodschap: iedereen heeft recht op therapie om zo'n gelukkig en evenwichtig mogelijk leven te kunnen leiden. Sympathiek, maar in mijn ogen ook slecht. Want waarom zou je bij gewone levensproblemen, hoe naar vaak ook, professionele hulp nodig hebben? Kweken we zo niet generaties papkinderen die niet gewend zijn moeilijkheden te overwinnen? Of is dat erg ouderwets gedacht?

In diezelfde lijn zullen discussies moeten gaan plaatsvinden over welke maatschappij wij willen en hoe de bevolking gevormd moet zijn. Die discussie is nuttig en vooral nodig. Dan zal het onderscheid tussen ziekten en stoornissen enerzijds en levensproblemen anderzijds hopelijk duidelijker worden; wel met de nodige nuanceringen, want er bestaan natuurlijk ook overlappingen en combinaties. Zo'n onderscheid zal niet per se inhouden dat mensen met ernstige levensproblemen geen hulp meer zouden mogen krijgen, integendeel, met adequate en tijdige hulp kunnen juist ernstiger klachten worden voorkomen. Het benutten van de eigen veerkracht gecombineerd met die van het systeem – hetzij het gezin hetzij de bredere sociale context – zal een nog voornamere plaats moeten gaan innemen.

De conclusie luidt dan ook voorlopig: de DSM-5 is prima, mits die niet als zodanig ingevoerd gaat worden. Laten we hopen dat het geschetste derde scenario werkelijkheid wordt en dat men nog veel beter gaat inzien wat het belang is, al dan niet toegevoegd, van goede systeemtherapie. Systeemtherapeuten vormen immers bij uitstek de discipline die in staat is maximaal de intrinsieke krachten van mensen en sociale verbanden te mobiliseren. Er wacht ons dus nog een belangrijke taak. Laten wij systeemtherapeuten onszelf daarbij niet onderschatten.

Dat bij ons werk de DSM zo'n voorname plaats is gaan innemen, wil nog niet zeggen dat dit classificatiesysteem altijd richtinggevend is voor wat we moeten en kunnen doen. In onderstaande anekdote wordt het belang van welke DSM dan ook gerelativeerd.

Will Laane nam destijds afscheid als geneesheer-directeur van Stichting Het Hooghuis in Etten-Leur. Bij zijn afscheid kwam ook een bewoonster van 'het gesticht' en zij zei tegen hem: 'Toen ik pas was opgenomen,

Geef me de vijf

was u voor mij gewoon dokter Laane. Maar in de jaren daarna werd u eerst hoofd van de afdeling, toen geneesheer-directeur, daarna lid van de raad van bestuur, toen weer voorzitter van het managementteam en tot nu toe weer geneesheer-directeur. Maar ach, al die tijd bent u voor mij toch steeds gewoon dokter Laane gebleven. En met mij', vervolgde ze, 'met mij is het eigenlijk ook zo gegaan. Toen ik de eerste keer werd opgenomen bleek ik schizofreen te zijn. Maar bij de opnamen daarna werd het eerst een hysterische psychose, daarna noemden ze me manisch-depressief en nog weer later heette wat ik had een schizo-affectieve stoornis. Maar ach, eigenlijk ben ik toch steeds gewoon Gekke Annie gebleven.'

Jan Meerdinkveldboom werkt als jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij Pro Persona in Tiel. E-mail: jan@mdvb.demon.nl.

Deze reflectie is een bewerking van de column uitgesproken op het jubileumcongres van de NVRG op 20 september van dit jaar.