

Het plangesprek

Met de uitkomsten van de visitatie in de hand, praat u in het plangesprek, van wederom circa anderhalf uur, met de adviseur over de volgende stappen. De belangrijkste punten worden uit het cijfermateriaal gehaald en geprioriteerd. Ook worden ideeën uitgewerkt hoe de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Wat is precies het probleem? Wat wil u veranderen? Wat is het doel van uw aanpak? Tevens kan besproken worden of er aanvullende ondersteuning nodig lijkt. Over het aanbod aan verschillende mogelijkheden ná de visitatie wordt u in komende artikelen geïnformeerd.

Meer informatie

Het intake- en het plangesprek helpen u meer rendement uit de visitatie te halen en efficiënter uw tijd en energie aan te wenden bij veranderingen en verbeteringen in de praktijk. Heeft u behoefte aan meer informatie, of wil u weten waar u voor deze vorm van ondersteuning terecht kunt, bel of mail dan met ondergetekende (030-288 17 00/d.walstock@nhg-nl.org).

*Dick Walstock, huisarts,
adviseur NHG-sectie Advisering en Ondersteuning*

Geestelijke gezondheidszorg

Angststoornissen in de spreekkamer: Het lijden dat men vreest

Helaas wordt de huisarts soms geconfronteerd met patiënten die zich presenteren met vage klachten waarbij niet direct een aanknopingspunt te vinden is. Vaak gaat achter deze klachten een scala aan psychische en sociale problemen schuil. Het is de kunst voor de huisarts deze gordiaanse knoop te ontwarren. Onderstaand worden enkele handvatten gegeven hoe om te gaan met angststoornissen.

De bloeddruk van Dekker

De heer Dekker, 45 jaar oud, staat al tien jaar bij Margreet Stips ingeschreven, maar kwam altijd alleen als begeleider van zijn kinderen. Het afgelopen jaar heeft Stips hem echter beter leren kennen vanwege een vijftal bezoeken. Dekker maakte zich achtereenvolgens zorgen om zijn bloeddruk, hartkloppingen, diffuse buikpijn, een moedervlek en duizeligheid. Bij geen van de consulten vond Stips afwijkingen. Ook aanvullend onderzoek en vragen over de thuis-situatie en het werk leverden geen aanknopingspunten op. Bij ieder consult vroeg Dekker om een bloeddrukmeting, hetgeen Stips telkens honoreerde. Vandaag komt hij weer vanwege oorsuizen, duizeligheid en... de bloeddruk. Ook nu vindt Stips bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen en een wederom fraaie bloeddruk.

Eén klacht, twee kanten

Er zijn veel verschillende benamingen in omloop geweest voor 'vage klachten', zoals functionele, nerveus-functionele, psychosociale en psychosomatische klachten. Recent stelde Henriëtte van der Horst voor deze te benoemen als 'lichamelijk onverklaarde klachten', een term die goed weergeeft waar het om gaat.¹ Een huisarts krijgt bij zo'n klachtenpatroon een wat onbestemd gevoel. Steeds lijkt de uitleg begrepen en de patiënt gerustgesteld, maar het komt blijkbaar toch niet over. Ook niet-somatisch 'spoorzoeken' levert weinig op. Zit er soms een klacht achter de klacht en waar moet je die dan zoeken? Als huisarts zit je vaak vast aan een 'ziektemodel': een klacht staat voor een diagnose, of een diagnose kan juist worden uitgesloten.

ten. Dit gaat echter voorbij aan de beleving van de patiënt. Diens perspectief is breder dan alleen de somatische kant. Om welke aspecten gaat het dan?

SCEGS

Bij de analyse van lichamelijk onverklaarde klachten is het acroniem SCEGS behulpzaam:

- **Somatisch:** de klacht moet worden uitgediept wat betreft aard, lokalisatie, duur, aanvallen en waarmee deze samenhangen, en intensiteit. Daarbij hoort ook een lichamelijk onderzoek en zo nodig, maar liefst beperkt, aanvullend onderzoek.
- **Cognities:** welke ideeën heeft de patiënt zelf over de klachten; welke verklaring en behandeling verwacht hij? De huisarts vult gemakkelijk de cognities voor de patiënt in, maar het is zinnig hierover vragen te stellen.
- **Emoties:** welke gevoelens roepen de klachten op? Bijvoorbeeld angst en ongerustheid, die vaak niet vermeld worden, of boosheid.
- **Gedrag:** hoe gaat de patiënt om met zijn klacht en de beperkingen daarvan?
- **Sociaal:** hoe reageert de omgeving van de patiënt op de klacht?

Vage klachten, heldere vragen

De klachtenanalyse volgens het SCEGS-model geeft meer inzicht in de beleving van de patiënt van zijn klacht. Desondanks lukt het ook dan niet altijd om het probleem duidelijk te krijgen. Wees extra alert bij patiënten die frequent het spreekuur bezoeken met wisselende en onderling niet samenhangende klachten of met aanhoudende specifieke klachten als gespannenheid en prikkelbaarheid. Dat geldt ook voor patiënten die steeds maar kort gerustgesteld kunnen worden zoals bij duizeligheid en hartkloppingen. Het is zinvol om bij deze groepen patiënten expliciet naar depressieve gevoelens, angststoornissen en alcoholgebruik te vragen.

Gerichte vragen naar depressie zijn: 'Heeft u zich de laatste tijd som-

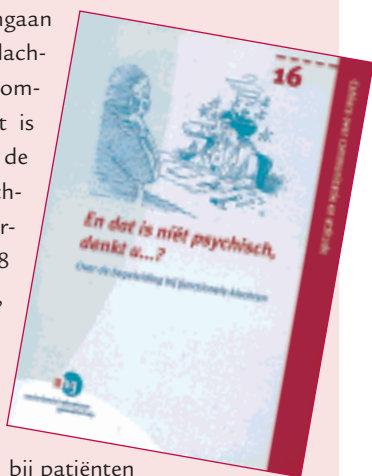
ber of neerslachtig gevoeld?’ en ‘Heeft u de laatste tijd geen zin in dingen, waar u normaal veel interesse voor had?’ Vraag bij een vermoeden van een angststoornis: ‘Heeft u zich de laatste tijd angstig of gespannen gevoeld?’ Voor de bevestiging van alcoholmisbruik zijn er verschillende testen in omloop zoals de CAGE-test, maar de directe vraag: ‘Heeft u de laatste tijd alcohol gebruikt en hoeveel?’, geeft vaak al voldoende aanknopingspunten.

Voor bijna alles bang geweest...

De anamnese bij het vermoeden van een angststoornis kan een aantal consulten in beslag nemen. Veel mensen schamen zich voor hun angst. Daarom is het goed om expliciet naar buitensporige angst te vragen: ‘Voelt u zich wel eens angstig?’, ‘Heeft u dan bijvoorbeeld ook hartkloppingen?’, et cetera. Welke cognities heeft de patiënt: is deze bang om dood te gaan bij een paniekaanval, of voor een ernstige lichamelijke ziekte bij hypochondrie, of voor de herbeleving van een ingrijpende gebeurtenis bij een posttraumatische stress-stoornis? Angst is een emotie, maar roept natuurlijk ook gedrag op. Belemmert de angst het dagelijks functioneren? Gaat de patiënt situaties vermijden? Hoe reageert de omgeving op de angsten?

- U kunt meer lezen over het omgaan met lichamelijk onverklaarde klachten in het NHG-Cahier over communicatie en attitude ‘En dat is níét psychisch, denkt u...? Over de begeleiding bij functionele klachten’. Het cahier kan besteld worden bij het NHG (tel. 030-288 17 00, <http://nhg.artsenet.nl>, rubriek ‘bestellen’).

- Over het onderwerp is in samenwerking met Henriëtte van der Horst en Nettie Blankenstein een cursus ‘Beleid bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten’ ontwikkeld.² Meer informatie daarover kunt u krijgen bij de NHG-sectie Advisering en Ondersteuning, Liesbeth van der Jagt of Bas Spelberg (tel. 030-288 17 00).



Nog maar eens onderzoeken?

Een patiënt met een angststoornis komt meestal met lichamelijke klachten. Hoewel de huisarts terecht verwacht dat een lichamelijk onderzoek weinig zal opleveren, is het toch zinvol de patiënt na te kijken. Deze voelt zich serieus genomen en eventuele geruststelling heeft meer kans van slagen. Het is belangrijk het lichamelijk en aanvullend onderzoek te laten aansluiten bij de angsten. Valkuil is natuurlijk om het lichamelijk onderzoek steeds te herhalen en uit te breiden met allerlei aanvullende onderzoeken. Onnodig herhaaldelijk onderzoek kan het neutraliserend gedrag van de patiënt versterken en zo de angst instandhouden.

Dood op de tennisbaan

Desgevraagd vertelt de heer Dekker dat er reden is voor zijn angst. Hij was een jaar geleden op de tennisbaan getuige van een fatale hartstilstand bij een leeftijdgenoot. Daar denkt hij nog vaak aan terug en soms heeft hij er nachtmerries over. Op de tennisbaan is hij niet meer geweest. Ook doet hij op zaterdag geen boodschappen meer voor zijn gezin uit angst dat hij in een winkel een hartaanval zal krijgen. Zijn vader kreeg het op latere leeftijd immers ook aan zijn hart... Dekker is prikkelbaar geworden en kan zich steeds slechter concentreren.

Herbeleven en vermijden

Het gaat bij de heer Dekker om een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) met agorafobie. Een PTSS wordt vaak gekenmerkt door steeds terugkerende herbelevingen van en nachtmerries over een ingrijpende gebeurtenis. Dit kan ertoe leiden dat de prikkels die herinneringen aan deze gebeurtenis oproepen (situaties, mensen, activiteiten) worden vermeden. Vaak is er een verhoogde prikkelbaarheid zich uitend in schrikreacties en woede-uitbarstingen. Het vermijdingsgedrag leidde bij de heer Dekker ook tot agorafobie. Hierbij is de patiënt angstig voor situaties waarin hij een paniekaanval kan krijgen of onwel kan worden. Hij is bang dat er te laat hulp zal komen, met alle gevolgen van dien. De heer Dekker gebruikte zijn spreekuurbezoeken om zijn angsten te neutraliseren. ‘Als mijn bloeddruk maar goed is, gaat het met mijn hart ook wel goed.’ Het meten van de bloeddruk versterkt het neutraliserend gedrag en houdt de angststoornis in stand.

De angst aangepakt

Het gaat er nu niet zozeer om geruststelling te geven voor de lichamelijke problemen, maar om de angststoornis aan te pakken. De huisarts kan vertellen dat angststoornissen veel voorkomen en dat deze reactie op de gebeurtenis op de tennisbaan verklaarbaar is. Angststoornissen verdwijnen niet vanzelf, maar de duur en de ernst zijn met een passende behandeling te verminderen. De huisarts legt uit dat er een vicieuze cirkel is: door de gebeurtenis is het lichaam overprikkeld, dat veroorzaakt verschijnselen als hartkloppingen, deze roepen angst op en daardoor wordt het lichaam weer tot een nog meer verhoogde waakzaamheid gebracht. Als de patiënt zich bewust wordt van deze vicieuze cirkel, kan dit de klachten doen verminderen. Als ondersteuning van de uitleg heeft de huisarts de beschikking over de NHG-Patiëntenbrieven ‘Paniekstoornis’ of ‘Posttraumatische stress-stoornis’.

Beide aandoeningen vragen een gecombineerde aanpak: cognitieve gedragstherapie door een psycholoog met ervaring in angststoornissen en – afhankelijk van de wachttijd of de mate van angst – medicatie in de vorm van een tricyclisch antidepressivum of een SSRI. De dosering en de motivatie voor een keuze staan beschreven in de NHG-Standaard Angststoornissen. (LB)

Dit artikel is totstandgekomen in samenwerking met Justine Starreveld en Marion Grol, beiden huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG

¹ Van der Horst H. Nerveus-functionele klachten bestaan niet. Huisarts Wet 2003;46(11):602.

² Brandsma F. Cognitieve gedragstherapie: Win-winsituatie voor huisarts en patiënt. Huisarts Wet 2003;46(5):284-5.