

## Bij de casus over duizeligheid: Je draai niet kunnen vinden

In de kennistoets ziet de huisarts mevrouw Okkes met benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD). Duizeligheid komt in de huisartsenpraktijk frequent voor en wordt als een moeilijk probleem ervaren. Voor patiënten is de klacht vaak beladen met angst, terwijl angst ook weer duizeligheid kan veroorzaken. De huisarts in de kennistoets heeft niet geheel volgens de nu geldende richtlijnen gehandeld en schreef medicatie voor. Na enkele maanden is de patiënte nog steeds angstig en de duizeligheidsklachten persisteren. Tijd om het over een andere boeg te gooien.

### Moment voor jezelf

Nu de huisarts merkt dat haar aanpak niet het gewenste effect heeft, is het zinvol dat zij bij zichzelf nagaat of ze correct heeft gehandeld bij mevrouw Okkes wat betreft de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Daarnaast is het van belang dat ze de hulpvraag goed heeft verhelderd en daarop adequaat heeft gereageerd. Zo toont ze dat ze de klacht serieus neemt en begrip heeft voor de hinder die de patiënt daarvan ondervindt. Bij de begeleiding van patiënten met dit soort klachten kunnen elementen uit de cognitieve gedragstherapie bruikbaar zijn. Om de klachten goed te analyseren kan de huisarts werken volgens het SCEGS-model (zie kader). Aan de hand van deze uitgebreide anamnese kan zij bijvoorbeeld stilstaan bij wat de eigen ideeën van de patiënt zijn of onjuiste gedachten over de oorzaak van de duizeligheid corrigeren. Ook een lichamelijk onderzoek draagt bij tot het gevoel serieus te zijn genomen.

### Werken volgens het SCEGS-model

- ▶ **Somatiek.** De huisarts diept de klacht uit met behulp van de specifieke anamnese en gericht lichamelijk onderzoek. Hierdoor voelt de patiënt zich begrepen.
- ▶ **Cognities.** Welke ideeën heeft de patiënt over zijn klacht? Welke verklaring ziet hij voor zijn klacht; heeft hij ideeën over de mogelijke oorzaak?
- ▶ **Emoties.** Welke gevoelens roept de klacht op? Is de patiënt bijvoorbeeld wanhopig, moedeloos of juist opstandig?
- ▶ **Gedrag.** Hoe gaat de patiënt met zijn klacht om; doet hij bepaalde dingen wel of juist niet? Is dat effectief?
- ▶ **Sociaal.** Welke gevolgen heeft de klacht in sociaal opzicht? Hoe gaat het bijvoorbeeld op het werk? Hoe reageert de omgeving?

### Dagboek voor de dokter<sup>1</sup>

Als het de huisarts niet lukt om voldoende zekerheid te krijgen over de diagnose of mevrouw gerust te stellen, kan de patiënte gevraagd worden een 'duizeligheidsdagboek' bij te houden. Dit heeft onder meer tot doel de klachten verder uit te diepen en factoren die daarop van invloed zijn te identificeren (zie kader). Het dagboek kan ook een middel zijn om aanknopingspunten te vinden voor het opstellen van

een behandelingsplan. Het is van belang dat de huisarts van tevoren goed weet waarom ze het dagboek laat bijhouden, dit met concrete voorbeelden uit het verhaal van mevrouw Okkes illustreert en duidelijk uitlegt hoe zij haar klachten moet noteren. Valkuilen zijn dat de huisarts speculeert over de mogelijke resultaten, te weinig concreet instrueert of kleinerende bewoordingen als 'dagboekje' gebruikt.

Mevrouw Okkes moet het dagboek bijhouden gedurende een tot twee weken, dagelijks op een vast moment, ook op klachtenvrije dagen. Twee weken levert voldoende informatie op voor de huisarts en is goed haalbaar voor de patiënt. De huisarts laat meteen een vervolgspraak maken en laat het dagboek een dag voor het vervolgconsult inleveren.

### Indeling van het dagboek

De huisarts kan als indelingsinstructie een papier meegeven met vier kolommen. Afhankelijk van de patiënt en de klacht zijn diverse variaties denkbaar, zoals:

Dag/tijdstip	Ernst van de klachten	Bezigheden	Gedachten over de klacht
Dag/tijdstip	Duur van de klachten	Wat wilde u doen?	Wat heeft u gedaan?
Dag/tijdstip	Waar was u toen de klachten begonnen?	Waar dacht u aan?	Hoe voelde u zich?

### Bespreken van het dagboek

Bij de bespreking van de klachtenregistratie zoekt de huisarts samen met mevrouw Okkes naar aanknopingspunten voor een verband tussen de klachten en andere factoren, of naar mogelijkheden om de klachten te beïnvloeden. Het is belangrijk om de klachtenregistratie op het bureau tussen de huisarts en de patiënt in te leggen. Wat aan de orde moet komen, zijn (in die volgorde): de waardering voor het dagboek, wat patiënte opvalt, en ten slotte wat de huisarts opvalt. Let erop eerst waarnemingen te geven en dan interpretaties. Daarbij is het nuttig om met name aandacht te besteden aan gedachten (cognities) en (het vermijden van) bezigheden. Valkuil is dat de huisarts begint met zelf te zeggen wat hem opvalt of vergeet de patiënt commentaar te vragen op zijn observaties en interpretaties.

Een andere keer meer over dit onderwerp.

*Margriet Bouma, huisarts,  
wetenschappelijk medewerker NHG*

<sup>1</sup> Beleid bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten. Cognitief-gedragstherapeutische technieken door de huisarts [NHG-Syllabus]. Utrecht: NHG, 2003.