

Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is

Eva van Dijk, Donald van Tol, Bert Wiene, Laura Batstra

De ggz wordt overspoeld door patiënten met relatief milde psychische problemen. Daardoor komen patiënten met ernstige problematiek soms op wachtlijsten terecht. Het zou goed zijn als huisartsen mensen minder snel zouden doorverwijzen naar de ggz, maar het is moeilijk weerstand te bieden aan een worstelende patiënt die vraagt om diagnostiek en behandeling. Een persoonsgerichte, stapsgewijze, actief-afwachterende benadering kan misschien helpen.

In 2007-2009 deed 6% van de Nederlanders van 18-65 jaarlijks een beroep op de ggz; in 2019-2022 was dat 10%. Mensen met psychische problemen gingen ook vaker naar de huisarts en de POH-ggz: dit percentage steeg van 9 naar 15%.¹ Huisartsen zijn ontevreden over de lange wachtlijsten bij de ggz en over de vele terugverwijzingen, waardoor met name mensen met complexe problemen nergens terecht kunnen.² Binnen de ggz lijkt er sprake van een disbalans. Door overmedicalisering van lichte psychische klachten gaat veel specialistische zorg naar relatief milde problemen, terwijl mensen met ernstige problema-

tiek op wachtlijsten staan en niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.³⁻⁵ In deze opinie beschrijven we waarom het voor huisartsen lastig kan zijn om het hoofd te bieden aan deze trend en in welke richtingen de oplossing kan worden gezocht.

DEMEDICALISERING

Tijdens een workshop over demedicalisering in de ggz vertelde een van de deelnemende huisartsenopleiders dat als hij patiënten met fysieke klachten ter geruststelling doorverwees, deze meestal terugkwamen zonder diagno-



'Niets doen' bestaat uit het voeren van goede, inventariserende gesprekken met erkenning en empathie als basiselementen.

se. Patiënten met psychische klachten daarentegen kwamen doorgaans terug met een psychische classificatie. Het ging bij hen doorgaans niet om het uitsluiten, maar juist om het vaststellen van pathologie, kennelijk vanuit de veronderstelling dat een psychiatrische classificatie handvatten kan geven voor een juiste behandeling. De opstellers van het *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) hebben echter uitdrukkelijk gewaarschuwd dat een DSM-classificatie nauwelijks voorspelt welke (gedrags)behandeling zal aanslaan.⁶ Terwijl het medische model van aanvullend onderzoek bij fysieke klachten dus vaak geruuststellend werkt, kan dit model bij psychische klachten onbedoeld leiden tot overmedicalisering. Uit ons eigen onderzoek naar de omgang van huisartsen met somberheidsklachten bij jongvolwassenen bleek dat huisartsen zich op macroniveau duidelijk zorgen maken over overmedicalisering, maar dat ze op microniveau meestal wel bereid zijn de hulpvrager die tegenover hen zit door te verwijzen voor classificatie en behandeling.⁷

DE KUNST VAN HET NIETS DOEN

Huisartsen weten als geen ander dat goed medisch handelen bij somatische klachten soms bestaat uit niets doen. ‘The delivery of good medical care is to do as much nothing as possible.’ Deze uitspraak uit Samuel Shems boek *The House of God* kan worden herleid tot Hippocrates’ uitspraak: ‘Niets doen is soms een goede remedie.’⁸ Iona Heath, voormalig voorzitter van de Royal College of General Practitioners in het Verenigd Koninkrijk, benadrukte eerder in *H&W* dat dit ‘niets doen’ een actief proces is: ‘the art of doing nothing is active, considered and deliberate.’⁹ Het betekent actief en open luisteren naar de patiënt, (af)wachten en de tijd nemen om na te denken of een behandeling wel in het belang van de patiënt is, en ‘er zijn’ voor de patiënt. ‘Niets doen’ bestaat uit het voeren van goede, inventariserende gesprekken met erkenning en empathie als basiselementen, die leiden tot verheldering van het specifieke verhaal in de specifieke context. De huisarts heeft een langdurige relatie met de patiënt en kent diens context, en is dus de aangewezen persoon om zo’n gesprek te voeren. Het actieve proces van ‘niets doen’ is een belangrijk onderdeel van Stepped Diagnosis, een stapsgewijze aanpak die erop is gericht onnodige classificatie en behandeling te voorkomen zonder in onderbehandeling te vervallen. Stepped Diagnosis gaat uit van de krachtige werking van tijd (afwachtend beleid), gezamenlijke besluitvorming, ondersteuning en placebo in een persoonsgerichte benadering waarin het narratief van de patiënt centraal staat.^{10,11}

DE MOEILJKHEID VAN HET NIETS DOEN

Huisartsen weten dat niets doen bij somatische klachten vaak helpt, maar slaan de stap van het niets doen bij (lichte) psychische problemen nogal eens over. Zorgverleners kunnen over het algemeen moeilijk weerstand bieden aan een mentaal worstelende patiënt die vraagt om diagnostiek en behandeling.¹² Dit heeft verschillende redenen. Ten eerste is de verantwoordelijkheid voor gezondheid en

ziekte in de afgelopen decennia steeds meer bij het individu zelf neergelegd. Dit heeft eraan bijgedragen dat patiënten mondiger de spreekkamer binnenstappen met informatie die ze zelf hebben verzameld. Deze protogeprofessionaliseerde patiënten weten soms duidelijk wat ze willen: een *quick fix* om zo snel mogelijk weer te kunnen functioneren in de samenleving, of anders een verklaring die hun ziekterol legitimeert. En wat is er legitiemer dan het medische oordeel van een arts?^{4,13} Een tweede reden waarom niets doen bij psychische klachten extra moeilijk kan zijn, is dat we gewend zijn geraakt om over stoornissen te spreken alsof het handelende wezens zijn. ADHD kan ‘zich uiten’ en bepaalde doelgroepen ‘treffen’. Men spreekt over categorieën uit de DSM-5 alsof het de realiteit zelf is die uitmaakt wat als stoornis telt en wat niet. Wetenschapsfilosofe Trudy Dehue rekent deze overtuiging tot het ‘klassiek realisme’, de stroming die stelt dat kennis een afbeelding van de realiteit is. Daartegenover zet Dehue het ‘realistisch realisme’, dat stelt dat de wetenschap weliswaar een werkelijkheid beschrijft, maar wel een werkelijkheid die zij zelf mede vormgeeft. De klassiek-realistische taal laat het menselijk handelen buiten beschouwing en onttrekt daardoor de normatieve beslissingen aan het oog die voorafgingen aan opname van een stoornis in de DSM. Het stelt de stoornissen voor als ‘dingen’ die onafhankelijk van mensen in de natuur bestaan. Het benoemen van iets abstracts (zoals een stoornisdefinitie) in concrete terminologie (zoals een veroorzakende pathologie) heet niet voor niets reïficatie (‘tot ding maken’). Een groot nadeel van deze individuele, gereïficeerde classificaties is dat de maatschappelijke bepaaldheid van problemen die psychisch leed veroorzaken onderbelicht blijft.

WIE INVESTEERT IN TERUGHOUDENDHEID?

Een belangrijke eerste stap in het terugdringen van overmedicalisering van lichte psychische klachten is erkennen dat niets doen zoals Iona Heath het bedoelde, actief niets doen dus, ontzettend moeilijk is in de huidige tijdgeest. Verder kan het huisartsen helpen als zij het proces van reïficatie doorzien en zich bewuster zijn van het normatieve karakter van classificaties van stoornissen. Wellicht voelen ze dan minder druk om patiënten met lichte psychische problemen te verwijzen om de ‘stoornis’ die zich ‘manifesteert’ te laten onderzoeken en behandelen. Ook zou er meer onderzoek mogen komen naar wat er nodig is voor terughoudendheid. Er bestaan legio onderzoeken en cursussen vroegdiagnostiek, maar er is nauwelijks geïnvesteerd in kennis over terughoudendheid en voorzichtigheid bij het labelen en behandelen van lichte psychische problematiek. De hierboven genoemde Stepped Diagnosis zou een manier kunnen zijn om die terughoudendheid, voorzichtig en zonder risico op onderbehandeling, te implementeren en te onderzoeken. De aanpak is beschreven als een stappenplan (inventariseren, normaliseren, afwachtend beleid, zelfhulp, kortdurende behandeling), maar de stappen zijn nadrukkelijk niet bedoeld als behandelprotocol. Het is veeleer een manier van werken die huisartsen in de praktijk kunnen integreren

met een persoonsgerichte benadering om op een verantwoorde manier uitstel en zo mogelijk afstel van specialistische zorg te bereiken.

Doel is uiteindelijk om lichte psychische problematiek niet onnodig te medicaliseren en de gespecialiseerde ggz te bewaren voor de mensen die haar het hardst nodig hebben. Het idee is niet mensen te dwarsbomen door ze psychiatrische zorg en classificaties te onthouden. We doen de complexiteit van het leven, met zijn onontkoombare worstelingen en alle inzichten en krachten die daaruit kunnen voortkomen, echter tekort als we die al te voorbarig reduceren tot een psychische classificatie. ■

LITERATUUR

1. Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S, Schouten F, Luik A, De Graaf R. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2023;22:275-85.
2. Ggz-wachttijden leiden tot overvolle POH-ggz en huisartsen. *LHV Nieuws*, 4 mei 2022.
3. Geestelijke gezondheidszorg: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd. Nieuwsbericht Algemene Rekenkamer, 25 juni 2020.
4. Recept voor maatschappelijk probleem, medicalisering van levensfasen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017.
5. Van der Broek R. 'Medicalisering van mild psychisch lijden zet ggz onder druk': interview met Damiaan Denys. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2021.
6. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
7. Van Dijk EL, Van Tol DG, Diemers AD, Wienen AW, Batstra L. Sick or Sad? A qualitative study on how Dutch GPs deal with sadness complaints among young adults. *Front Sociol* 2022;6:765814.
8. Shem S. *The house of God*. USA: Penguin Publishing Group, 2010.
9. Heath I. The art of doing nothing. *Huisarts Wet* 2012;55:580-3.
10. Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:474-9.
11. Lucassen P, Houwen J, Ligthart S, Olde Hartman T. Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal in nieuwe visie psychische problematiek. *Huisarts Wet* 2023;66(5):21-2.
12. De Wit N. Medicalisering in maat en getal. <https://www.youtube.com/watch?v=SlgT7NrDX-Q>, maart ,2023
13. Mol A, Van Lieshout P. *Ziek is het woord niet: medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2008.
14. Dehue T. *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact, 2014.

Van Dijk EL, Van Tol DG, Wienen AW, Batstra L. Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2321-9.
Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek, Groningen: E.L. van Dijk, promovenda, e.l.van.dijk@rug.nl; prof. dr. L. Batstra, hoogleraar orthopedagogiek. UMCG afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. D.G. van Tol, vakdocent sociologie. Hogeschool Windesheim, Zwolle: dr. A.W. Wienen, associate lector jeugd.
Mogelijke belangenverstrengeling: prof. dr. L. Batstra ontvangt een vergoeding voor onderzoek in het kader van het programma Druk&Dwars.