

## Interview met Douwe de Vries: 'Mensen met schizofrenie verdienen verwenzorg'



Elke huisarts heeft in zijn praktijk wel een aantal schizofreniepatiënten. De zorg voor hen wordt – zeker in de acute fasen – vaak overgedragen aan de ggz, maar vroeg of laat komen deze patiënten terecht in de 'gewone chronische zorg'. Daarbij kan veel misgaan en dan kan de huisarts wellicht een rol vervullen bij het begeleiden van zijn patiënten. Douwe de Vries vertelt over zijn ervaringen met deze bijzondere patiëntengroep.

### Liefhebberijen in psychiatrie

De belangstelling voor ggz ontstond al vroeg in de medische carrière van De Vries. 'Al tijdens mijn opleiding was ik student-assistent Psychiatrie. Door het onverwachte vertrek van een hoogleraar Psychiatrie ontstond er een vacuüm dat een jaar of twee duurde. We hadden in die periode min of meer de vrije hand bij het inhuren van hoogleraren op vakgebieden die we interessant vonden. Dat was natuurlijk fantastisch.'

Ondanks deze belangstelling koos De Vries uiteindelijk toch voor het huisartsenvak. 'Ik werkte toen bij de Valeriuskliniek en vond de psychiatrie weliswaar erg leuk, maar ook wel benauwend. Je hebt op zo'n afdeling maar een paar patiënten en het verloop is laag. Ik wilde wel wat meer zien en doen. Daarom ben ik uiteindelijk huisartsgeneeskunde gaan doen en ik praktiseer nu alweer dertig jaar. Toch vraag ik me elke tien jaar wel weer een keertje af of ik niet alsnog psychiatrie zal gaan studeren. Het is nog steeds een liefhebberij van me.'

### Eer behalen

De Vries schreef een boekje in de 'Practicum'-reeks over de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten door de huisarts. Naar aanleiding hiervan is hij uitgenodigd voor de werkgroep die de CBO-richtlijn Schizofrenie formuleerde. 'Er bleken niet veel huisartsen actief te zijn op dit terrein; kennelijk hebben ze er weinig feeling mee. Aan de patiënt is weinig "eer te behalen", want je bent marginaal wat aan het bijsturen. Ook in de psychiatrie is het momenteel een randgroep, daar is men bijvoorbeeld veel actiever op het gebied van depressie en angststoornissen. Dat is ook gemakkelijker: de problematiek is duidelijk en het behandelingssucces groot.'

Schizofrene patiënten kunnen zich dus kennelijk niet in de warme belangstelling van huisartsen en psychiaters verheugen, maar er

is nog meer aan de hand. 'Chronisch psychiatrische patiënten onttrekken zich veelvuldig aan de zorg. Na een psychose is er een tijdje intensieve hulpverlening, maar als de acute fase voorbij is worden ze terugverwezen naar de gewone chronisch psychiatrische zorg en veel van hen komen daar nooit opdagen. Ze belanden dan vaak op straat, of komen juist het huis niet meer uit. Ook als huisarts zie je ze dan niet of nauwelijks meer.'

### Onderschatten en vergeten

'Vraag aan een huisarts hoeveel schizofrenen hij in zijn patiëntenpopulatie heeft, en hij zal antwoorden: "Zes, misschien zeven." Maar de prevalentie van schizofrenie is bijna 1 procent, dus een normpraktijk telt zo'n 20 tot 25 van deze patiënten. Het is een sterk onderschat fenomeen. Dat komt doordat patiënten die nooit op het spreekuur komen, worden "vergeten". Die zes, zeven patiënten die de huisarts noemt, zijn degenen die regelmatig verward zijn of recentelijk een psychose doormaakten.'

Dat 'vergeten' overkomt De Vries zelf overigens ook. 'Onlangs kwam een patiënt op mijn spreekuur die al zo'n jaar of twintig in mijn praktijk staat ingeschreven, maar die ik hooguit twee of drie keer heb gezien, jaren geleden. Hij kwam nu omdat hij gedwongen moest verhuizen en daardoor was hij helemaal van slag. Hij had een slecht gebit en een slordige uiterlijke verzorging. Als je dan geen belangstelling hebt voor zo'n man, of niet de tijd voor hem neemt, krijg je hem niet aan het praten. Ik nam die tijd wel, en kreeg zo zijn waanideeën over buitenaardse besturing te horen. Het is voor mij een raadsel hoe zo'n man zich toch al die jaren min of meer heeft kunnen handhaven.'

Omdat De Vries 'bekend staat' om zijn zorg voor chronische psychiatrische patiënten, heeft hij een veelvoud van dergelijke patiënten in zijn praktijk: 'Ik zie wel een stuk of honderd patiënten met schizofrenie of andere chronische psychiatrische aandoeningen.'

### Hoe komt dat nou?

'Je moet er een beetje aardigheid in hebben', meent De Vries. 'Hoe komt het nou dat mensen zo ontregeld raken? Je hebt een heel gewone, slimme jongen onder je patiënten en opeens is die helemaal van slag. Wat is er dan toch aan de hand?'

Allereerst is er de erfelijke component. 'Als een van je ouders schizofreen is, dan is de kans dat jij het ook krijgt zo'n zeven keer verhoogd. Maar de erfelijkheid is niet specifiek en verdeeld over diverse genen. Er moet bovendien sprake zijn van een zekere geestelijke ontregeling. Sommige psychiaters vinden schizofrenie überhaupt een onzindig diagnose, omdat het zo'n breed ziektebeeld is waar heel veel onder valt. En we weten niet hoe het komt. Bij

jongens treden bijvoorbeeld de eerste problemen meestal op in de puberteit of adolescentie en waarom is dat bij vrouwen doorgaans pas na hun dertigste? Ik heb in mijn praktijk zelfs een vrouw bij wie de eerste wanen pas na haar vijftigste begonnen.'

Een transcultureel onderzoek toonde aan dat de kans op schizofrenie wereldwijd ongeveer hetzelfde is, maar dat de kans erop door bijvoorbeeld migratie – dus sociale ontworteling – sterk wordt vergroot. 'Daardoor zien we dat het bijvoorbeeld vaak voorkomt bij Surinamers en Marokkanen. Bij Turken weer wat minder, omdat die sociaal beter zijn geïntegreerd. Naast de erfelijke component is er dus ook een trigger van buitenaf. Zo is bijvoorbeeld ook aangetoond dat blowen de kans op een psychose zes tot zeven keer vergroot.'

### **Verwennen of bemoeien**

Een psychose kan soms worden getriggerd door heel kleine aanleidingen. 'Ik vroeg eens aan iemand waardoor hij ditmaal psychotisch werd, en hij antwoordde: "Er stond zo'n lange rij bij de kassa..." Maar meestal is daar dan natuurlijk wel meer aan voorafgegaan. Hoogoplopende emoties, ingrijpende veranderingen, het is allemaal niet goed. Ook bij een eerste psychose in de puberteit, zie je vaak dat er overspanning aan voorafgaat. Dat kan door stress komen van bijvoorbeeld een verhuizing, maar ook verliefdheid kan ontregeling teweeg brengen. In die zin is het dus goed om daarop alert te zijn. Een psychiater zei ooit: "Mensen met schizofrenie verdienen verwenzorg". Tegenwoordig wordt vaak de term "bemoeizorg" gebruikt, maar die is minder goed; het gaat om betrokkenheid en extra aandacht. Overigens is ook dat lastig; de empathie moet namelijk ook weer niet te warm zijn, want dat kan als bedreigend worden ervaren. "Wat moet die man van me." Ooit gooide een patiënt van mij een steen door mijn ruit en toen ik hem vroeg waarom, zei hij: "Je zat in mijn hoofd en praatte tegen me. Ik moest je kwijt!" Deze patiënten kunnen je betrokkenheid vaak niet goed interpreteren en relaties niet goed inschatten.'

### **Nut van medicatie**

'Als het na een eerste psychotische periode weer goed ging, dachten we vroeger dat er weinig schade was aangericht. Nu weten we dat die aanname onterecht is. Na een eerste psychose houden we de patiënt nu minstens een jaar op antipsychotica. Maar als iemand twee of drie psychoses heeft doorgemaakt, zullen de antipsychotica zeker vijf jaar en misschien wel levenslang moeten worden gebruikt.'

Het blijkt zinvol om de diagnose in een vroeg stadium te stellen. 'Hoe eerder je iemand op medicijnen krijgt, hoe beter de prognose. Ik ben over het algemeen helemaal niet zo medicatiegericht, maar van het nut van antipsychotica ben ik overtuigd.' Het is dus goed om alert te zijn bij pubers die overspannen zijn, maar ook: 'In de puberteit dient schizofrenie zich vaak aan met uitzonderlijke ideeën. Nou hebben pubers die natuurlijk wel vaker, maar als die ideeën erg ver gaan, of gaan neigen naar wanen, is het goed dat in de gaten te houden.'

### **Geen gemakkelijke zorg**

Heeft De Vries een verklaring voor de geringe belangstelling van huisartsen voor schizofrenie? 'Het is geen makkelijk onderwerp. Bij diabetes is alles duidelijk: je doet metingen, je kent de streefwaarden, je stelt in op medicatie en je controleert het effect. Die duidelijkheid ontbreekt geheel bij chronische psychiatrische aandoeningen, maar toch kun je best veel doen. Allereerst moet je de patiënt in de zorg zien te krijgen, door – liefst vroeg – te signaleren dat iemand ontspoot. In acute situaties werk ik veel samen met de ggz. We overleggen dan wat zij ervan vinden en of ze iets kunnen doen. Wat me heel veel oplevert is samen met de ggz bij een patiënt langsgaan. En ook in de nazorg kun je veel doen; als een ontslagbrief vermeldt dat een patiënt is overgedragen aan de langdurige transmurale zorg, weet ik dat de kans groot is dat die patiënt nooit komt opdagen. Ik ben daarop alert en houd de boel in de gaten. Zo'n 10 tot 15 procent van de schizofrenen pleegt suicide; het is dus een aandoening met een hoge mortaliteit. Bovendien komt verslaving heel vaak voor: aan roken, drinken en drugs. Er is meestal sprake van een erg ongezonde leefstijl.'

Met de patiënten die De Vries in eigen zorg heeft, maakt hij eens per maand/zes weken een dubbele afspraak. 'Dan hebben we een neutraal babbeltje. Ik ga na of ze hun medicatie gebruiken, ik kijk hoe hun uiterlijke verzorging is en vraag hoe hun dagbesteding eruitziet. Komen ze 's morgens hun bed wel uit? Gaan ze wel naar buiten? En dan niet alleen om met drank op een bankje te gaan zitten! Met deze intensiteit zie ik zo'n tien tot vijftien mensen.'

Stelt De Vries ook zijn patiënten zelf in op medicatie? 'In overleg met een psychiater, durf ik dat wel aan. Haldol is een goed middel; er is wel nieuwe medicatie, maar haldol is toch een goede basis.'

### **Geen hobby!**

Is deze zorg niet alleen voorbehouden aan 'hobbyende' huisartsen? 'Ikzelf vind van niet. Je kunt als huisarts ook niet zeggen dat je geen belangstelling hebt voor diabetes en dat je dus die zorg niet doet. Maar bij de psychiatrische zorg zeggen huisartsen dat kennelijk wel, en daar ben ik het niet mee eens. Je moet op z'n minst je populatie in kaart hebben. Ik snap wel dat het niet gemakkelijk is – de belangstelling voor depressie nam ook pas een vlucht toen de antidepressivahype op gang kwam – maar het behoort toch tot je takenpakket. Gelukkig hoeft je het ook niet alleen te doen; je kunt bijvoorbeeld zo'n dubbel consult samen met een SPV'er houden en de ggz kan veel voor je betekenen. Deze patiënten verdienen echt je aandacht: het ziektebeeld wordt grandioos onderschat en het betreft een complexe en meervoudige problematiek. Maar het is daardoor ook wel een heel interessante kant van de zorg, als je je erin verdiept.'

*Ans Stalenhoef*