



'We weten allemaal
dat er overbehandeling is
van lichte problematiek en
onderbehandeling van zwaardere
vormen van psychisch lijden'

Psychiater Jim van Os: “Huisartsen moeten zich bewust worden van de enorme invloed die ze kunnen uitoefenen in het psychisch domein”

Tanja Veenstra, Joop Dopper

Patiënten met psychische problemen vormen voor veel huisartsen een uitdaging, ook al hebben de meesten een praktijkondersteuner-GGZ in dienst. Hoogleraar psychiatrie Jim van Os, keynotespreker tijdens het NHG-congres in november, heeft vooruitstrevende ideeën over de ggz. Met een centrale rol voor de huisarts en de praktijkondersteuner. Heel ingewikkeld hoeft het niet te zijn. Sterker nog, voor het ‘Extended Primary Care Model’ dat Van Os voor ogen staat heeft de huisarts de belangrijkste vaardigheden al in huis. Maar: “Jullie zijn nog onbewust bekwaam.”

Wat bracht je op het idee dat het anders moet met de ggz?

“De wetenschap, en ervaringen met psychisch lijden in de familie. Ook het feit dat ik in verschillende landen ben opgeleid opende mij al snel de ogen: psychiatrie blijkt behoorlijk cultureel bepaald te zijn. In Frankrijk en Engeland kijken ze bijvoorbeeld heel verschillend naar het concept schizofrenie, inclusief afwijkende patiënt-

groepen en grote verschillen in behandeling. Dat relativeert natuurlijk enorm. Daarbij komt dat we allemaal weten dat er overbehandeling is van lichte problematiek en onderbehandeling van zwaardere vormen van psychisch lijden, terwijl er 7 miljard euro omgaat in de ggz. Dat moet toch anders kunnen? De hedendaagse internationale wetenschap is voor mij een belangrijke ‘voedingsbron’. Door de inbreng van platforms als *Critical Neuroscience*, *Open Science* en *Science in Transition* komt alles steeds meer op zijn kop te staan. Want in hoeverre is het wetenschappelijk verantwoord om psychisch lijden samen te vatten in 300 diagnoses? Wat zeggen die over de zorgbehoefte? Over de prognose? Over de symptomen en ervaringen van mensen? Als je dat heel droog wetenschappelijk analyseert luiden de antwoorden: niets, niet veel en bitter weinig.”

De wetenschappelijke basis van de ggz is dus onbetrouwbaar?

“Ja, en die is aan het wankelen gebracht doordat ervaringsdeskundigen en academici, ook van buiten de psychiatrie, er vragen over begonnen te stellen. Ik ben het eens met wetenschappers als Trudy Dehue en Christien Brinkgreve, die vinden dat psychiatrische diagnoses contraproductief werken. Je helpt mensen niet door ze hun ervaring af te pakken, die terug te geven als een geleerd woord en te zeggen: ‘Jij hebt daar geen verstand van, maar ik wel.’ We moeten ons losmaken van dat gammele kennisbolwerk, om opnieuw met verwondering te kijken naar de persoon tegenover ons en aandacht te hebben voor zijn verhaal. Want achter elke stoornis, achter alle psychisch lijden schuilt een verhaal.”

Jim van Os is psychiater, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en Publieke GGZ en voorzitter van de divisie Hersenen bij UMC Utrecht. Hij staat (inter)nationaal bekend om zijn vernieuwende ideeën over de psychiatrie. In zijn boek *De DSM-5 voorbij!* [2014] bekritiseerde hij het diagnosedenken en de pseudowetenschappelijke basis daaronder. In 2015 zette hij samen met anderen (onder andere Wilma Boevink en Philippe Delespaul) een beweging op die veel bijval krijgt uit het veld: de ‘Nieuwe GGZ’, met bijbehorende website: PsychoseNet.nl. Begin 2016 verscheen het boek *Goede GGZ!*, waarvan hij coauteur is.

Hoe zit het dan met evidence based werken in de ggz?

“Anders dan somatische klachten, met veelal concreet meetbare uitkomsten, zijn psychische klachten subjectief en dus niet meetbaar. Effecten worden ten onrechte aan medicijnen en therapie toegeschreven, terwijl ze in werkelijkheid vooral te maken hebben met de omstandigheden waarbinnen die zijn voorgeschreven. Telkens blijkt dat de context van *randomised controlled trials* (RCT's) de uitkomsten in belangrijke mate mede bepaalt, niet zozeer de onderzochte interventies zelf. Het maakt met andere woorden eigenlijk niet zoveel uit wát je doet: cognitieve gedragstherapie, antidepressiva voorschrijven, schematherapie of welke behandeling dan ook, het gaat vooral om de manier waaróp je dat doet. Evidence based werken in de ggz is daarom een illusie, een visie waarmee ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onlangs kwam. Ondanks al deze bevindingen en signalen gaat 90 procent van de opleidingen in de psychiatrie en de psychologie nog steeds over technische vaardigheden; het 'hoe' komt nauwelijks aan bod.”

Waar gaat dat 'hoe' dan over?

“Over hoe goed je als hulpverlener problemen verheldert, positieve verwachtingen oproept, mensen motiveert en ze helpt met het kanaliseren van emotionele expressie. Over het creëren van een warme en accepterende sfeer, over empathie en je vermogen om samen te werken met de patiënt. Maar je moet ook de confrontatie durven aangaan. Want bij psychisch lijden gaat het er uiteindelijk om dat je mensen op een veran-

'Bij psychisch lijden gaat het er uiteindelijk om dat je mensen op een veranderingstraject krijgt, waar ze vaak ambivalent tegenover staan'

deringstraject krijgt, waar ze vaak ambivalent tegenover staan. Het mooie is dat iedere huisarts zich dit eigen kan maken, want die is al specialist in het 'hoe'. Door het scala aan interactieve vaardigheden en niet-specifieke interventies waarover huisartsen beschikken, zijn ze zelfs al bijna psychotherapeut. Alleen zijn ze zich daar niet van bewust en denken ze meestal: een psychiater of psycholoog kan dit vast beter, laat die het maar oplossen. Nu de ggz verschuift naar de eerste lijn, moet dat patroon veranderen. Iets wat psychiaters en psychologen overigens van pas kan komen bij een nieuwe, consulterende samenwerking met huisartsen.”

Wat is voor jou de betekenis van de DSM-5 en wat moet de huisarts daarvan weten?

“Ik ben destijds gevraagd om daaraan mee te werken, vanwege mijn kritische opvattingen over het huidige diagnosedenken. Helaas had de redactie op het laatste moment

koudwatervrees, dus is het toch weer een naslagwerk voor hokjesdenkers geworden, zonder betrouwbare wetenschappelijke basis. Ik vind echt dat we af moeten van dat etiketteren van patiënten. Je kunt beter persoonsgericht werken, uitgaan van wat je ziet. Bekijk klachten liever vanuit een bredere syndromale, sociale en narratieve duiding. Dat is ook realistisch, want patiënten hebben nu eenmaal symptomen die dwars door elkaar heen lopen: iemand kan angstig zijn en paranoïde, een beetje SOLK hebben en ook nog licht autistisch zijn. Dat is zelfs heel normaal: zo zijn mensen. Je moet gewoon nagaan aan welke zorgbehoefte je überhaupt iets kunt doen en daarmee beginnen, samen met het lokale netwerk dat je hierbij nodig hebt.”

Hoe past medicatie daarin?

“Medicatie is een zoektocht. Ik denk dat we er veel voorzigtiger mee moeten omgaan. Langdurig gebruik – vooral van antipsychotica – is af te raden, want wat je in wezen doet is het beloningssysteem platleggen. Dat lost op termijn niets op en kan zelfs averechts werken. Een kleine minderheid vertoont weliswaar een indrukwekkende respons op medicatie, maar we kunnen niet voorspellen voor wie dat geldt en met welk middel. Ik zie medicatie daarom hoogstens als onderdeel van de behandeling. Waarbij je meteen duidelijk maakt dat stoppen problematisch kan zijn. Schrijf in geen geval beruchte middelen als paroxetine of venlafaxine voor en trap sowieso niet in het model: 'Je mist een stofje in je hersenen en ik ga je beter maken met een pil.' Er zijn tal van medicamenteuze en/of geestverruimende middelen die een crisissituatie kunnen verlichten, maar het echte werk moeten mensen toch zelf doen: het verbeteren van hun weerbaarheid, hoe lastig en vervelend dat ook is.”

In het boek Goede GGZ!, waarvan je mede-auteur bent, staat een nieuwe diagnostische aanpak beschreven: is dat model ook bruikbaar voor de huisarts?

“Zeker. Je kunt eenvoudig beginnen met de vier belangrijkste vragen: 1) Wat is er met je gebeurd? 2) Wat is je kwetsbaarheid en wat is je kracht? 3) Waar wil je naartoe? en 4) Wat heb je nodig? Dat is wat je wilt weten als medicus practicus, want aan die zorgbehoefte ga je iets doen. Al met al denk ik dat het *Extended Primary Care*-model, zoals voorgesteld door de World Health Organization (WHO), de toekomst is voor de ggz. Denk aan een regio met 15.000 inwoners, waar 5 huisartsengroepen, 50 professionals uit de ggz en 50 ervaringswerkers heel direct met elkaar samenwerken, met actieve gebruikmaking en ontginning van het netwerk aan bronnen in de wijk. De groep ervaringswerkers bestaat uit mensen die psychisch lijden te boven zijn gekomen en anderen helpen hetzelfde te bereiken. Rond zo'n model creëer je een community voor mensen met ernstig psychisch lijden, een plek waar oog is voor hun problemen en waar die ook geaccepteerd worden. Waar het niet meteen gaat om behandelen, maar waar ze gewoon kunnen zijn, in contact met anderen die vergelijkbare problemen hebben.”

Gebeurt dit in Nederland al?

“In Eindhoven is een grote zorggroep (PoZoB) zoiets aan het opzetten. Een goed voorbeeld van zo'n community – naar Amerikaans model – is het Enik Recovery College in Utrecht. Een initiatief van de gemeente, die daar heel wat geld in steekt. Het idee is dat mensen die last hebben van chronisch psychisch lijden een opleiding nodig hebben. Om te leren leven met hun psychische problemen en beperkingen. Enik biedt verschillende cursussen en bijeenkomsten aan, zoals herstelwerkgroepen, ‘stemhoordersgroepen’, *retreats* en WRAP-groepen (*Wellness Recovery Action Plan*). Die laatste zijn speciaal voor mensen die als het ware uitbehandeld zijn in de ggz, onder de antipsychotica zitten, zichzelf hebben afgeschreven en misschien euthanasievragen hebben. De groepen staan geheel onder leiding van ervaringswerkers (*peer support*). Zij proberen de deelnemers te verleiden ondanks alles over zichzelf na te denken als iemand met mogelijkheden en doelen die het leven zinvol maken. Dat klinkt eenvoudig, maar dat is het bepaald niet. Toch lukt het in Utrecht. Veel patiënten zijn ontzettend blij dat ze zonder veel poespas kunnen doorstromen naar zo'n groep. Zo pak je psychisch lijden meteen bij de bron aan, vanuit de vraag: hoe krijg je mensen zover dat ze willen veranderen? Hun verhaal speelt daarbij een centrale rol. Ze moeten dat zien te incorporeren in hun bestaan en hun leven daaromheen organiseren, zo goed en zo kwaad als het gaat.”

In Goede GGZ! komt de functie van ervaringsdeskundige als een van de vier rollen van de hulpverlener aan de orde. Hoe zet je die in als huisarts?

“Dat is ooit mooi samengevat door Awee Prins, een filosoof die vaak voor *Medisch Contact* schrijft. Het is het verschil tussen je witte jas aan hebben en onsterfelijk zijn in de spreekkamer, en die jas uittrekken. Dan krijg je een situatie van twee sterfelijke mensen bij elkaar. Zoals onze sterfelijkheid eigenlijk voor niemand een geheim is, zo is onze psychische kwetsbaarheid dat evenmin. Iedereen maakt pijnlijke dingen mee, iedereen is bezig met herstelprocessen en weerbaarheidsbevordering. Patiënten voelen het als je je daarvan bewust bent. Een veelgehoorde klacht in de psychiatrie is dat behandelaars zich totaal onkwetsbaar opstellen. Daardoor voelen patiënten zich

niet gehoord en blijft herstel uit. Je hoeft niet meteen je eigen ervaringen te delen. Het is vooral een kwestie van uitstraling: de manier waarop je praat en kijkt. In plaats van het vergaren van technische kennis om iemand in een hokje te plaatsen, stel je je gewoon open vanuit je eigen ervaring. Het gaat om ‘presentie’ in plaats van de aloude maximale betrokkenheid met behoud van distantie.”

Tot slot: wat kunnen huisartsen nu al doen om beter met ggz-patiënten om te gaan?

“Je kunt om te beginnen heel eenvoudig uitzoeken wat er aan informatie online beschikbaar is voor patiënten: enorm veel. Verder is het cruciaal dat je je eigen lokale netwerk creëert, met het wijkteam, herstelcoaches, fysiotherapeuten, psychologengroepen, het FACT-team (*Flexible Assertive Community Treatment*), vrouwengroepen, openbare geestelijke gezondheidszorg, gemeente, scholen enzovoort. Dat

**‘Creëer voor jezelf een mini-ggz
zonder bureaucratie.
Zo maak je het makkelijker’**

vereist een tijdsinvestering, maar die verdient zich over de jaren ruim terug. Je kunt tenslotte niet alles zelf doen en hebt je eigen kring nodig om patiënten vooruit te helpen. Denk aan klachten als SOLK, persoonlijkheidsproblematiek, verslaving en chronische posttraumatische stress. Verdiep je in wat psychische klachten nou precies zijn en maak dat voor jezelf helder. Ga met de poh-ggz aan de slag met niet-specifieke interventies en werk aan bewustwording van het belang van de behandelrelatie. Zoek vooral ook een ‘buddy’ in de ggz: een psychiater of psycholoog die laagdrempelig beschikbaar is voor telefonisch overleg. Misschien ga je maandelijks met elkaar om de tafel, of je ziet incidenteel samen een patiënt. Creëer voor jezelf een mini-ggz zonder bureaucratie. Zo maak je het niet moeilijker, maar juist makkelijker.” ■