

# Crisis als kans

## Zijn ggz en psychiatrie zich van zichzelf aan het bevrijden?

**De psychiatrie is, net als de samenleving, volop in beweging. De marktwerking pakte niet goed uit en er wordt gesnoeid waar maar te snoeien valt. Ook de wetenschappelijke fundamenten blijken minder solide dan gewenst. Dat alles schept onzekerheid. Psychiater Jim van Os, optimist, ziet kansen in de kentering: meer samenwerking tussen ervaringsdeskundigen, ggz en kritische wetenschappers in onderzoek en een behandeling die een beter leven buiten de ggz belangrijker acht dan het stabiliseren van symptomen.**

**W**einig mensen zullen, als ze aan de psychiatrie denken, getroffen worden door een warm, positief gevoel. Wat zijn de redenen waarom de psychiatrie vaak niet direct positief inspireert? Ten eerste is 'psychiatrie' een vaag begrip – en op iets vaags kun je niet gemakkelijk verliefd raken. Psychiatrie is vaag omdat het enerzijds verwijst naar een systeem van gezondheidszorg voor mensen met psychische problemen. Iemand kan bijvoorbeeld zeggen: 'ik werk in de psychiatrie', of: 'ik loop bij de psychiatrie'.

Aan de andere kant verwijst het naar een systeem van denken, en de daar aan gekoppelde medische opleiding. Om psychiater te worden moet je eerst geneeskunde studeren en vervolgens ongeveer vijf jaar een vervolgopleiding doen in de psychiatrie.

### Ongecontroleerde groei én afbraak

Psychiatrie als systeem van gezondheidszorg is ingericht door de overheid en heet de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De huidige ggz bevindt zich in een nogal chaotische fase. De oorsprong van deze chaos is terug te voeren op de (poging tot) invoering van marktwerking in de gezondheidszorg, aan het begin van deze eeuw. Ideologisch geïnspireerde politici menen en meenden dat gezondheidszorg het beste gezien en bestuurd kan worden als een commerciële markt. Het idee van de markt is dat iedere hulpverlener zijn eigen gezondheidszorgwinkeltje kan beginnen, zodat er een 'markt' van concurrerende hulpverleners ontstaat. De verwachting van beleidsmakers was dat 'klanten' zouden gaan kiezen voor de beste hulpverlener, zodat

de minder goede hulpverleners failliet gaan en vanzelf het veld moeten ruimen. Het gewenste resultaat: een scherpe en effectieve gezondheidszorg.

Helaas liep het wat anders. Toen de marktwerking werd ingevoerd in het begin van deze eeuw, kwamen er in het hele land inderdaad talloze nieuwe aanbieders van geestelijke gezondheidszorg bij. Gingen die met elkaar concurreren? Nee, al die nieuwe aanbieders gingen op zoek naar nieuwe klanten. Die bleken er meer dan genoeg. Jaar in jaar uit groeide de ggz. De kosten rezen de pan uit, het systeem dreigde onbetaalbaar te worden.

Hoe heeft dit kunnen gebeuren? De politici die de marktwerking hadden ingevoerd, hadden iets over het hoofd gezien, en wel dat ieder jaar ongeveer 20% van de populatie significante psychische problemen heeft. De meeste van deze problemen gaan vanzelf over, en hoeven niet in de ggz behandeld te worden. Maar als de overheid in het kader van een marktwerkings-experiment de geldkraan openzet voor gratis psychische hulp, klopt die 20% van de mensen met psychische klachten massaal bij de ggz aan. Die daarmee goed geld kan verdienen.

Vooraf behandeling van relatief lichte psychische problematiek rendeert. Als een hulpverlener voor behandeling van relatief lichte problematiek hetzelfde betaald krijgt als voor behandeling van meer ernstige klachten, kan hij verleid worden tot systematische selectie van de eerste groep, ten koste van de laatste. Voor mensen met ernstige psychische klachten, zoals psychose, bracht de marktwerking dan ook niet veel goeds. De zorg voor lichte klachten groeide als kool;



de zorg voor mensen met ernstige klachten bleef hetzelfde, of kromp zelfs.

De overheid, die tot nu toe de kosten voor de ongebreidelde groei van de ggz betaalde, raakte in paniek, en bedacht een slimme zet: men schoof de zaak door naar de zorgverzekeraars. De overheid vertelde de zorgverzekeraars dat de 'sector' niet meer kon groeien, en dat de kosten gereduceerd moesten worden. Gebeurde dat niet, dan was het risico voor de zorgverzekeraars zelf – de overheid hield voortaan de hand op de knip. Wat deden de zorgverzekeraars?

Ach, u weet het wel. Op allerlei mogelijk manieren werden er maatregelen ingevoerd zoals eigen bijdragen, het schrappen van hele diagnostische categorieën uit het verzekerde pakket, het uitsluiten van hele beroepsgroepen in de zorg, het verbieden van ketenzorg in de ggz, het invoeren van selectieve zorginkoop, de introductie van de 'wurgcontractering'. Er werd en wordt ongebreideld gesnoeid in de ggz.

### Symptoomvoyerisme

Een van de meer kwalijke punten, overigens met steun van het Landelijk Platform GGZ, is de introductie van een bizar systeem van symptoomvoyerisme. Hierin worden alle patiënten in de ggz gedwongen om symptoomvragenlijstjes in te vullen over zaken als paranoia, seksualiteit, verslaving, suicidaliteit en an-

dere zeer persoonlijke zaken. Die lijstjes verdwijnen vervolgens in een nationale database van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars verdedigen deze praktijk door te stellen dat zo de marktwerking kan worden versterkt.

Het idee is dat men uit de ingevulde vragenlijstjes voor en na de behandeling, kan afleiden welke hulpverlener goede, en welke hulpverlener slechte behandelresultaten laat zien. De waarheid echter, zoals elke onderzoeker met een beetje ervaring weet, is dat valide vergelijkingen met deze 'dirty data' niet mogelijk zijn. Het komt neer op

het vergelijken van appels met peren. Kortom, de zorgverzekeraars creëren een luguber datakerkhof van het lijden van patiënten. En er klinkt geen woord van protest. Wat dat betreft leven we in vreemde tijden. Eerst wordt de ggz ongecontroleerd uitgebreid, en meteen daarna wordt de ggz ongecontroleerd afgebroken.

### Verouderde inzichten

Ook in de tweede dimensie van de psychiatrie – het aspect van de medische opleiding – voltrekken zich majeure veranderingen. De belangrijkste verandering is de erkenning van het niet-weten: het besef dat de kennismodellen van de Noord-Amerikaanse academische psychiatrie, gebaseerd op psychisch lijden als hersenziekten, niet voldoende; het besef dat de hokjes

## Zorgverzekeraars creëren een luguber datakerkhof

van de DSM, elk met hun eigen richtlijn en hun eigen behandelingen, niet berusten op het sterke wetenschappelijke bewijs dat men vroeger meende te hebben.

Woo-kyoung Ahn, een psycholoog aan de Universiteit van Yale, in Amerika, publiceerde in het blad *Cognitive Sciences*, in 2009, een interessant onderzoek over het denken van psychiaters en psychologen die psychische klachten behandelen. Het onderzoek liet zien dat met betrekking tot diagnoses die zijn gereserveerd voor klachten met een relatief ongunstig beloop (zoals autisme en schizofrenie), clinici geloven dat er een biologisch proces aan ten grondslag ligt, en dat medicatie de meer effectieve behandelvorm is. Maar voor diagnoses die zijn gereserveerd voor minder ernstige klachten, zoals een aanpassingsstoornis, bestaat het geloof dat er psychosociale oorzaken aan ten grondslag liggen.

Een klein onderzoek toont aan dat dit onderzoek de spijker op zijn kop slaat. Iemand die zoekt op PUBMED – een enorme database van wetenschappelijke literatuur wereldwijd – naar onderzoek over beeldvormend onderzoek van de hersenen en schizofrenie, wordt overspoeld met publicaties op dit gebied – meer dan 8.000. Doet men hetzelfde voor de aanpassingsstoornis, dan blijft de teller steken op 12. Hieruit blijkt dat er een informele hypothese bestaat die aan het onderzoek van psychische aandoeningen ten grondslag ligt: ernstige stoornissen hebben hun origine in ontregelde hersenbiologie, minder ernstige zijn het gevolg van psychosociale ontregeling.

In deze visie ligt een weinig wetenschappelijke dichotomie besloten: als het biologisch is, is het niet sociaal; als het sociaal is, is het niet biologisch. Het geloof in deze onbewezen (niet eens onderzochte) dichotomie is bepalend voor hoe tegen psychisch lijden wordt aangekeken. Heb je psychische klachten en gaat het slecht met je, dan is het biologisch; heb je dezelfde klachten maar klaart het op, dan was het psychosociaal. Deze artificiële dichotomie zet zich voort in de manier waarop wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan.

Voor biologisch onderzoek worden er typisch patiëntenpopulatie geselecteerd van mensen die de meeste klachten hebben en het slechtste beloop. Deze populaties worden vervolgens met (super)normale controlepopulaties vergeleken en *lo and behold*: er worden verschillen gevonden in breinstructuur en functie. Sterker nog, volgen we de groep patiënten met de ernstigste klachten over de tijd dan blijken de verschillen almaar groter te worden – er is niet alleen sprake van een onderliggend biologisch proces, het is zelfs degeneratief! Of vergeten we nu iets?

### Impliciete hypothese

Graag roep ik de lezer op goed stil te staan bij deze bevindingen. Als je gaat zoeken naar dit soort verschillen bij groepen mensen die op alle mogelijke fronten een zeer afwijkend bestaan leiden, is dan niet op voorhand duidelijk dat je deze verschillen zult vinden? Met andere woorden: zijn de vele bevindingen uit de case-control studies van de biologische psychiatrie wel

meer dan een reflectie van de beginselectie, gebaseerd op de impliciete hypothese dat als je er ernstig aan toe bent er wel iets met je hersens mis zal zijn? Gaat het psychisch gezien niet goed met je, kom je vaak jaren voor je eerste contact met de hulpverlening in benarde situaties terecht van isolatie, conflict en chronische stress. De jeugd was vaak weinig rooskleurig, niet zelden gekenmerkt door ernstige trauma's. Vervolgens raak je in een persoonlijke crisis waarin je wellicht werk en relaties verliest, waarop contact met de hulpverlening volgt. Je kunt worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en worden behandeld met medicatie, soms decennialang. Niet zelden hebben mensen met ernstige psychische problemen moeite om goed voor zichzelf te zorgen, geen werk, geen zinvolle dagbesteding en worden ze blootgesteld aan ernstige discriminatie, geweld en uitsluiting.

Is het wetenschappelijk zinvol om te suggereren dat gevonden hersenverschillen tussen mensen met deze omstandigheden en ervaringen, die ook een bepaalde psychiatrische diagnose hebben, en een groep supernormale controles, betekenen dat de psychiatrische aandoening in kwestie zijn oorsprong vindt in een (degeneratieve) hersenziekte? Of zou het misschien beter zijn om te concluderen dat het onderzoek aantoonde dat de cumulatieve effecten van extreme tegenspoed in een mensenleven een effect hebben op het brein? Stel je raten aan het laboratoriumequivalent van dergelijke omstandigheden bloot, dan krimpt hun brein sterk. Of nog eenvoudiger: stop je met dagelijks hard lopen, dan slinken de beenspieren. Dergelijke bevindingen tonen niet aan dat het brein van de raten of de beenspieren van de ex-hardloper ziek zijn – wat je minder gebruikt past zich aan.

### Oogkleppen

Het gaat niet aan om 'tegen' hersenonderzoek te zijn bij psychische aandoeningen. Ook wil ik niet beweren dat er geen mogelijke verschillen bestaan in hersenstructuur en -functies die wél samenhangen met psychisch lijden (hoewel de manier waarop die samenhang wordt gezien een heel apart gebied van verwarring is), en minder met de cumulatieve tegenspoed die er mee gepaard gaat, zowel voor als na het begin van de klachten.

Het gaat erom dat de impliciete, onwetenschappelijke dichotomie van óf biologisch, óf psychosociaal, heeft geleid tot een blinde biologische psychiatrie, die door de bomen het bos niet meer ziet. Geobserveerde verschillen werden gretig gereduceerd tot een DSM-diagnose met relatieve veronachtzaming voor de meer simpele, prozaïsche verklaringen onder de data.

Men heeft elkaar letterlijk een hele hersentheorie van psychische aandoeningen aangepraat op basis van oogkleppen. Verschillen op de beelden van de hersenscan, als instrument van duizelingwekkende technologische vooruitgang, komen uit een hele andere wereld dan de tegenspoed waar patiënten over praten. De twee zijn door de bio-versus-sociale dichotomie onder het onderzoek simpelweg niet binnen hetzelfde pa-



radigma met elkaar in verband te brengen. Hersenbeelden worden geïnterpreteerd in termen van de geleerdheid van de harde DSM-diagnose en het succes van de universitaire investering in dure hersenscanapparatuur; de tegenspoed van patiënten is voor het maatschappelijk werk.

## Nieuwe psychiatrie

Aan de ene kant zien we dat de psychiatrie als systeem van zorg, de ggz, op nogal onelegante en ondoordachte wijze wordt afgebroken. We zien ook dat de wetenschap onder psychiatrie als medische wetenschap, in toenemende mate geconfronteerd met haar eigen niet-weten, op zoek is naar een nieuw model. In mijn ogen een ongekende mogelijkheid om te groeien. De ggz was – tot voor kort – een machtig bolwerk van een kleine 30 ‘geïntegreerde’ ggz-instellingen met een omzet van miljarden euro’s en een goed geoliede politieke lobby in de vorm van GGZ Nederland. Zo’n systeem is per definitie immuun voor majeure veranderingen. Het richt zich op behoud van de status quo.

## *Blinde biologische psychiatrie ziet door de bomen het bos niet meer*

Zo verging het ook de psychiatrie als medische wetenschap: tot voor kort was daar optimisme dat breinwetenschap met antwoorden zou komen die de basis van het vak blijvend van fundamentele zou voorzien. Dit optimisme stond majeure verandering eveneens in de weg.

In het vacuüm dat nu is ontstaan, is ruimte voor een kentering, waarvan de eerste contouren, als je optimistisch bent, zich beginnen af te tekenen. Ten eerste wordt zichtbaar dat er ruimte ontstaat voor de visie dat psychische klachten een reflectie zijn van menselijke variatie, en niet noodzakelijkerwijs van een ziek brein. Ten tweede wordt duidelijk dat, in navolging hiervan, de ggz misschien teveel gericht is geweest op eindeloze medische symptoomstabilisatie en behandeling, en te weinig op mensen naar een bestaan buiten de ggz leiden. Patiënten willen misschien op het spoor worden gezet van adaptatie en zelfmanagement buiten de ggz, niet van medische symptoomstabilisatie zonder einde in de ggz.

Misschien heeft de ggz zichzelf een te belangrijke rol toegedacht: enerzijds werd er een enorme zuigende kracht uitgeoefend op mensen met lichte klachten die juist beter met eHealth/mHealth en minimale begeleiding bediend kunnen worden; anderzijds zijn sommige groepen misschien onterecht te lang chronisch ‘vastgehouden’ in een systeem dat teveel gericht is op medische symptoomstabilisatie zonder einde en te weinig op het toeleiden naar een bestaan buiten de ggz.

## En nu?

Wat zou kunnen gebeuren is dat wetenschap en ervaringsdeskundigheid elkaar vinden om het beeld van psychose als menselijke variatie stevig op de kaart te zetten, ontdaan van overdreven negatieve verwachtingen en biologische mythevorming.

Dit is belangrijk, omdat het theoretisch fundament van de psychiatrie en de psychologie, en in het verlengde daarvan de samenleving zelf, nog te veel gevangen zit in het hokjesdenken van het DSM diagnostische systeem en de biologische mythevorming daar omheen.

Het bewijs van psychose als menselijke variatie, en als uitkomst van menselijke tegenspoed moet urgent worden gedissemineerd. Niet als opstandige mening, maar als een neutrale wetenschappelijke bevinding, gevalideerd door ervaring van mensen. De krachten die samenzweren tegen de visie van psychose als menselijke variatie zijn formidabel, en vereisen een duurzame investering in een informatie-interventie binnen en buiten de ggz. Ervaringsdeskundigheid en kritische wetenschap kunnen hiertoe samenwerken buiten de DSM-gerichte gevestigde kaders, instituten en verenigingen, zonder te worden opgeslokt in de myriade van consensusbehoefte, bureaucratie en belangentegenstellingen.

Tweede belangrijke punt is dat ervaringsdeskundigen, wetenschap en ggz samen zouden kunnen onderzoeken in hoe-

verre het model van symptoomstabilisatie-zonder-einde onder de paraplu van de ggz nog te rechtvaardigen is. Mijn collega Philippe Delespaul refereerde hieraan in zijn inaugurale rede vorig jaar. Hij schatte dat wellicht een derde van de langdurige ggz-gebruikers de ggz zou kunnen verlaten. Moet de ggz leren loslaten? En: in hoeverre is het gebruik van medicatie over perioden van 10-20 jaar gerechtvaardigd? Hoe kan het model van eindeloze symptoomstabilisatie in de ggz in harmonie worden gebracht met een model van behandeling gericht op adaptatie en zelfredzaamheid, zoals beoogd in het HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) programma? Kan dat beter binnen of buiten de ggz gebeuren? En, waarschijnlijk het meest belangrijke, als de ggz loslaat, hoe warm zal de ontvangst buiten de ggz zijn? Hoeveel expertise, mogelijkheden en middelen zijn er om ex-gebruikers van de ggz te assisteren een weg te vinden? ‘Participatie’ is een mooi woord, maar hoeveel arbeids- en activiteitenbemiddeling kent Nederland die dit kan bewerkstelligen als de ggz loslaat? Kan het geld dat de ggz moet laten liggen in de maalstroom van chaotische bezuinigingen niet deels worden gebruikt om ‘participatie’ meer te laten zijn dan een mooi woord?

De antwoorden zijn er nog niet – de gelegenheid tot samenwerking wel.

*Professor Jim van Os*

Psychiater verbonden aan de afdeling  
Psychiatrie en Psychologie, Maastricht UMC

Eind maart verschijnt het boek *De DSM Voorbij! Persoonlijke Diagnostiek in een Nieuwe GGZ* van Jim van Os. Vanaf 24 maart kunnen mensen vragen stellen over psychose en/of andere psychiatrische aandoeningen via [www.psychoenet.nl](http://www.psychoenet.nl)