

# Recept voor maatschappelijk probleem

## Medicalisering van levensfasen





Recept voor maatschappelijk probleem



# Recept voor maatschappelijk probleem

Medicalisering van  
levensfasen

Den Haag, maart 2017



# Voorwoord

Druk gedrag bij kinderen, onzekerheid onder jongvolwassenen, afnemende vruchtbaarheid, overbelasting in het spitsuur van het leven, functievermindering met het ouder worden. Iedere levensfase gaat gepaard met verschijnselen die kunnen leiden tot vragen, ongemakken en problemen.

Het valt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) op dat verschijnselen die te maken hebben met een bepaalde levensfase haast automatisch worden geduid als een individueel medisch probleem, en dat de oplossing vervolgens bij een zorgprofessional wordt gezocht.

Maar horen deze vraagstukken wel thuis op het bordje van een zorgprofessional? Dit is de kwestie die wij in dit advies centraal stellen. Een zorgprofessional om advies vragen is in onze maatschappij een legitieme, gebruikelijke en begrijpelijke route. Maar als de maatschappij het probleem is, dan is een recept niet de oplossing.

Pauline Meurs  
*Voorzitter RVS*

**De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)**  
is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan.  
De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en  
Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren  
over hoofdlijnen van beide beleidsterreinen.

#### **Samenstelling Raad**

Voorzitter: Pauline Meurs.

Raadsleden: Daan Dohmen, Jan Kremer, Bas Leerink,  
José Manshanden, Liesbeth Noordeggraaf-Eelens,  
Greet Prins, Dick Willems en Loek Winter.

Directeur/algemeen secretaris a.i.: Luc Donners.

#### **Raad voor Volksgezondheid en Samenleving**

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

mail@rvens.nl

www.raadrvs.nl

Twitter: @raadrvs

#### **Publicatie 17-03**

ISBN: 978-90-5732-265-5

Grafisch ontwerp: Studio Koelewijn Brüggewirth

Fotografie: Jeroen Toirkens

Druk: Xerox/OBT

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,  
Den Haag, 2017

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt  
of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend  
systeem of uitgezonden in enige vorm door middel  
van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan  
ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze  
website.



Voorwoord	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel van dit advies	12
1.3 Medicalisering van levensfasen	12
1.4 Afbakening	15
1.5 Aanpak	15
2 Druk gedrag bij schoolkinderen	17
3 Onzekerheid onder jongvolwassenen	23
4 Afgenomen vruchtbaarheid bij koppels met kinderwens	29
5 Spitsuur van het leven	33
6 Functievermindering op hogere leeftijd	37
7 Factoren die een rol spelen bij medicalisering van levensfasen	41
7.1 Maatschappelijke factoren die bijdragen aan medicalisering	41
7.2 Factoren in het zorgdomein die bijdragen aan medicalisering	44
7.3 Conclusie	45
8 Kies voor verschillende brillen	47
8.1 Investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven	48
8.2 Verminder de aantrekkingskracht van het medische loket	50
8.3 Versterk andere benaderingen	51
Literatuur	53
Adviesvoorbereiding	61
Geraadpleegde deskundigen	62
Afkortingenlijst	63
Publicaties	64



# Samenvatting

Scholieren kunnen druk gedrag vertonen, een kinderwens gaat niet altijd in vervulling en ouder worden komt met gebreken. Dat zijn voorbeelden van verschijnselen of ongemakken die te maken hebben met een bepaalde levensfase. Heel vaak krijgen ze een medisch etiket, terwijl de onderliggende vraag niet per se medisch van aard is. Hoewel een medisch perspectief waardevol kan zijn, vindt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dit te beperkt.

Zo kampt een grote groep jongvolwassenen met sombere gevoelens. Zij krijgen relatief gemakkelijk het etiket 'depressief' opgeplakt en worden doorverwezen naar een psychiater. Een recent initiatief van community building maakte duidelijk dat er ook een andere manier is om hiermee om te gaan: door jongeren die worstelen met levensvragen met elkaar in contact te brengen nemen psychische klachten af.

We zien het dominante medische perspectief ook terug in andere gebieden, zoals bij de benadering van kinderlijke onrust, uitstel van zwangerschap, overbelasting als gevolg van de combinatie van werk en de zorg voor kinderen en ouders, en de omgang met functievermindering op latere leeftijd.

De RVS onderscheidt verschillende factoren die een rol spelen bij de tendens om gedrag dat past in een bepaalde levensfase te medicaliseren. De samenleving heeft onrealistische verwachtingen en idealen: 'mensen kunnen hun hele leven gelijkmatig functioneren', 'het leven is maakbaar', 'perfectie is mogelijk op alle fronten', en dan is het ook nog 'vanzelfsprekend om constant te genieten'. Wanneer deze verwachtingen tot knelpunten leiden, wordt de oorzaak bij het individu gezocht. Daarnaast dragen factoren in het zorgdomein bij aan medicalisering: de productieprikkelers in het zorgstelsel die aanzetten tot behandelen en de actiemodus van zorgprofessionals. De Raad signaleert dat van mensen regelmatig andere zaken worden verwacht dan passend is op grond van de levensfase die ze op dat moment doormaken. De gangbare reactie hierop is om te proberen door middel van medische zorg het functioneren aan te passen aan de verwachtingen. Het uitgangspunt dat er altijd een medische oplossing voorhanden is, is echter een illusie.

De RVS stelt dit medische perspectief ter discussie. Een medisch perspectief heeft voordelen: er is sprake van een diagnose en de belofte van een behandeling. En niet zelden kan daarbij extra hulp en ondersteuning worden ingeschakeld.

Maar dit perspectief is ook beperkend, soms zelf stigmatiserend, en het draagt lang niet altijd bij aan een passende oplossing. Het medische perspectief is slechts één van de keuzes en het is van groot belang om andere perspectieven te erkennen en in te zetten.

Met dit advies wil de RVS stimuleren dat de medische bril regelmatig wordt afgewisseld met andere brillen, zowel bij het duiden van een vraagstuk als bij het omgaan ermee. De Raad signaleert dat in de praktijk al een voorzichtige verschuiving optreedt van een strikt medisch perspectief naar mogelijke andere benaderingen. Diverse experts plaatsen vraagtekens bij de dominantie van het medische perspectief. Bovendien ontwikkelen zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen praktische initiatieven om op een andere manier om te gaan met levensfasevraagstukken.

De RVS onderscheidt drie oplossingsrichtingen. Ten eerste: investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven. Ten tweede: verminder de aantrekkingskracht van een (medisch) professioneel loket. Ten derde: versterk andere benaderingen. Daardoor krijgen niet alleen patiënt en zorgprofessional, maar ook allerlei andere actoren de andere benaderingen scherper in beeld. Want als de maatschappij het probleem is, dan is een recept niet de oplossing.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Burgers, zorgprofessionals en uiteenlopende maatschappelijke actoren duiden verschijnselen in bepaalde levensfasen steeds vaker als ‘problemen’ en meer specifiek als ‘medische problemen’. In het maatschappelijk discours ontstaat zo een medisch begrippenkader om deze verschijnselen te begrijpen en te beïnvloeden.

Medicalisering is een belangrijke factor bij de beslissing om zorg te zoeken of niet. Neem een sombere gemoedstoestand. Somberheid kun je beschouwen als iets dat nou eenmaal af en toe bij het leven hoort. Maar in een maatschappij waarin somberheid is gemedicaliseerd, krijgt iemand die zich bij vrienden of familie uitsprekt over sombere gevoelens soms automatisch het advies om naar een psychiater te gaan.

In sommige gevallen is een medisch perspectief gepast en gewenst, maar in andere gevallen niet. Het onderliggende verschijnsel is namelijk niet altijd medisch van aard. Druk gedrag is bijvoorbeeld bij het ene kind een uiting van ADHD en in dat geval kan Ritalin bijdragen aan een oplossing. Maar een ander kind heeft gewoon veel jeugdige energie en dan helpt een paar uurtjes extra buitenspelen. Een eenzijdig medisch perspectief, waarbij het probleem en de oplossing louter door een medische bril worden gezien, is dan te beperkend.

Zelfs als een medische oplossing op individueel niveau soelaas biedt, betekent dit nog niet dat er een structurele oplossing is op groepsniveau. Wanneer een grote groep mensen in een bepaalde levensfase medische hulp zoekt, kan dit erop duiden dat er op maatschappelijk niveau sprake is van onrealistische verwachtingen en/of knellende maatschappelijke arrangementen.

Wanneer een medisch perspectief niet goed past, kan dit ertoe leiden dat burgers verdwalen in het zorgstelsel en dat het zorgstelsel overbelast raakt. Omdat iedere medische interventie bovendien een risico op schade heeft, leidt onnodige medicalisering tot onnodige schade. Meestal worden oplossingen voor deze knelpunten gezocht in aanpassingen in het zorgstelsel zelf. In dit advies stelt de RVS het medische perspectief ter discussie. Immers, als de maatschappij het probleem is, dan is een doktersrecept niet de oplossing.

## 1.2 Doel van dit advies

De vragen van dit advies luiden:

- *In welke situaties is er sprake van een beperkend medisch perspectief op levensfasen?*
- *Welke andere perspectieven zijn er mogelijk en wie kan deze andere perspectieven stimuleren of tot stand brengen?*

Het advies laat zien dat veranderingen en ongemakken die te maken hebben met een bepaalde levensfase tegenwoordig vaak worden beschouwd als medische problemen, waardoor ook de oplossingen worden gezocht in de zorg. De RVS beargumenteert dat het afwisselen van de medische bril met diverse andere brillen, andere benaderingen zichtbaar maakt die heilzamer zijn voor individu en maatschappij.

Het advies is gericht aan zorgprofessionals, scholen, werkgevers, patiënten- en ouderenverenigingen en beleidsmakers. Zij kunnen dit advies gebruiken om praktijken waarin nu een eenzijdig medisch perspectief domineert te veranderen, zodat de betrokkenen op meer manieren kunnen worden geholpen dan alleen met een medische behandeling.

## 1.3 Medicalisering van levensfasen

Het begrip ‘medicalisering van het leven’ werd in 1976 geïntroduceerd door Ivan Illich in zijn boek *Medical Nemesis*. Hiermee doelde hij op de schadelijke gevolgen die de toenemende invloed van het medische domein heeft op individu en samenleving. Sinds die tijd zijn er verschillende definities van medicalisering in omloop, waarbij iedere auteur zijn eigen accenten legt. In dit advies verstaan we onder medicalisering *‘het proces waarbij verschijnselen in toenemende mate worden gedefinieerd en behandeld als medische problemen, gewoonlijk als ziekte of kwaal’*.<sup>1</sup> Behandelen als medische problemen vatten we breed op, namelijk dat er een zorgprofessional wordt ingeschakeld. Dat kan een dokter zijn, maar ook een andere professional, zoals een verpleegkundige, psycholoog of fysiotherapeut.

De literatuur beschrijft een grote variëteit aan verschijnselen die worden gemedicaliseerd. Denk aan gedrag dat afwijkt van de sociale norm (alcoholisme), alledaagse problemen (stress), verbeteringen bij gezonde mensen (cosmetische chirurgie) en ten slotte het onderwerp van dit advies: natuurlijke levensgebeurtenissen zoals geboorte, menstruatie, menopauze, kaalheid en sterven (Davis 2010

in Conrad 2013). In dit advies richten wij de aandacht specifiek op medicalisering van (maatschappelijke) knelpunten als gevolg van verschijnselen die bij bepaalde levensfasen horen. Zo spreekt het advies niet over het medicaliseren van vruchtbaarheidproblemen in het algemeen, maar specifiek over vruchtbaarheidsproblemen die ontstaan door het uitstellen van zwangerschap omwille van loopbaanverloop.

Het proces van medicalisering manifesteert zich op verschillende manieren: in het discours (bijvoorbeeld een medisch vocabulaire gebruiken), in praktijken (bijvoorbeeld een medische oplossing zoeken voor vragen en problemen) en in de keuze voor actoren die betrokken worden (bijvoorbeeld artsen en andere zorgprofessionals bij een situatie betrekken) (Halfmann 2011).

Medicalisering kan zich zowel op individueel niveau als op maatschappelijk niveau voordoen. In de spreekkamer gaat het bijvoorbeeld om hoe een arts met een individuele zorgvraag omgaat en wie er zijn betrokken bij de besluitvorming daarover. In de samenleving gaat het over een verschuiving in het discours, dus hoe er over verschijnselen wordt gedacht, geschreven en gesproken. Die niveaus staan niet los van elkaar. Naarmate problemen op het niveau van de samenleving meer als medische problemen worden gezien, ligt het ook meer voor de hand dat iemand bij een arts aanklopt voor een oplossing. Ook andersom geldt: naarmate meer mensen een medische oplossing zoeken, wordt het voor de samenleving vanzelf meer ‘normaal’ om deze problemen als iets medisch te zien. Dit advies richt zich hoofdzakelijk op het maatschappelijke niveau.

Medicalisering kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben en kan in het ene geval wenselijk zijn en in het andere geval niet. Een arts om advies vragen is in onze maatschappij een legitieme, gebruikelijke en begrijpelijke route. Echter, hoewel medische hulp op individueel niveau vaak voordelen oplevert, leidt medische hulp niet in alle gevallen tot een oplossing en kan het ook schadelijk zijn. Bovendien wordt het maatschappelijke probleem niet aangepakt. Een arts richt zich immers hoofdzakelijk op het oplossen van een voorliggende individuele casus. Het aanpakken van de maatschappelijke factoren die daarbij een rol spelen is niet zijn primaire aandachtsgebied.

Het begrip medicalisering heeft een lange geschiedenis en kent daardoor diverse connotaties. Soms wordt met de term de indruk gewekt dat de oorzaak bij artsen ligt. Zij zouden steeds meer fenomenen het medische domein in trekken (Zola 1972 en Freidson 1974). Steeds meer deskundigen beschouwen medicalisering echter als een proces dat zich kenmerkt door een web van diverse,

uiteenlopende oorzaken (Conrad 2005). Naast de aanbodzijde (de rol van zorgverleners, het zorgstelsel en de farmaceutische industrie) speelt daarbij ook de vraagzijde (mondiger wordende patiënten) een rol in het debat. Ook maatschappelijke normen en verwachtingen, die niet aan het handelen van één actor of systeemkenmerk kunnen worden toegeschreven, spelen een rol. Hieruit volgt dat het aanwijzen van één ‘schuldige’ voor ‘het’ proces van medicalisering niet past bij de aard van het fenomeen.

Dit advies is geen pleidooi voor alternatieve individuele hulpverleners. Het advies gebruikt weliswaar de termen ‘medisch’ en ‘medicalisering’, maar het risico van medicaliseren geldt zoals gezegd ook voor andere professionele hulpverleners. Ook andere hulpverleners dan medici gaan uit van hun eigen (reductionistische) perspectief en kunnen in een hulpmodus zitten. De RVS wil dan ook waken voor de situatie waarin mensen in plaats van naar een arts, naar een psycholoog of een alternatieve genezer gaan. In sommige gevallen vormt de psycholoog een adequaat loket (net zoals het medische loket soms helpt) en in andere gevallen betreft het onwenselijke psychologisering. Een psycholoog kan de mentale weerbaarheid van mensen vergroten. Dat heeft positieve kanten, maar we moeten niet doorschieten. Er wordt steeds meer nadruk gelegd op het belang van *coping*: mensen leren omgaan met hun kwetsbaarheden. Neem bijvoorbeeld de definitie van gezondheid als ‘het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’ (Huber et al. 2011). In de nadruk op *coping* schuilt echter ook een groot gevaar. De verantwoordelijkheid voor het omgaan met problemen dreigt eenzijdig bij het individu terecht te komen. Maar wanneer grote groepen mensen dezelfde knelpunten ervaren, dan is de oplossing niet dat zij allemaal individueel hun mentale weerstand versterken. In plaats daarvan is het constructiever om te onderzoeken hoe de maatschappelijke omstandigheden zo kunnen worden aangepast dat het knelpunt niet ontstaat.

Ten slotte merkt de RVS op dat de situatie in Nederland relatief gezien gunstig is: er is weliswaar sprake van onwenselijke medicalisering, maar niet zozeer als in het buitenland. Kortom: Nederland loopt misschien wel voorop in demedicalisering, maar het kan en moet beter.



## 1.4 Afbakening

Met het begrip ‘levensfase’ doelt de Raad op een deel van de tijd van een mensenleven dat zich onderscheidt van andere delen, dus met een begin en een eind en gekoppeld aan een bepaalde leeftijd. In dit advies richt de RVS zich achtereenvolgens op schoolkinderen, jongvolwassenen, dertigers, veertigers en ouderen. Deze selectie is illustratief en niet uitputtend.

De Raad concentreert zich op medicalisering van levensfasen, omdat dit een gebied is waarin medicalisering sterk speelt, terwijl het onderliggende probleem verder reikt dan het individu. Wanneer grote groepen mensen in een bepaalde levensfase opeens het etiket ‘ziek’ krijgen, is het van belang om niet alleen medische vragen te stellen, maar ook maatschappelijke vragen. Overigens zijn de bevindingen van deze analyse waarschijnlijk eveneens relevant voor medicalisering op andere gebieden dan levensfasen.

De omgekeerde situatie van medicalisering, namelijk ondermedicalisering, doet zich ook voor. Ondermedicalisering valt buiten de afbakening van dit advies, maar kan net zo onwenselijk zijn.

Nauw verbonden aan het thema van onwenselijke medicalisering en alternatieven daarvoor is de vraag wie de kosten zou moeten dragen voor medische en alternatieve oplossingen. Deze vraag laat de RVS in dit advies buiten beschouwing, omdat het primaire doel van dit advies is om te laten zien dat medicalisering in bepaalde situaties ineffectief is. Niet omdat het geld kost, maar omdat de problemen niet medisch van aard zijn. Als een verschijnsel niet wordt gezien als een medisch probleem, maar als een maatschappelijk probleem, dan kan dat betekenen dat de kosten afnemen, maar ook dat de kosten toenemen. De RVS beschouwt demedicalisering dan ook niet als een bezuinigingsmaatregel. De vraag in hoeverre een maatregel effectief is, en de vraag in hoeverre de kosten van een maatregel maatschappelijk of persoonlijk moeten worden gedragen, kan alleen in de context van een specifieke situatie worden beoordeeld en blijft buiten beschouwing in dit advies.

## 1.5 Aanpak

Het advies is tot stand gekomen op basis van een analyse van literatuur en bespiegelende media, zoals documentaires en achtergrondartikelen in kranten en weekbladen. Daarnaast zijn er interviews en een expertmeeting gehouden met artsen, psychologen en wetenschappers (zie de bijlage voor geraadpleegde deskundigen).

De hoofdstukken 2 tot en met 6 illustreren de neiging om verschijnselen die te maken hebben met een bepaalde levensfase te medicaliseren aan de hand van vijf praktijkvoorbeelden:

- 1 druk gedrag bij schoolkinderen;
- 2 onzekerheid onder jongvolwassenen;
- 3 afgenomen vruchtbaarheid bij koppels met kinderwens;
- 4 spitsuur van het leven;
- 5 functievermindering op hogere leeftijd.

Bij iedere casus komen de volgende aspecten aan bod:

- Welk verschijnsel in deze levensfase staat centraal in deze casus?
- Hoe wordt dit verschijnsel in het perspectief van ‘een medisch probleem’ geplaatst?
- Wat is de aantrekkingskracht van het medische perspectief?
- Wat zijn de beperkingen van het medische perspectief?
- Welke andere benaderingen zijn denkbaar?

Hoofdstuk 7 beschrijft de factoren in de maatschappij en in het zorgstelsel die een rol spelen bij medicalisering van levensfasen.

In hoofdstuk 8 doet de Raad suggesties en aanbevelingen om verschijnselen en ongemakken in de levensfasen te beschouwen door verschillende brillen.

#### Noten

- 1 Vrij naar Conrad (2013, p. 196): ‘het proces waarbij voorheen niet-medische problemen worden gedefinieerd en behandeld als medische problemen, gewoonlijk als ziekte of kwaal’.

## 2 Druk gedrag bij schoolkinderen

*“Ik zal vast druk zijn geweest, maar ik kreeg nu het gevoel dat ik als ADHD’er per definitie de schuld kreeg van iedere ruzie en ieder gevecht. Ik ging er steeds meer over nadenken en kreeg ook een enorme hekel aan de leraren. Altijd was ik dat ADHD-jong. Het ergste was dat de kinderen uit de klas het ook tegen me gingen zeggen. Ik ben echt allergisch geworden voor het woord ADHD’ers.” [...] De cursussen die [Job] en zijn ouders los van elkaar aangeboden krijgen zijn fijn voor zijn ouders maar niet voor hem. “Ik werd in een groep met adhd’ers gestopt. Het moest een spiegel voor me zijn maar ik herkende mezelf niet. De een kon niet op een stoel zitten, de ander was de hele tijd boos.” Job blijft aan de Ritalin. Dat zou voorkomen dat hij als puber aan ‘zelfmedicatie’ (drugs, alcohol) zou gaan doen. Het helpt niet – hij begint zwaar te blowen. “Ik verveelde me op school.”*

*Job in Hoe is het om op te groeien met het stempel ADHD? (Eerkens 2015a).*

### **Druk gedrag**

Druk gedrag en moeite om je lang te concentreren horen in meer of mindere mate bij de kindertijd. Zelfregulatie, zoals stilzitten als de leerkracht aan het woord is of rustig aan een taak werken, moet in deze levensfase nog ontwikkeld worden. Het zijn dan ook vaak de jongste kinderen in de klas die hiermee problemen ondervinden en daarmee ook een hogere kans op een diagnose hebben (Krabbe et al. 2013; Zoega et al. 2012). De meeste kinderen leren dit door er ervaring mee op te doen, bijvoorbeeld doordat zij van ouders, leerkrachten of leeftijdsgenoten meekrijgen hoe zij zich behoren te gedragen. Kinderen ontwikkelen zich hierin in verschillende tempo's en het ene kind is drukker dan het andere (Loeber et al. 2013; Windhorst et al. 2015).

### **Het perspectief van ‘een medisch probleem’**

In de context van school en maatschappij wordt druk gedrag of verminderde concentratie van kinderen steeds vaker als abnormaal en problematisch gezien. Stilzitten is de norm. Kinderen die daarvan afwijken, krijgen al snel een problematische karaktereigenschap toegeschreven. Daarmee wordt de stap gemaakt van gedrag naar een problematische karaktereigenschap van het kind: iets van het individu.<sup>2</sup>

De stap van gedrag als problematisch bestempelen naar gedrag beschouwen als een *medisch* probleem, in dit geval ADHD, is klein. Zo'n medische diagnose vertaalt een karaktereigenschap in een stoornis met een specifiek etiket en een fysiologische of neurologische basis (Dehue 2014; Kristjansson 2009). Aan een dergelijke diagnose worden vervolgens ook oplossingsrichtingen binnen het medische domein gekoppeld, die zich richten op het wegnemen van de medische oorzaken. Medicatie zoals Ritalin is daarvan een bekend en veel bediscussieerd voorbeeld (Kristjansson 2009).

Het aantal diagnoses ADHD is de afgelopen periode sterk gestegen (Mijn Gezondheidsgids 2015). Het gebruik van medicijnen stijgt eveneens sterk (Gezondheidsraad 2014). Het aantal uitgeschreven recepten voor ADHD-medicatie is tussen 2002 en 2007 zelfs verviervoudigd naar ruim 600.000 (Alfter et al. 2008).

### **De aantrekkingskracht van het medische perspectief**

Als je er eenmaal van uitgaat dat druk gedrag met een medische diagnose samenhangt, ligt het voor de hand om medicijnen voor te schrijven. Hoewel niet alle vormen van (medische) behandeling bewezen effectief zijn, heeft behandeling van ADHD bij veel kinderen een gunstig effect op de symptomen (Gezondheidsraad 2014). Het helpt hen rustiger te worden, al geven andere bronnen aan dat deze effecten slechts tijdelijk zijn (Nieweg en Batstra 2012). Maar ook om andere redenen zijn zowel leraren als ouders als kinderen gebaat bij een diagnose. Een medisch etiket verklaart waarom een kind niet kan meekomen in het systeem en niet kan voldoen aan de hoge eisen die er aan hem of haar gesteld worden. Doorverwijzing naar de huisarts of de psychiater kan een uitweg bieden voor de onmacht van overbelaste leerkrachten en ouders. De vraag in hoeverre het schoolsysteem eigenlijk aansluit bij alle verschillende leerlingen die er zijn, is immers veel lastiger te beantwoorden. Ook kan een medisch etiket helpen om zorgen bij ouders weg te nemen. Zo beschrijft een ouder in een blog: "Het is natuurlijk niet leuk om te horen dat je kind ADD heeft, toch waren we opgelucht. We konden nu haar gedrag verklaren. Regelmatig voelde ik me schuldig als ik boos werd als ze na tien keer herhalen nog niet luisterde. Ik dacht dat mijn kind me niet begreep, ik werd daar zo onzeker van. Nu proberen we ondanks alles een zo normaal mogelijk leven te leiden, waarbij we wel constant rekening houden met AD(H)D".<sup>3</sup>

Ook via een andere weg kan behandeling vanuit het medisch kader aantrekkelijk zijn. Verschillende auteurs wijzen op de (financiële) incentives die zo'n behandeling in de hand kunnen werken, voortkomend uit de gekozen bekostigings-systematiek en het beleid rondom de vergoeding van medicatie voor psychische aandoeningen (Dehue 2014; Delespaul et al. 2016).

### **De beperkingen van het medische perspectief**

De hiervoor beschreven factoren verklaren de aantrekkingskracht van het medische perspectief. Tegelijkertijd kleven er belangrijke beperkingen aan het medisch benaderen van druk kinderlijk gedrag en gebrek aan concentratie bij kinderen. De belangrijkste is waarschijnlijk dat het 'echte probleem' veel groter is dan een medisch probleem van individuele kinderen. Als grote groepen kinderen niet kunnen voldoen aan de norm, schuilt het probleem dan niet in de maatschappelijke structuren en de normen die worden opgelegd? Door gedrag met medicatie te onderdrukken valt de noodzaak weg om andere oplossingen te zoeken. De focus blijft liggen op het individu, terwijl juist de context van het kind en de maatschappelijke verwachtingen bijdragen aan het problematiseren en medicaliseren van onrustig gedrag of verminderde concentratie. Dat zo veel kinderen met druk gedrag een medische diagnose krijgen, begint bij de hoge prestatiedruk die bijdraagt aan de verminderde ruimte voor 'druk gedrag' in de klas. Leraren kunnen het zich steeds minder permitteren om een stoorzender of dromer in de klas te hebben, omdat ze op diens resultaten worden afgerekend. Van kinderen in westerse samenlevingen wordt – dus ook indirect – verwacht dat ze van jongs af aan optimaal (cognitief) presteren (Alfter et al. 2008). Bovendien kan het medische perspectief overdiagnose en overmedicatie in de hand werken. Zo bleek bijvoorbeeld dat ouders het gevoel hebben door scholen onder druk te zijn gezet om hun kinderen medicijnen te laten slikken.<sup>4</sup>

Toch lijkt de behandeling van ADHD met medicatie zoals Ritalin vaak een 'verlegenheidsdiagnose'. Het is ingewikkeld om de diagnose ADHD te stellen en deze is deels subjectief (Gezondheidsraad 2014). Criteria zijn gebaseerd op de mate van bepaald gedrag. Niet altijd is duidelijk of kinderen die medicatie krijgen voorgeschreven wel aan de daarvoor geldende diagnostische criteria voldoen en of de medicijnen wel zullen aanslaan (Rommelse en Oosterlaan 2009). Toch blijken artsen, gezien de cijfers, gemakkelijk over te gaan tot het voorschrijven van medicatie, bijvoorbeeld om in het licht van wachtlijsten een *quick fix* te kunnen bieden (Visser 2015).

Ten slotte kunnen er risico's aan de behandeling met medicatie zitten. Medicijnen blijken in veel gevallen helemaal niet te werken (Rommelse en Oosterlaan 2009), terwijl ze wel risico op negatieve bijwerkingen hebben, zoals slaapproblemen, nervositeit, hoofdpijn of verhoogde bloeddruk (Visser 2015). Bovendien kan een diagnose met ADHD en behandeling met medicatie kinderen onwenselijk labelen (Dehue 2014). Het is de vraag of het onderdrukken van eigenschappen van een kind op de lange termijn de meest wenselijke weg is (Kristjansson 2009).

### **Andere benaderingen**

In het maatschappelijke debat over ADHD worden ook alternatieve oplossingsrichtingen benoemd. Enkele voorbeelden van maatregelen en suggesties in het debat, ter inspiratie:

- Meer ruimte op school voor het aanleren van ontwikkeltaken zoals impulscontrole en concentratievermogen, met aandacht voor kinderen die minder gemakkelijk meekomen, kan helpen.
- Meer lichaamsbeweging onder schooltijd kan kinderen met veel energie een uitlaatklep bieden.
- De JFK school in Dordrecht richt klaslokalen en lessen zo in dat ook drukke kinderen zich beter kunnen concentreren.
- In het maatschappelijke debat en in het contact met ouders zouden ook de positieve eigenschappen van drukke kinderen benadrukt moeten worden, zoals energiek, creatief en empathisch zijn en sfeer kunnen brengen in een groep.<sup>5</sup>
- Specialistische kennis over druk gedrag en (de werkzaamheid van) ADHD-medicatie onder huisartsen en praktijkondersteuners in de ggz zou groter moeten zijn, zodat zij een betere inschatting bij diagnose en behandelopties kunnen maken. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft daartoe recentelijk ook een strengere richtlijn voor ADHD opgesteld (NHG 2014).
- Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft een gesprekshandleiding voor leraren en scholen ontwikkeld om beter om te gaan met drukke kinderen in de klas en hun lessen hierop aan te passen.<sup>6</sup>
- In plaats van kinderen die gedragsmatig nog niet in de brugklas passen door te verwijzen naar de psychiater, kan het helpen om te erkennen dat niet alle leerlingen van 12 al toe zijn aan de middelbare school. Een tussenjaar, zoals de Jan Ligthartschool in Arnhem biedt, kan dan een oplossing vormen (Eerkens 2015b).

**Noten**

- 2 <https://www.yumpu.com/nl/document/view/20404666/medicalisering-wat-aan-adhd-vooraf-ging-ignaa-devisch>
- 3 [http://www.rekels.nl/leesvoer/adhd-chronische-onzin-of-blijvende-aandoening\\_125.html](http://www.rekels.nl/leesvoer/adhd-chronische-onzin-of-blijvende-aandoening_125.html)
- 4 <http://demonitor.ncrv.nl/de-adhd-epidemie/hoogleraar-de-winter-we-doen-allemaal-een-beetje-aan-doe-het-zelf-diagnostiek>
- 5 <https://www.jmouders.nl/school/gedrag-op-school/concentratiegebrek/10-positieve-eigenschappen-van-drukke-kinderen>
- 6 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/04/19/beantwoording-kamervragen-over-druk-school-om-kinderen-te-medicaliseren-tegen-adhd>





### 3 Onzekerheid onder jongvolwassenen

*“Ik kende mezelf als een ambitieuze, gedreven en actieve meid vol dromen voor wie de wereld aan haar voeten lag. Op mijn werk was ik de jongste van het stel dus ik wilde koste wat kost laten zien wat ik in huis had. ‘Play hard, work hard’ was mijn mantra. Mijn prestaties koppelde ik aan mijn eigenwaarde. Het liefste wilde ik door iedereen leuk, goed en slim gevonden worden, dus paste ik me altijd aan, aan de wensen en eisen van anderen. Ik was constant op zoek naar erkenning en waardering waardoor ik nog harder ging werken, in de hoop gezien te worden.”*

Mariëlle Lunenburg over haar boek *Jong opgebrand* dat zij als 26-jarige schreef over haar burn-out.<sup>7</sup>

#### **Onzekerheid**

Onzekerheid onder jongvolwassenen kan in sommige gevallen te maken hebben met de levensfase waarin ze zich bevinden. Die kenmerkt zich door veel vrijheid, maar de keerzijde hiervan is onzekerheid en dat in een periode waarin vaak nog wordt gezocht naar de eigen identiteit. Tot de eerste baan bieden gezin, school en sociaal milieu structuur. Voor wie gaat studeren kan de studie nog een verlengstuk van die structuur vormen. Maar na de schooltijd en eventueel studietijd ligt het leven van veel jongvolwassenen tegenwoordig open om eigen keuzes te maken op veel gebieden, zoals in werk, partner, gezin, woonvorm en de doelen die zij naast hun werk willen behalen (Herr 1999 in Thorspecken 2005). Dit is anders dan vroeger, toen keuzes meer vastlagen en de mogelijkheden beperkter waren (met alle nadelen van dien).

Een gebrek aan kaders kan leiden tot onzekerheid en mogelijk somberheid. Dat roept de vraag op of er een relatie is tussen toegenomen keuzevrijheid en meer somberheid bij jongvolwassenen. Sommige auteurs wijzen op het dwingende karakter die levenskeuzes voor jongvolwassenen dwingend kunnen hebben: er lijkt geen ontkomen aan. Jongvolwassenen kunnen zich daarmee soms overvraagd voelen, want wat zijn goede keuzes? Zij vragen zich bijvoorbeeld af: voldoet mijn baan wel aan mijn eigen verwachtingen en aan de verwachtingen

van anderen? Doe ik wel waar ik goed in ben? En wil ik niet liever op reis of voor mezelf beginnen? Die vragen zijn ingewikkeld, zeker omdat jongeren hun eigen identiteit vaak nog aan het ontdekken zijn (Tanner 2010).

Het citaat van Mariëlle Lunenburg aan het begin van dit hoofdstuk illustreert dat sommige jongvolwassenen met de onzekere vrijheid omgaan door het onmogelijke te proberen: alles goed willen doen, iedereen tevreden willen stellen en op die manier keuzes te ontwijken. Bij anderen kan het ook somberheid en apathie tot gevolg hebben, bijvoorbeeld door keuzestress. Zo beschrijft blogger Rosa dat het leven na school en studie waar ze zo naar had uitgekeken, toch tegenviel: “teveel tijd om na te denken, te weinig dingen om te doen.”<sup>8</sup> Ze heeft het gevoel ‘vast’ te zitten in een leven dat niet aan haar verwachtingen voldoet. De vraag dringt zich op: heeft ze dan toch de verkeerde keuzes gemaakt?

### **Het perspectief van ‘een medisch probleem’**

De meeste mensen zoeken bij somberheid of gevoelde druk tegenwoordig in eerste instantie hulp bij hun huisarts, die in meer dan de helft van de gevallen doorverwijst naar psychologische hulp (Brand-Piek 2014).

Soms lijkt het alsof ieder gevoel van somberheid automatisch het medische etiket van ‘een depressieve klacht’ krijgt. Kunnen we eigenlijk nog wel accepteren dat bepaalde periodes lastiger zijn, en dat mensen daarin meer zoekend zijn? De onzekerheid en druk die sommige jongvolwassenen voelen zou wel eens versterkt kunnen worden door de hoge verwachtingen die onder andere uitgaan van sociale media. Immers: “Op Facebook is iedereen mooier, avontuurlijker en succesvoller” (De Vries en Schohaus 2011). Accepteren we nog dat het leven niet iedere dag een feest is (wat je zou denken als je Facebook leest), maar dat de realiteit nu eenmaal gepaard gaat met makkelijker en moeilijker tijden? En is een jongvolwassene die niet weet wat hij of zij met zijn leven aan moet meteen ‘de weg kwijt’ of zit hij of zij in een ‘quarterlife crisis’? (Linders 2006).

Eenzijds is er daadwerkelijk sprake van meer ‘keuzestress’ en voldoen aan de hoge normen van bijvoorbeeld *social media*. Anderzijds lijkt de normale fase van zoeken en onzekerheid in bepaalde levensfasen minder geaccepteerd. Het risico van onterecht problematiseren en medicalisering ligt hier op de loer. Somberheid en onzekerheid worden dan niet meer gezien als stemmingen die bij sommige periodes in het leven horen, maar als een ‘probleem’ of een ‘medisch syndroom’.

Dit brengt tweeledige gevolgen met zich mee. Enerzijds zijn er meer klachten van burn-out en somberheid onder jongvolwassenen die tot depressies kunnen leiden (de cijfers van depressies en burn-out onder jongvolwassenen (in het bijzonder vrouwen) zijn de afgelopen jaren sterk gestegen (Nationaal Kompas 2016; SCP 2016b)).<sup>9</sup> Anderzijds wordt een relatief normaal verschijnsel dat te maken heeft met de levensfase mogelijk onterecht gezien als een psychisch probleem. Hoewel tijdige hulp voor lichte problemen erger kan voorkomen, bestaat hier ook het risico van onvoldoende erkenning van gevoelens die horen bij jongvolwassenheid. De meeste van deze lichte tot milde depressieve gevoelens zijn van voorbijgaande aard. Het te snel en eenzijdig oordelen over deze gevoelens als problemen *van* een individu, gedefinieerd in medische termen (Dehue 2008; Verhaege 2013) en gevat onder medische *etiketten* als ‘psychiatrische klachten’ laat het maatschappelijke karakter van problemen in deze levensfase onderbelicht. De problematiek wordt geplaatst binnen medische categorieën waaraan specifieke psychiatrische (of psychologische) oorzaken en behandelrichtlijnen zijn gekoppeld. Deze richten zich op individuele behandeling van individueel gedefinieerde klachten (Delespaul et al. 2016).

### **De aantrekkingskracht van het medische perspectief**

Om te beginnen is het een positieve ontwikkeling dat iemand die psychische hulp nodig heeft, dit beter en makkelijker kan krijgen dan vroeger (toen deze klachten veelal miskend werden).

Een medische oplossing voor gevoelde onzekerheid helpt veel jongeren. Het geeft hen de mogelijkheid om, bijvoorbeeld bij een psycholoog, over hun problemen te praten. Zo kunnen zij grip krijgen op hun gevoelens. Een psycholoog kan hen helpen om periodiek onzekerheid te accepteren en de benodigde keuzes te maken om hun leven weer op de rit te krijgen. Eventueel kan medicatie worden ingezet om de last te verzachten en ruimte te bieden om te zoeken naar oplossingen. Dat is relevant als een gevoeld probleem inderdaad te maken heeft met iemands eigen (on)mogelijkheden om met gevoelens van somberheid en depressie om te gaan.

Dat veel mensen ervoor kiezen om hun vraag aan een zorgprofessional voor te leggen, kan ook worden beïnvloed door andere factoren. Wanneer somberheid haast automatisch wordt beschouwd als een individueel medisch probleem en de sociaal-maatschappelijke factoren worden veronachtzaamd, is het risico aanwezig dat een jongere die somberheidsklachten ervaart, zelf sneller zal denken dat hem of haar medisch iets mankeert.

Daarnaast kunnen ook mechanismen in het zorgstelsel medicalisering in de hand werken. Veel genoemd zijn bijvoorbeeld het slechts vergoeden van psychische zorg als er sprake is van een geclassificeerd probleem volgens het handboek DSM<sup>10</sup> (Houtekamer en Rusman 2013), evenals het te snel beoordelen van het probleem en voorschrijven van antidepressiva door huisartsen<sup>11</sup> (De Vries et al. 2016). Ook wordt in meer algemene zin gewezen op de institutionele en financiële inrichting van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland (Delespaul et al. 2016).

### **De beperkingen van het medische perspectief**

De dominantie van het medische perspectief blijkt ook in deze casus een keerzijde te hebben. Als gevolg van een strikt medisch perspectief blijven de maatschappelijke factoren die bijdragen aan de toename van somberheidsklachten onder jongvolwassenen onderbelicht. Jongvolwassenen krijgen te maken met veel vrijheid, onzekerheid en keuzedruk op alle terreinen van hun leven (werk, partner, kindervens, ambities op carrièrevlak en doelen die zij naast hun werk willen behalen), terwijl hun identiteit en daarmee het vermogen om prioriteiten te stellen nog in ontwikkeling is. Op alle gebieden spelen hooggespannen verwachtingen, en dit wordt nog versterkt door sociale media. Niet kunnen voldoen aan de verwachtingen wordt vaak geïdentificeerd als een psychologisch en medisch probleem: iemand maakt geen tijdelijke worsteling met levensvragen door, maar zit in een *'quarterlife-crisis'*, en wanneer iemand zijn hart uitstort bij een vriend of vriendin volgt al snel de suggestie om professionele hulp in te schakelen. Dat roept de vraag op waarom we ons op het individu richten en niet op de verwachtingen die aan individuen gesteld worden.

Accepteren we nog dat het leven niet iedere dag een feest is (wat je zou denken als je Facebook leest), maar dat de realiteit altijd gepaard gaat met makkelijker en moeilijker tijden? Of is het zo dat we moeilijkheden en somberheid in het geheel niet meer verdragen en snel grijpen naar 'oplossingen' zoals bijvoorbeeld medicatie? Deze vraag is relevant omdat de cijfers van medicatiegebruik hoog zijn. Dit betekent dat er in veel gevallen wordt gekozen voor individuele oplossingen. Maar is het niet verstandig om de maatschappelijke context en de mogelijke gevolgen hiervan onder de loep te nemen? Denk aan een vertekend beeld van de werkelijkheid mede als gevolg van social media, een prestatie maatschappij waarin cognitieve ontwikkeling telt, een enorme keuzevrijheid die kan leiden tot keuzestress en de collectieve moeite met het omgaan met tegenslag en somberheid.

Door een focus op het verhelpen van individuele knelpunten of het versterken van *coping*-vaardigheden blijven mogelijke structurele oplossingen voor de onderliggende maatschappelijke factoren onderbelicht. Dergelijke zorgen worden regelmatig geuit, bijvoorbeeld door Lex Vendrig die in *de Volkskrant* wees op mogelijke medicalisering door een antidepressiecampagne van de overheid, omdat deze de nadruk zou leggen op iemands probleem in plaats van op de structurele oorzaken ervan (Vendrig 2016). Die oorzaken kunnen echter ook buiten jongvolwassenen liggen. Denk bijvoorbeeld aan de effecten van de toename van flexibele arbeidscontracten bij jongvolwassenen in Nederland. Juist deze onzekerheid rond contracten wordt met de term ‘flexibiliteit’ positief gerepresenteerd op sociale media. Zo bestaat een beeld van hippe zzp’ers als ‘digitale nomaden’, die met gemak overal op de wereld van project naar project hoppen. Maar niet alle jongvolwassenen zien dit als een ideaal en ook lukt het niet iedereen om eraan te voldoen. Sommigen beleven vooral de keerzijde van deze ontwikkeling: onzekerheden op het gebied van huisvesting (een huis huren of kopen is niet altijd mogelijk) en onzekerheid over de dagelijkse structuur (de weekstructuur van nu kan volgende maand weer voorbij zijn). De vraag die nog onvoldoende gesteld wordt is of hier een medisch-psychologische of een maatschappelijke interventie gewenst is.

Hoewel het medische perspectief voor velen individueel een oplossing biedt, kan het ook belastend zijn. Er is de afgelopen periode bijvoorbeeld vanuit verschillende hoeken stevige kritiek geuit op het gebruik van antidepressiva (bijvoorbeeld Kok et al. 2011) en de onderbelichte negatieve bijeffecten ervan. Ook vanuit de wetenschap, zoals de beroepsvereniging van psychiaters, is aangegeven dat antidepressiva gepast kunnen zijn bij ernstige depressies, maar niet in eerste instantie bij lichte en milde problemen (Kreulen 2016). Ook kan door naar de psycholoog of psychiater te gaan het ‘afwijkende gevoel’ dat met somberheid samenhangt extra worden belicht, wat kan leiden tot schaamte en angst voor onbegrip.<sup>12</sup> De kans bestaat dat deze benadering het probleem juist versterkt.

### **Andere benaderingen**

In de praktijk zijn ook initiatieven zichtbaar die op een andere manier omgaan met somberheid en onzekerheid onder jongvolwassenen. Enkele voorbeelden van maatregelen en suggesties in het debat, ter inspiratie:

- De brochure ‘Top 13 antidepressiva zonder schadelijke bijwerkingen’ geeft tips om met depressieve gevoelens om te gaan, zoals bewegen, de deur uitgaan en luisteren naar muziek.

- Verschillende jongeren verhouden zich bewust tot de verwachtingen van deze tijd en verzetten zich ertegen, zoals Jeroen van Baar die het boek *De prestatiegeneratie* schreef, en Mariëlle Lunenburg die het boek *Jong opgebrand* publiceerde. Laatstgenoemde bezoekt ook MBO's en HBO's om scholieren die bijna de nieuwe levensfase na de middelbare school ingaan, voor te bereiden op de stress die zij tijdens studie en werk kunnen ervaren.
- Het is mogelijk om te stoppen met denken in symptomen binnen de ggz, zoals gepropagandeerd door onder anderen Delespaul et al. (2016) in hun boek *Goede GGZ!*. De nadruk dient in hun ogen niet te liggen op iemands onvermogen of disfunctioneren, maar op het vinden van verandering in iemands context, op basis van zijn eigen specifieke voorkeuren en vermogens. Bijvoorbeeld door het gesprek aan te gaan met ervaringsdeskundigen.
- Groepswork kan helpen om solidariteit tussen jongeren te bevorderen die worstelen met levensvragen (De Vries en Schohaus 2011).

#### Noten

- 7 <http://stressplein.eu/ik-een-burn-out/>
- 8 <https://lottestig.wordpress.com/2014/09/16/rosa/>
- 9 <http://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2032376-burn-out-groeiend-probleem-onder-jonge-werknemers.html>
- 10 DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (diagnostisch en statistisch handboek voor psychische aandoeningen)
- 11 <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Paginas/Voorschrijfgedrag-artsen.aspx>
- 12 <http://www.newconnective.nl/activiteit/het-twintigersdilemma-tussen-dip-en-depressie/>

## 4 Afgenomen vruchtbaarheid bij koppels met kinderwens

*“Ik vind het nu best een onzekere tijd vanwege de crisis. Als ik in mijn omgeving zie hoeveel mensen hun baan zijn verloren, dan denk ik: dat kan ons ook gebeuren. Dat vind ik heel eng. Je krijgt wel heel veel stress op je nek als je zwanger blijkt te zijn maar je baan kwijtraakt. Maar ook een crèche is heel duur, die kosten moet je maar zien terug te verdienen. [...] We hebben een huis gekocht en willen nog veel mooie reizen maken. Bovendien heb ik het vroeger altijd heel goed gehad thuis. Dat zou ik nu ook voor mijn kind willen. Als ik zelf geen tweedehands kleren wil dragen, waarom zou ik dat dan mijn kind aandoen? Nu mijn kinderwens nog niet zo diep zit, kan ik het dus nog even uitstellen. [...] De ene dag denk ik: het zou misschien toch wel leuk zijn. De andere dag denk ik: daar moet ik niet aan beginnen, het is zo niks voor mij. Ik dacht dat het gevoel van rammelende eierstokken wel zou komen. Maar als ik nu een baby zie, weet ik nog steeds niet of ik dat zelf echt wil.”*

Patricia (journalist), in: *Uitstelvrouwen en twijfelmoeders. Kinderwens uitgesteld door de crisis* (Twerda 2014).

### **Afgenomen vruchtbaarheid**

Vanaf de leeftijd van 30 jaar neemt de vruchtbaarheid van met name vrouwen sterk af, waardoor de kans op ongewenste kinderloosheid groter wordt. Bovendien neemt de kans op medische complicaties die met zwangerschap samenhangen toe, zoals de toenemende fysieke belasting voor de moeder, de risico's voor het kind en de belasting en risico's van vruchtbaarheidsbehandelingen (Mills et al. 2011; Hilders en Merkus 2007; Schmidt et al. 2012).

### **Het perspectief van 'een medisch probleem'**

Bij zwangerschappen op latere leeftijd worden relatief vaak vruchtbaarheidsbehandelingen ingezet, waaronder IVF en eiceldonatie (Hilders en Merkus 2007). Het aantal IVF-behandelingen is bijvoorbeeld gestegen van jaarlijks ongeveer 1.500 begin jaren negentig tot ongeveer 16.000 in 2007 (Kremer et al. 2008; Lintsen 2009).

### **De aantrekkingskracht van het medische perspectief**

Er worden verschillende oorzaken aangewezen voor de tendens dat steeds meer twintigers de keuze voor kinderen uitstellen. Om te beginnen heeft de opkomst van anticonceptiva het mogelijk gemaakt om zwangerschap uit te stellen. In de keuze over het geschikte moment bestaat een spanningsveld tussen medisch-lichamelijke argumenten (vroeg kinderen krijgen) en sociaal-psychologische argumenten (laat kinderen krijgen) (Brinkgreve en Te Velde 2006).

Over het algemeen hebben mensen onrealistisch hoge verwachtingen van medische hulp bij zwangerschap op latere leeftijd en zijn ze relatief slecht geïnformeerd over afnemende vruchtbaarheid en de medische risico's van zwangerschap op latere leeftijd (Hilders en Merkus 2007).

Tegelijkertijd kennen mensen veel gewicht toe aan de sociaal-psychologische argumenten voor laat kinderen krijgen. Door ambities en verwachtingen wordt het krijgen van kinderen voor veel jongvolwassenen pas op relatief hoge leeftijd een expliciete keuze (Beets 2007). Mensen stellen zwangerschap uit omdat zij veel waarde hechten aan zelfontplooiing (Mills et al. 2011). Ze hebben meer vrijheid om keuzes te maken over hun persoonlijke ontwikkeling, samenlevingsvorm en eventuele kinderwens. Relaties blijven langer flexibel en mensen zoeken langer naar 'de ware' (Beets 2007). Ook ambities in studie en werk spelen een rol bij het uitstellen van zwangerschap. Sinds de tweede helft van de twintigste eeuw zijn steeds meer vrouwen langer gaan studeren en fulltime gaan werken (Mills et al. 2011). Mensen besteden veel tijd en energie aan werk en studie en dat lijkt niet goed samen te gaan met kinderen krijgen (Beets 2007). Ook stellen mensen zwangerschap uit in anticipatie op een hoger loon wanneer zij iets ouder zijn. Daarnaast kan een tijdelijk stapje terug in de carrière negatieve gevolgen hebben voor de hoogte van het loon en de toekomstige carrière (Smidt et al. 2011).

Wanneer stellen met een kinderwens eenmaal om hulp van een arts vragen, blijkt dat artsen relatief snel tot behandeling overgaan en daarmee het 'afwachtend beleid' uit de professionele richtlijn van zes tot twaalf maanden (NVOG 2010) niet altijd toepassen. Soms komt dat doordat artsen de meerwaarde van medische behandelingen te hoog inschatten. In andere gevallen zijn artsen zelf sceptisch over de meerwaarde van vroege behandeling, maar vinden zij het lastig om patiënten met hoge verwachtingen daarvan te overtuigen (Van den Boogaard 2013; RVZ 2007).



### **De beperkingen van het medische perspectief**

Kijkend door een beperkte medische bril blijven de maatschappelijke factoren die bijdragen aan het uitstellen van zwangerschap, en daarmee aan het medicaliseren van zwangerschap op latere leeftijd, buiten beeld.

Vruchtbaarheidsklachten door het uitstellen van zwangerschap hangen ook sterk samen met maatschappelijke factoren. Seksuele voorlichting wordt vaak gekoppeld aan kinderen leren hoe zwangerschap kan worden voorkomen. Het nadenken over of en wanneer iemand kinderen wil, in het licht van andere ambities, is naar de achtergrond verdwenen. Er is meer aandacht voor de potentieel negatieve gevolgen van kinderen krijgen voor een carrière, dan voor die van het uitstellen van een zwangerschap. Filmsterren van ver in de 40 die een tweeling krijgen, zijn nadrukkelijker in beeld dan gewone mensen van halverwege de 30 die hun vruchtbaarheidsproblemen niet van de daken schreeuwen. Al met al wordt het gesprek over vruchtbaarheidsproblemen hoofdzakelijk gevoerd in de vruchtbaarheidskliniek in plaats van bij opleidingen en werkgevers.

Bovendien kunnen vruchtbaarheidsbehandelingen belastend zijn voor de moeder (Hilders en Merkus 2007).<sup>13</sup> Ook neemt de slagingskans van IVF af naarmate vrouwen ouder worden (Lintsen 2009). Door alleen door een medische bril te kijken naar de tendens dat steeds meer koppels van boven de 30 hun kinderwens moeilijker kunnen realiseren vanwege afgenomen vruchtbaarheid, blijven de mogelijkheden om dit probleem voor te zijn onderbelicht. Ook de alternatieven voor een medische behandeling, zoals acceptatie, blijven onderbelicht.

### **Andere benaderingen**

Het alternatief voor een strikt medisch perspectief is om op maatschappelijk niveau te onderzoeken welke factoren een rol spelen bij uitstel van zwangerschap en hier oplossingen voor te zoeken. Enkele voorbeelden van maatregelen en suggesties in het debat (die overigens niet per se bewezen effectief zijn), ter inspiratie:

- Jongens en meisjes zouden op school beter geïnformeerd moeten worden over afnemende vruchtbaarheid en medische risico's voor moeder en kind bij zwangerschap op latere leeftijd (Brinkgreve en Te Velde 2006). Gezinsplanning moet uit de smalle context van uitstel van zwangerschap worden gehaald en in een bredere context worden geplaatst van nadenken over of en wanneer je kinderen wilt in het licht van andere ambities. Hierbij kunnen ook de uitdagingen van de combinatie van een carrière en kinderen krijgen bespreekbaar worden gemaakt.

- De farmaceutische industrie kan in voorlichtingsfolders over de pil en andere anticonceptiva de boodschap opnemen dat de vruchtbaarheid van vrouwen afneemt na het dertigste levensjaar (Brinkgreve 2006).
- Bedrijfsleven, instellingen en overheden moeten ervan overtuigd raken dat rekening houden met de vruchtbare leeftijd van belang is voor de hele maatschappij, zodat er maatregelen worden getroffen die het voor vrouwen en mannen makkelijker maken om moederschap en gezin te combineren met baan en carrière (Brinkgreve 2006).
- Beleid kan de voorwaarden scheppen waarmee afwegingen anders kunnen uitvallen en mensen eerder een kind aandurven, naar Scandinavisch voorbeeld: een jaar doorbetaald zorgverlof na de bevalling, terugkeergarantie, zorgverlof voor de vader, professionele kinderopvang van hoge kwaliteit – dat laatste sterk door de overheid gesubsidieerd (Brinkgreve 2006).
- Een reeks samenhangende maatregelen kan het beter mogelijk maken om een opleiding en een baan te combineren met kinderen en de zorg voor een gezin, zodat vrouwen eerder zwanger kunnen worden zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van hun maatschappelijke ontwikkeling en hun deelname aan de arbeidsmarkt (RVZ 2007).

#### Noten

- 13 Het gaat dus niet om evengoed bestaande medische zorg als vrouwen op latere leeftijd zwanger zijn geworden, zoals het beperken van risico's tijdens de zwangerschap of zorg bij complicaties en dergelijke (Mills et al. 2011).

## 5 Spitsuur van het leven

*“Die moet van de crèche worden gehaald, terwijl Pieter nog in de auto zit en Marije vanavond moet overwerken. Trouwens, Bello zal inmiddels ook wel bij de achterdeur zitten - wanhopig zijn plas ophoudend. Er zijn geen boodschappen in huis en de wc is vies, vies, vies, en dat terwijl de moeder van Pieter vanavond komt. Stress!”*

Uit: *In het spitsuur van het leven* (Ledegang 2014).

### **Spitsuur**

Voor werkende ouders met kinderen zijn deze jaren in hun leven behoorlijk druk. Voornamelijk voor vrouwen tussen de 31 en 45, maar ook nog na de leeftijd van 45 jaar, levert de combinatie van werk, zorg en leren een stevige ‘tijdconcurrentie’ op (Broese van Groenou et al. 2015; SCP 2016a). De opvoeding van jonge en opgroeiende kinderen, een drukke baan, een druk sociaal leven, stappen zetten in de carrière en de zorg voor ouder wordende ouders komen in deze levensfase bij elkaar. Overheidsbeleid gericht op de ‘eigen verantwoordelijkheid’ van burgers, bijvoorbeeld voor mantelzorg, vergroot deze druk nog verder. Ook draagt het ertoe bij dat dit ‘spitsuur van het leven’ wordt opgerekt. De zorg voor ouder wordende ouders vervangt als het ware na verloop van tijd de zorg voor jonge kinderen (Van der Lippe en Van Echtelt 2015). De combinatie van druk neemt dan ook niet af als jonge kinderen het huis uit zijn, maar blijft bestaan (SCP 2016a).

### **Het perspectief van ‘een medisch probleem’**

Het fragment boven aan dit hoofdstuk laat zien dat deze drukke levensfase kan leiden tot stress. Het gaat dan om het gevoel van niet meer kunnen voldoen aan alle verwachtingen. Ruim één op de drie werknemers blijkt de combinatie van werk, gezin en ambities in het eigen leven buitengewoon ingewikkeld te vinden, in het bijzonder in de leeftijd van 35 tot 44 jaar.<sup>14</sup> Recent heeft het SCP laten zien dat vrouwen deze druk om gezin, vrije tijd en werkzame leven te combineren nog sterker te voelen dan mannen. Zij ervaren hun vrije tijd als minder ‘vrij’, onder andere omdat deze versnipperd is en omdat ze deze tijd veelal moeten delen met bijvoorbeeld hun kinderen (SCP 2016b).

Het beeld van een drukke levensfase die leidt tot stress wordt bevestigd in het aantal mensen dat in deze levensfase aanklopt bij de huisarts met stressgerelateerde klachten. Dit aantal is in deze levensfase relatief hoog in vergelijking met andere leeftijdscategorieën en piekt in de leeftijd van 40 tot 44 jaar.<sup>15</sup> Wat uit deze cijfers ook blijkt is dat vrouwen vaker een beroep doen op zorg voor dergelijke klachten: in de leeftijd van 40 tot 44 jaar bijvoorbeeld ongeveer twee keer zo veel: 13 op de 1.000 vrouwen tegenover 7 op de 1.000 mannen.<sup>16</sup> In deze cijfers zijn de mensen die deze stap niet zetten (naar verwachting een nog groter aantal) niet opgenomen.

De aangehaalde cijfers illustreren hoe de gevoelde druk die samenhangt met 'het spitsuur van het leven' vanuit een medisch perspectief wordt bekeken. Burn-out en overspannenheid zijn weliswaar geen diagnostische categorieën, maar wel veelgebruikte diagnoses in de eerstelijnszorg en onder huisartsen.<sup>17</sup> Binnen de DSM-systematiek wordt burn-out meestal gecategoriseerd als aanpassingsstoornis met gemengd emotionele kenmerken. Hoewel behandeling niet bestaat uit medicatie of psychologische therapie, is deze wel gericht op het individu en de wijze waarop hij of zij in staat is met de (gevoelde) druk om te gaan (Bastiaanssen et al. 2011). Denk aan vergoede mindfulness-cursussen.

### **De aantrekkingskracht van het medische perspectief**

Wanneer een huisarts of psycholoog iemand met psychische klachten in de spreekkamer krijgt, is het logisch dat hij of zij zich op het individuele probleem richt, ook als de oorzaken van en daarmee de oplossingen voor een probleem elders liggen. Dit is immers hun voornaamste werkterrein en de aanpak waarmee zij de individuele patiënt verder kunnen helpen. Hoewel een individuele behandeling door een zorgprofessional psychologische problemen kan verhelpen, ligt het aankaarten van structurele maatschappelijke oorzaken minder voor de hand, al is het wellicht minstens zo belangrijk.

Bezien vanuit de logica van de financiële prikkels in het zorgstelsel worden psychologen en huisartsen weinig gestimuleerd om alternatieve perspectieven voor de vraagstukken van drukke veertigers te verkennen. Integendeel: behandeling levert hen geld op. Daarbij speelt mee dat stress en burn-out het etiket krijgen van 'een medisch probleem', gecategoriseerd als aanpassingsstoornis in veelgebruikte handboeken als DSM en in de behandelrichtlijnen die op basis hiervan zijn opgesteld.

### **De beperkingen van het medische perspectief**

Drukke levens van veertigers lijken nog voornamelijk te worden gezien als een individueel probleem, afgemeten aan iemands capaciteiten om verschillende ballen in de lucht te houden. Maar ook voor klachten van overbelaste veertigers geldt: wanneer een grote groep mensen in dezelfde levensfase dezelfde knelpunten ervaart, gaat het waarschijnlijk om maatschappelijke knelpunten die bij sommigen tot psychische problemen leiden. Overbelasting heeft te maken met de druk op mensen die tegelijkertijd mantelzorg aan hun ouders verlenen en kinderen opvoeden, en de druk op vrouwen die zowel meedraaien op de arbeidsmarkt als het leeuwendeel van de zorgtaken vervullen.

Psychologische zorg kan iemand helpen om zijn of haar leven weer op de rit te krijgen, bijvoorbeeld door de moed te verzamelen om heldere levenskeuzes te maken. Toch kan het ook belastend zijn. Een gang naar de psycholoog of psychiater kan bijvoorbeeld het gevoel van afwijkend of incapabel zijn versterken. In de psychologie is het aandachtspunt immers de persoon, of liever gezegd, iemands psyche. Nog belangrijker is echter dat de achterliggende maatschappelijke vraagstukken onvoldoende worden belicht: hoe hadden psychische klachten kunnen worden voorkomen?

### **Andere benaderingen**

Ondanks de grote invloed van het medische perspectief op de druk in de levens van veertigers zijn er wel degelijk alternatieve benaderingen zichtbaar. Enkele voorbeelden van maatregelen en suggesties in het debat, ter inspiratie:

- Een financiële bijdrage van de werkgever voor ondersteuning bij het vinden van een goede werk-privébalans kan helpen.<sup>18</sup>
- Een gezinsmanager kan een gezin helpen om het huishouden op orde te krijgen en taken beter te verdelen (Ledegang 2004).
- In het RMO-rapport *Werken aan balans* uit 2002 beveelt de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) onder andere aan om door middel van een gesprek tussen werkgever en werknemer een 'brug' te creëren tussen werk en privé (RMO 2002).
- Gerichte ondersteuning in mantelzorgbeleid voor mantelzorgers in de leeftijdsgroep van 35 tot 44 geeft verlichting.
- Laagdrempelige mindfulness-cursussen binnen overheidsinstellingen en in het bedrijfsleven kunnen helpen om burn-out te voorkomen.
- De cursus 'In de put, uit de put' van het Trimbos instituut<sup>19</sup> geeft mensen handvatten om zelfstandig te leren hoe met somberheidsklachten om te gaan.

**Noten**

- 14 <http://www.werkenveiligheid.nl/preventie/duurzame-inzetbaarheid/onderzoek-toont-aan-spitsuur-van-het-leven-bestaat-echt>
- 15 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-overspannenheid-de-huisartsenpraktijk>
- 16 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-overspannenheid-de-huisartsenpraktijk>
- 17 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out>
- 18 <http://www.werkenveiligheid.nl/preventie/duurzame-inzetbaarheid/onderzoek-toont-aan-spitsuur-van-het-leven-bestaat-echt>
- 19 <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1035>

## 6 Functievermindering op hogere leeftijd

*“Mijn verval, noem ik het vaak liefdevol. Ik ontdek steeds meer rimpels en vlekken op mijn huid die er eerst niet waren. Als ik 's morgens opsta denk ik: dat ging vroeger toch echt soepeler. Het rare is dat je hoofd jonger denkt te zijn dan je werkelijk bent. Ik kan met verwondering naar deze levensfase kijken. Maar ook met trots: op de dingen die me nog lukken met dit lijf. Je hoort mij echt niet zeggen dat het oudere leven altijd mooi is. Ik heb pijn, maar ook een diepe drang om de dingen zelf te blijven doen, tot het écht niet meer gaat. Maar ach, ik hou wel van een beetje strijd. Dat is mijn hele leven zo geweest.”*

Elly de Ruiter (73) in de brochure *Groeien in ouder worden*, opgesteld bij 10 jaar Nationaal Programma Ouderenzorg.

### **Functievermindering**

Een ouder wordend lichaam is aan sterke veranderingen onderhevig. Dit betekent vaak dat iemand de fysieke activiteiten waartoe diegene tot dan toe in staat was, niet meer kan doen. Voor sommigen gaat het ‘slechts’ om het leveren van dezelfde sportieve prestaties, voor anderen betekent het dat een blokje om lopen moeizamer gaat. Daarbij komt dat het sociale leven er anders uit kan gaan zien dan in eerdere levensfasen. Ouder worden gaat gepaard met bijvoorbeeld inkrimping van het sociale netwerk, een andere rol in de maatschappij na het pensioen en mede daardoor veranderende sociale behoeften (Van Tilburg 2005; Machielse 2016).

### **Het perspectief van ‘een medisch probleem’**

Achter de beleving van ouderdom als aftakeling van het lichaam en van toenomen sociale kwetsbaarheid schuilt een maatschappelijk beeld over hoe ouderen behoren te functioneren. Niet voldoen aan dit beeld wordt neergezet als problematisch: ouderen ‘lijden aan ouderdom’ (Van Verschuer 2015).

Dit perspectief op veranderingsprocessen bij het ouder worden als ‘probleem’ werkt medicalisering in de hand. Veranderingen en functiebeperkingen zijn vanuit dit perspectief een teken van ziek zijn, iets dat vraagt om ‘beter maken’. Zo kan een oudere op zich normale verschijnselen die samenhangen met een verouderend lichaam en een andere sociale situatie, ook zélf gaan ervaren als een afwijking of probleem, dat vervolgens opgelost dient te worden door een medische behandeling. Het ‘probleem’ ouder worden wordt dan door een curatieve bril bekeken: gericht op het terugkrijgen van een lichaam zoals dat was. Ouderdom als ziekte die genezen dient te worden.

Dit perspectief is duidelijk te herkennen in de wijze waarop nu vaak met functievermindering en een veranderende sociale situatie van ouderen wordt omgegaan. Bijvoorbeeld in het relatief lang doorbehandelen van ouderen door artsen, in het bijzonder in de laatste levensfase (KNMG 2013): omdat artsen hier vanuit hun beroep en opleiding op gericht zijn, maar ook omdat patiënten zelf op hoge leeftijd hoge verwachtingen hebben van een medische behandeling. Of zoals een longarts het verwoordt als zij een oudere man in het ziekenhuis voor zich heeft: “Je denkt: tja, eens houdt het leven op. Maar hij is nu eenmaal hier [in het ziekenhuis], dus je begint te behandelen” (Visser 2012). Ook huisartsen gaan relatief eenvoudig over tot behandeling of doorverwijzing als ouderen bij hen aankloppen.

### **De aantrekkingskracht van het medische perspectief**

Veel medische behandelingen zijn gebaseerd op een medische standaard van goed functioneren die is geënt op een beeld van het lichaam dat voor veel ouderen geen realiteit meer is (Dekker 2016). Richtlijnen houden nog onvoldoende rekening met diversiteit tussen personen in verschillende levensfasen, maar ook tussen personen binnen een bepaalde levensfase. Daarom sluiten behandelingen vaak niet goed aan bij specifieke behoeften van ouderen (Mooijaart et al. 2015). Ook bleek hiervoor al dat artsen nog onvoldoende zijn opgeleid in het omgaan met de specifieke situatie van ouderen, die kan vragen om niet te behandelen, maar te leren omgaan met beperkingen. De bekostigingsprikkels in het zorgsysteem werken deze hang naar actieve behandelingen verder in de hand.

### **De beperkingen van het medische perspectief**

Hoewel ouderdomsklachten niet het *gevolg* zijn van de maatschappelijke beeldvorming, wordt de beleving ervan wel degelijk sterk gekleurd door het maatschappelijke perspectief, waarin onvoldoende tolerantie en ruimte is voor functievermindering en een veranderende sociale situatie en waarin topfit functioneren de norm is. Dit perspectief wordt ook gereflecteerd in onderzoek-



subsidies: de meeste subsidies gaan naar onderzoek om problemen medisch te verhelpen. Dit klinkt door in de praktijk van veel zorgverleners, waar meer aandacht bestaat voor medische oplossingen dan voor andere oplossingen die betrekking hebben op de ervaringen en leefomstandigheden van ouderen en zo beter aansluiten bij hun specifieke wensen en behoeften. Denk aan hulp bij zingevingsvraagstukken, maar ook aan het voorkomen of verzachten van eenzaamheid en op initiatieven die gericht zijn op goede omgang met dementie.

Medische behandelingen kunnen beperkingen in het functioneren voor ouderen wegnemen of compenseren, waardoor ouderen mee kunnen blijven doen in de samenleving zoals zij dat in eerdere levensfasen gewend waren. Maar zij kunnen het verouderingsproces niet stoppen. Door een dominant medisch perspectief raken andere mogelijkheden ondergesneeuwd die wellicht juist kunnen helpen omdat ze beter passen bij iemands behoefte in deze periode in het leven en bij de veranderingen die ouder worden met zich meebrengt.

Ouderdom betekent een nieuwe levensfase, die voor iedere oudere iets anders kan betekenen. Het op dit moment dominante medische perspectief richt zich nog te weinig op de mogelijkheden om aan te sluiten bij de specifieke wensen en behoeften van ouderen. “Welzijn betreft niet alleen het lichaam, het gaat ook om de mens” (Visser 2012). Binnen het medische perspectief lukt het niet om dit voldoende mee te nemen. Daarmee gaat dit perspectief ook voorbij aan de dieperliggende, maatschappelijke beeldvorming waarin een ouder worden lichaam als een probleem wordt opgevat. Het gaat dan bijvoorbeeld om steun bij het omgaan met afhankelijkheid, het accepteren van beperkingen, het vergroten van de geestelijke weerbaarheid, het praten over zingeving en levensvragen, de toegankelijkheid van voorzieningen voor ouderen of aandacht voor sociaal contact in de wijk.

### **Andere benaderingen**

Het betrekken van verschillende aspecten van de levensfase van ouderdom die voor veel mensen gelden (zoals een veranderend lichaam en verminderde sociale banden) blijkt in de praktijk al te leiden tot verschillende initiatieven die een andere aanpak voorstellen, zowel van binnen het medische perspectief als van daarbuiten. Enkele voorbeelden van maatregelen en suggesties in het debat, ter inspiratie:

- Het Instituut voor Evidence-based Medicine voor Ouderen (IEMO) van Simon Mooijaart en zijn collega's van het Leids Universitair Medisch Centrum

probeert evenwichtiger in beeld te brengen wanneer een medische behandeling wel en niet tot een gewenst effect zal leiden. Dat doen zij met specifiek onderzoek onder ouderen. Dit kan helpen het medische perspectief minder dominant te maken.

- Diverse verzorgingshuizen hebben initiatief genomen om oudere mensen niet alleen te behandelen als patiënten met medische vragen, maar als mensen met pluriforme behoeften, zoals het huis in het Groningse dorpje Baflo (Bloemink 2015) en het Rosa Spierhuis voor bejaarde kunstenaars.
- De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) neemt initiatieven voor passende zorg voor ouderen, bijvoorbeeld door al in een vroeg stadium van het zorgtraject 'multidomeinanalyses' te maken en zo onnodige behandeling te voorkomen.
- Dementia Friends (Douwma 2016) is een initiatief van de Britse Alzheimer's Society om de omgang met dementie in de samenleving te verbeteren door middel van scholing (The 2016). NS-medewerkers die helpen bij het kopen van een kaartje en een buurthuis dat aangepaste activiteiten organiseert vormen waardevolle alternatieven voor een strikt medische benadering.
- Aan de Universiteit voor Humanistiek besteedt de onderzoeksgroep Goed Ouder Worden aandacht aan het verbeteren van geestelijke begeleiding van ouderen vanuit theoretische inzichten over ouder worden (Duyndam 2016).
- Joep Dohmen, Rudi Westendorp en anderen pleiten voor het perspectief van levenskunst: het verwerven van een persoonlijke levenshouding door na te denken over waar je staat in de wereld en je mogelijkheden daarop af te stemmen. Zij proberen ouderdom niet slechts te vergelijken met levensfasen eerder in het leven, maar pogen om de eigen mogelijkheden in deze levensfase beter te benutten (Maassen 2014).<sup>20</sup>

#### Noten

20 <http://www.zorgsaam.nl/sites/default/files/files/Flow.pdf>

## 7 Factoren die een rol spelen bij medicalisering van levensfasen

Het vorige hoofdstuk liet zien dat levensfasen worden gemedicaliseerd. Hoe komt het dat mensen zo vaak naar een zorgprofessional gaan met vragen die niet alleen medisch van aard zijn? Dit hoofdstuk verkent enkele factoren die mogelijk bijdragen aan het medicaliseren van levensfasen.

### 7.1 Maatschappelijke factoren die bijdragen aan medicalisering

In de casuïstiek in de vorige hoofdstukken speelden op de achtergrond verschillende maatschappelijke verwachtingen en idealen. Denk aan hooggespannen verwachtingen van kinderen die moeten stilzitten en optimaal cognitief presteren, hooggespannen verwachtingen van jongvolwassenen met een grote mate van vrijheid en keuzedruk, het idee dat een zwangerschap ook op hogere leeftijd 'op bestelling' mogelijk is, de overbelasting van werknemers die tegelijkertijd voor kinderen zorgen en mantelzorg verlenen, en ouderen die fit moeten kunnen functioneren tot de laatste snik. Hieronder noemen we enkele maatschappelijke verwachtingen en idealen die mogelijk bijdragen aan het problematiseren en medicaliseren van levensfasen.

#### **De verwachting dat knelpunten individueel van aard zijn**

Medicalisering heeft te maken met de veronderstelling dat ongemakken, problemen, ziekten en aandoeningen individueel van aard zijn. Als gevolg van de individualisering van de samenleving bestaat de neiging om problemen te duiden als 'problemen van een persoon' in plaats van de oorzaak buiten de persoon te zoeken (of zelfs het feit dat iets als probleem wordt beschouwd te zien als een maatschappelijk fenomeen). Zo ontstaat een 'eigen schuld'-discours.

De nadruk op het individuele domein blijkt bijvoorbeeld uit de nieuwe definitie van gezondheid als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber et al. 2011). Deze definitie presenteert gezondheid weliswaar als een dynamisch fenomeen en opent daarmee de gang naar niet strikt medische oplossingen, maar de verantwoordelijkheid blijft bij het individu liggen. De nadruk op de individuele verantwoordelijkheid voor het eigen functioneren en de onmacht wanneer het niet lukt om te functioneren volgens de verwachtingen,

verklaren de wens van mensen om een etiket voor een probleem te krijgen. Echter, zo komen zingevingsvragen ten onrechte terecht bij het medische loket.

### **De verwachting dat functioneren statisch is**

Een opvatting die wel eens specifiek zou kunnen bijdragen aan het medicaliseren van levensfasen is de veronderstelling dat functioneren en gezondheid statisch van aard zijn. Medicalisering kan versterkt worden doordat er in zorg en samenleving onvoldoende ruimte bestaat voor het gegeven dat het menselijk functioneren fluctueert en verschillende fasen kent. Neem bijvoorbeeld de verwachting dat alle werknemers op hetzelfde niveau moeten functioneren ongeacht hun leeftijd, zoals naar voren kwam in de casus over het spitsuur van het leven. Of denk aan het ideaal van jeugdigheid: het wordt vaak als nastrevenswaardig gepresenteerd om je hele leven jong te blijven, terwijl er nauwelijks ruimte en waardering bestaat voor het gegeven dat we ouder worden, zoals werd geïllustreerd in de casus over functievermindering op hoge leeftijd. Veel vrouwen streven er vanaf een jaar of 20 al naar om er jonger uit te zien dan ze zijn. Ouder worden wordt afgespiegeld als iets dat uitgesteld, onderdrukt en gecamoufleerd dient te worden, in plaats van als wijzer, rijper, rijker en mooier worden.

Evenmin statisch van aard is de wijze waarop mensen gedurende hun leven emotioneel functioneren. Het ideaalplaatje van naar buiten gerichte jongeren lijkt soms ten onrechte te worden gekopieerd naar de laatste levensfase: tot het einde toe moeten mensen 'genieten' en 'ervaringen opdoen'. Denk aan reclames voor levensverzekeringen waarin koppels van tachtig met zilvergrijs haar als dolverliefde tieners over elkaar heen buitelen. Binnen zo'n beeld bestaat geen ruimte voor een meer naar binnen gekeerde eindfase van het leven. Ook emoties zoals rouw kunnen het functioneren van mensen in bepaalde levensfasen beïnvloeden zonder dat er medisch gezien iets niet in de haak is. Toch kan een werknemer wiens functioneren wordt beïnvloed door rouw zich meestal pas ziek melden wanneer hij of zij het etiket 'depressief' krijgt.

### **De verwachting dat het leven maakbaar is**

Medicalisering zou ook wel eens kunnen worden versterkt doordat het leven in de huidige samenleving maakbaar wordt geacht: kwalen zijn klachten en klachten zijn op te lossen. Een goed voorbeeld hiervan is dat ouderdom steeds vaker wordt gepresenteerd als een ziekte die volledig kan worden genezen.<sup>21</sup> De aantrekkingskracht van dat beeld kan worden verklaard vanuit de natuurlijke menselijke behoefte om vrij te zijn van kwalen en verval. Het is echter de vraag of het voor iedereen altijd heilzaam is om dit ideaal na te streven, of dat het soms beter is om te leren omgaan met bepaalde kwalen en verval.

Het idee dat het leven maakbaar is werkt medicalisering in de hand. De casus over druk gedrag bij kinderen liet zien dat de verwachting dat alle kinderen stil kunnen zitten ertoe kan bijdragen dat meer kinderen worden beschouwd als afwijkend van de norm. De casus over afnemende vruchtbaarheid beschreef dat het idee dat mensen na hun veertigste altijd nog kinderen kunnen krijgen kan bijdragen aan uitstel van zwangerschap en uiteindelijk aan de stap naar een vruchtbaarheidskliniek.

### **Het ideaal van perfectie op alle fronten**

Medicalisering kan ook in de hand worden gewerkt door het ideaal van perfectie op alle fronten. Een fenomeen van deze tijd lijkt het ‘én-én-én’ willen: én carrière maken, én een bruisend sociaal leven hebben, én op spannende vakanties gaan, én er goed uitzien, én sportieve prestaties leveren. Deze onrealistische verwachtingen worden versterkt door sociale media, die de illusie wekken dat perfectie mogelijk is. De casus over onzekerheid onder jongvolwassenen liet zien dat mensen zich meten langs de meetlat van de berichten op Facebook die de werkelijkheid mooier afspiegelen dan ze is. Een voorbeeld van het streven naar perfectie is het ideaal dat iedereen ongeacht zijn leeftijd topfit moet zijn. Sportieve ambities nemen soms extreme vormen aan: bedrijven organiseren op grote schaal heroïsche sportevenementen voor werknemers in alle leeftijdsklassen. Dit draagt bij aan het beeld dat het normaal is om op je vijftigste nog net zo fit te zijn als op je twintigste.

Concurrentie speelt in de huidige samenleving een belangrijke rol. Artsen in opleiding en jonge artsen moeten concurreren om opleidingsplekken, wat de druk om te presteren opschroeft. Concurrentie staat de wil om samen te werken in allerlei situaties in de weg. Iets vergelijkbaars geldt voor ouderen, die evengoed de druk voelen om te laten zien dat zij (nog) nuttig en vitaal zijn.

### **Het hedonistische ideaal**

Ten slotte wordt medicalisering in de hand gewerkt door het hedonistische ideaal. Alsof optimaal presteren op alle gebieden nog niet onrealistisch genoeg is, bestaat er ook nog het hedonistische ideaal waarbij iedereen moet genieten. Er lijkt geen ruimte voor fasen waarin het even wat minder gaat. Ontkennen dat tegenslag inherent onderdeel van het leven is kan medicalisering ook in de hand werken.

## 7.2 Factoren in het zorgdomein die bijdragen aan medicalisering

Naast maatschappelijke verwachtingen en idealen dragen ook diverse factoren in het zorgdomein bij aan medicalisering. Hierna belichten we enkele factoren die naar voren kwamen in de praktijkvoorbeelden.

Om te beginnen is de route naar het medische loket uitgesleten en dat werkt zelfversterkend. Wanneer mensen een probleem ervaren en hier een oplossing voor zoeken, ligt de stap naar een zorgprofessional voor de hand. Bijvoorbeeld omdat een vriend met een *'quarterlife-crisis'* ook bij een psycholoog zit. Hier komt bij dat een medisch etiket verlichting kan bieden aan mensen die knelpunten ervaren in hun functioneren. Dat kan een verademing zijn in een tijd waarin problemen sterk worden geïndividualiseerd. Ook al ligt de oorzaak van een knelpunt in werkelijkheid noch op het medische vlak, noch bij het individu, maar heeft het te maken met de hiervoor beschreven hoge en tegenstrijdige maatschappelijke verwachtingen.

Ook zou de actiemodus van artsen wel eens kunnen bijdragen aan medicalisering. Wanneer iemand zich eenmaal met een vraag om hulp meldt bij een zorgprofessional, dan ligt het voor de hand dat deze zijn best doet om de persoon te helpen. Dit wordt nog versterkt doordat artsen en psychologen worden opgeleid om zorg te verlenen en niet om te *demedicaliseren*. Artsen signaleren wel degelijk dat de medische benadering niet altijd de meest adequate benadering is en sommige artsen spannen zich ook in om een alternatieve benadering te adviseren. Maar dat gaat niet vanzelf. Er is een zekere alertheid nodig om te signaleren dat een vraagstuk om een andere benadering vraagt. Vervolgens moet de zorgverlener de patiënt overtuigen. Dit vereist tijd van de zorgverlener en een open houding bij de patiënt. Ten slotte moeten er alternatieven binnen bereik zijn. Kortom, de meest voor de hand liggende weg is dat een zorgprofessional probeert om een patiënt met een medische vraag te helpen met een medisch antwoord. Hierbij speelt ook mee dat de huidige DOT-systematiek, waarin behandelingen strikt worden gestructureerd, weinig ruimte laat voor een goed gesprek in de spreekkamer over de vraag of een medische behandeling daadwerkelijk de beste optie is.

Ook de cultuur van fouten mijden en lijstjes afvinken in het medische domein kan bijdragen bij aan medicalisering. Artsen worden erop getraind om risico's uit te sluiten. Fouten worden bestraft. Jonge artsen zijn vaak bang om iets fout te doen en doen dan maar een extra test. Nagaan of een diagnose, medicijn of operatie het welzijn van de patiënt nu echt ten goede komt, krijgt minder prioriteit.

De rol van zorgverzekeraars in het huidige zorgstelsel is ook een factor in de toenemende medicalisering. Het zorgstelsel is zodanig ingericht dat het systeem artsen een prikkel geeft om over te gaan tot behandelen. Een goed gesprek met de patiënt wordt niet gefinancierd, maar een ingreep wel.

Ook de farmaceutische industrie speelt een rol bij medicalisering, omdat het nu eenmaal bij haar rol past om verschijnselen te bezien door een medische bril en niet om deze te demedicaliseren. Mensen die 's nachts wakker liggen, komen in tijdschriften advertenties tegen van slaappillen en antidepressiva, terwijl de werkelijke oorzaak misschien wel ligt bij knelpunten op school of werk.

De huidige organisatie van geldstromen speelt eveneens een rol. Subsidies in het gezondheidsdomein gaan hoofdzakelijk naar onderzoek naar medische thema's (die als 'hard' worden geduid), en minder naar sociale benaderingen (die als 'soft' worden aangemerkt). Op het gebied van dementie krijgt hersenonderzoek bijvoorbeeld voorrang boven onderzoek naar een sociale benadering van dementie. Als gevolg hiervan hebben artsen meer aandacht voor de medische benadering van een patiënt met dementie.

Ten slotte kan de toename van (commerciële) technologie in de zorg bijdragen aan medicalisering. De verdienmodellen van innovatieve technologische bedrijven kunnen mensen het systeem van de zorg intrekken door het aanbod van 'gratis' diensten. Als een afdeling patiënten een ECG (hartfilmpje) aanbiedt en het gemaakte filmpje onduidelijkheid geeft, is het daarna in verband met aansprakelijkheid voor een arts moeilijk om te zeggen dat er niets aan de hand is. Door technologie vervaagt bovendien de grens tussen wat medisch is en wat niet. Het wordt steeds laagdrempeliger voor burgers om een test te kopen en zelf af te nemen met het oog op preventie, maar de onduidelijke uitkomsten en zorgen die hieruit volgen, komen wel weer bij artsen terecht.

### 7.3 Conclusie

De analyse van factoren die bijdragen aan medicalisering laat zien dat het te simplistisch is om het proces van medicalisering louter toe te schrijven aan het handelen van zorgprofessionals. Veel van de huidige geluiden tegen medicalisering zijn immers juist afkomstig uit het medische domein zelf.

Ook het beeld dat burgers schuldig zouden zijn aan de toegenomen medicalisering is te simplistisch. Immers, de knelpunten die dit advies beschrijft (zoals niet kunnen meekomen in het schoolstelsel en ongewenste kinderloosheid) kunnen

levensgrote problemen vormen voor degene die ze ervaart. Veel burgers kampen met dergelijke problemen zonder zich ooit tot een zorgprofessional te wenden. Voor diegenen die deze stap wel zetten, duidt dit meestal niet op het afschuiven van verantwoordelijkheid, maar juist op het nemen van verantwoordelijkheid voor het zoeken naar een oplossing.

Dit hoofdstuk liet zien dat een samenspel van maatschappelijke factoren en factoren in het zorgstelsel bijdraagt aan medicalisering. Maatschappelijke verwachtingen en idealen zijn wellicht minder gemakkelijk bij te sturen, maar vormen wel vaak de dieperliggende oorzaak achter een gepercipieerd medisch probleem.

Specifiek voor medicalisering van levensfase-gerelateerde aspecten is dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de invloed van fysieke, mentale en sociale aspecten van een levensfase op het functioneren van mensen. Die invloed verschilt uiteraard van individu tot individu, maar we zien wel dat grote groepen mensen in een bepaalde levensfase ervaren dat de verwachtingen van hun functioneren niet stroken met de realiteit. Dit spanningsveld wordt nu vaak opgelost door medische zorg in te zetten om het functioneren aan de verwachting aan te passen.

Om te voorkomen dat er problemen ontstaan, zodat een medische oplossing niet meer nodig is, is het van belang om medicalisering niet alleen via het medische domein te willen terugdringen, maar juist ook de maatschappelijke verwachtingen en idealen bij te stellen.

#### Noten

- 21 Zoals Andrea Maier bepleitte in het programma Zomergasten (augustus 2016).



## 8 Kies voor verschillende brillen

De RVS vindt het eenzijdige perspectief van ‘een medisch probleem’ te beperkt. Met dit advies wil de Raad stimuleren dat de medische bril regelmatig wordt afgewisseld met andere brillen. Niet vastgeroest zitten in een benadering, maar flexibel kunnen kiezen uit vele zienswijzen biedt zorgprofessionals en mensen die een ongemak of knelpunt ervaren de mogelijkheid om een afweging te maken: wat is hier eigenlijk aan de hand, en bij welke benadering hebben de betrokkenen het meeste baat? Kortom, het afzetten van een louter medische bril verruimt de blik naar andere duidingen en mogelijke oplossingsrichtingen.

De RVS signaleert dat een voorzichtige wisseling van perspectief al is ingezet. Zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen stellen het dominante medische perspectief steeds meer ter discussie. Denk aan diverse boeken die over dit thema verschenen, zoals *De depressie-epidemie* van Trudy Dehue en *Goede GGZ!* van Philippe Delespaul et al. Recentelijk verscheen *Weten vraagt meer dan meten* van Brinkgreve et al. (2017), over het uit beeld raken van het persoonlijke verhaal waardoor afwijkingen van de norm al snel als stoornis worden beschouwd. Ook de Gezondheidsraad komt in de loop van 2017 met een advies over medicalisering. Bovendien ontwikkelen zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen praktische initiatieven om op een andere manier om te gaan met levensfasevraagstukken. Deze stappen vormen het begin van een verschuiving van een strikt medisch perspectief naar een variëteit aan andere benaderingen.

In het streven naar demedicalisering is de arts een *usual suspect*, maar het moment waarop mensen zich uiteindelijk bij een arts of patiëntenvereniging melden, is een laat stadium om het proces van medicalisering terug te draaien of het een halt toe te roepen. Bovendien dragen maatschappelijke verwachtingen en idealen bij aan het ontstaan van medicalisering. Deze verwachtingen zijn niet gemakkelijk te beïnvloeden. Daarom wendt de RVS zich juist tot verschillende actoren in het brede veld van zorg en welzijn. Wel wil de Raad ook zorgprofessionals aanspreken. Immers, als iemand er eenmaal van overtuigd is dat hij of zij een probleem heeft dat alleen door een arts kan worden opgelost, dan heeft juist een arts de autoriteit om diegene van het tegendeel te overtuigen, andere professionals erbij te halen of een andere route te wijzen.

De RVS ziet drie oplossingsrichtingen:

- Investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven.
- Verminder de aantrekkingskracht van het medische loket.
- Versterk andere benaderingen.

De eerste oplossingsrichting heeft te maken met maatschappelijke verwachtingen en idealen en kan daarom niet gevat worden in harde aanbevelingen. Voor de tweede en derde oplossingsrichting doet de RVS wel aanbevelingen, omdat deze oplossingsrichtingen niet haalbaar zijn zonder enkele concrete stappen. De suggesties zijn niet uitputtend en pleiten andere partijen (zoals werkgevers of farmaceutische bedrijven) niet vrij van hun verantwoordelijkheid om onwenselijke medicalisering tegen te gaan.

### **8.1 Investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven**

Maatschappelijke verwachtingen en idealen spelen een belangrijke rol bij het problematiseren en medicaliseren van levensfasen, zo bleek uit hoofdstuk 7. In de huidige samenleving voeren onrealistisch hoge verwachtingen van het leven vaak de boventoon: mensen kunnen hun hele leven gelijkmatig functioneren, het leven is maakbaar of op zijn minst repareerbaar, perfectie is mogelijk op alle fronten, en dan is het ook nog normaal om constant te genieten. Dit is, zo lijkt het wel, de norm geworden: een zorgeloze jeugd, blijmoedig ouderschap en gezond oud worden. En als deze verwachtingen worden gelogenstraft en tot knelpunten leiden, wordt de oorzaak veelal bij het individu gezocht.

In plaats van het afwijken van deze norm als medisch probleem te definiëren, zou de norm zelf ter discussie gesteld moeten worden. Dan ontstaat er ruimte voor andere oplossingen die vaak buiten het medische domein liggen. De reflex van een medische diagnose en bijbehorende interventie als middelen om maatschappelijke idealen te realiseren, moet afnemen.

Het vermijden van het medische loket mag niet betekenen dat het probleem niet serieus genomen wordt of dat het iemands eigen schuld is. Het is een realiteit dat mensen niet hun hele leven gelijkmatig functioneren, maar dat de levensfasen die zij doormaken hun functioneren beïnvloeden. Als mensen eenmaal knelpunten ervaren, dan helpt het wanneer zij meer verhalen voorhanden hebben om hun ervaring uit te leggen dan alleen het medische (als iemand door rouw verminderd

presteert op het werk, is hij niet ziek; als een jongvolwassene niet aan het Facebook-ideaal kan voldoen, bevindt hij zich in een goed gezelschap).

Investeren in realistische verwachtingen van de verschillende levensfasen is daarom een essentiële schakel in het tegengaan van medicalisering. Laat zien dat Facebook-plaatjes niet realistisch zijn. Maak mensen bewust van de zaken die nou eenmaal bij het leven kunnen horen. Niet omdat de medische wetenschap zich niet zou moeten inspannen om iets te doen tegen overgangskwalen en beschadigde heupen, maar omdat een eindeloze zoektocht in de medische wereld niets bijdraagt wanneer het eigenlijk de verwachtingen zijn die niet kloppen. Ouderenverenigingen, onderwijzers, werkgevers en zorgprofessionals kunnen het publieke debat opzoeken wanneer ze systematische patronen van medicalisering herkennen of wanneer ze opmerken dat bepaalde knelpunten voor grote groepen mensen in dezelfde levensfase gelden. Scholen kunnen kinderen en jongeren ook realistische verwachtingen bijbrengen en weerbaarder maken tegen onrealistische idealen.

Verwachtingen zitten niet alleen in de hoofden van mensen, letterlijk ‘tussen de oren’, maar zijn ook gevangen in maatschappelijke structuren en instituties. Investeren in realistische verwachtingen houdt dus ook in dat er concrete aanpassingen worden gedaan. Zo kunnen scholen ruimte creëren voor kinderlijk druk gedrag en kunnen werkgevers flexibiliteit bieden aan werknemers die mantelzorg verlenen. Er moet ruimte worden gemaakt voor de veranderingen die een mens gedurende zijn of haar leven meemaakt en die zijn of haar functioneren beïnvloeden, om te voorkomen dat deze veranderingen zich ontwikkelen tot een knelpunt of medisch probleem.

De RVS geeft twee suggesties ter inspiratie:

- Publieke figuren kunnen discussie aanwakkeren over de onrealistische idealen van eeuwig jong zijn en perfect functioneren op alle fronten. Schrijvers, kunstenaars, documentairemakers en columnisten kunnen het veranderen of afnemen van fysieke functies met het proces van ouder worden bespreekbaar maken: vergankelijkheid en de dood horen bij het leven. Ervarensdeskundigen kunnen hun verhaal over levensfase-gerelateerde knelpunten delen. Zij kunnen de gêne wegnemen die voortkomt uit de perceptie dat er iets mis is met een individu, en de vinger leggen op de zere plek van de onrealistische verwachtingen van de samenleving. Daardoor kunnen anderen in dezelfde situatie hun ervaring anders uitleggen dan met het verhaal dat hen medisch iets mankeert.

- Onderwijzers, schoolartsen, werkgevers en bedrijfsartsen kunnen luisteren naar andere legitimerende argumenten om aanpassingen te doen voor werknemers of scholieren dan alleen naar medische argumenten. Bijvoorbeeld: wanneer iemands functioneren op school of het werk wordt belemmerd als gevolg van het overlijden van een naaste, dan moet het mogelijk zijn om doorbetaald ‘verdrietverlof’ op te nemen in plaats van ‘ziekteverlof’. Die persoon is immers niet ziek en hoeft ook niet naar de dokter.

## 8.2 Verminder de aantrekkingskracht van het medische loket

Medicalisering ontstaat ook doordat het voor iemand die hulp zoekt nou eenmaal vanzelfsprekend en aantrekkelijk is om een zorgprofessional te raadplegen.

De tweede oplossingsrichting is daarom om de vanzelfsprekendheid en de aantrekkelijkheid van het medische loket te verminderen als er vragen leven die samenhangen met verschillende levensfasen. Het gaat zowel om de wijze waarop het zorgstelsel is ingericht (productieprikkels in het zorgstelsel) als om culturele en maatschappelijke voordelen die het medische verhaal oplevert (met het etiket ‘ziek’ wordt het probleem serieus genomen).

Om de aantrekkingskracht en de vanzelfsprekendheid van het medische loket te verminderen, zijn minimaal drie concrete stappen vereist. De RVS doet hiertoe de volgende drie aanbevelingen.

- Neem prikkels in het zorgstelsel weg die het uitvoeren van medische verrichtingen (financieel) belonen. Dit vraagt om actief beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in samenspraak met verzekeraars.
- Stimuleer dat professionals het gesprek aangaan over de vraag of een medische benadering de meest adequate is en zinnige zorg oplevert, en verken welke andere routes meerwaarde opleveren. Zorgverzekeraars dienen het voortouw te nemen en experimenten op dit gebied te stimuleren.
- Voorkom dat de huidige kwaliteitssystemen en beoordelingen van professioneel handelen tot defensief gedrag leiden, waarbij medische professionals medicaliseren om maar zo veel mogelijk risico’s uit te sluiten. Hier ligt een opdracht voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg om in het toezicht op kwaliteit vooral in te zetten op de kwaliteit van de afwegingen bij het al dan niet kiezen voor een medische behandeling.

### 8.3 Versterk andere benaderingen

De derde oplossingsrichting richt zich op het gegeven dat andere benaderingen dan de gang naar de zorgprofessional minder aanwezig, minder uitgewerkt en minder vanzelfsprekend zijn. Mensen zoeken niet alleen hulp bij een zorgprofessional omdat dat zo aantrekkelijk is, maar omdat een goed alternatief ontbreekt.

De derde oplossingsrichting is daarom het versterken van andere benaderingen. Als iemand een knelpunt ervaart, is het wenselijk dat er meer duidingen en oplossingsrichtingen voorhanden zijn dan alleen een medische diagnose en een medische oplossing.

Als alternatief kan een arts een andere professionele hulpverlener raadplegen. En soms is een geheel andere benadering een passende strategie. Bijvoorbeeld jongeren die elkaar opzoeken. Ervaringsdeskundigen en lotgenoten kunnen wijzen op andere manieren om met knelpunten in bepaalde levensfasen om te gaan, bijvoorbeeld door de stress en de levensvragen die optreden na de middelbare school bespreekbaar te maken.

Verschillende actoren kunnen andere benaderingen versterken, zo blijkt uit het voorgaande. Daarnaast zijn er concrete stappen noodzakelijk. Daartoe doet de RVS drie aanbevelingen:

- Laat zorgprofessionals vaker de medische bril afzetten. Demedicaliseren is een onderdeel van hun professionele verantwoordelijkheid. Zij moeten met patiënten bespreken wat de meest adequate benadering is van hun zorgvraag, bijvoorbeeld door middel van *shared decision making*. Ze kunnen ook recepten uitschrijven voor andere zaken dan medicijnen, zoals 'bewegen op recept'. Opleiding, nascholing en bijscholing van zorgprofessionals moeten laten zien dat professioneel handelen vereist dat je niet automatisch overgaat tot het beantwoorden van een zorgvraag, maar eerst de vraag stelt door welke bril deze zorgvraag moet worden gezien.
- Er is behoefte aan meer kennis over de maatschappelijke en meer individuele betekenis van de levensfasen en hoe die de gezondheid beïnvloeden en hoe er beelden zijn ontstaan over wat bij elke levensfase hoort. NWO en ZonMw zouden in hun programma's gericht aandacht moeten besteden aan het risico van medicalisering en kennis moeten genereren over andere routes dan de traditionele medische benadering. Ook interdisciplinaire samenwerking kan helpen om de blik van (klinische) onderzoekers te verbreden. Dat geldt zowel voor interdisciplinaire publicaties als voor de aanwezigheid van onderzoekers

uit de sociale wetenschappen en de geesteswetenschappen op strikt klinische congressen. Ook op dit terrein zou gewerkt kunnen worden met academische werkplaatsen waar verschillende disciplines deel van uitmaken.

- Patiënten-, cliënten- en ouderenorganisaties moeten burgers informeren over andere effectieve manieren om de knelpunten en problemen die zij ervaren te verminderen of te accepteren, om hen ervan te doordringen dat de medische oplossing niet per se de enige of de beste oplossing is.

# Literatuur

- Alfter, B., J. Bouma en M. Teugels (2008). De risico's van Ritalin. In: *Trouw*, 17 oktober 2008. Geraadpleegd via <https://www.trouw.nl/home/de-risico-s-van-ritalin~a3e07c5b/>
- Bastiaanssen, M.H.H., M.A.J.M. Loo, B. Terluin, A.A. Vendrig, C.M. Verschuren en J.A. Vriezen (2011). Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken overspanning en burn-out. Herziening 2011. In: *Huisarts & Wetenschap*, 54(12), p. 11-16.
- Beets, G. (2007). De timing van het eerste kind: demografische aspecten en achtergronden. In: *Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?* (p. 33-48). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Bloemink, S. (2015). Beter oudewijvenkoek dan een diëtiste. In: *De Groene Amsterdammer*, februari 2015. Geraadpleegd via <https://www.groene.nl/artikel/beter-oudewijvenkoek-dan-een-dietiste>
- Boogaard, N. van den (2013). *Tailored Expectant Management in Reproductive Medicine*. Proefschrift VUmc Amsterdam.
- Brand-Piek, E. (2014). Diagnostiek en behandeling van depressie. In: *Huisarts & Wetenschap*, 57(9), p. 458-460. Geraadpleegd via <https://www.henw.org/archief/volledig/id5824-diagnostiek-en-behandeling-van-depressie.html>
- Brinkgreve, C. en E.R. te Velde (2006). *Wie wil er nog moeder worden?* Amsterdam: Augustus.
- Brinkgreve, C., S. Bloemink en E. Koenen (2017). *Weten vraagt meer dan meten. Hoe het denken verdwijnt in het regime van maat en getal*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Broese van Groenou, M., S. Schakel en N. Tolkacheva (2015). Werk en mantelzorg. Een risico voor psychische gezondheid. In: *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, 31(4), p. 393-410.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), p. 3 – 14.

Conrad, P. (2013) Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. In: W.C. Cockerham (red.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, p. 195-214 New York: Springer

Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Amsterdam: Augustus.

Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Augustus.

Dekker, M. (2016). Soms kan je een oudere beter niet genezen. In: *NRC Handelsblad*, 2 juni 2016.

Delespaul, P., M. Milo, F. Schalken, W. Boevink en J. van Os (2016). *Goede GGZ!*

*Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.  
Douwma, L. (2016). Dementia Friends: Engelse beweging helpt dementerenden. In: Leendert Douwma Schrijft, geraadpleegd via <https://leendertdouma.wordpress.com/2016/02/04/dementia-friends-engelse-beweging-helpt-dementerenden/>

Duyndam, J. (2016). Veerkracht, een bijdrage aan de theorievorming, in: *Geron*, 2016(3), p. 58-61

Eerkens, M. (2015a). Hoe is het om op te groeien met het stempel ADHD? In: *De Correspondent*, 2015

Eerkens, M. (2015b). De oplossing voor alle dyslecten, faalangstigen en laatbloeiers: een tussenjaar. In: *De Correspondent*, 2015. Geraadpleegd via <https://decorrespondent.nl/3031/de-oplossing-voor-alle-dyslecten-faalangstigen-en-laatbloeiers-een-tussenjaar/914245928211-b7c5190d>

Erikson, E.H. (1998). *The Life Cycle Completed*. New York/London: W.W. Norton & Company.

Freidson, E. (1974). *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. New Brunswick en Londen: Aldine Transaction.

Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij*. Publicatienummer 2014/19. Den Haag: Gezondheidsraad.



Halfmann, D. (2011). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities. In: *Health*, 16(2), p. 1-22.

Hilders, C. en H. Merkus (2007). Medische gevolgen van uitstel van ouderschap. In: *Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?* (p. 17-32). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Houtekamer, C., en F. Rusman (2013). Een diagnose die vergoed wordt graag. In: *NRC*, 21 december 2013. Geraadpleegd via <https://www.nrc.nl/nieuws/2013/12/21/een-diagnose-die-vergoed-wordt-graag-1326880-a985259>

Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A. R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid (2011). How should we define health? In: *BMJ*, 26 juli 2011.

Mijn Gezondheidsgids (2015). *Toenemend aantal kinderen met ADHD*. Geraadpleegd via <https://www.mijngezondheidsgids.nl/toenemend-aantal-kinderen-met-adhd/>

KNMG (2013). *Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase*. Utrecht: KNMG.

Kok, G.D., G.D. van Rijsbergen, H.J. Elgersma en C.L.H. Bockting (2011). Huidige behandeling depressie is weggegooid geld. In: *Psychologie & gezondheid*, 39 (1), p. 26-31.

Krabbe, E., L. Batstra, M. Conradi en S. Pijl (2013). *Jong gedrag vaak verward met ADHD*. In: *Medisch Contact*, juni 2013. Geraadpleegd via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/jong-gedrag-vaak-verward-met-adhd.htm>

Kremer, J., R.S.G.M. Bots, B. Cohlen, M. Crooij, P.A. van Dop, C.A.M. Jansen, J.S.E. Laven, P.M.M. Kastrop, N. Naaktgeboren, R. Schats, A.H.M. Simons en F. van der Veen (2008). Tien jaar resultaten van in-vitrofertilisatie in Nederland, 1996-2005. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, p. 146-152.

Kreulen, (2016). Artsen: vooraf weet je niet bij wie de antidepressiva aanslaan. In: *Trouw*, 19 december 2016. Geraadpleegd via <https://www.trouw.nl/samenleving/artsen-vooraf-weet-je-niet-bij-wie-de-antidepressiva-aanslaan~a6488ab2/>

- Kristjansson, K. (2009). Medicalised pupils: the case of ADD/ADHD. In: *Oxford Review of Education*, 35(1), p. 111-127.
- Ledegang, N. (2004). In het spitsuur van het leven. In: *Trouw*, 17 januari 2004. Geraadpleegd via <https://www.trouw.nl/home/in-het-spitsuur-van-het-leven~a2af7ccb/>
- Linders, D. (2006). Quarterlife crisis / Generatie die niet kiezen kan. In: *Trouw*, 25 juni 2006. Geraadpleegd via <https://www.trouw.nl/home/quarterlife-crisis-generatie-die-niet-kiezen-kan~a1d0907b/>
- Lintsen, A.M.E. (2009). *IVF in the Netherlands. Success rates, lifestyle, psychological factors, and costs*. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Lippe, T. van der, en P. van Echtelt (2015). Zorgen in het spitsuur van het leven. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), p. 371-375.
- Loeber, R., D.M. Capaldi en E. Costello (2013). Gender and the development of aggression, disruptive behavior, and delinquency from childhood to early adulthood. In: P.H. Tolan en B.L. Leventhal (red.), *Disruptive Behavior Disorders* (p. 137-160). New York: Springer.
- Maassen, H. (2014). Gezond ouder worden bestaat niet. In: *Medisch Contact*, januari 2014. Geraadpleegd via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Rudi-Westendorp-Gezond-oud-wordsn-bestaat-niet.htm>
- Mills, M., R.R. Rindfuss, P. McDonald en E. te Velde (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. In: *Human Reproduction Update*, 17(6), p. 848-860.
- Mooijaart, S.P., K. Broekhuizen, S. Trompet, A.J.M. de Craen, J. Gussekloo, A. Oleksik, D. van Heemst, G.J. Blauw en M. Muller (2015). Evidence-based medicine in older patients: how can we do better? In: *The Netherlands Journal of Medicine*, 73(5), p. 211-218.
- Nationaal Kompas (2016). 'Stemmingsstoornissen', geraadpleegd op 14 maart 2016
- NHG (2014). *NHG-Standaard ADHD bij kinderen*. Geraadpleegd via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-adhd-bij-kinderen>

Nieweg, E.H. en L. Batstra (2012). Medicamenteuze behandeling van ADHD bij kinderen en adolescenten. In: *Geneesmiddelenbulletin*, jg. 46, nr. 11.

NVOG (2010). *Landelijke netwerprichtlijn subfertiliteit*. Geraadpleegd via <http://www.nvog-documenten.nl/uploaded/docs/Landelijke%20netwerprichtlijn%20Subfertiliteit%20def.pdf>

RMO (2002). *Werken aan balans. Remedies tegen burn-out*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Rommelse, N.J. en J. Oosterlaan (2009). *Het ADHD bij kinderen formularium. Een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

RVZ (2007). *Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schmidt, L., T. Sobotka, J.G. Bentzen en A. Nyboe Andersen (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. In: *Human Reproduction Update*, 18(1), p. 29-43.

SCP (2016a). *Aanbod van Arbeid 2016. Werken, zorgen en leren op een flexibele arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2016b). *Lekker vrij? Vrije tijd, tijdsdruk en de relatie met de arbeidsduur van vrouwen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Tanner, J. (2010). Mental Health in Emerging Adulthood. In: Arnett, J.J. (red.), *The Oxford Handbook of Emerging Adulthood*. Oxford: Oxford University Press.

The, A.M. (2016). *Dementie en wat er uiteindelijk echt toe doet. Naar een socialere benadering van dementie*. Zorginstituut Nederland Lezing 2016.

Thorspecken, J.M. (2005). Quarterlife Crisis: The Unaddressed Phenomenon. In Kapalka, G.M. (red.), *Proceedings of the Annual Conference of the New Jersey Counseling Association Research Papers*, p. 120-126.

Tilburg, T.G. van (2005). *Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociale Gerontologie aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit op 8 december 2005.

Twerda, C (2014). Uitstelvrouwen en twijfelmoeders. Kinderwens uitgesteld door de crisis. In: *Gezondheid & Co*, 9 februari 2014. Geraadpleegd via <http://www.gezondheidenco.nl/112231/uitstelvrouwen-en-twijfelmoeders-kinderwens-uitgesteld-door-de-crisis/>

Vendrig, L. (2016). Antidepressiecampagne leidt tot meer depressie. In: *de Volkskrant*, 28 september 2016. Geraadpleegd via <http://www.volkskrant.nl/opinie/antidepressiecampagne-leidt-tot-meer-depressie~a4384836/>

Verhaege, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren. In: I. Devisch (red.), *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (p. 27-51). Amsterdam: De Bezige Bij.

Verschuer, N. van (2015). 'Ouderdom is een ziekte die genezen kan worden'. In: *Vrij Nederland*, 15 april 2015. Geraadpleegd via <https://www.vn.nl/ouderdom-is-een-ziekte-die-genezen-kan-worden/>

Visser, J. (2012). Tussen helpen en zinloos handelen. In: *Medisch Contact*, 67(3), januari 2012. Geraadpleegd via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Tussen-helpen-en-zinloos-handelen.htm>

Visser, J. (2015). Ook psychiaters voor minder medicatie bij ADHD-kind. In: *de Volkskrant*, 16 april 2015. Geraadpleegd via <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/ook-psychiaters-voor-minder-medicatie-bij-adhd-kind~a3961029/>

Vries, M. de, en B. Schohaus (2011). Nog steeds aan de papflles. Twintigers vinden het goede leven moeilijk. In: *De Groene Amsterdammer*, 14 december 2011. Geraadpleegd via <https://www.groene.nl/artikel/nog-steeds-aan-de-papflles>

Vries, Y.A. de, P. de Jonge, L. Kalverdijk, J.H.J. Bos, C.C.M. Schuiling-Velinga en E. Hak (2016). Poor guideline adherence in the initiation of antidepressant treatment in children and adolescents in the Netherlands: choice of antidepressant and dose. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), p. 1161-70.

VvAA (2016). *Defensieve zorgverlening. Een onderzoek naar de stand van zaken anno 2016*. Utrecht: VvAA.

Windhorst, D.A., V.R. Mileva-Seitz, M. Linting, A. Hofman, V.W. Jaddoe, F.C. Verhulst, H. Tiemeier, M.H. van IJzendoorn en M.J. Bakermans-Kranenburg (2015). Differential susceptibility in a developmental perspective: DRD4 and maternal

sensitivity predicting externalizing behavior. In: *Developmental psychobiology*, 57(1), p. 35-49.

Zoega, H., U.A. Valdimarsdóttir en S. Hernández-Díaz (2012). Age, Academic, Performance, and Stimulant Prescribing for ADHD: A Nationwide Cohort Study. In: *Pediatrics*, 130(6), p. 1012-1018

Zola, I.K. (1972). Medicine as an institution of social control, in: *The Sociological Review*, 20(4), p. 487-504



# Adviesvoorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit Liesbeth Noordegraaf-Eelens (commissievoorzitter), Jan Kremer, Dick Willems (raadsleden), Marieke ten Have en Evert Schot (adviseurs).

## Geraadpleegde deskundigen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd. Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

Prof. dr. Christien Brinkgreve	Universiteit Utrecht
Prof. dr. Trudy Dehue	Rijksuniversiteit Groningen
Dr. Cretien van Campen	Sociaal en Cultureel Planbureau
Prof. dr. Joachim Duyndam	Universiteit voor Humanistiek
Prof. dr. Bart Fauser	UMC Utrecht
Drs. Paulus Lips, huisarts	Landelijke Huisartsenvereniging
Prof. dr. Anja Machielse	Universiteit voor Humanistiek
Prof. dr. Jim van Os	Maastricht University
Drs. Jurriaan Penders	Zelfstandig bedrijfsarts
Prof. dr. Pauline Verloove-Vanhorick	Leids Universitair Medisch Centrum

Onderstaande personen hebben als inhoudelijk expert meegelezen bij de hoofdstukken 2 tot en met 6 van dit advies.

Prof. dr. Trudy Dehue	(Druk gedrag bij schoolkinderen)
Prof. dr. Bertine Lahuis	(Onzekerheid onder jongvolwassenen)
Prof. dr. Anne Speckens	(Spitsuur van het leven)
Prof. dr. Joachim Duyndam	(Functievermindering op hogere leeftijd)
Prof. dr. Anja Machielse	(Functievermindering op hogere leeftijd)



# Afkortingenlijst

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Aio's	Artsen in opleiding
DSM	Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders
ECG	Elektrocardiogram
ggz	geestelijke gezondheidszorg
IEMO	Instituut voor Evidence-Based Medicine voor Ouderen
IVF	In-vitrofertilisatie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nji	Nederlands Jeugdinstituut
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
zzp'er	zelfstandige zonder personeel

# Publicaties

*Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS*

Publicatie, nummer 15-01, december 2015.

*Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.*

Advies, nummer 16-01, april 2016.

*Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.*

Advies, nummer 16-02, mei 2016

*Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.*

Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

*Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.*

Bundel, nummer 16-04, december 2016.

*Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.*

Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

*Inkoopsafari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop*

Briefadvies, nummer 17-02, 7 februari 2017.

*Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.*

Advies, nummer 17-03, maart 2017.



raad voor **R** Volksgezondheid en  
**S**amenleving