

# Aandacht voor de zieke hoort bij de zorg voor chronische ziekten

Jacques van Eijk, Berend Terluin

Er zijn verschillende, tamelijk voor de hand liggende, redenen om consequent aandacht te schenken aan de mentale problemen waarmee relatief veel chronisch zieken kampen. Zo weten we inmiddels dat die problemen (post of propter) via pathofysiologische processen van invloed zijn op het beloop van chronische ziekten. Daarnaast blijken mensen die bij de pakken neerzitten, minder geneigd te zijn het medisch regime te volgen. Het meest triviale argument is misschien wel dat van eerstelijns hulpverleners (en met name van de huisarts) wordt verwacht dat ze integrale zorg bieden en dat houdt ondermeer in dat ze klachten van patiënten in hun sociale context plaatsen. Lamers et al. doen in deze H&W verslag van een aanpak van depressieve klachten bij chronisch zieken.<sup>1</sup> Deze aanpak blijkt niet alleen te werken, maar oogst ook veel waardering, zowel van patiënten als van de betrokken verpleegkundigen.

Lamers et al. pasten uitvoerige diagnostiek toe om depressieve symptomen vast te stellen. Voor het onderzoek was dat nodig om de groep die voor de interventie in aanmerking kwam, zo goed mogelijk te selecteren. Voor implementatie in de eerste lijn is deze diagnostiek echter te tijdsintensief, niet huisartsgeneeskundig en eigenlijk ook overbodig. De relatie tussen huisarts en patiënt in de eerste lijn maakt immers 'watchfull waiting' mogelijk. Dat is des te belangrijker omdat de kans op vals-positieven en vooral vals-negatieven bij screening op psychische klachten tamelijk groot is. Voor gebruik in de dagelijkse praktijk moeten we de diagnostiek dan ook aanpassen en beter inbedden in de dagelijkse routine.

## Uitgangspunten bij signalering psychische problematiek

Hoewel de NHG-Standaarden Diabetes en COPD aandacht voor psychische problemen vragen, bieden ze onvoldoende concrete handvatten om die aandacht in de praktijk vorm te geven. Op basis van de ervaringen in het onderzoek van Lamers et al. hebben wij daarover wel concrete ideeën. Voor een goed begrip daarvan volgen hier eerst enkele uitgangspunten.

In de eerste plaats gaan we ervan uit dat de zorg aan chronisch

zieken in de eerste lijn uitgaat van het principe dat mensen met verschillende chronische ziekten vergelijkbare adaptieve opgaven hebben. Natuurlijk verschilt de aard van de beperkingen tussen mensen met reuma of COPD, maar zij hebben gemeen dat hun dagelijks functioneren wordt bedreigd. Om goed te kunnen inspelen op de ervaren last in het dagelijks leven bepleiten we een *tweesporbenadering*: naast de gebruikelijke aandacht voor de fysieke aspecten van de ziekte moet er ook consequent aandacht zijn voor de problemen van patiënten met het vinden van de balans tussen de beperkingen van hun ziekte en hun wensen over sociale participatie. Een *tweede* uitgangspunt is dat de follow-up is gericht op activering. Patiënten moeten *actieve zelfmanagers* zijn: van de medische taken (leefstijl en medicijngebruik), het hanteren van hun emoties (angst, onzekerheid en somberheid) en het oplossen van beperkingen in het dagelijks functioneren. Een *derde* uitgangspunt ten slotte betreft het centraal stellen van de kwaliteit van het dagelijks functioneren en niet zozeer de diagnose. Psychische klachten overlappen vaak met andere klachten en het zoeken naar een psychische stoornis werkt onnodig stigmatiserend. Daarom pleiten we voor een generieke benadering die is gericht op (problemen met) het functioneren in het dagelijks leven. De aard van de psychische klachten (zoals angst of depressie) is dan in eerste instantie van ondergeschikt belang.

## Een praktische werkwijze

In de praktijk moet de huisarts problemen signaleren en passende zorg bieden. Zo kan hij tijdens elk consult (ten minste bij de jaarlijkse controle) kort ingaan op de beperkingen van de chronische ziekte en de rol daarvan in het dagelijks leven ('Hebt u veel last van uw diabetes bij uw dagelijkse bezigheden?'). Verder is het van belang dat de huisarts ingaat op de wijze waarop patiënten hier zelf mee omgaan, zowel qua emoties als qua oplossingsgerichtheid. Verder gaat hij na hoeveel hinder patiënten ondervinden en stelt hij bij veel hinder (ongeveer een kwart van de patiënten) de vragen van de Distress Screener (zie *kader*).<sup>2</sup>

Een positieve uitkomst is een indicatie voor screening met behulp van een psychiatrische lijst, zoals 4DKL, die afkappunten kent voor ernstige en matige problemen.<sup>3</sup> Bij ernstige problemen is een extra gesprek nodig en eventueel een verwijzing. Bij matige problemen kan zelfmanagement ondersteuning worden geboden in de vorm van *problem solving* of een *cognitief-gedragsmatige* benadering, zoals die ook in het onderzoek van Lamers et al. door verpleegkundigen is toegepast. Ook de diagnostiek kan uiteraard door verpleegkundigen of praktijkondersteuners worden uitgevoerd.

### Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, afdeling Sociale Geneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. J. van Eijk, hoogleraar Medische Sociologie. EMGO Institute for Health and Care Research, VUmc, Amsterdam: dr. B. Terluin, huisarts en onderzoeker.

Correspondentie: j.vaneijk@socmed.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

### Distress screener

Had u de afgelopen week last van piekeren?	Nee	Soms	Regelmatig/(heel)vaak
Had u de afgelopen week last van lusteloosheid?	Nee	Soms	Regelmatig/(heel)vaak
Voelde u zich de afgelopen week gespannen?	Nee	Soms	Regelmatig/(heel)vaak

Score: nee = 0, soms = 1, regelmatig - (heel)vaak = 2  
Afkappunt voor matige distress: totale score 4 of meer

Met deze aanpak geven we de nodige aandacht aan wat patiënten op dat moment het meest bezighoudt. Vals-positieve uitkomsten komen hierbij nauwelijks voor. In geval van vals-negatieve uitslagen staat de continue relatie tussen huisarts en patiënt borg voor mogelijke signalering op een later tijdstip. De ernstige gevallen worden onderkend en een verwijzing volgt zo nodig. Het is overigens wel belangrijk dat de aanpak aansluit bij de denk- en gevoelswereld van patiënten. Daarom moeten we de beperkingen die patiënten zelf ervaren als gevolg van hun ziekte als uitgangspunt nemen en niet de psychische klachten zelf.

### Literatuur

- 1 Lamers F, Jonkers K. Minimale interventie door verpleegkundigen helpt ouderen met stemmingsproblemen. *Huisarts Wet* 2010;53:358-61.
- 2 Braam C, Van Oostrom SH, Terluin B, Vasse R, De Vet HCW, Anema JR. Validation Study of a Distress Screener. *J Occup Rehabil* 2009;19:231-7.
- 3 Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.



Foto: Shutterstock/Alexander Rathis