

Interview met Marian Oud over patiënten met psychische stoornissen: ‘Je moet ze een beetje extra in de gaten houden’



Marian Oud is huisarts te Groningen en – samen met Leo Veehof – coördinator van de tweede Kaderopleiding GGZ, waarbij Veehof verantwoordelijk is voor de organisatie en Oud voor de inhoud. Oud promoveerde in oktober op haar proefschrift ‘Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen’. In een interview vertelt ze over haar bevindingen.

De huisarts wil zorgen

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen over het algemeen zeer bereid zijn om hun deel van de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen voor hun rekening te nemen. Oud: ‘De meerderheid van de huisartsen wil de “gewone somatiek” bij deze patiënten zelf doen, omdat ze dit tot hun kerntaak rekenen. Bovendien willen huisartsen het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt én zijn familie als er problemen zijn. Psychische stoornissen zijn er in allerlei schakeringen. Ik heb in mijn onderzoek alle psychotische stoornissen, zoals bipolaire en schizofrene aandoeningen, samen genomen. Psychiater vinden dat raar, maar voor een huisarts is het beleid bij deze patiënten niet wezenlijk verschillend. Het gaat om nare ziekten met een grote impact op patiënten en hun familieleden, en die laatsten kunnen vaak wel wat steun gebruiken. Huisartsen willen die steun dus graag geven.’

Frequent contact

Een deel van het onderzoek betreft een inventarisatie van ervaringen, taakopvattingen en knelpunten bij de zorg voor patiënten met psychotische stoornissen. Oud: ‘Een psychose wordt door huisartsen goed herkend, maar dan moet je de patiënt wel zien. Soms is dat onmogelijk; een kleine minderheid van de patiënten onttrekt zich volledig aan de zorg. De meeste patiënten bezoeken de huisarts echter zeer frequent en ook de huisartsenposten zien deze patiënten vaker. Het gaat dan ook om ongeveer 1% van de samenleving: mensen die met zoveel psychische problemen kampen dat ze uit het arbeidsproces vallen en hun relaties kwijtraken. Op allerlei fronten zijn deze patiënten dus kwetsbaar. Sommige huisartsen denken dat psychosepatiënten vooral zwervers en junks zijn, maar dat is lang niet altijd het geval; het is een veel grotere groep die kwetsbaar is om verward te raken.’

Zicht op comorbiditeit

Gemiddeld hebben deze mensen dus veel contact met de huisarts. Oud licht toe: ‘Dat kan zijn vanwege psychische problemen,

maar ook ongevallen komen bij deze patiënten vaker voor. Infecties hebben bij hen dikwijls een ernstiger beloop omdat ze langer wachten met aan de bel te trekken. Ze interpreteren namelijk de signalen van hun lichaam niet altijd juist en hebben vaak een andere pijngrens. Kortom, ze reageren niet altijd adequaat, herkennen pijnsignalen niet op tijd en komen dus vaak te laat bij de huisarts. Het is daarom van belang dat de huisarts deze patiënten actief begeleidt, zoals ze dat ook doen bij licht dementerende ouderen. En dat moet voorzichtig gebeuren, want als je er echt bovenop gaat zitten, loopt een deel van deze patiënten juist gillend weg. Het is soms ingewikkeld om die balans te vinden. Je moet daar even over nadenken: welk beleid moet ik volgen, hoe krijg ik wat meer contact, moet ik er wat vaker naartoe? Op zich kost het allemaal niet heel veel meer tijd, weet ik uit eigen ervaring. Het is een kwestie van wat actiever zicht houden op de patiënt en wat breder meekijken hoe diens situatie zich ontwikkelt. De patiënt houdt zelf geen overzicht, dus dat moet je als huisarts voor hem doen.’

Gewone zorg, gewone huisarts

Wat betreft de somatiek dreigt er volgens Oud bij deze patiëntengroep een gevaar voor versnippering van de zorg. ‘Tot de tweede lijn is nu goed doorgedrongen dat deze patiënten veel comorbiditeit hebben. Daarop laten ze nu door basisartsen screenen, maar dat is echt óns werk! Het beleid van de psychiater is immers gericht op rehabilitatie en zo veel mogelijk integreren in de maatschappij. Daarbij hoort dan ook gewone – dus niet-stigmatiserende – huisartsenzorg. Bovendien, met een gewoon griepje komen ze ook bij ons terecht. Het is dus goed voor de continuïteit van zorg als huisartsen ook de screening op somatiek bij deze patiënten voor zijn rekening neemt. Er is bijvoorbeeld een verhoogde kans op suikerziekte, door gebruik van antipsychotica én omdat er vaak sprake is van een ongezonde leefstijl: verkeerd voedsel, weinig beweging, dus overgewicht. Vaak ook roken deze patiënten heel veel. Er wordt wel gespeculeerd over een genetische bepaling, maar daar weten we nog niet genoeg over. Schildklierafwijkingen komen bijvoorbeeld ook iets vaker voor bij deze patiënten, en soms komt dat door lithiumgebruik, maar daarmee is niet alles te verklaren.’

Jaarlijks beoordelen?

Oud pleit ervoor dat huisartsen hun patiënten met ernstige psychische stoornissen wat extra in de gaten houden. Hoe kan dat het best worden vormgegeven? ‘Het zou goed zijn om deze patiënten eens per jaar eens goed door de molen te halen. Je kunt in elk geval met ze overleggen of ze zo’n regelmatige controle

willen. Bij die gelegenheid moet het hvz-profiel worden doorgenomen, met bloedonderzoek op bijvoorbeeld suiker, cholesterol en schildklierfuncties. Maar belangrijker is de algehele situatie. Hoe gaat het met de patiënt? Hoe zit het met alcohol en roken? Hoe is de persoonlijke verzorging; is er sprake van verwaarlozing? En ook: hoe is het netwerk, wie is de belangrijkste persoon in het leven van de patiënt? Kortom, je kijkt weer eens goed hoe iemand ervoor staat. Een impliciet gevolg daarvan is dat de patiënt weet dat je aandacht voor hem hebt en dat hij bij jou terecht kan als er iets aan de hand is. Op deze manier werk ik zelf ook en ik vind dat prettig. Ik merk het dan als ik iemand al heel lang niet hebt gezien en dan ga ik daar weer eens achteraan. Het gaat maar om een heel kleine groep patiënten, dus dat is allemaal heus niet zo verschrikkelijk veel werk.'

Afspraken en noodplan

De communicatie met deze patiënten lijkt echter het heetste hangijzer. 'Ja, het in stand houden van het contact vergt wel wat specifieke vaardigheden', erkent Oud. 'En dat contact is belangrijk, want alleen dan kun je het op tijd signaleren als het weer mis gaat. Je kunt afspraken maken dat je patiënten naar je toekomen als er signalen zijn van een naderende psychose. Dus als ze weer stemmen horen, als ze meer stress hebben of drukker worden, als ze wakker liggen. Maar ook kun je – samen met iemand uit de familie – in de gaten te houden of iemand z'n pillen wel inneemt. Kortom, je kunt een soort noodplan maken met de patiënt. Want voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid is het niet vanzelfsprekend dat ze naar de dokter gaan bij alarmsignalen; dat moet je met ze afspreken.'

Vastleggen in een standaard

'Ik zou graag zien dat er een NHG-Standaard wordt ontwikkeld over dit onderwerp', vertelt Oud. 'Er is nu geen uniform beleid van huisartsen vastgelegd, zodat andere partijen niet kunnen bouwen op de zorg die de huisarts voor zijn rekening neemt. Bovendien, als er een standaard is, kun je daar ook onderwijs over geven.' Wat moet er dan zoal in die standaard worden beschreven? 'Belangrijk is dat je weet om wie het gaat: zorg dat je je patiënten in beeld hebt. Vervolgens moeten die jaarlijks worden uitgenodigd voor het onderzoek zoals ik dat hiervoor heb omschreven. Als je dit soort zaken niet vastlegt, trekt de tweede lijn de zorg naar zich toe en dat is jammer. Maar ook als er geen standaard komt, moeten er op z'n minst afspraken worden gemaakt over wie nou wat doet. En die afspraken moeten inhouden dat huisartsen verantwoordelijk zijn voor de diagnostiek en behandeling van de somatiek bij deze

patiënten. Als ik iemand verwijst naar de psychiater, wil ik diegene terugzien als het gaat om diens "gewone" ziekten. En huisartsen zijn ook verantwoordelijk voor de medicatiebewaking, want daar hebben zij het meest zicht op. Bij herhalingsrecepten kun je in de gaten houden of je patiënt op tijd nieuwe medicijnen aanvraagt. Overigens laat ik zelf deze patiënten soms langskomen naar aanleiding van een receptaanvraag; dan zie ik zo iemand weer eens en het is ook goed voor de therapietrouw.'

Niet zo leuk?

Oud stelt dus dat het om slechts een zeer kleine groep patiënten gaat en dat 'het beetje extra aandacht' niet veel meer werk is. Wat houdt huisartsen dan tegen om deze zorg te bieden? Oud: 'Sommige huisartsen vinden dit geen leuke patiënten. Als je een keer agressie hebt meegemaakt of een onprettige ervaring hebt gehad, beïnvloedt dat je handelen. Deze patiënten nemen vaak hun toevlucht tot drugs en dan kunnen ze heel hinderlijk zijn. Ik kan me dus wel voorstellen dat je weinig affiniteit met ze hebt, en dan moet je de zorg voor ze ook niet op je nemen. Gek genoeg zoeken deze patiënten toch wel de huisarts die bij ze past en bij wie ze zich veilig voelen. Want het zijn geen domme mensen en hun gebrekkige assertiviteit manifesteert zich niet over de hele linie. Ze lopen weg als het ze niet bevalt.'

Maar er is meer dat de zorg voor deze patiënten lastig maakt. Oud: 'Je moet bij hen de lat anders leggen en zoeken naar wat haalbaar is. Optimale zorg is niet voor iedereen hetzelfde. Ik heb bijvoorbeeld een patiënt die ik echt niet zo ver krijg dat hij meer dan één pilletje per dag slikt. Hij heeft een veel te hoog cholesterolgehalte, maar ik ben allang blij dat hij wel zijn antipsychotica inneemt. Als ik te veel aandring, slikt hij ook dat ene pilletje niet meer. Optimale zorg is bij hem dus dat zijn cholesterolgehalte niet behandeld wordt, en dan leg ik de prestatie-indicatoren van de zorgverzekeraar naast me neer.'

In de genen

Oud hoort zelf duidelijk niet tot die groep huisartsen die patiënten met ernstige psychische stoornissen minder leuk vindt. Vanwaar haar belangstelling? 'Mijn vader was psychiater, mijn moeder huisarts, dus het zit gewoon in m'n genen. Maar bovenal geeft de zorg voor deze patiënten me veel voldoening, ook al zeggen ze nou niet bepaald als eerste "dankjewel" voor wat je doet. En voor mij moet het ook huisartsenzorg zijn, want psychiatrie is interessant, maar als huisarts begeleid je mensen jarenlang en juist dat maakt ons vak zo leuk.'

Ans Stalenhoef