

HOOGLERAAR PSYCHIATRISCHE EPIDEMIOLOGIE JIM VAN OS:

‘Patiënt kan boven z’n diagnose uitstijgen’

De psychiatrie moet het ‘hokjesdenken’ verlaten, vindt hoogleraar Jim van Os. En de zorgkosten kunnen dalen bij een breed ingevoerd e-health in de ggz. Maar vooral moeten we ‘mensen niet onder alle omstandigheden blijven beloven dat we ze beter kunnen maken’.



Na het zomerportret van hoogleraar interne geneeskunde Andrea Maier (zie MC 29-30), nu een interview met hoogleraar psychiatrische epidemiologie Jim van Os. Het volgende en laatste vraaggesprek vindt plaats met letselschadespecialist Yme Drost. U vindt de zomerportretten bij elkaar via medischcontact.nl/portretten.

‘Hulpverleners in de ggz voelen zich verzuurd, omdat ze niet meer de zorg kunnen leveren die ze willen.’ In zijn werkkamer in het Maastrichtse umc vindt hoogleraar psychiatrische epidemiologie Jim van Os er geen doekjes om. In zijn recente boek *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ* doet hij dat evenmin. ‘Meten is weten’, de mantra van het bestuurders- en managersgilde in de zorg, heeft geleid tot een paranoïde sfeer in de ggz, schrijft hij. Het zorgstelsel kraakt in zijn voegen, vindt Van Os. Zeker in de ggz. ‘We zijn allemaal acteurs in hetzelfde drama. Ik zie de verschillende partijen als opererend in een netwerk, waarbij communicatie en begrip voor elkaar te wensen overlaten.’ Hij zoekt daarom geen strijd, maar debat. Bijvoorbeeld over de vraag hoe we omgaan met het feit dat jaarlijks 25 procent van de populatie ‘significant psychisch lijdt’. Van Os: ‘Dat proberen we op te lossen in een soort marktmodel waarin een combinatie van onder- en overbehandeling is ontstaan. Als je iemand curatief opereert en je coupeert de ziekte, dan is dat voor de verzekeraar aantrekkelijk. Bij de ggz begint de teller te lopen en er is geen einde aan. Zorg-verzekeraars zien de ggz als een schade-post van 6 miljard. De taak van de verzekeraar is – en ik begrijp dat heel goed – die schadelast te limiteren.’

Zijn oproep aan de zorgverzekeraars en de politiek: verlaat de concurrentiegedachte en creëer een publieke e-ggz, waar iedereen laagdrempelig terecht kan en zichzelf in geval van milde klachten beter kan maken. ‘Verzekeraars spenderen nu 20 miljoen per jaar aan het verzamelen van patiëntengegevens voor benchmarks en het bepalen van de zogeheten zorgvraag-zwaarte. Dat laatste komt wetenschappelijk gezien neer op de vraag of je de respons op behandeling kunt voorspellen. Maar zelfs als we zeer uitgebreid onderzoek doen kunnen we in de psychiatrie nog maar 20 tot 30 procent van de variatie in het beloop van ziekte verklaren. In de dagelijkse, klinische praktijk blijft dat beperkt tot slechts 5 procent. Toch gaan zorgverzekeraars op basis daarvan calculeren. Het is alsof je een brug gaat bouwen, terwijl je meetinstrumenten 5 procent precisie bieden. Geen ingenieur die daaraan begint.’

A portrait of Nout Steenkamp, a middle-aged man with thinning brown hair, looking slightly upwards and to the left. He is wearing a dark blue or black polo shirt. The background is a solid, vibrant green. The lighting is soft, highlighting his facial features.

‘Creëer een
publieke e-ggz waar
iedereen met milde
klachten zichzelf beter
kan maken’

De patiëntengegevens waar de verzekeraars mee werken zijn gebaseerd op zogeheten *Routine Outcome Monitoring* (ROM), waarbij klachten van patiënten met een symptoomlijst voor en na de behandeling systematisch in kaart worden gebracht. Dat kan best nuttig zijn voor individuele planning en bijstelling van een behandeling, vindt Van Os. Maar dan wel geschoeid op een andere leest dan nu: 'Met CZ heb ik afgesproken dat we een nieuwe vorm van ROM gaan invoeren, waarbij de patiënt continu data over zijn aanpassing aan het dagelijks leven verzamelt. We hebben daarvoor een app ontwikkeld met geld van de EU en die gaan we nu inzetten in de Nederlandse ggz. De belangstelling is groot. Dat wordt een kleine revolutie. Er is nu al een opleider in het midden van het land die tegen zijn arts-assistenten heeft gezegd dat ze geen ROM meer zullen doen op de "oude" manier.'

Wat is in de praktijk het voordeel van deze aanpak?

'Je kunt patiënten als het ware opschalen gedurende het zorgtraject. Slaat de behandeling niet aan, dan kun je overgaan op een intensievere therapie. Maar je kunt ook besluiten dat doorbehandelen zinloos is. We moeten mensen niet onder alle omstandigheden beloven dat we ze beter kunnen maken. Dat leidt maar tot polyfarmacie en is bovendien heel kostbaar. Je kunt bijvoorbeeld voorstellen het later nog eens te proberen. Intussen kun je *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) aanbieden. ACT is een derdegeneratiepsychotherapie – die bij de behandeling van chronische pijn goede diensten heeft bewezen. Pijn is soms ook iets wat je moet leren verdragen. Met behulp van ACT kun je patiënten aanleren zachtaardiger te gaan denken over die pijn. Dat werkt bij psychisch lijden identiek.'

Gaat dat ook op voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening?

'Ja. Een voorbeeld uit de cardiologie: patiënten hebben na een hartinfarct vaak een verminderde pompfunctie. Ze denken daarna niets meer te kunnen: geen werk, geen seks, het leven is niets meer waard, ze worden depressief. Ze moeten met steun van een psycholoog een nieuw evenwicht vinden. Zelfs mensen met een ernstig verstoorde pompfunctie krijgen dat meestal voor elkaar. Patiënten met schizofrenie daarentegen krijgen vaak te horen dat het nooit meer goed komt. De diagnose schizofrenie mystificeert de ervaringen van patiënten tot een label waar ze niets mee kunnen. Ze gaan internaliseren dat ze een vreselijke hersenziekte hebben. Toch kun je ze ook benaderen zoals die patiënten met een verminderde pompfunctie. Zeker, ze hebben een kwetsbaarheid om onder bepaalde omstandigheden met een psychose te reageren, ze hebben symptomen, hun cognitie en motivatie zijn verminderd, maar ze kunnen niettemin heel goed een zinvol bestaan opbouwen. Ze moeten nieuwe doelen vinden, en boven hun diagnose uitstijgen. Dit staat in geen enkel handboek. Misschien dat patiënten er daarom te weinig hulp bij krijgen; het huidige behandelmodel houdt ze in ieder geval gevangen in almaar doorgaande farmacologische symptoomstabilisatie.'

Is dat een van de redenen waarom u zegt: 'DSM-5 is voorbij'? Of misschien beter nog: de DSM is voorbij?

'De DSM voldoet prima op het niveau van de hoofdstukken: achttien brede syndromen. Een patiënt heeft een angstsyndroom, een depressief of een psychotisch syndroom. Die syndromen zijn zeer betrouwbaar; daar zijn alle clinici het in de praktijk snel over eens. Maar over de andere vierhonderd DSM-diagnoses niet. De syndromen op het niveau van de hoofdstukken van de DSM zijn zo breed dat je gedwongen bent om daarbinnen op de persoon van de patiënt afgestemde precisiediagnostiek te doen. Zoals dat nu al in de oncologie gebeurt. Daar is het een kwestie van de bereikbaarheid van de spectaculaire technologie die daarvoor nodig is, ook in termen van kosten; in de psychiatrie moeten we vooral het hokjesdenken verlaten.'

U schrijft dat je als psychiater de patiënt – ook in acute crisis – met een vragen stellende houding tegemoet moet treden en niet met een hoofd vol halve kennis over DSM-hersenziekten.

'Ik maak wel mee dat assistenten bijvoorbeeld aan een patiënt vragen: "Die stemmen, hoort u die in de tweede of in de derde persoon?" Dat is klinisch volstrekt irrelevant. Mijn beginvraag zou zijn: wat is er met je gebeurd? Zo erken ik dat er sprake is van variatie in het lijden van mijn patiënten en dat een psychose optreedt in een context van enorme omgevingsveranderingen. Want de omgeving doet er toe – ook bij de ernstige psychiatrische ziekten. De tweede vraag luidt: wat is je kwetsbaarheid en wat is je weerbaarheid? Als dokter zit je niet tegenover een hersenziekte, maar tegenover iemand die zijn kwetsbaarheden moet leren compenseren met zijn weerbaarheid. Die kwetsbaarheid kan de patiënt zelf in kaart brengen met onze nieuwe app. Ook de impact van symptomen op zijn geheugen, aandacht, en zijn probleemoplossend vermogen kunnen we zo bepalen. Mijn derde vraag: wat zijn je doelen? Want zoals ik al zei: een patiënt wordt vaak gestabiliseerd na een psychose, en daarna gebeurt er niks meer. En ten slotte de laatste vraag: wat heb je nodig, wat zijn je zorgbehoeften? Of deze vragen letterlijk zo worden gesteld is niet zo belangrijk. Het gaat om de basishouding: stel je vragend op.'

Hoe past in dit denken over diagnostiek en behandeling uw onderzoek naar gen-omgevingsinteracties bij psychiatrische ziekten?

'Dat past er heel goed in. We hebben gevonden dat die interacties niet werken op het niveau van schizofrenie of bipolaire stoornis, maar veel meer op het niveau van variatie in emotionele responsen op dagelijkse gebeurtenissen. De genetische kwetsbaarheid voor depressie bijvoorbeeld bestaat fenotypisch voor 50 procent uit de manier waarop mensen negatief reageren op kleine stressoren. Dat kunnen we patiënten letterlijk laten zien, en we kunnen ze dus leren hoe dat te compenseren: door de positieve reacties, die ze ook genereren, te versterken. Dat kan, want die blijken een stuk minder erfelijk dan die negatieve reactiviteit. Evolutionair is dat ook begrijpelijk: aan positieve gevoelens heb je minder in een wereld waarin van alles dreigt. Antidepressiva grijpen niet aan

op het etiologisch mechanisme van depressie, maar maken iemand ontvankelijker voor die versterking van zijn weerbaarheid. Vandaar ook dat een combinatie van psychotherapie en farmacologische therapie meestal goed werkt.'

U wijst het neurobiologisch reductionisme in de psychiatrie, dat psychisch lijden in de eerste plaats ziet als een 'hersenziekte', nadrukkelijk af. Is die opvatting niet sowieso op zijn retour?

'Nee, maar ze evolueert naar een wetenschappelijk meer verantwoord model. De gedachte dat we een diagnostische biomarker nodig hebben om een psychotische patiënt van een controle te onderscheiden is onzin. Ik kan ook zo wel zien of iemand psychotisch is: daar heb ik geen neurobiologische test voor nodig. Wat je wel wilt hebben zijn diagnostische markers voor de behandelrespons. Waarom bestaan daarin verschillen: laten we dat proberen te verklaren.'

JIM VAN OS

Jim van Os (1960) is hoogleraar psychiatrische epidemiologie aan de Universiteit van Maastricht en hoofd van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht UMC. Hij studeerde geneeskunde in Amsterdam, psychiatrie in Jakarta, Casablanca, Bordeaux en Londen en epidemiologie aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine. Zijn onderzoek heeft vooral betrekking op de wisselwerking tussen genetische en omgevingsfactoren bij (de behandeling van) schizofrenie, depressie en bipolaire stoornis. Hij is coördinator van EU-GEL, een door de EU gefinancierd project om gen-omgevingsinteracties te identificeren bij psychotische stoornissen, waarvoor 12 miljoen euro beschikbaar is. Geregeld publiceert Van Os, die meerdere malen 'psychiater van het jaar' werd, in toonaangevende bladen als The Lancet, Nature en The British Medical Journal. Hij is lid van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.

PSYCHOSENET

Van Os bepleit zorgstandaarden voor behandeling en begeleiding in de ggz, die bottom-up tot stand komen. Een voorbeeld van zo'n bottom-upbeweging is PsychoseNet. Dat initiatief van professionals – onder wie Van Os – en ervaringsdeskundigen wil onder meer met instructieve filmpjes zonder jargon 'de informatiekloof met betrekking tot psychose, stemming, herstel, diagnose en het begrip "hersenziekte" dichten'. En het wil online m-health- en e-healthtools voor zelfdiagnose, zelfmanagement en shared decision making ter beschikking stellen. Zie: psychosenet.nl.

'We moeten in een andere taal spreken over psychiatrische ziekten'

Maar je hebt toch kennis van het brein nodig om iets aan psychiatrische ziekten te kunnen doen, zoals je kennis van het DNA nodig hebt om in de oncologie vooruitgang te boeken?

'Er is een essentieel verschil. Je kan bij wijze van spreken in een reageerbuis gewapend met je kennis van het DNA en van de bijbehorende moleculaire processen kanker maken. Maar dat kan niet bij het brein. Daar heb je te maken met *brainmind-relationships*. Geestesactiviteit is niet fysisch meetbaar. Processen in het brein wel. De sprong van dat fysische naar het niet-fysische domein kunnen we niet maken. Psychische symptomen zijn emergente fenomenen: ze zijn niet te herleiden tot hun lagere-ordecomponenten. Veel neurowetenschappers negeren dat volkomen. Ze willen het niet weten; *brain causes mind*, zeggen ze. De psychiatrie is in sommige ogen een vaag vak: het gaat over de mens in zijn omgeving, over hoe hij zich aanpast aan die omgeving en hoe dat psychisch is te beïnvloeden. Daaronder zit inderdaad een hersen-substraat dat dit faciliteert, maar dat zie ik niet als eerste doel van mijn diagnose en behandeling.'

Heeft u altijd zo gedacht?

'Ja. Ze zeggen dat er twee soorten psychiaters zijn. Zij die al vroeg weten dat ze psychiatrie willen gaan studeren, en degenen die de keuze later maken. De laatsten zijn meer biologisch georiënteerd. Ik maakte al vroeg mijn keuze.'

U bent wetenschapper, maar nu ook criticus van het zorgstelsel, dat had u aan het begin van uw loopbaan vast niet verwacht.

'Ik kan me niet alleen maar bezighouden met academische hoogstandjes. Er leven zoveel vragen onder patiënten. Over hoe moeilijk het is je weg te vinden in het veld van de ggz en de behandeling te krijgen die hoort bij je zorgbehoefte. We moeten daarom uit onze ivoren torens komen en in een andere taal en andere concepten spreken over psychiatrische ziekten, zoals psychose. In termen van menselijke variatie. Als ze dat elders in de geneeskunde kunnen, dan kunnen wij dat ook.' ■

web

Meer (interview)artikelen met Jim van Os - over zijn boek 'De DSM-5 voorbij' en over zijn onderzoek naar schizofrenie - vindt u bij dit artikel via medisch-contact.nl/artikelen.