

verwachten dat dit zich vertaalt in een verhoogde distressscore. Rouw kan niet als zodanig uit de 4DKL-scores worden afgeleid, maar kan wel een verklaring zijn voor een verhoogde distressscore. De antwoorden op de items 47 en 48, die vragen naar aangrijpende gebeurtenissen, kunnen de huisarts op het spoor van verwerkingsproblemen zetten.

Gedrag dat niet gepaard gaat met psychisch lijden, zoals verslavingen, eetstoornissen en antisociaal gedrag, zal de 4DKL niet oppikken. Vanwege de prevalentie van alcoholproblemen is het verstandig daar specifiek naar te vragen, ongeacht de 4DKL-scores.

De 4DKL is uiteraard niet beveiligd tegen fraude. De praktijk leert echter dat huisartsenpatiënten de lijst vrijwel altijd waarheidsgetrouw invullen. De waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat patiënten zich bij het invullen heel goed realiseren dat als ze de 4DKL opzettelijk verkeerd invullen, ze ook niet kunnen verwachten dat de huisarts in staat is hen te helpen.

### Conclusies

- ▶ De 4DKL is een handzaam hulpmiddel om veelvoorkomende psychosociale klachten in kaart te brengen.
- ▶ De 4DKL detecteert praktisch alle patiënten die psychisch lijden, ongeacht de specifieke oorzaken.

- ▶ De 4DKL detecteert specifiek patiënten die een relatief grote kans hebben op een ernstige depressieve of angststoornis waarvoor een specifieke behandeling aangewezen is.
- ▶ Bespreking van de 4DKL-scores met de patiënt is een goede manier om de patiënt te betrekken in het formuleren van de diagnose en het plan van aanpak. Dit versterkt het probleemeigenaarschap bij de patiënt en diens motivatie voor behandeling.

### Literatuur

- 1 Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996; 39:538-47.
- 2 Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, De Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6:34.
- 3 Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Lekenterm als diagnose: Achter 'overspanning' gaan vaak ernstige klachten schuil. *Medisch Contact* 2005; 60:100-2.
- 4 Terluin B, Rijmen F, Van Marwijk HWJ, Stalman WAB. Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen. *Huisarts Wet* 2007; 50:300-5.
- 5 Van Wilgen CP, Keizer D. Het sensitiseringsmodel: Een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148:2535-8.

## Column

# Niet gezellig

Bep was oud, 92 jaar. Ik was betrekkelijk jong, 47 jaar. Toen we elkaar leerden kennen, was zij de 70-jarige patiënt met weinig gezondheidsproblemen en was ik de jonge dokter die 70 jaar onnoemelijk oud vond. We woonden in hetzelfde hofje. Zij was dus ook de oude buurvrouw die altijd zwaaide en tuk was op een praatje. Dat deed ze met veel burens.

Naarmate ze ouder werd, kreeg de dokter het drukker. Ze had wat artrosepijn hier en daar, vocht in de benen, en later atriumfibrilleren tegen hartfalen aan. Maar er zijn ergere ziektes dan ik heb, zei ze. Ze vond dat ze tevreden moest zijn en dat was ze ook.

Ik kwam er graag, net als de andere buurtjes, voor een praatje, voor een borreltje. Langzaamaan werd dat een gewoonte, de zogenaamde navisite aan het eind van de dag. Ik een witje, zij een citroentje.

Daar heeft mijn duopartner een eind aan gemaakt. 'Ik ben voortaan haar dokter,' zei ze, 'en jij gaat gewoon een borreltje drinken met je 90-jarige vriendin. Zo kun je niet goed voor haar zorgen.' Ze had namelijk gemerkt dat tante Bep klachten achterhield als ik er kwam, want dat was niet gezellig. Bep had moeite met de verschillende rollen van oma, buurvrouw en van patiënt. Ik bofte met zo'n goede collega, en ze had groot gelijk. Het moet niet te gezellig zijn tussen arts en patiënt.

De pijn in haar de rug ontstond geleidelijk aan. Mijn collega was op vakantie. Ik mocht dus weer haar dokter zijn. Het duurde even voor ik aan een spontane wervelcollaps dacht. Die was er, een paar zelfs, goed zichtbaar op de foto. Er kwam meer thuiszorg, die haar graag verzorgde. De fysiotherapeut kwam aan huis, met plezier, om haar gaande te houden. De pijnstilling werkte goed, zei ze. Desondanks bewoog ze minder. Ze raakte uitgeput, van de pijn. Maar de pijnstilling werkte goed.

Toen gaf ze het op. Ze vroeg wat ik van euthanasie vond. Dat kan niet voor een wervelbreuk, vertelde ik. Dat knapt weer op, daar zijn goede pijnstillers voor. Het even niet zien zitten en het zwaar hebben is onvoldoende reden voor euthanasie. 'Maar wat dan, jongen, wat moet ik dan? Ik wil namelijk niet meer.' Daar kon ik alleen maar op zeggen dat mensen die niet meer willen, nog altijd kunnen stoppen met eten. Oude mensen doven dan vlot uit. Dat heeft ze gedaan: ze stopte met leven. In een week was ze overleden, vredig, op haar gemak, in haar eigen huisje.

Na haar overlijden vertelde haar zoon dat ze wel degelijk veel pijn heeft gehad. Die pijnstillers hielpen helemaal niets. Die pijn heeft haar gesloopt. Maar dat wilde ze niet zeggen. Dat was zo sneu voor mij. Dat vond ze niet gezellig. Is ze toch nog doodgegaan aan gezelligheid. Er zijn inderdaad ergere ziektes.

Nico van Duijn