

Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg

Samenvatting

Lucassen P, Postma S, Olde Hartman TC. Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg. *Huisarts Wet* 2017;60(3):112-4.

Vragenlijsten worden in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) steeds vaker gebruikt, maar hun nut is betwistbaar. De keus om een vragenlijst te gebruiken bij een patiënt met psychische klachten hangt af van de manier van werken van de huisarts (ziektegericht of persoonsgericht), van de meerwaarde bij screening, diagnostiek of uitkomstmeting, en van de mening van de patiënt. Bij een persoonsgerichte benadering passen geen vragenlijsten, omdat het dan gaat over het verhaal van de patiënt en niet over symptomen. Vragenlijsten passen in principe wel bij een ziektegerichte benadering, maar leveren ook dan onvoldoende op in de eerstelijnssetting. Patiënten staan deels welwillend tegenover vragenlijsten, maar zijn ook bang voor stigmatisering en medicalisering.

De enige vragenlijst die wel geschikt is voor de diagnostiek van psychische problemen in de eerste lijn is de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), omdat deze lijst kan helpen bij de schifting tussen ongedifferentieerde stress en specifiekere psychische problemen.

INLEIDING

Sinds de nieuwe financieringsstructuur de toegang tot de basis ggz en de specialistische ggz heeft beperkt, is in de eerstelijnsgezondheidszorg het aantal patiënten met psychische klachten, dat toch al groot was, nog verder gestegen. De praktijkondersteuner-ggz heeft haar intrede gedaan in de huisartsenpraktijk en de transitie van dure tweedelijns- naar goedkopere eerstelijns ggz krijgt steeds meer gestalte. Verzekeraars verlangen daarbij ook steeds meer transparantie van de behandelaar, er zijn zelfs verzekeraars die willen dat de huisarts met een vragenlijst gaat vaststellen welke psychische zorg de patiënt nodig heeft.¹

Vragenlijsten worden in de eerstelijns ggz dus steeds vaker gebruikt als meetinstrument, bij screening, bij de diagnostiek en om het effect van een behandeling te meten. Je kunt daar vragen bij stellen. Wat is nu precies de plaats van die meetinstrumenten in de eerstelijns ggz? Wanneer moet de huisarts een vragenlijst gebruiken? Hoe men die vraag beantwoordt, hangt af van drie factoren: de werkstijl van de huisarts (is die persoonsgericht of ziektegericht), de klinische opbrengst van de vragenlijst en de mening van de patiënt.

ZIEKTEGERICHT VERSUS PERSOONSGERICHT

“The way in which psychological distress is assessed: “the expertise of knowing when, where and how to look”, determines not only what questions are posed but also the quality of the assessment and subsequent management and care”²

Als we in het oog houden dat het niet vaak om ernstige psychiatrische problematiek gaat, kunnen we op verschillende manieren aankijken tegen de psychische klachten die in de eerstelijns ggz veel voorkomen. Het gezichtspunt bepaalt het handelen, zoals het bovenstaande citaat treffend verwoordt.

In de zorg is de traditionele benadering ziektegericht: de klacht van de patiënt is de uiting van een onderliggende aandoening, die opgespoord en behandeld moet worden. Binnen die benadering past een vragenlijst goed: je kunt gestructureerd vaststellen of de patiënt voldoet aan bepaalde criteria en ook of hij na behandeling hersteld is. De ziektegerichte benadering is dan ook stevig verankerd in de praktijk, via richtlijnen en via de beloningssystemen van de zorgverzekeraar.

Maar steeds vaker hoor je dat er meer aandacht zou moeten komen voor persoonsgerichte zorg.⁴ In deze benadering gaat het om de patiënt die met een verhaal bij de huisarts komt en wiens klachten in een context staan, betekenis hebben in zijn of haar leven. De persoonsgerichte hulpverlener probeert de klacht van de patiënt te begrijpen in die context: het verhaal is leidend, niet de ziektegerichte anamnese. De huisarts die persoonsgericht werkt, zal proberen de patiënt het gevoel te geven dat die zelf weer met de problemen aan de slag kan.⁵ In deze benadering, waarin het verhaal centraal staat, heeft een huisarts niet veel behoefte aan vragenlijsten.

Het succes van de eerstelijns geneeskunde is altijd voor een belangrijk deel bepaald door deze persoonsgerichte benadering.⁶ Wij zijn dan ook van mening dat de persoonsgerichte benadering altijd het startpunt van de huisarts moet zijn. Bij patiënten met psychische problemen moet de ziektegerichte benadering alleen op indicatie toegepast worden, dus wan-

De kern

- In de eerstelijns ggz worden steeds vaker vragenlijsten gebruikt.
- Vragenlijsten passen niet bij de persoonsgerichte benadering van psychische klachten: het gaat hier om het verhaal van de patiënt, niet om de symptomen van een ziekte.
- Vragenlijsten passen in principe wel bij de ziektegerichte benadering, maar hebben weinig meerwaarde bij de screening op psychische problemen en bij uitkomstmetingen.
- De enige vragenlijst die zinvol gebruikt kan worden bij psychische problemen in de huisartsenpraktijk is de 4DKL, omdat deze richting kan geven aan het vervolgbeleid.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; S. Postma, aiortho; dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: peter.lucassen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

neer de huisarts vermoedt dat er een ernstige psychiatrische aandoening in het spel is (vitale depressie, psychose) of als de persoonsgerichte benadering niet werkt. Daarmee kan de huisarts medicalisering van alledaagse psychische problemen zoveel mogelijk voorkomen en de daardoor aangerichte schade beperkt houden.

HET KLINISCHE NUT VAN VRAGENLIJSTEN

Screening

Op het eerste gezicht lijkt screening op basis van een vragenlijst een eenvoudige manier om psychische klachten op te sporen. In de eerstelijns ggz is de Patiënt Health Questionnaire (PHQ) de meest gebruikte vragenlijst voor de screening op depressie. De PHQ-9 en de PHQ-2 voldoen allebei redelijk,⁷ maar hebben weinig voorspellende waarde: ongeveer 80% is fout-positief.⁸ Bovendien zijn de uitkomsten bij gescreende patiënten niet beter dan bij niet-gescreende patiënten.⁸ Zelfs het screenen van patiënten die al een verhoogd risico op depressie hebben (psychosociale problemen, onverklaarde lichamelijke klachten, frequent attenders) heeft geen effect op de uitkomst.⁹

Kortom, er bestaan wel geschikte vragenlijsten, maar screenen op depressie heeft geen zin in de eerste lijn.¹⁰ Hetzelfde geldt voor angststoornissen: ook hier bestaat weinig evidentie dat screening in de eerste lijn zinvol is.¹¹

Diagnostiek: de 4DKL

De NHG-Standaarden die psychische problemen behandelen, zoals de NHG-Standaarden Depressie, Angst en Problematisch alcoholgebruik, adviseren terughoudend te zijn in het gebruik van vragenlijsten voor de diagnostiek van psychische problemen.¹²⁻¹⁴ De NHG-Standaard Depressie stelt expliciet dat een

Casus

Een mij goed bekende 62-jarige man bezocht mijn spreekuur met veel en uiteenlopende klachten: langdurig hoesten, snotneus, kortademigheid, snelle hartslag en soms overslaan van het hart, moeheid, koude vingers, aspecifieke pijn op de borst en somberheid. Ik wist dat hij een jaar geleden een coronaire bypassoperatie had ondergaan en hij was bang dat hij het nu 'aan het hart had'. Ik onderzocht hem en vroeg aanvullend bloedonderzoek aan, een ECG en longfoto's. Toen hij een week later terugkwam voor de uitslag, bleken er geen afwijkingen te zijn. Hij was er blij mee, maar vroeg me waar al die klachten dan vandaan kwamen. Ik vertelde hem dat hij de vorige keer gezegd had dat hij somber was en dat ik me afvroeg of die somberheid niet mee kon spelen als oorzaak van al die klachten. De man begon meteen te huilen. Ik vertelde hem dat somberheid een normale reactie kan zijn op een ingrijpende levensgebeurtenis. Zijn reactie was verrassend. Hij haalde een papiertje met een gedicht erop uit zijn jaszak, ging staan en las het voor. Na afloop van het gedicht deelde hij mee dat de tekst op zijn grafsteen moest komen. Het gedicht ging over turbulentie en haast, over een gebrek aan rust en vrede, en over het vinden van vrede na de dood. Hij liet me geen kans om hierop te reageren en zei dat hij dacht dat ik hem nooit meer zou willen zien als hij het verhaal van zijn leven aan mij zou vertellen. Mijn reactie was dat ik geen rechter was, waarop hij doorging. Het verhaal ging – zoals zo vaak – over seks en bedrog. Na het verhaal namen we afscheid met de afspraak elkaar over een week weer te zien. Die volgende week maakte hij een opgewekte indruk en hij vertelde me goed gestemd en opgelucht te zijn. Hij kon zo weer verder. Ik heb hem het hele jaar niet meer gezien.²

vragenlijst hooguit een aanvullend hulpmiddel kan zijn om de klachten uit te vragen, maar niet geschikt is om de diagnose 'depressie' te stellen.¹² De NHG-Standaard Angststoornissen besteedt geen aandacht aan vragenlijsten.¹³ En in de recente herziening van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik is de *Five shot*-vragenlijst komen te vervallen omdat



Foto: Shutterstock

Vragenlijsten hebben weinig meerwaarde bij de screening op psychische problemen en bij uitkomstmetingen.

die geen meerwaarde blijkt te hebben boven anamnestic uitvragen.¹⁴ Meetinstrumenten zoals de PHQ-9 en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) worden slechts besproken in de noten van deze standaarden.

De 4DKL brengt in kaart hoe groot de rol is van spanningen (*distress*), depressieve gevoelens, angst en somatisatie.¹⁵ De lijst is niet bedoeld voor het opsporen van stoornissen, maar biedt wel de mogelijkheid niet-specifieke *distress* (gespannenheid, lusteloosheid, slechte concentratie, demoralisatie), die veel voorkomt, te onderscheiden van specifieke psychische problematiek (depressie, angst, somatisatie). Dit maakt de 4DKL bij uitstek geschikt voor de relatief ongedifferentieerde problematiek van patiënten in de eerstelijns ggz, bij wie vaak nog onduidelijk is ‘welke kant het opgaat’ – bijvoorbeeld of de klachten vooral spanningsgerelateerd zijn of toch eerder depressief. De 4DKL biedt ook een uitstekend handvat om psychosociale aspecten bespreekbaar te maken bij mensen met lichamelijk onverklaarde klachten. Een hoge score op de distressschaal biedt vaak aanknopingspunten voor een verder gesprek. De lijst kan sowieso goed gebruikt worden om meer focus te krijgen wanneer men de klachten verder wil exploreren.

Uitkomstmonitoring

Vragenlijsten worden behalve voor screening en diagnostiek ook steeds vaker gebruikt om het resultaat van de behandeling te monitoren. Dit zogeheten ROMmen (*routine outcome monitoring*) wordt vooral in de generalistische en specialistische ggz veel gedaan. Het idee is dat de zorg daardoor transparanter en beter vergelijkbaar wordt. In 2015 hebben zorgaanbieders en patiëntenverenigingen gezamenlijk een rapport geschreven over ‘gepast gebruik en transparantie in de ggz’. Een van de belangrijkste punten in dit rapport is de afspraak om binnen de specialistische ggz tot een set wettelijk verplichte uitkomstindicatoren te komen.¹⁶

Maar hoe zit het eigenlijk met de effectiviteit van deze uitkomstmetingen? Het valt nog maar te bezien of de patiënt er echt beter van wordt. Een recente Cochrane-review laat zien dat routine outcome monitoring bij veelvoorkomende psychische problemen niet leidt tot betere behandeling of betere behandelingsuitkomsten, al moet daarbij aangetekend worden dat de kwaliteit van de evidence matig was.¹⁷ En recent Engels onderzoek naar het UK Quality and Outcomes Framework roept de vraag op of het registreren van de ernst van een depressie aan het begin en het einde van de behandeling wel bijdraagt aan betere uitkomsten voor de patiënt.¹⁸

OPVATTINGEN VAN DE PATIËNT

Uit het veelal kwalitatieve onderzoek naar wat patiënten vinden van vragenlijsten rijst geen consistent beeld op. Er is onderzoek waaruit blijkt dat patiënten veel weerstand hebben tegen een screening op depressie, omdat de diagnose stigmatiserend kan zijn en omdat zij de depressiesymptomen zien als een normale reactie op tegenslag, waarvoor geen medische behandeling nodig is.¹⁹ In ander onderzoek bleken de patiënten vooral bezorgd over de validiteit van de vragen en

over de bruikbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk.²⁰ In een derde onderzoek bleken patiënten positiever dan huisartsen over depressievragenlijsten en waren ze zeker bereid zulke vragenlijsten in te vullen.²¹ Zij zagen de lijsten als nuttig en acceptabel, en als een teken dat de huisarts hen serieus nam. Wel was een minderheid bezorgd dat de uitslag zou leiden tot stigmatisering of dat de uitkomsten in de toekomst nadelige consequenties konden hebben.

BESPREKING VAN DE CASUS

De huisarts in het besproken consult koos expliciet niet voor gedetailleerd uitvragen via een ziektegerichte anamnese. Hij ging niet in op de somberheid of de mogelijk aanwezige depressie, maar liet de patiënt zijn verhaal doen. Zou de huisarts prioriteit hebben gegeven aan het stellen van de diagnose, ook al om een eventueel volgende behandeling in de eerstelijns ggz vergoed te krijgen, dan had hij waarschijnlijk op een aantal momenten in het consult andere keuzes gemaakt. Dan zou het noemen van somberheid aanleiding zijn geweest voor een ziektegerichte anamnese of voor het afnemen van een vragenlijst zoals de PHQ. Misschien had de huisarts de patiënt dan zelfs al vóór het consult een vragenlijst gegeven om hem te screenen op depressie.

In het besproken consult had de huisarts echter weinig behoefte aan een diagnose. Hij wilde weten waarom zijn patiënt zich meldde met somberheid en koos ervoor de patiënt zijn verhaal te laten vertellen, als instrument om de klacht te kunnen begrijpen. Dat was een beslissing die uitermate effectief uitpakte.

CONCLUSIE

Vragenlijsten hebben binnen het huisartsgeneeskundig handelen bij psychische klachten slechts een zeer beperkte plaats. Dit geldt zeker voor huisartsen die een overwegend persoonsgerichte benadering hanteren, omdat zij niet zozeer geïnteresseerd zijn in symptomen die met vragenlijsten gemeten worden, maar in wat de patiënt te vertellen heeft. Maar ook binnen de ziektegerichte benadering zijn er weinig argumenten voor het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns ggz: screening op psychische problemen leidt niet tot betere uitkomsten en moet dus achterwege blijven, in de diagnostiek werkt de anamnese minstens zo goed als een vragenlijst en bij de evaluatie van de behandeling leidt *routine outcome monitoring* niet tot betere uitkomsten, dus ook die kan beter achterwege blijven. De meningen van patiënten zijn verdeeld.

De enige uitzondering op het bovenstaande is de 4DKL. Wij vinden dit instrument wél geschikt voor de huisarts, omdat zich in de eerste lijn vaak patiënten melden met onduidelijke psychische klachten. De 4DKL kan de huisarts een beter idee geven over de richting waarin de klachten wijzen. Met name de vragen over *distress* zijn hierbij erg nuttig. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst van dit artikel is te vinden op www.henw.org, rubriek Beschouwing.



LITERATUUR

- 1 Maassen H. Huisartsen tegen verplichte ggz-screening. Medisch Contact, 12 november 2014.
- 2 Lucassen P. The man, the poem, the secret. *Pat Educ Couns* 2009;75:147-8.
- 3 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;74:143-9.
- 4 Groot WNJ, Carter ER, Braat DDM, et al. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- 5 Vissers W. The measurement of remoralization. An extension of contemporary outcome research [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2010.
- 6 Stange KC. A science of connectedness. *Ann Fam Med* 2009;7:387-95.
- 7 Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Casefinding and screening clinical utility of the Patient health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJ-Psych Open* 2016;2:127-38.
- 8 Thombs BD, Coyne JC, Cuijpers P, de Jonge P, Gilbody S, Ioannidis JP, et al. Rethinking recommendations for depression in primary care. *CMAJ* 2012;184:413-8.
- 9 Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, et al. Screening for depression in high-risk groups: prospective cohort study in general practice. *Br J Psychiatry* 2009;194:399-403.
- 10 Olde Hartman T, Lucassen P. Depressiepreventie in de eerste lijn is niet zinvol. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D639.
- 11 García-Campayo J, del Hoyo YL, Valero MS, Yus MC, Esteban EA, Guedea MP, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Prev Med* 2015;76:S12-5.
- 12 Van Weel-Baumgarten EM, van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- 13 Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:68-77.
- 14 Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijkx JJHM, Meerkerk GJ, Valken N, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). *Huisarts Wet* 2014;57:638-46.
- 15 Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.
- 16 Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie. Den Haag: Rijksoverheid, 2015.
- 17 Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, et al. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD011119.
- 18 Shaw EJ Sutcliffe D, Lacey T, Stokes T. Assessing depression severity using the UK Quality and Outcomes Framework depression indicators: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63:e309-17.
- 19 Wittkampf KA, van Zwieten M, Smits FT, Schene AH, Huyser J, Van Weert HC. Patients' view on screening for depression in general practice. *Fam Pract* 2008;25:438-44.
- 20 Wood F, Pill R, Prior L, Lewis G. Patients' opinions of the use of psychiatric case-finding questionnaires in general practice. *Health Expect* 2002;5:282-8.
- 21 Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ* 2009;338:b663.