

Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal in nieuwe visie psychische problematiek

Peter Lucassen, Juul Houwen, Suzanne Ligthart, Tim olde Hartman

De visie ‘Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek’ is een belangrijk begin voor het omschrijven van huisartsenzorg voor mensen met psychische problemen, maar voorziet de huisarts in de spreekkamer nog niet van een echte leidraad. Wat vinden huisartsen en POH’s-ggz van het document? Wij geven een voorzet.

Onlangs verscheen de nieuwe visie ‘Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek’, een welkom en mooi product voor onze beroepsgroep.¹ Belangrijke aanleiding voor de visie zijn de stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de lange wachttijden binnen de ggz, waardoor hulp voor mensen met complexe problematiek soms onbereikbaar is. Het uitgangspunt van de visie is dat psychische zorg bovenal huisartsenzorg moet blijven. Die zorg gaat uit van de volgende kernpunten: 1) er vindt een klacht- en persoonsgerichte beoordeling plaats, met gedeelde besluitvorming binnen een goede

arts-patiëntrelatie, 2) de huisarts maakt bij het diagnostisch proces onder andere gebruik van de DSM-criteria, 3) de huisarts begint de behandeling met de minst ingrijpende generieke interventies, passend bij de klacht van de patiënt, waarbij 4) het team huisarts-POH-ggz de zorg uitvoert. Daarnaast gaat deze visie over samenwerking met het sociale domein, de generalistische en specialistische ggz, en de zorg voor specifieke doelgroepen. Bij de ontwikkeling hebben ledenvergaderingen van de deelnemende verenigingen en externe partijen de visie kunnen becommentariëren. Het zou jammer zijn als het



Naar onze mening zou het consequent zijn als de nieuwe visie de voorkeur geeft aan de persoonsgerichte benadering van psychische problematiek.

Foto: Franco Antonio Giovannella/Unsplash

daarbij blijft, want de visie mag niet zonder enige consequentie voor de praktijk in een lade blijven liggen. Wij nemen het initiatief en leveren commentaar op de visie, met als doel een aantal punten te verhelderen of scherper neer te zetten.

KLACHTEN DIE WEL/NIET BIJ HET LEVEN HOREN

De visie maakt onderscheid tussen klachten die wel bij het leven horen en klachten die dat niet doen, en baseert het beleid op dat onderscheid. Dit is niet werkbaar en zelfs onwenselijk. Want wie bepaalt wat bij het leven van die specifieke patiënt hoort? Niet de vraag of de klachten al dan niet bij het leven horen, maar het verhaal van de patiënt en de overeenstemming daarover tussen huisarts en patiënt dienen de leidraad te zijn voor het te volgen beleid. Zowel de persoonsgerichte benadering als aandacht voor de context (als onderdeel van die benadering) heeft aantoonbare effecten op de gezondheidsuitkomsten van patiënten.^{2,3}

Een bij het leven horend probleem, bijvoorbeeld het verlies van een naaste, heeft voor iemand met weinig veerkracht ernstigere en andere consequenties dan voor minder kwetsbare mensen. Andere mensen met ernstige klachten kunnen met steun van de huisarts en het eigen netwerk toch zonder andere hulp verder. En horen de gevolgen van misbruik of een pestverleden bij het gewone leven? Bovendien kunnen de doelen van patiënten met een bij het leven horend probleem sterk uiteenlopen.

WAT MOETEN HUISARTSEN MET DSM-DIAGNOSES?

De DSM is een systeem voor het classificeren van psychiatrische aandoeningen op basis van de aanwezigheid van symptomen. Het systeem houdt geen rekening met de context van de patiënt.^{4,5} Dat het systeem relatief gemakkelijk toepasbaar is, vormt een belangrijke oorzaak van de enorme toename aan diagnoses, zoals depressie.⁴ In binnen- en buitenland is er veel kritiek op de DSM gekomen. Zo schrijft Allen Francis, destijds voorzitter van de werkgroep die de DSM-IV voorbereidde: *‘My advice to physicians is to use the DSM-5 cautiously, if at all.’*⁶ En een Nederlandse psychiater stelt dat de DSM weliswaar voordelen biedt voor wetenschappelijk onderzoek en gebruik bij declaratiesystemen, maar dat het DSM-label de schijn heeft van een kant-en-klare verklaring van de klachten van de patiënt en medicalisering in de hand werkt. Dat uit zich onder andere in het hoge gebruik van antidepressiva.⁷ Het verschijnen van de visie sluit aan op een internationaal binnen de huisartsgeneeskunde levende behoefte tot verduidelijking en explicitering van de zorg voor mensen met psychische klachten.⁸⁻¹⁰ Geestelijke gezondheid wordt al lang niet meer gezien als een individueel biomedisch probleem, maar als het resultaat van multipale individuele, sociale en structurele determinanten.¹¹ Dit is een belangrijke reden om te zoeken naar het hele verhaal van de patiënt en zich niet te beperken tot een biomedische diagnose. De nieuwe visie relativeert de plaats van de DSM-diagnose enigszins door te stellen dat de huisarts in het diagnostisch proces onder andere gebruikmaakt van DSM-criteria, dat er binnen de huisartsen-

zorg geen plaats is voor een uitgebreide DSM-classificatie en dat deze bij verwijzing niet leidend is.

Wij zouden het gebruik van de DSM nog veel verder willen terugbrengen. Natuurlijk zijn er situaties – gelukkig vormen deze een minderheid in de huisartsenpraktijk – waarin de huisarts direct moet beginnen met een ziektegerichte benadering. Bijvoorbeeld bij een persoon die ernstig depressief of psychotisch lijkt, om het risico op suïcide te kunnen inschatten, of bij een patiënt met steeds terugkerende problemen. Daarnaast is het voor sommige patiënten een vorm van erkenning of verduidelijking als ze een DSM-diagnose krijgen. Maar welke plaats heeft de DSM dan precies tijdens consulten? Volgens ons heeft de huisarts de keuze tussen de ziektegerichte (met een focus op de DSM) en de persoonsgerichte benadering (waarbij het narratief van de patiënt centraal staat, uitgaande van de klacht). De persoonsgerichte benadering gaat vanuit de klacht in op de vele determinanten van psychische gezondheid en resulteert in een specifiek verhaal waarin de klachten kunnen worden begrepen in de context van de individuele patiënt.¹² Als het verhaal op tafel ligt, kan de huisarts verder door de patiënt de volgende vraag te stellen: ‘Wat hebt u nodig?’ De persoonsgerichte benadering levert een verhaal op dat de patiënt kan opluchten, inzicht geeft in de aard van het probleem of een gezamenlijk te bespreken behandeling, of maakt een verwijzing mogelijk waarmee de patiënt verder kan. De narratieve methode is specifiek voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld door de huisarts John Launer.¹³

De ziektegerichte benadering resulteert in een biomedische diagnose, een algemeen kenmerk dat gedeeld wordt met andere patiënten met dezelfde diagnose. De huisarts stelt dan voor wat er in de NHG-Standaard staat, te beginnen met dagstructurering en dagplanning, gevolgd door een kortdurende psychologische behandeling, psychotherapie en uiteindelijk antidepressiva. Uit de cijfers blijkt dat huisartsen vaak voor antidepressiva kiezen. Die benadering is echt *doctor centered* en verschilt sterk van de vraag ‘Wat hebt u nodig?’. Het is moeilijk beide benaderingen door elkaar te gebruiken.¹⁴ Naar onze mening zou het consequent zijn als de nieuwe visie de voorkeur geeft aan de persoonsgerichte benadering van psychische problematiek. Er zijn goede voorbeelden van vragen waarmee je zo’n gesprek kunt voeren: ‘Wat is er met u gebeurd, waar wilt u naartoe en wat hebt u nodig?’ En verder: ‘Wat maakt u kwetsbaar of juist weerbaar?’¹⁵ Ook een aantal psychiaters beschouwt deze vragen als het alternatief voor de ziektegerichte benadering.⁷

WAT GAAT DE POH-GGZ CONCREET DOEN?

De visie stelt terecht dat de huisarts en de POH-ggz een team vormen, waarbij de huisarts eindverantwoordelijke is. Wat de POH-ggz moet kunnen, is omschreven in het betreffende competentieprofiel.¹⁶ Deskundigheid in vraagverheldering, begeleiding en kortdurende behandeling staan centraal. De visie maakt niet duidelijk wat kortdurende behandeling inhoudt. In het competentieprofiel is sprake van ‘kortdurende generieke

interventies' maar ook die worden niet gespecificeerd. Dit is een gemiste kans.

Wij adviseren om die kortdurende generieke behandelingen te omschrijven. Met kortdurend bedoelen wij 3 tot maximaal 5 behandelingen. Hierbij valt te denken aan *problem solving treatment* (PST), *behavioral activation* (BA) en cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-i) – allemaal effectieve kortdurende behandelingen. Door deze behandelingen in deze visie op te nemen, en vervolgens natuurlijk in het competentieprofiel, ontstaat er meer uniformiteit in het aanbod van POH's-ggz.

De visie geeft aan dat het in het algemeen niet noodzakelijk is gespecialiseerde POH's in te zetten, zoals de POH-jeugd. Dat is misschien wat streng gesteld, want vooral huisartsen in jonge praktijken vinden het erg nuttig een POH-jeugd te hebben voor bijvoorbeeld de zorg voor kinderen uit kwetsbare gezinnen.

Overigens is het opvallend dat organisaties voor POH's niet gereageerd hebben op het verzoek om commentaar te leveren op de nieuwe visie. Wat betekent dit voor de samenwerking en onderlinge afstemming? Wij nodigen de vereniging voor POH's en andere betrokkenen bij dezen van harte uit tot het delen van hun visie. ■

DANKWOORD

Met dank aan Hugo Stappers (psycholoog) en Martin Beeres (kaderhuisarts ggz), beiden van de afdeling ELG, huisartsopleiding, Radboudumc.

LITERATUUR

1. Hogendorp J, Smeekes D, Claassen N, Van der Gaarden N. Visie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: InEen, LHV, NHG, psyHAG, 2022.
2. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowksy J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e94207.
3. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-centered decision making and healthcare outcomes. *Ann Intern Med* 2013;158:573-9.
4. Horvitz AV. Social context, biology, and the definition of disorder. *J Health Soc Behav* 2017;58:131-45.
5. Pointer. De geestelijke gezondheidszorg moet op de schop. KRO/NCRV, 2023.
6. Frances A. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med* 2013;159:221-2.
7. Van Staveren R, Szakály-Starke K, Van Emmerik A, Kamphuis J-H. How not to DSM. 2021. Beschikbaar via: <https://www.tijdschriftdepsycholoog.nl>. Geraadpleegd op 24 januari 2023.
8. Lynch JM, Askew DA, Mitchell GK, Hegarty KL. Beyond symptoms: defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. *Soc Sci Med* 2012;74:1430149.
9. Reeve J, Cooper L, Harrington S, Rosbottom P, Watkins J. Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the co-production of a new complex intervention. *BMC Health Serv Res* 2016;16:470.
10. Lynch J. A whole person approach to wellbeing. Building sense of safety. London: Routledge, 2021.
11. WHO. Mental health: strengthening our response. Beschikbaar via: <https://www.who.int>. Geraadpleegd op 24 januari 2023.
12. Lucassen P, Postma S, olde Hartman T, Van Ravesteijn H, Linszen M, Wolf J, et al. Psychische problemen benaderen als een huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1474.
13. Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. London: Routledge, 2002.
14. Lucassen P. The man, the poem, the secret. *Pat Educ Couns* 2009;75:147-8.
15. Van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
16. LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Vertegenwoordigers samenwerkend hogescholen op het gebied van POH-GGZ-scholing. Functie- en competentieprofiel voor POH-GGZ. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Vertegenwoordigers samenwerkend hogescholen op het gebied van POH-GGZ-scholing, 2014.

Lucassen P, Houwen J, Ligthart S, olde Hartman T. Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal in nieuwe visie psychische problematiek. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2239-2. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: P. Lucassen, huisarts n.p., senior onderzoeker, peter.lucassen@radboudumc.nl; J. Houwen, huisarts, senior onderzoeker; S. Ligthart, huisarts, senior onderzoeker; T. olde Hartman, huisarts, hoofd onderzoek. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.