

De 4DKL bevordert juist persoonsgerichte zorg

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns ggz nuttig is voor het herkennen, diagnosticeren en vervolgen van psychosociale problemen.¹ Dat geldt ook voor de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), want dat is voor de 4DKL nooit onderzocht. Het onderzoek dat wel gedaan is, betreft bijna uitsluitend depressievragenlijsten. Dit heeft alles te maken met de explosief toegenomen belangstelling voor depressie in de jaren tachtig, welke niet geheel toevallig volgde op de ontdekking van antidepressiva.^{2,3} Door de obsessie met de 'volksziekte depressie' werden alle psychosociale problemen die mensen kunnen hebben in een context van meer of minder 'depressie' geplaatst. Daarbij had de DSM-III de drempel voor 'major depressive disorder' flink verlaagd, zodanig dat ook normale reacties op verlies en tegenslag ('normal sadness') daaronder vielen.⁴ Geen wonder dat patiënten zich vaak slecht in het label 'depressie' herkennen,⁵ en dat ook huisartsen er slecht mee uit de voeten kunnen.⁶ Dat heeft de persoonsgerichte zorg beslist onder druk gezet.

De 4DKL is echter een totaal ander verhaal. De meeste mensen met psychosociale problemen scoren alleen op *distress* (soms met enige somatisatie), wat vertaald kan worden als 'spanningen'. Een PHQ-9 (depressie-)score wordt voor 72% verklaard door de 4DKL-distressscore en het PHQ-9-afkappunt voor 'depressie' (≥ 10) komt overeen met het 4DKL-afkappunt voor 'ernstige distress' (≥ 21) (ongepubliceerde gegevens). Het is een wereld van verschil of de patiënt te horen krijgt "u bent depressief" of "ik zie dat u het moeilijk heeft". Patiënten verzetten zich vaak tegen de suggestie dat ze depressief zouden zijn, zelfs als ze aan de 'officiële' DSM-IV criteria voldoen.⁵ Daarentegen ben ik, in de bijna twintig jaar waarin ik de 4DKL op ruime schaal in de praktijk heb gebruikt, geen enkele patiënt met een distressscore ≥ 21 tegengekomen die ontkende het moeilijk te hebben. De term 'depressie' neigt huisartsen ook in therapeutisch opzicht op het verkeerde been te zetten (antidepressiva). Als het duidelijk is dat de patiënt 'het moeilijk heeft', gaat het gesprek logisch verder over waarmee hij het moeilijk heeft, waarom hij het daar zo moeilijk mee heeft, en welke mogelijkheden er zijn om de moeilijkheden het hoofd te bieden. De 4DKL bevordert op die manier de persoonsgerichte benadering van psychische problemen.

Heb je daar als huisarts dan de 4DKL voor nodig? Nee, absoluut niet! Huisartsen zijn heel goed in persoonsgerichte zorg. En voor het herkennen van psychosociale problemen hebben huisartsen ook geen vragenlijst nodig. Tien procent van de mensen die op het spreekuur komt, spreekt spontaan over psychosociale problemen. Daarnaast ziet de huisarts nog een minstens even grote groep patiënten met (al of niet vage) lichamelijke klachten met een psychosociale achtergrond. Herkenning is het probleem niet, bespreekbaar maken van psychosociale kwesties soms wel. Hier kan de 4DKL bij helpen. Als de patiënt bereid is een 4DKL in te vullen, bijvoorbeeld



Foto: Shutterstock

Gebruik de 4DKL ook wanneer de situatie duidelijk lijkt.

omdat hij desgevraagd erkent dat stress of spanning een rol zouden kunnen spelen, dan leidt een verhoogde distressscore het gesprek automatisch naar omstandigheden en gebeurtenissen waar de patiënt het moeilijk mee heeft.⁷

Een andere reden om de 4DKL te gebruiken, is om 'echte' depressies (en angststoornissen) niet te missen. Nadeel van een persoonsgerichte aanpak is namelijk dat de huisarts 'vergeet' om ook ziektegericht te kijken. Het probleem is dat de meeste depressies (en sommige angststoornissen) ontstaan bij kwetsbare mensen onder invloed van stress. Routinematig gebruik van de 4DKL bij alle patiënten met (verdenking op) psychosociale klachten zal die 'verborgen' stoornissen onmiddellijk aan het licht brengen.⁷ Dat is omdat de depressie- en angstschalen van de 4DKL geen specifieke (spannings)klachten maar uitsluitend specifieke symptomen bevatten.⁸ Dan hoort ziektegerichte zorg náást persoonsgerichte zorg te worden verleend. Het is namelijk geen tegenstelling. Persoonsgerichte zorg moet altijd en ziektegerichte zorg soms, op indicatie. Mijn advies is om de 4DKL niet alleen bij onduidelijke situaties te gebruiken maar (juist) ook wanneer de situatie duidelijk lijkt. En ik adviseer dat huisartsen zelf de 4DKL gebruiken in plaats van dit over te laten aan hun praktijkondersteuners-ggz. Juist omdat bespreking van de 4DKL-uitslag zo'n geweldig handvat is om met de patiënt in gesprek te komen over zijn leven en zijn moeilijkheden. Dus, ruim baan voor de patiënt en diens verhaal! ■

LITERATUUR

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

EMGO Institute for Health and Care Research, VUmc, Amsterdam: dr. B. Terluin, senior onderzoeker • Correspondentie: b.terluin@vumc.nl • Mogelijke belangenverstremming: B. Terluin is copyrighthouder van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en ontvangt royalty's van partijen die de 4DKL op commerciële basis gebruiken. Tevens ontvangt hij vergoedingen voor lezingen en workshops over de 4DKL. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik en te downloaden van www.4dsk.eu.



LITERATUUR

- 1 Lucassen P, Postma S, Olde Hartman T. Het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns GGZ. *Huisarts Wet* 2017;60:112-4.
- 2 Callahan CM, Berrios GE. Reinventing depression. A history of the treatment of depression in primary care, 1940-2004. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- 3 Shorter E. How everyone became depressed. The rise and fall of the nervous breakdown. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- 4 Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
- 5 Wittkampf KA, Van Zwieten M, Smits FT, Schene AH, Huyser J, Van Weert HC. Wat denken gescreeende patiënten met een depressie over hun diagnose? *Huisarts Wet* 2009;52(6):274-80.
- 6 Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract* 2011;12:47.
- 7 Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008; 51:251-5.
- 8 Terluin B, Brouwers EPM, Van Marwijk HWJ, Verhaak PFM, Van der Horst HE. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Fam Pract* 2009;10:58.