

Meestribbelend achter de computer

M.M. THUNNISSEN



Twintig jaar geleden waren er nog geen computers in de psychiatrie. Ik werkte toentertijd in Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong. Drie keer per week begon mijn dag met een groepspsychotherapiezitting van half 9 tot 10 uur 's ochtends. Als er die ochtend of de avond tevoren bijzonderheden waren geweest in de patiëntengroep belde de sociotherapeut mij iets voor half 9 zodat ik goed beslagen ten ijs kwam. Ik keek mijn aantekeningen van de vorige keer nog even door, overlegde even met mijn arts-assistent en we begonnen de groepszitting. Daarna volgde het teamoverleg, waarin we de sociotherapeuten en de vaktherapeut informeerden over de ontwikkelingen van de patiënten in de groepstherapie, zodat zij met onze informatie verder aan de slag konden. Niet alleen de feitelijke informatie, ook wat wij als psychotherapeuten ervaren hadden in de groep met de patiënten, was van essentieel belang: wat had ons geërgerd, verbaasd, geamuseerd of ontroerd, wat was ons opgevallen aan interacties tussen de patiënten, wat werd er uitgeageerd en wat werd er niet gezegd. Overdracht en tegenoverdracht waren altijd impliciet en vaak ook expliciet onderwerp van gesprek.

Tijdens de lunch ging ik met een paar collega's hardlopen of tennissen op het zeer krakkemikkige baantje dat onderdeel uitmaakte van het Viersprongterrein. Veel collega's gingen even naar huis om te eten; een uur lunchpauze werd als een noodzakelijke voorwaarde gezien om de hele dag monter en fris het werk te kunnen doen.

De tijden zijn veranderd

Twee jonge psychologen, collega's die ik in supervisie heb, hebben geen tijd om met elkaar te overleggen. Toen ik voorstelde dat zij wekelijks een keer samen zouden lunchen, bleek dat zij ook nauwelijks de tijd nemen om te lunchen, maar vaak hun boterhammetjes voor de computer openen.

De computer is niet meer weg te denken uit ons werk. Veel van onze collega's besteden uren per dag aan het lezen en beantwoorden van hun e-mails, het openen van de verschillende tabbladen in het elektronisch patiëntendossier en het elektronisch voorschrijven van medicatie. Hoeveel tijd dit kost, kunt u nog eens nalezen in het zeer realistische redactioneel van Leentjens (2009). De patiënt wordt gemangeld tussen registratiedwang en productiewinst. Het primaire proces lijkt het registreren van de productie geworden te zijn in plaats van het behandelen van patiënten. Het teamoverleg gebeurt vaak via de e-mail, het persoonlijke contact is digitaal geworden.

Zelfs in de gesprekken met de patiënten is het beeldscherm vaak prominent aanwezig: om de vorige medicatie op te zoeken of om na te gaan hoe ernstig de depressieve klachten twee maanden geleden waren. En om intussen vast aantekeningen te maken, want we hebben zo weinig tijd. En de patiënt zit passief te wachten wat de specialist, de dokter te vertellen heeft over zijn klachten.

Tijd in Tanzania

Veel tijd – dat was een van de redenen waarom ik aan het einde van mijn medische studie besloot psychiater te worden. Ik had tijdens mijn coschappen vier maanden in Tanzania gewerkt met het idee om ofwel tropenarts of huisarts te worden. Ik verwachtte veel ernstige patiënten te zien en te kunnen assisteren bij levensreddende ingrepen. Niets bleek minder waar. 's Ochtends zat het overdekte plein voor de polikliniek vol met enige honderden patiënten die vaak uren gelopen hadden om het ziekenhuis te bereiken. In het spreekuur hadden we zo'n 5 minuten per patiënt en het voornaamste was om 'pluis' of 'niet-pluis' te onderscheiden: was er sprake van koorts en eventueel malaria, van andere infecties of ernstig letsel? Zo niet, dan kreeg de patiënt twee aspirientjes in een krantenpapiertje en vertrok blijmoedig weer naar huis.

Ik vond dat onbevredigend en probeerde wel eens – in mijn gebrekkige Kiswahili – te vragen wat de patiënt verwachtte of zelf dacht dat er aan de hand was. Dat kwam mij op verbaasde blikken te staan: 'U bent toch de dokter?' Ik realiseerde me toen pas hoeveel wij (denken te) weten van een patiënt op grond van diens uiterlijk, dialect, woordgebruik en wijze van contactname.

Een 26-jarige Tanzaniaanse vrouw, in een kleurrijke doek gewikkeld, vertelde mij dat ze zes kinderen had gehad van wie er twee waren gestorven, en dat ze twee dorpen verderop in een hutje woonde en twee koeien bezat. Ik stond met mijn mond vol tanden. Was het normaal om twee kinderen te verliezen of was haar leven hierdoor in een vrije val naar beneden terechtgekomen? Was ze arm naar de standaard van haar omgeving of hadden haar burens maar één koe?

Daar, in Tanzania, besloot ik psychiater te worden vanuit de wens mensen te kunnen begrijpen in hun hele achtergrond en een dokter te worden met tijd om zich in patiënten te verdiepen. Tijdens de andere coschappen in het ziekenhuis had ik gemerkt hoe weinig tijd de meeste specialisten hadden voor hun patiënten en hoe geïsoleerd van hun context patiënten vaak behandeld werden. Alleen in de psychiatrie was er tijd voor een diepgaander gesprek met patiënten en werd de familie betrokken bij de behandeling. Tijdens mijn opleiding en ook in mijn eerste 10 jaar als psychiater was die tijd er. En daarna is er langzaam iets veranderd.

Grote veranderingen

In zijn boek *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ* beschrijft Jim van Os (2014) op een heldere manier de grote veranderingen in de ggz en de gevolgen daarvan.

De patiënt lijkt verdwenen in het geweld van dbc's, rom, contracten met zorgverzekeraars, en mega-ggz-instellingen. Alle neurobiologisch onderzoek van de laatste decennia heeft vooral de kennis opgeleverd dat ernstige psychiatrische ziekten een gezamenlijk substraat in de zin van een genetische kwetsbaarheid hebben. De verschillen in kwetsbaarheid tussen patiënten met de door ons bedachte labels van psychose, depressie of angststoornis zijn echter verwaarloosbaar klein.

Ook de DSM-5 heeft niet opgeleverd wat Van Os, als lid van de werkgroep psychose van de APA, ervan verwachtte. Hij had gehoopt op een andere benaming van het concept schizofrenie, dat nog steeds in de ogen van veel mensen duidt op een afschuwelijke ziekte met een infauste prognose. Echter, de belangen van vooral de Noord-Amerikaanse psychiatrie inclusief lobbyclubs en farmaceutische industrie, waren te groot. Een wapenfeit van de Europeanen is wel dat de

LITERATUUR

- Leentjens AFG. Nieuwe beroepszaken in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 869-71.
- Os J van. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis; 2014.

AUTEUR

MONIEK THUNNISSEN, psychiater, werkzaam in eigen bedrijf voor behandeling, consultatie en supervisie.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Moniek Thunnissen, A. Cuypstraat 32, 4625 AM Bergen op Zoom.
E-mail: m.thunnissen@ziggo.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Resisting behind the computer

attenuated psychosis, de voorbode van psychose, slechts is opgenomen in de appendix en niet in de DSM-5 zelf. Uit zijn boek rijst een treurig beeld op van een zielloze en machteloze psychiatrie, waarin professionals en patiënten gemangeld worden.

Alternatief

In het laatste deel van zijn boek geeft hij, optimistisch als altijd, een alternatief: naast de nomothetische, classificerende wijze van diagnosticeren ook een idiografische, op de individuele patiënt gerichte benadering. Voor dit laatste zijn de huidige categorieën van de DSM-5 in zijn optiek prima te gebruiken. Daarnaast zou elke patiënt zichzelf kunnen scoren en/of gescoord kunnen worden op een aantal dimensies: psychose, manie, depressie, cognitieve stoornissen, motivationele beperkingen, positief affect en kwetsbaarheid/weerbaarheid. Vervolgens wordt in kaart gebracht wanneer de symptomen optreden, hoe ze in relatie staan met elkaar en tot welke functionele beperkingen de symptomen leiden. Het gesprek wordt gestart met de volgende vier vragen:

- Wat is er met je gebeurd?
- Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
- Waar wil je naartoe?
- Wat heb je nodig?

Zo wordt een individuele diagnose gesteld waarbij er ook aandacht is voor de krachtige kanten van de patiënt (empowerment!) en de zorgbehoefte in kaart wordt gebracht.

Ik vind zijn boek inspirerend en het biedt een perspectief terwijl de eenheid in classificatie die de DSM heeft gebracht, behouden blijft. Daarnaast komt er ruimte voor diagnostiek op maat waarbij de patiënt centraal staat.

Tijd voor een nieuwe koers

Tijdens het inspirerende Voorjaarscongres 2014 werd gesproken over motivatie – hoe motiveren wij patiënten en vooral ook: hoe blijven wijzelf gemotiveerd? Hoogleraar Mathieu Weggemans kreeg de handen op elkaar met zijn oproep als professionals vanuit gedeelde waarden en collectieve ambities te werken in plaats van onder een planning- en controleparadigma. Onder het geweld van alle regelgeving en bureaucratie kiezen veel professionals voor de houding van ‘het spel meespelen’, wat minder energie kost dan openlijk verzet of steeds de discussie aangaan. ‘Meestribbelen’ noemt Weggemans dat – een soms effectieve adaptatie, die echter leidt tot kwaliteitsverlies en tot het afvinken van lijstjes in plaats van het vonken als geïnspireerde professional.

In zijn boek geeft Van Os een aanzet tot een koerswijziging. Wie doet er mee?