KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

EEN PERSOONSGERICHT VIER-VRAGEN SCHEMA VOOR DE EERSTELIJNS AANPAK VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Nicolas MEIRSCHAERT

Promotor: Dr. Marc Van Nuland

Co-promotor: *Professor Dr. Jan De Lepeleire*

Proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van Master of Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2016-2017

Dankwoord:

Negen jaar geleden stond ik aan het begin van mijn studie-avontuur, eerst in de KULAK, nadien in Leuven. Al van bij de start was het mijn droom om huisarts te worden omwille van de laagdrempeligheid, het familiale contact en de gevarieerdheid van de job. Velen hebben me geholpen om deze studieloopbaan te realiseren, waarvoor mijn oprechte dank!

In het vierde masterjaar werd de paper reeds begeleid door dr. Marc Van Nuland en professor Jan De Lepeleire met succes. Ik kreeg de mogelijkheid om met hen een vervolg te breien aan dit pilootproject. Samen bouwden we het viervragenschema en de syndroomdiagnoses uit tot een praktische handleiding voor de huisarts om op een persoonsgerichte manier op weg te gaan met patiënten met psychisch lijden.

Graag wil ik alle deelnemende huisartsen en psychologen bedanken voor hun medewerking bij de toetsing op het veld.

Maar mijn grootste dank gaat uit naar mijn promotor en co-promotor. Zonder hun deskundig advies, vele tips en continue feedback had deze paper niet mogelijk geweest. Een welgemeende dank u wel voor jullie steun, vertrouwen en begeleiding in mijn groeiproces tot huisarts en bij het verwezenlijken van deze thesis!

EEN PERSOONSGERICHT VIER-VRAGEN SCHEMA VOOR DE EERSTELIJNS AANPAK VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Abstract:

Inleiding:
Een kwart van de Belgische bevolking maakt ooit een psychische stoornis door. Vaak presenteren die mensen zich eerst bij de huisarts. Er is dus een sterke nood aan een waardevolle diagnostische en therapeutische eerstelijnsopvang. Op basis van het boek "De DSM-V voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ", groeide een werkschema voor de persoonsgerichte diagnostiek aanpak van psychische klachten in de huisartsgeneeskunde, bestaande uit vier vragen en beknopte syndroomdiagnoses.

Onderzoeksvraag:
De opzet van dit onderzoek is de toepasbaarheid van het viervragenschema en de bijhorende syndroomdiagnoses in de huisartspraktijk te beoordelen. We willen nagaan welke visie huisartsen alsook psychologen hebben over de gebruiksvriendelijkheid en mogelijke barrières van deze consultatiewerkwijze. Daarnaast willen we toetsen of deze nieuwe aanpak de samenwerking en communicatie met andere hulpverleners alsook met de patiënt beïnvloedt.

Materialen en methoden:
Gebaseerd op de resultaten van de pilootstudie werd door middel van actieonderzoek het consultatieschema verfijnd en geëvalueerd. Zo kregen de syndroomdiagnoses een concretere invulling. Het geheel werd gepresenteerd aan Kortrijkse huisartsen met het verzoek dit in de praktijk toe te passen gedurende 1 maand. Nadien werd een focusgesprek met thematische analyse georganiseerd met de geïnteresseerde huisartsen. Na één maand praktijktoetsing werden hun ervaringen via een enquête bevraagd. Deze consultatiewerkwijze werd tevens aan psychologen voorgesteld, gevolgd door een focusgesprek om aan de hand van een thematische analyse tot nieuwe inzichten te komen.

Resultaten:
Het consultatieschema voor psychische klachten biedt volgens de deelnemende huisartsen een meerwaarde ten opzichte van de nu gangbare consultatievoering. Het is gestructureerd en eenvoudig werkbaar en benadrukt de therapeutische relatie. Initieel is het intensiever, maar het is efficiënter en het levert meer informatie op. Het gebruik van de syndroomdiagnoses kan nuttig zijn in communicatie met de patiënt, maar doorverwijzing gebeurt bij voorkeur in DSM-V-jargon. Alle deelnemende huisartsen willen zich verder toeleggen en bekwamen in het toepassen van het consultatieschema.

De deelnemende psychologen vinden het schema een waardevol instrument voor huisartsen om therapeutisch op pad te gaan met de patiënt.

Conclusie:
De deelnemende huisartsen ervaren het aangepaste viervragenschema voor psychische klachten als een meerwaarde in hun praktijkvoering. Het biedt meer structuur, levert meer informatie en bekrachtigt de therapeutische relatie met de patiënt. De syndroomdiagnoses werden als een interessante aanvulling aanzien, maar minder gebruikt. De deelnemende psychologen vonden het schema nuttig voor huisartsen eerder dan voor zichzelf.

Inleiding:

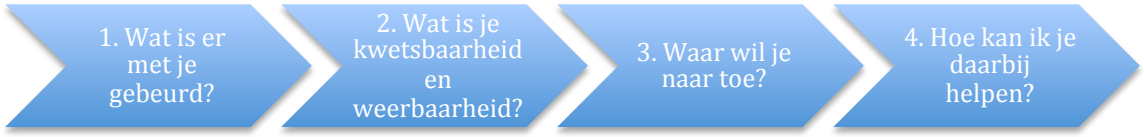
In de huisartsenpraktijk worden we vaak geconfronteerd met psychische klachten (1). Uit Belgisch onderzoek van 2002, bleek dat 27% van de respondenten minstens ooit één mentale stoornis doormaakt (2). In België zijn er dagelijks gemiddeld drie geslaagde suïcides en daarmee behoren we tot de top drie in Europa (2). Een derde van de patiënten met psychosociale klachten doet beroep op professionele hulpverlening, waarvan het merendeel zich presenteert bij de huisarts (2).
Huisartsen voelen zich daar soms onwennig bij en hebben nood aan handvaten en hulpmiddelen om professionele psychische hulp te verlenen (3). Veel patiënten krijgen geen (optimale) therapie, terwijl we in België koploper zijn in opnames in psychiatrische instellingen. Er is een grote kloof tussen de zorgbehoefte en het zorgaanbod van psychische problemen (2). Vandaar ontstaat de nood aan een persoonsgerichte diagnostiek en behandeling voor psychosociale problemen met een prominente huisartsenrol (2).
Het is voor huisartsen vaak niet vanzelfsprekend om bij patiënten correcte psychiatrische diagnoses te stellen. De DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (4), die gebruik maakt van een categoriale diagnostiek, wordt door huisartsen weinig gebruikt om verschillende redenen. Enerzijds is het diagnostische landschap in de DSM V, met meer dan 400 diagnoses, te ruim voor de huisarts en anderzijds houden huisartsen niet van symptoomlijsten bevragen (5). Vaak is de diagnose enkel stigmatiserend zonder de hulpvraag van de patiënt te beantwoorden (6) (7).

Naast de categoriale diagnostische methode, zoals de DSM-V (4) en de ICD-10 (8) bestaat er ook een persoonsgerichte aanpak, waar het verhaal van de patiënt centraal staat, zoals de BATHE-methode (9) en het oplossingsgericht werken (10).

De Nederlandse psychiater Jim van Os, die zelf meewerkte aan de ontwikkeling van de DSM-V, is tevens een sterke criticus. In de DSM-V worden verschillende ziektebeelden opgelijst, alsof ze gereduceerd kunnen worden tot ziekte-specifieke afwijkende hersenprocessen. Maar we kunnen volgens deze auteur gevoelens en psychisch functioneren niet herleiden tot louter moleculaire hersenactiviteiten, daar dit enkel stereotypering en stigmatisering biedt op basis van pseudokennis (7). Hij is niet de eerste en enige die kritiek heeft op de classificatie van psychiatrische ziektebeelden. Psycho-analiticus Karl Jaspers was reeds in 1913 op zoek naar complexen van gemeenschappelijke symptomen die bij meerdere psychiatrische aandoeningen voorkwamen (11). Hij verzette zich tegen het diagnosticeren als hoofddoel, die ons doet verdwalen in vicieuze cirkels van symptomen met betekenisloze diagnostiek en behandeling als resultaat (11). De zoektocht naar betere beschrijvingen die de bestaande DSM-criteria overstijgen, blijft actueel (12). Uit onderzoek van Haslam e.a. bleek dat er veel symptomenoverlap is tussen de verschillende psychiatrische ziektebeelden en DSM-5-categorieën (13). Maar sommige symptomen zouden

belangrijker zijn bij syndroomontwikkeling dan andere, wat vereenvoudigde diagnostiek sterk bemoeilijkt (14).
R. Goekoop en J.G. Goekoop delen een gelijkaardige visie die de verscheidenheid aan psychiatrische pathologie probeert te verklaren, waarbij elementaire syndromen als bouwstenen gecombineerd worden en via brugsymptomen in verbinding staan (15). Dit zou meer rekening houden met individuele variatie en de prognose kunnen voorspellen (16). Diagnosestelling heeft pas waarde als het in relatie staat met de noden die de patiënt ervaart en als het de prognose helpt voorspellen (7).
Vanuit dit gedachtegoed werd een consultatie-werkwijze ontworpen, bestaande uit vier persoonsgerichte vragen en een beperkt aantal syndroomdiagnoses, die stigmatisering vermijden (17): 1) "Wat is er met je gebeurd?" 2) "Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid?" 3) "Waar wil je naar toe?" 4) "Wat heb je nodig?"

Op die manier kan echt persoonlijke diagnostiek de eerste stap zijn naar herstel van psychologisch functioneren, is de stelling.



Figuur 1: Het vier-vragenschema uit "De DSM-V voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ" (17)

Deze nieuwe kijk op de ontrafeling van psychische problemen lijkt ons zeer relevant voor de aanpak van psychische problemen in de huisartspraktijk en we willen dit ook verder exploreren met de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke verfijning moet aangebracht worden aan het vier-vragen schema en bijhorende syndroomdiagnoses zoals die in het pilootproject werden ontwikkeld?
2. Welke visie hebben huisartsen op de mogelijkheden die het vier-vragenschema levert in de eerste lijn? Zouden huisartsen het vier-vragenschema en de bijhorende syndroomdiagnoses toepassen?
3. Welke visie hebben huisartsen op de mogelijkheden en barrières om deze consultatiewerkwijze in hun praktijkvoering te implementeren?
4. Welke visie hebben huisartsen op de rol die het vier-vragenschema kan spelen in de samenwerking met de tweede lijn?
5. Hoe denken psychologen over het vier-vragenmodel en de toepasbaarheid van de syndroomdiagnoses in de communicatie met de huisarts? Betekent dit gemeenschappelijke jargon een meerwaarde in de communicatie tussen beide?

Materialen en methoden:

Stappenplan:

Voorafgaand onderzoek:

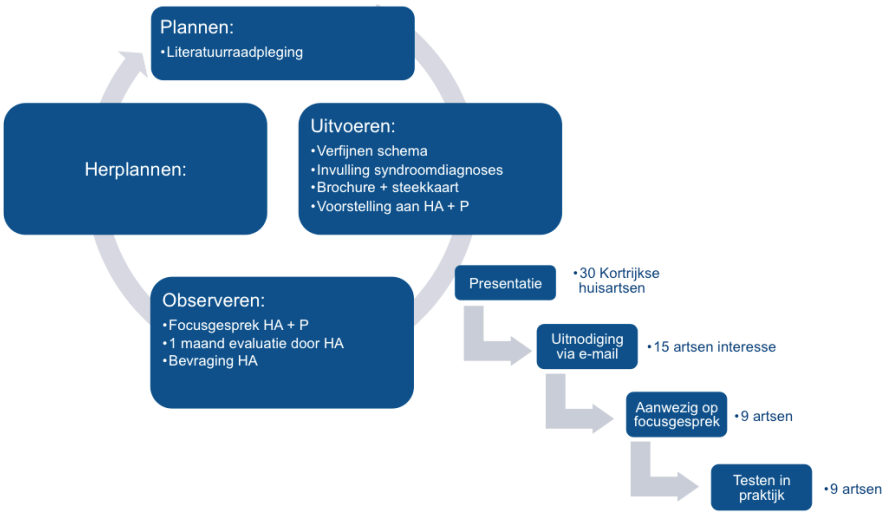
In een eerdere pilootstudie (18) werd het schema met syndroomdiagnoses uitgebouwd van de tweedelijnsgeneeskunde naar de eerste lijn via het action-research principe (19). Drie cycli van plannen – uitvoeren – observeren – herplannen werden doorlopen (18).

- Eerst gebeurden er lichte aanpassingen aan de vraagstelling.
- Nadien werd aan de hand van simulatie-casussen het consultatieschema getoetst door vier masterstudenten huisartsgeneeskunde.
- Als derde stap werd het schema uitgetest in een simulatiesetting arts-patiënt met geïnstrueerde simulatiepatiënten en video-opnames, gevolgd door een debriefing met de simulatiepatiënten.
- Ten slotte gebeurde een kritische evaluatie en werd een bruikbaar overzicht met tips opgesteld.

Huidig onderzoek:

A. <u>Voorbereiding:</u>

- Er wordt terug gebruik gemaakt van het action-research principe, waarbij we een cyclus van plannen-uitvoeren-observeren-herplannen doorlopen (19).



Figuur 2: Methodologie van het onderzoek

- Vooreerst werd de literatuur geraadpleegd om de nieuwe evidentie, betreffende de persoonsgerichtere diagnostische en therapeutische aanpak bij psychisch lijden, te exploreren. (= plannen)
- Na overleg werd het viervragenschema in een toegankelijkere en overzichtelijkere vorm gegoten, met aandacht voor mogelijke bijvragen en manieren om de toepasbaarheid van het model te faciliteren. (Figuur 3)
- De oningevulde syndroomdiagnoses (17) werden kritisch verder ontwikkeld. Door literatuurraadpleging ontstonden alternatieve bewoordingen en kregen de syndroomdiagnoses invulling, met beknopte evidence-based-informatie voor zowel arts als patiënt. Een brochure en steekkaart met deze informatie werd ontwikkeld als leidraad voor huisartsen. (= uitvoeren) (Bijlage 1 en 2)

B. Toetsing op het terrein:

- Na het plannen en uitvoeren gebeurt er in dit studieverband een voorstelling van de consultatiewerkwijze, met nadien veldtoetsing door huisartsen om de toepasbaarheid te evalueren. Dit voorstel voor observationeel actie-onderzoek kreeg positief advies van de ethische commissie onder nummer mp 11746 (Bijlage 3).
- De consultatiewerkwijze werd aan de hand van een PowerPoint-presentatie voorgelegd aan 30 aanwezige Kortrijkse huisartsen die bijeenkwamen in het kader van Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK), die ook de brochure met steekkaart ontvingen.
- Alle artsen werden nadien via e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Vijftien huisartsen toonden interesse in het onderzoek.
- Negen artsen (Tabel 1) waren aanwezig bij het door-de-onderzoeker-gemodereerde-focusgesprek met kritische bespreking van deze consultatiewerkwijze. Dit werd in audio opgenomen en getranscribeerd na informed consent van de deelnemers (Bijlage 4 en 5). Er volgde een thematische analyse van het transcript door één onderzoeker.
- Huisartsen werden gevraagd dit één maand uit te proberen bij patiënten die zich voor het eerst aanmeldden met een vermoeden van psychisch lijden. Exclusiecriteria voor dit onderzoek zijn patiënten met psychisch lijden in opvolging alsook ernstig zieke patiënten bij wie een doorverwijzing dringend is.
- De toepasbaarheid werd bevraagd aan de huisartsen door middel van een vragenlijst per e-mail, vijf weken na het focusgesprek, en alle negen bezorgden deze ingevuld terug.
- Het consultatieschema werd op een ander ogenblik ook voorgesteld aan drie psychologen, die in hospitaalsetting werken, door middel van een power-point meteen gevolgd door een focusgesprek. Deze geïnteresseerde psychologen werden gerekruteerd uit het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie te Kortrijk (Tabel 2). Het focusgesprek werd in audio opgenomen na informed consent van de deelnemers (Bijlage 4), met nadien een transcriptie (Bijlage 5), gevolgd door een thematisch analyse door één onderzoeker.

Huisarts	**Geslacht**	**Leeftijd**	**Soort praktijk**	**Aantal patiënten/j**	**% Psy**	**Universiteit**
(1)	M	56	Solo	6500	10%	KU Leuven
(2)	V	55	Duo→ groep	4000	30%	KU Leuven
(3)	V	31	Groep	4700	20%	UGent
(4)	M	69	Solo	1300	30%	KU Leuven
(5)	M	44	Solo	5000	10%	KU Leuven
(6)	V	33	Groep	4300	25%	UGent
(7)	V	38	Groep	4200	20%	KU Leuven
(8)	M	27	Duo	3600	3%	KU Leuven
(9)	M	55	Duo→ groep	6000	20%	KU Leuven

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemende huisartsen

Psycholoog	Geslacht	Leeftijd	Soort praktijk	Universiteit	Extra opleiding
(1)	V	44	Psychiatrisch ZH	KU Leuven	Systeemtherapie (relatie + familie) Psychotraumatherapie
(2)	V	46	Psychiatrisch ZH	UGent	Systeemtherapie (relatie + familie) Seksueel-misbruik-therapie Oplossingsgerichte therapie
(3)	V	31	Psychiatrisch ZH	UGent	Criminologische wetenschap Cognitieve gedragstherapie

Tabel 2: Kenmerken van de deelnemende psychologen

Resultaten:

Verfijning van het consultatieschema:

Bij de eerste vraag "Wat is er met je gebeurd?" laten we de patiënt aan het woord, zonder interventie van de arts. Enkele openingsvragen kunnen zijn: "Vertel eens?" of "Wat is er u overkomen?" We verkiezen open vragen. Het dagelijks functioneren, eet- en slaappatroon en middelengebruik alsook nauwe relaties worden nagegaan. We brengen de ernst, lijdensdruk en zo nodig het suicide-risico in kaart. Na deze eerste vraag, kan een vermoedelijke syndroomdiagnose medegedeeld worden aan de patiënt.

De tweede vraag polst naar de patiënt zijn sterktes en zwaktes en waarom zijn weerbaarheid de kwetsbaarheid niet meer kan compenseren. Mogelijke vraagstellingen kunnen zijn: "Hoe ben je bij een vorige episode terug uit het dal geklauterd?" "Waar ben je goed in?" "Heb je een idee waarom het nu zo slecht gaat?" "Zijn er momenten dat het beter gaat en hoe komt dit dan?"

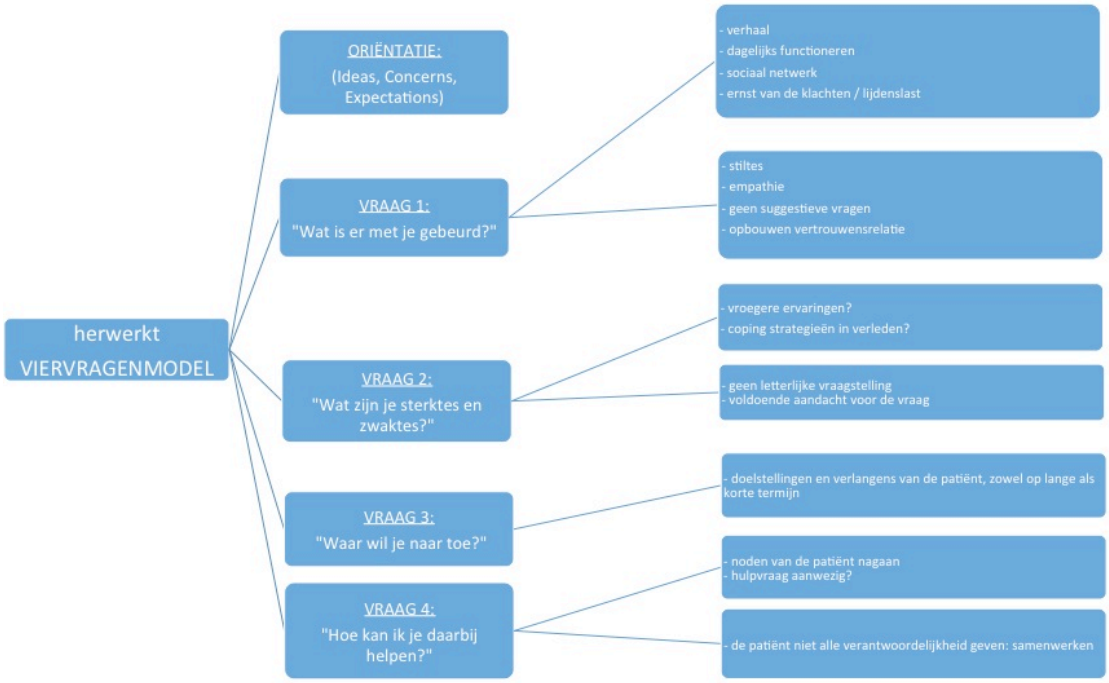
De derde vraag peilt naar de verwachtingen van de patiënt op korte en lange termijn. Dit kan bevraagd worden als: "Wat wil je graag veranderd zien en hoe zou je dat willen waarmaken?"

Bij de vierde vraag gaan we de therapeutische samenwerking bekrachtigen. We exploreren de noden van de patiënt en sturen enkel zo nodig. De patiënt lijdt en leidt en als arts gaan we begeleiden. Voorbeeldvraagstellingen kunnen zijn: "Heeft u een idee hoe ik u daarbij kan helpen? "Hoe zouden we dit samen kunnen aanpakken?"
Soms kan deze vraag weerstand uitlokken bij de patiënt, omdat de patiënt teveel verantwoordelijkheid krijgt. Het is van belang het tempo van de patiënt te volgen.

Syndroomdiagnoses:

In de zoektocht naar een persoonsgerichte diagnostiek met therapeutische meerwaarde, wordt het gebruik van een 12-tal syndroomdiagnoses voorgesteld (17).
In de huisartssetting zijn bepaalde syndromen meer prevalent dan andere, waardoor na overleg binnen de onderzoeksgroep, het ontwikkelingssyndroom, het eliminatiesyndroom en gedragsstoornissen niet weerhouden werden en de overspannen patiënt toegevoegd werd. De bewoording van "een syndroom hebben" valt nogal zwaar en daarom werd overgestapt naar een meer patiënt-gerichte verwoording, met uitgeschreven informatie voor zowel huisarts als patiënt (Bijlage 1 en 2). Te vaak leidt het labelen van (psychiatrische) ziektebeelden tot stigmatisering en foute interpretatie buiten de consultatiekamer, zonder therapeutisch voordeel (6). De hier geboden informatie zou de huisarts in staat moeten stellen het ziektebeeld van de patiënt aan één of meerdere syndroomdiagnoses te linken, vertrekkende vanuit het hoofdsymptoom (1)(20)(21).

A. Het aangepaste vier-vragen consultatieschema voor de eerste lijn.



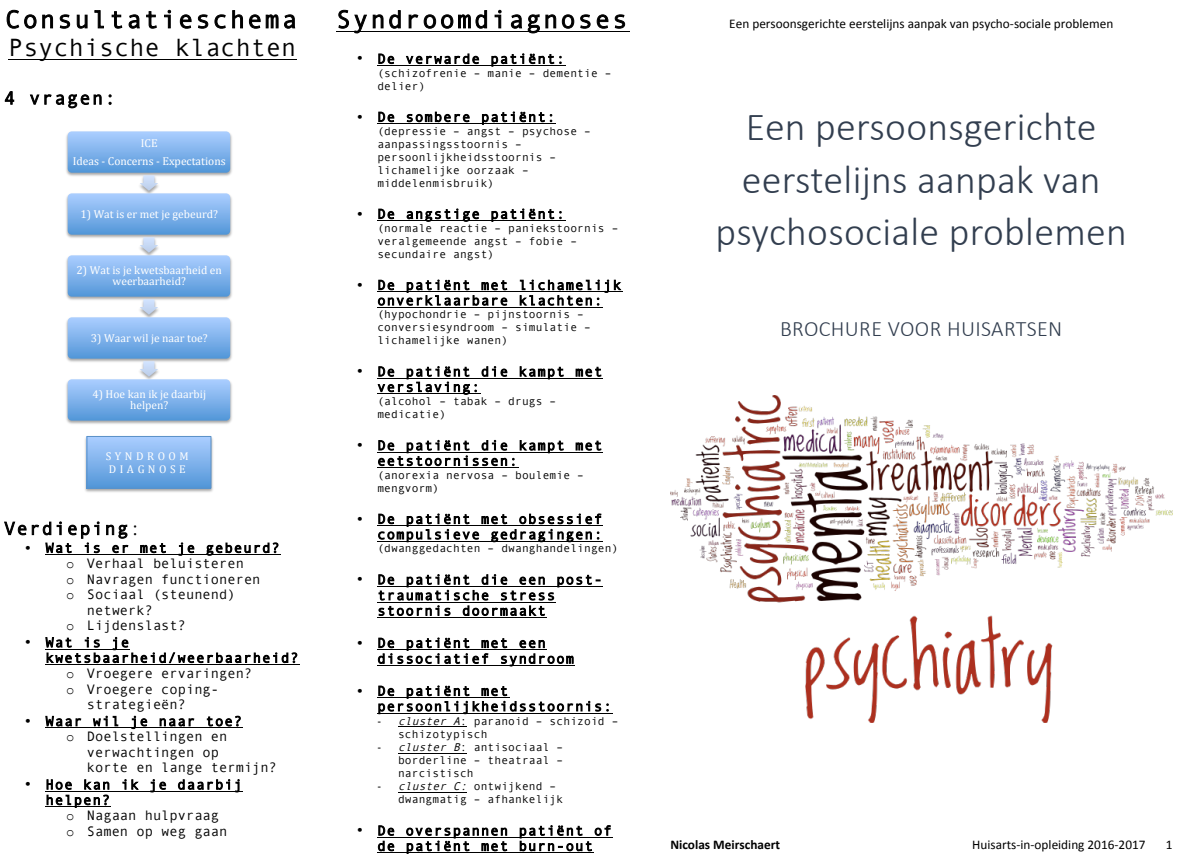
Figuur 3: Overzicht van het aangepaste viervragenschema voor de eerste lijn, met aandachtspunten voor een vlot overlopen van de vier vragen.

B. Vergelijkende tabel syndroomdiagnoses:

Voorgestelde syndroomdiagnoses	**De weerhouden syndroomdiagnoses**
Ontwikkelingssyndroom	
Psychosespectrum	De verwarde patiënt
Depressief syndroom	De sombere patiënt
Obsessief compulsief syndroom	De patiënt met obsessief compulsieve gedragingen
Trauma-and-stress gerelateerd syndroom	De patiënt die een post-traumatische stress stoornis doormaakt
Dissociatief syndroom	De patiënt met een dissociatief syndroom
Somatisch symptoom syndroom	De patiënt met onverklaarbare lichamelijke klachten
Voeding/eetsyndroom	De patiënt die kampt met eetstoornissen
Eliminatiesyndroom	
Slaap-waaksyndroom	De patiënt met slaapstoornissen
Impulscontrole/gedragsstoornis syndroom	
Verslavingssyndroom	De patiënt die kampt met verslaving
Persoonlijkheidssyndroom	De patiënt met persoonlijkheidsstoornis
	De overspannen patiënt of de patiënt met burn-out

Tabel 2: Vergelijkende tabel tussen de syndroomdiagnoses van Jim van Os en de weerhouden syndromen.

C. Ontwikkeling van de informatie-brochure en steekkaart voor huisartsen (bijlage 1 en 2):



Figuur 4: Steekkaart en brochure voor huisartsen met het vier-vragenschema en de syndroomdiagnoses

D. Het focusgesprek met de huisartsen:

Na thematische analyse van het focusgesprek weerhouden we volgende elementen, geïllustreerd met citaten (voorafgaand door volgnummer van deelnemer aan FG) van de aanwezige huisartsen:

Een generatiekloof werd duidelijk in de consultatie-gesprekstechnieken.

Het gebruik van het Leuvens consultatiemodel om het perspectief van de patiënt te verkennen door het navragen van zijn ideeën, ongerustheden en verwachtingen (22), was voor de jongere huisartsen nagenoeg routine, terwijl de oudere generatie het met vallen en opstaan geleerd hebben. Iedereen was akkoord dat het opstellen van een agenda en het exploreren van de verwachtingen een meerwaarde betekent, die ook tijdseffectief is.

> *(1): "Eigenlijk bij elke klacht, als je dat model gebruikt, kan je jezelf een hoop miserie besparen, naar tijdsverlies en niet-beantwoorden van de verwachting van de patiënt."*

Bij de eerste vraag werd duidelijk gesteld dat de patiënt voldoende tijd en ruimte moet krijgen om zijn verhaal kwijt te kunnen. Dit is op termijn waardevol en tijdbesparend.

(1): "Als je geen tijd neemt of goesting hebt om tijd te maken, pik je te snel in op wat de patiënt zegt en ken je het hele verhaal niet om mee op weg te gaan."

De tweede vraag "Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid", werd enerzijds aanzien als een ongelukkige formulering, en anderzijds als een belangrijke vraag om te polsen naar de kwetsbaarheden en coping strategieën van de patiënt.

(1): "Als ik vraag 2 letterlijk zou stellen, zou de patiënt vaak met zijn mond vol tanden zitten."

(3): "Wat mij het meest aanspreekt, is het aftoetsen van de zwaktes en dat terugkoppelen aan de patiënt zijn doelstellingen. Die vraag is therapeutisch op zich en kan een aanzet zijn om actief iets te doen."

Bij de derde vraag wordt er gevraagd waar de patiënt naar toe wil. Er zijn artsen die bevreesd zijn deze vraag te letterlijk te bevragen, daar de patiënt het als aanvallend zou kunnen interpreteren. Anderen stellen dat de patiënt rijp moet zijn om die vraag te kunnen beantwoorden. Het antwoord van de patiënt is wel een meerwaarde in het therapeutisch proces.

(4): "Ik vrees dat je teveel afstand kan creëren door die vraag zo op de man af te stellen."

(5): "Bij psychosociale problemen is er een echte wisselwerking, waarbij de patiënt ook mede-behandelaar van zijn/haar probleem is."

De vierde vraag toetst naar wat we als arts voor de patiënt zouden kunnen doen. Dit wordt aanzien als een zeer waardevolle vraag, om met de patiënt op weg te kunnen gaan, waarbij de patiënt verantwoordelijkheid krijgt en wij als arts voornamelijk begeleiden.

(4): "Ik vind het een meerwaarde dat de patiënt aangespoord wordt iets te doen. Hij verwacht iets van ons, maar wij verwachten ook iets van hem. Het is een model om hem op pad te sturen om iets te doen."

(6): "Het geeft ook voldoening als je een concreet antwoord op die vraag krijgt."

Het viervragenschema in zijn totaliteit wordt ervaren als een vernieuwend en compact model, dat enerzijds meer structuur biedt en een houvast kan betekenen. Anderzijds is het ook een samenwerkingsmodel, waarbij de patiënt centraal staat. Hij wordt gehoord en geactiveerd om actief iets te doen in zijn herstelproces.

(3):"Het is wel vernieuwend en die structuur is toch wel interessant".

(5): "Je betrekt de patiënt door het model te gebruiken, dus je hebt de patiënt mee."

Naast de mogelijke voordelen van deze consultatiewerkwijze, wordt de intensiviteit als een mogelijk nadeel aanzien. Met de patiënt op weg gaan op een meer psychotherapeutische wijze vraagt meer energie, maar geeft ook meer voldoening aan zowel arts als patiënt. Deze consultatiewerkwijze stelt de huisarts in staat om zonder psychotherapeutische achtergrond toch therapeutisch te kunnen werken.

(5): "Een mogelijk nadeel is dat het veel intensiever is."

(8): "Ik denk dat de niet-intensieve variant, uiteindelijk ook geen goede geneeskunde is."

(3): "Het geeft meer voldoening, en het gevoel van ter plaatse blijven trappelen is frustrerend, en dat model doorlopen kan dat inderdaad verhinderen."

Bij het overlopen van de syndroomdiagnoses was het nut ten opzichte van de bestaande DSM-categorieën een punt van discussie. Je probeert het geven van een diagnose-etiket aan de patiënt te verhinderen, maar je geeft hem uiteindelijk een syndroomdiagnose.

(1): "De syndroomdiagnoses zijn werkhypotheses, om je als huisarts niet direct vast te pinnen in een DSM diagnose, maar uiteindelijk eindig je wel in een DSM-hokje?"

De syndroomdiagnoses worden aanzien als eenvoudigere en minder stigmatiserende bewoordingen van het ziektebeeld aan de patiënt dan de huidige DSM-5.

(5): "Is het niet naar de patiënt toe een makkelijkere vorm van communiceren die minder bedreigend is?"

(7): "Ik denk inderdaad dat het ook makkelijk is met die syndroomdiagnoses om de patiënt inzicht te laten verwerven in zijn ziektebeeld, waardoor hij het beter begrijpt en er beter mee om kan."

Volgens de aanwezige huisartsen zouden de DSM-verwoordingen de voorkeur blijven behouden in de communicatie met de tweede lijn.

(5): "Ik denk dat we toch sneller naar een collega-neuroloog of neuro-psychiater gaan spreken over een depressieve patiënt i.p.v. "ik heb terug een sombere patiënt op mijn spreekuur gehad".

Resultaten van het groepsgesprek met psychologen:

De psychologen kenden allen het voorgestelde vier-vragen schema (17). Ze vonden het een waardevolle consultatiewerkwijze, krachtig in zijn eenvoud, maar misschien ook te basisch voor psychologen.

(1): "Eigenlijk doen we het wel zonder het helemaal letterlijk te bevragen, je gebruikt soms andere bewoordingen, maar de basis zal wel overeenkomen."

De eerste vraag gaat heel breed en stelt duidelijk dat je wil luisteren naar de patiënt.

(3): "Het is een andere manier om met mensen het gesprek te beginnen. Wat is er met je gebeurd, schept een grote openheid, en dan krijg je inderdaad wat mensen willen brengen. Ik vind het een mooi model, omdat het een simpele kapstok is voor een eerste screening."

De tweede vraag die polst naar de sterktes en zwaktes van de patiënt komt ook terug in de herstelgerichte stroming binnen de psychotherapie. Je reduceert de patiënt niet tot zijn diagnose en je zal trachten de sterktes van je patiënt in het licht te stellen, die aanknopingspunten zijn om met hem op weg te gaan. Anderzijds zou deze aanpak ook als nadeel kunnen hebben dat je te weinig aandacht geeft aan de onderliggende problemen.

(3): "Het is een beetje een solution-focused model. Anders werken we heel sterk problem-focused; de patiënt komt met een probleem en we moeten het oplossen."

Met de derde vraag wordt er gepolst naar de verwachtingen van de patiënt, wat ook de behandelingsdoelen kunnen zijn tijdens een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Bij de vierde vraag "Hoe kan ik je hierbij helpen?" ga je met de patiënt samen op weg en stel je gezamenlijke doelen op waarbij de patiënt ook verantwoordelijkheid krijgt.

(3): "Je geeft indirect aan dat jullie gaan samenwerken, maar de patiënt krijgt ook een verantwoordelijkheid en zal in actie moeten treden."

Eén van de psychologen suggereerde het toevoegen van psychotherapeutische handvaten bij vraag vier.

(3): "Je zou aan vraag 4 nog een vervolg kunnen breien op vlak van psychotherapie, met helpende vragen om op weg te gaan met de patiënt. Oplossingsgerichte vragen zijn vaak eenvoudige vragen, maar die toch een houvast kunnen zijn."

Het tweede luik over de diagnosestelling en syndroomdiagnoses bracht zowel negatieve als positieve bedenkingen teweeg bij de psychologen. Enerzijds vonden ze dat de huidige diagnostische systemen hun beperkingen hadden, anderzijds zijn ze van mening dat er weinig of geen alternatief is. Volgens hen is diagnosestelling bijzonder belangrijk voor zowel de patiënt als hulpverlener, zowel op therapeutisch als prognostisch vlak. Tevens wordt er gesuggereerd dat (moeilijke) diagnosestelling niet de kerntaak is van de huisarts en dat die rol eerder weggelegd is voor de psychiater.

(3): "De DSM is een taal waarin hulpverleners kunnen spreken, maar dat is misschien niet altijd een taal die je moet gebruiken naar je patiënten toe. Je bent ook niet je diagnose, je bent een mens met een bepaalde kwetsbaarheid. Ik denk dat je de DSM niet helemaal kan weggooien, zolang je geen waardig alternatief hebt.

(1): Ik denk toch dat je ergens in je achterhoofd de DSM-kenmerken moet kennen, anders pik je ze niet op.

Het viervragenschema is volgens de psychologen een meerwaarde voor de huisarts, die een makkelijk bereikbare vertrouwenspersoon is, om het verhaal en de verwachtingen van de patiënt met psychisch lijden te exploreren binnen het tijdsbestek van een consultatie.

(3): "Ik denk dat het een tool kan zijn om het gesprek veel minder beladen en opener te maken; en om mensen veel meer op verhaal te laten komen, dan als je gewoon een depressie-schaal overloopt, wat meer zou verengen."

(1): "Als huisarts ben je de eerste schakel van de ketting, dus je kan veel bereiken met de patiënt, als er de durf voor is en als je de kennis hebt. Daarom dat dit model misschien wel een leidraad kan zijn."

Resultaten van de enquête na 1 maand op weg gaan met het model:

Alle huisartsen hebben het viervragenschema bij meerdere patiënten toegepast, van een tweetal tot meer dan tien. Zes artsen omschreven het als een nieuwe aanpak, waar vier van hen vlot mee op weg gingen en twee wat meer oefening nodig hadden. Voor de overige drie artsen leunde het viervragenschema al nauw aan bij hun eigen aanpak en gaf deze werkwijze extra structuur en verfijning.

Drempels die door huisartsen aangehaald werden, hadden te maken met cultuurverschillen (waar psychisch lijden vaak lichamelijker beleefd wordt), persoonlijkheid (introvert, plantrekker) en intellect van de patiënt.

Het merendeel van de huisartsen splitsten de vier vragen op in twee of meerdere consultaties, wegens het consultatietijdsbestek en om het tempo van de patiënt te

volgen binnen het diagnostisch-therapeutisch proces. De vragen werden meestal persoonlijk verwoord, afhankelijk van de gevoeligheden en intelligentie van de patiënt. Eén arts vond het stellen van de tweede vraag moeilijk, alhoewel ze telkens interessante informatie verkreeg.

Het viervragenschema werd door alle huisartsen heel gunstig geëvalueerd. Het gebruik werd initieel als iets intensiever aanzien, maar acht huisartsen gaven aan zowel gestructureerder als efficiënter te kunnen werken en verkregen meer informatie, wat terug tijdswinst gaf.

Slechts twee huisartsen gebruikten de syndroomdiagnoses systematisch, vier artsen gaven aan er te weinig gebruik van gemaakt te hebben, de overige drie hadden het niet gebruikt. Er waren verschillende redenen, enerzijds de indruk van de huisarts dat de patiënt geen echte vraag naar diagnosestelling had, anderzijds uit vergetelheid van de huisarts. Twee huisartsen benadrukten wel in syndroomdiagnoses te denken, zonder er over te communiceren. Volgens twee artsen faciliteerden de syndroomdiagnoses de communicatie met de patiënt. Zeven huisartsen vonden de syndroomdiagnoses een meerwaarde voor zowel de patiënt als voor zichzelf. Eén huisarts suggereerde dat een extra training haar zou helpen in het gebruik van de syndroomdiagnoses.
Alle huisartsen waren het eens dat de syndroomdiagnoses de samenwerking met andere hulpverleners niet beïnvloedde en maakten er ook geen gebruik van.

Zeven van de negen huisartsen gebruikten de steekkaart als compacte reminder. De brochure ervaarden ze als een interessant overzicht van de meest voorkomende psychische ziektebeelden in de praktijk.

De huisartsen gaven in de bevraging aan dat het huidige model geen tekorten had en reeds omvangrijk was voor de eerste lijn. Doch mogelijke aanpassingen na het doorlopen van een cyclus via het action-research principe, zouden minimale aanpassingen aan de vraagstelling kunnen zijn alsook extra training en methoden om de consultatiewerkwijze in de vingers te krijgen.

Discussie:

Het consultatieschema (17) werd in een pilootstudie (18) aangepast van de tweede naar de eerste lijn en getest met studenten en simulatie-patiënten.

In het huidig onderzoek constateren de ondervraagde huisartsen dat het viervragenschema een meerwaarde is voor zowel arts als patiënt. Ze vinden het een vernieuwende gestructureerde vorm van consultatievoeren, die misschien intensiever is, maar vooral waardevoller en waar de patiënt centraal staat.
De eerste vraag geeft de patiënt de ruimte om zijn verhaal te vertellen. Voldoende tijd nemen voor die vraag lijkt essentieel en is op termijn winstgevend qua tijd en verkregen informatie. De tweede vraag geeft ons veel psychotherapeutische informatie, maar is wat moeilijk geformuleerd. Het polsen naar de sterktes van de patiënt kan een therapeutisch denkproces initiëren. Het correct aftoetsen van de verwachtingen van de patiënt bij de derde vraag bespaart ons achteraf veel nutteloos werk, maar kan ook afstotend werken. De vierde vraag bekrachtigt de therapeutische relatie tussen arts en patiënt, waar de patiënt lijdt en leidt en de arts begeleidt.

De syndroomdiagnoses worden aanzien als een eenvoudige en minder beladen communicatievorm naar de patiënt, maar het blijft een diagnose-etiket. In vorig pilootproject haalden de simulatiepatiënten aan dat ze een verklaring voor hun ziektebeeld willen, maar dit etiket kan erg beladen zijn. Ze ervaarden dat deze consultatiewerkwijze stigmatisering probeerde te vermijden (18).

Na één maand testen waren alle huisartsen enthousiast en wensten ze zich verder toe te leggen op de toepassing van deze consultatiewerkwijze. Initieel ervaarden sommigen het als artificieel en tijdrovend, maar dit werd gecompenseerd door de extra verkregen informatie en de betere structuur. Ondanks deze voordelen, was het succes van het viervragenschema ook afhankelijk van de intelligentie en culturele achtergrond van de patiënt. De vragen werden op het ritme van de patiënt gesteld en binnen het consultatietijdsbestek, waarbij vraag twee en drie soms als huiswerk dienden ter voorbereiding van vervolgconsultaties.
De syndroomdiagnoses werden minder gebruikt, enerzijds uit vergetelheid van de huisarts, anderzijds vanuit de indruk dat de patiënt er geen nood aan had. Dit druist in tegen de visie van de psychologen, die diagnostiek juist bijzonder belangrijk vinden. De syndroomdiagnoses werden wel aanzien als een compact overzicht van de frequente psychische ziektebeelden bij de huisarts. Zowel de steekkaart en de brochure waren nuttige handvaten bij het toepassen van het consultatieschema.

Huisartsen maakten geen gebruik van de syndroomdiagnoses in hun samenwerking met andere hulpverleners, wat reeds in het focusgesprek gesuggereerd werd.
Het gebruik van het schema met syndroomdiagnoses zou de communicatie tussen huisarts en specialist niet beïnvloeden en de DSM-begrippen hebben volgens onze deelnemers (zowel huisartsen als psychologen) in dit geval de voorkeur.

Het focusgesprek bij de psychologen bevestigde bepaalde bevindingen van de huisartsen, maar bracht ook andere inzichten.
Ze vonden het consultatieschema waardevol maar (te) eenvoudig voor henzelf. De meerwaarde van deze consultatiewerkwijze binnen de laagdrempelige huisartsgeneeskunde werd benadrukt. De eerste vraag opent het gesprek heel breed. Bij de tweede vraag ga je oplossingsgericht de patiënt bekrachtigen in zijn sterktes. De derde vraag gaat dieper in op behandelingsdoelen en activeert de patiënt. De vierde vraag geeft de patiënt verantwoordelijkheid in zijn genezingsproces, ondersteund door de arts. Diagnostiek is van belang voor psychologen en daarvoor verkiezen ze duidelijk de uitgebreidheid van de DSM boven de beknopte syndroomdiagnoses.
De psychologen geven aan dat huisartsen de (DSM)-kenmerken van psychiatrische ziekten moeten kennen, om ziektebeelden te kunnen oppikken.
Ze zijn het allen eens dat dit schema voor de huisarts een handige leidraad is voor een psychotherapeutische aanpak.
Dit wordt ook bevestigd in de literatuur. Michael Balint, psychoanalist, beschreef reeds in 1957 de unieke rol van de huisarts als luisterend oor en medicijn in de behandeling van psychische aandoeningen (23). Hij wordt daarin bijgetreden door Bram Tjaden, die vindt dat huisartsen uitermate geschikt zijn om psychotherapeutisch op weg te gaan met de patiënt (24).

Het viervragenschema is evenals het oplossingsgericht werken (10) en de BATHE-methode (9) een benadering waarbij de patiënt centraal staat en verantwoordelijkheid krijgt in zijn genezingsproces. Bij het oplossingsgericht werken hebben we het einddoel reeds voor ogen en werken we daar naar toe. Met de BATHE-methode worden anamnestische vragen gesteld om het probleem te exploreren, zonder diagnostische of therapeutische perspectieven. Het viervragenschema probeert zowel een individueel breed diagnostisch kader te bieden met de syndroomdiagnoses, alsook een persoonlijk therapeutisch proces te initiëren.

In dit kwalitatief onderzoek wordt er vertrokken van een bestaand vier-vragenschema dat aangepast werd naar een werkbaar eerstelijns consultatieschema. Er vindt triangulatie plaats door het voor te stellen aan twee doelgroepen, namelijk aan huisartsen en aan psychologen. Hun visie wordt bevraagd in een focusgesprek, waarvan een kwalitatieve analyse gebeurde. Het gebruik van het consultatieschema wordt geëvalueerd bij de deelnemende huisartsen door middel van een schriftelijke enquête, met nadien een kritische analyse wat resulteerde in enkele punten die nog zouden kunnen aangepast worden. Binnen dit onderzoek is er geen uitspraak te doen over saturatie van dataverzameling gezien er per doelgroep slechts één focusgroep werd georganiseerd. Er gebeurde geen bevraging bij patiënten en dit vooral vanuit praktische en ethische overweging. De analyses van de focusgesprekken en enquêtes gebeurden door één onderzoeker wat de kracht van dit onderzoek verzwakt. Klemtoon van het project lag dan ook meer in het toepasbaar maken van het viervragenschema in de

huisartsenpraktijk met een eerste toetsing op het terrein, dan op een uitgebreide kwalitatieve bevraging om alle visies van huisartsen en psychologen in beeld te brengen.

Verder onderzoek moet tonen of de resultaten vanuit deze studie bevestigd kunnen worden op grotere schaal en of er nog aanpassingen dienen te gebeuren om het viervragenschema en de syndroomdiagnoses te kunnen gebruiken binnen de eerstelijnszorg. Toevoeging van enkele psychotherapeutische handvaten bij de vierde vraag, zouden een meerwaarde in deze handleiding kunnen betekenen.

Bibliografie:

1. VVGG. Geestelijk Gezond Vlaanderen - Tijd om normaal te doen over psychische problemen. Beschikbaar via: http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/wegwijs-overzicht. Laatst geraadpleegd april 29, 2017.
2. VVGG. Feiten en cijfers. Geestelijk Gezond Vlaanderen. Beschikbaar via: http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers. Laatst geraadpleegd april 29, 2017.
3. Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. Tijdschr Psychiatr. 2011;53(12):885–94.
4. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. Publishing AP, editor. 2013. 991 p.
5. Biesemans L, Bijnens K, Boekaerts S, Groote A De, Derycke A, Biesemans AL, et al. Patiënten met psychische klachten : Welke strategieën gebruiken huisartsen om tot diagnostische etiketten te komen ? Een kwalitatief onderzoek . Seminariewerk
6. Kraaijenbrink J, Kuipers T, van der Laan B, Kremer S. Filosofische bijsluiter bij DSM -. Tijdschr Psychiatr. 2016;58(2):145–9.
7. van Os J. Angst, depressie, psychose - klaar. Trouw. 2013 Jan 26;
8. WHO. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD- 10 Chapter V Primary Care Version. Hogrefe & Huber Publishers; 1996.
9. Lieberman JA, Stuart MR, Lieberman III JA. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 1999;1(2):35–8.
10. Searight HR. Realistic approaches to counseling in the office setting. Am Fam Physician. 2009;79(4):277–84.
11. Heidelberg V. De psychopathologie van Karl Jaspers : toen en nu. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2006;8:835–42.

12. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2007;16:8-15

13. Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology : a quantitative review of taxometric research. Psychological Medicine. 2012; 42:903–920.

14. Goekoop JG, Zwingerman AH. Multidimensional hierarchic ordering of psychopathology. Acta Psychiatr Scand. 1994;90(6):399–404.

15. Goekoop R, Goekoop JG. Netwerkclusters van symptomen als elementaire syndromen in de psychopathologie : consequenties voor de klinische praktijk. Tijdschrift voor psychiatrie. 2016: 58(1);38-47.

16. Goekoop R, Goekoop JG. A Network View on Psychiatric Disorders : Network Clusters of Symptoms as Elementary Syndromes of Psychopathology. 2014;1–47.

17. van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. 1st ed. Diagnosis Uitgevers; 2014. 224 p.

18. Allegaert E, Deneffe A, Meirschaert N, Strobbe L. “To DSM or not to DSM ?”: naar een nieuwe diagnostiek door de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg ? 2015;

19. White WF. Participatory action research. Sage Publications; 1991. 123 p.

20. van Nimwegen LJM, van den Brand RP, Dieleman S, Ju MR. Leidraad psychiatrie. Bohn Stafleu van Loghum: Houten; 2008. 219 p.

21. CEBAM. Gezondheid en Wetenschap - Betrouwbare medische info op mensenmaat. Beschikbaar via: www.gezondheidenwetenschap.be. Laatst geraadpleegd april 29, 2017

22. Nuland M Van, Brems M, Lepeleire J De. Het Leuvens Consultatiemodel in internationaal perspectief. Huisarts Nu. 2012;41(4):172–6.

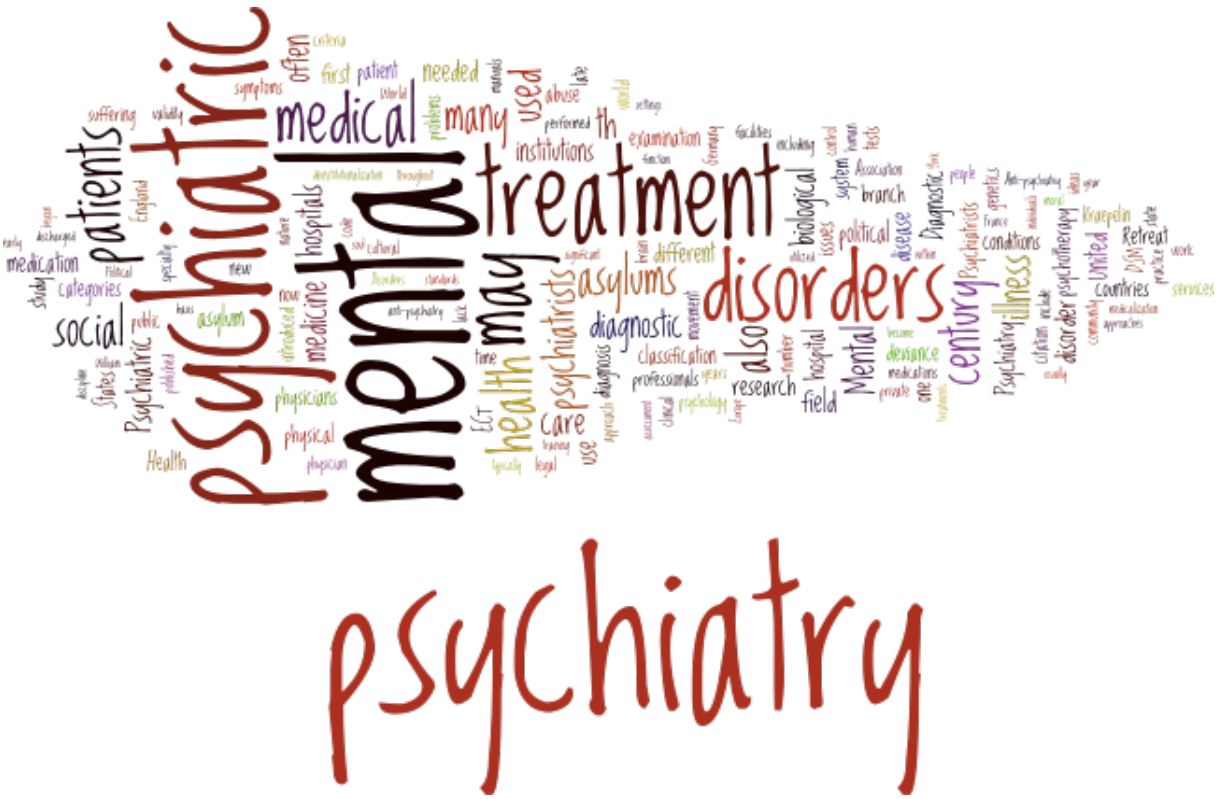
23. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2nd 1964. Pitman Medical; 1957.

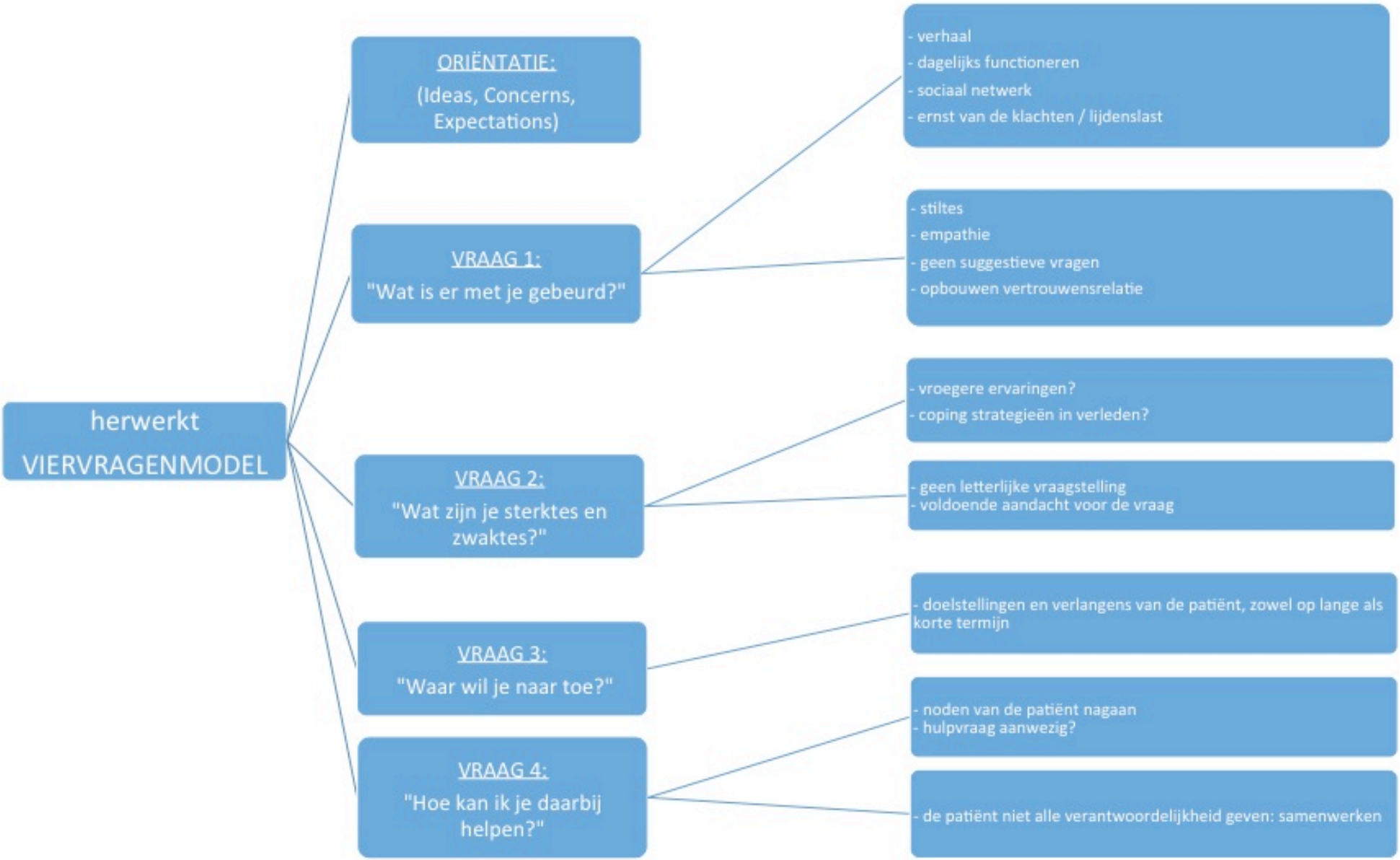
24. De dokter: nog altijd een prima medicijn. Huisarts Wet. 2007;50(13):1005–7.

Bijlage 1: Brochure voor huisartsen

Een persoonsgerichte eerstelijns aanpak van psychosociale problemen

BROCHURE VOOR HUISARTSEN


psychiatric
mental
medical
treatment
disorders
patients
psychiatry
hospitals
institutions
asylums
diagnostic
century
illness
social
health
care
many
used
often
needed
first
patient
symptoms
examination
biological
political
Diagnostic
Psychiatrists
Psychiatry
Mental
research
also
field
hospital
Retreat
United
Kraepelin
DSM
countries
conditions
psychotherapy
disorder
classification
professionals
psychology
physicians
physical
Health
medicine
psychiatrist
Psychiatric
medication
categories
suffering
England
States
asylum
public
new
time
ECT
use
th
abuse
problems
criteria
branch
Association
system
issues
disease
deviance
medications
private
one
Jung
Freud
Adler
Beck
Rogers
Maslow
Skinner
Pavlov
Watson
Piaget
Bandura
Erikson
Ainsworth
Harlow
Milgram
Zimbardo
Asch
Sperry
Hubel
Wiesel
Broca
Wernicke
Penfield
Lashley
Tolman
Thorndike
Hull
Spence
Festinger
Schachter
Singer
Lazarus
Ekman
Izard
Plutchik
Cannon
Bard
James
Lange
Weber
Fechner
Stevens
Helmholtz
Young
Hering
Land
Edwin
Rubin
Necker
Muller
Purkinje
Sherrington
Eccles
Hodgkin
Huxley
Katz
Loewi
Dale
Meyer
Overton
Hansen
Bernstein
Nernst
Goldman
Ussing
Koch
Lorenz
Tinbergen
Frisch
Hess
Skinner
Chomsky
Pinker
Bloom
Gazzaniga
Ramachandran
Damasio
LeDoux
Kandel
Squire
Baddeley
Hitch
Tulving
Schacter
Loftus
Bransford
Johnson
Craik
Lockhart
Atkinson
Shiffrin
Broadbent
Treisman
Deutsch
Norman
Sperling
Neisser
Gibson
Marr
Poggio
Hubel
Wiesel
Livingstone
Tootell
Dale
Sereno
Kanwisher
Epstein
Haxby
Ungerleider
Mishkin
Goodale
Milner
Rizzolatti
Gallese
Iacoboni
Fogassi
Parma
Umilta
Keysers
Perrett
Jellema
Baker
Oram
Puce
Allison
McCarthy
Nobre
Kanwisher
Downing
Peelen
Wiggett
Conway
Kutas
Federmeier
Polich
Garrett
Levelt
Roelofs
Meyer
Schriefers
Indefrey
Levelt
Hagoort
Brown
Petersson
Reis
Fedorenko
Duncan
Kanwisher
Saxe
Powell
Brett
Price
Friston
Ashburner
Kiebel
Holmes
Poline
Worsley
Marrett
Evans
Strother
Vandenberghe
Dupont
Price
Devlin
Moore
Matthews
Johansen-Berg
Rushworth
Boorman
Buckley
Walton
Behrens
Sallet
Buckner
Andrews-Hanna
Schacter
Addis
Hassabis
Martin
Spreng
Vincent
Johnson
Kahn
Schacter
Wig
Gilbert
Buckner
Carroll
Bennett
Schacter
Hassabis
Hassabis
Kumaran
Maguire
Burgess
Hartley
Moscovitch
Aronson
Nadel
Bird
Brandt
Wolbers
Marchette
Epstein
Lee
Hasselmo
Colgin
Yartsev
Ranganath
Ritchey
Davachi
Lisman
Otmakhova
Duzel
Deco
Jirsa
Phillips
Sporns
Morcom
Kirchhoff
Bullmore
Sporns
Rubinov
Sporns
Betzel
Medaglia
Papo
Fornito
Goni
Zalesky
Hagmann
Bullmore
Sporns
Power
Cohen
Nelson
Wig
Barnes
Laumann
Schlaggar
Zhang
Snyder
Fair
Uddin
Supekar
Menon
Reiss
Kenna-Cofus
Fair
Cohen
Dosenbach
Church
Miezin
Barch
Raichle
Power
Laumann
Uddin
Greene
Fair
Schlaggar
Petersen
Vincent
Kahn
Snyder
Raichle
Buckner
Yeo
Krienen
Sepulcre
Sabuncu
Lashkari
Hollinshead
Roffman
Smoller
Zilles
Holmes
Eickhoff
Andrews-Hanna
Thomas Yeo
Buckner
Fox
Talairach
Tournoux
Amunts
Zilles
Eickhoff
Schleicher
Morosan
Garcia-Finana
Mohlberg
Zilles
Amunts
Vogt
Vogt
Paxinos
Huang
Petrides
Pandya
Petrides
Pandya
Carmichael
Price
Mesulam
Pandya
Seltzer
Jones
Powell
Geschwind
Galaburda
Cabanis
Morel
Ferrier
Lashley
Clarke
Dewey
Bogen
Vogel
Bogen
Gloor
Broca
Wernicke
Geschwind
Damasio
Damasio
Geschwind
Galaburda
Cabanis
Ettlinger
Blumer
Morel
Ferrier
Lashley
Clarke
Dewey
Bogen
Vogel
Bogen
Gloor
Penfield
Roberts
Evans
Leonard
Milner
Clark
Penfield
Milner
Rasmussen
Braun
Tucker
Kritchevsky
Gilbert
Morris
Passingham
Doyon
Hazeltine
Grafton
Ivry
Penhune
Doyon
Karni
Cohen
Xu
Lee
Sereno
Rosen
Tootell
Mendola
Sereno
McDonald
Anderson
Stein
Fortin
Choi
Saunders
Yeterian
Pandya
Petrides
Seltzer
Cola
Petrides
Pandya
Dum
Petrides
Strick
Krakauer
Ghez
Ghilardi
Ghez
Krakauer
Sainburg
Ghilardi
Poizner
Ghez
Hening
Poizner
Ghez
Ghilardi
Gordon
Ghez
Trombly
Simon
Lurito
Thelen
Corbetta
Kincade
Ollinger
McAvoy
Shulman
Corbetta
Patel
Shulman
Yacoub
Corbetta
Marcus
Van Essen
Kincade
Corbetta
Shulman
Petersen
Fiez
Corbetta
Buckner
Miezin
Raichle
Petersen
Posner
Dosenbach
Visscher
Miezin
Maccotta
Grubber
Dosenbach
Fair
Miezin
Cohen
Petersen
Schlaggar
Dosenbach
Fair
Cohen
Schlaggar
Petersen
Fair
Dosenbach
Church
Cohen
Dosenbach
Fair
Miezin
Petersen
Schlaggar
Seeley
Menon
Schatzberg
Kenna
Greicius
Krasnow
Reiss
Menon
Fox
Snyder
Vincent
Raichle
Buckner
Shulman
Fox
Corbetta
Snyder
Vincent
Corbetta
Raichle
Fox
Zhang
Snyder
Shulman
Corbetta
Raichle
Vincent
Sridharan
Levitin
Menon
Vincent
Kahn
Snyder
Raichle
Buckner


herwerkt
VIERVRAGENMODEL
ORIËNTATIE:
(Ideas, Concerns, Expectations)
- verhaal
- dagelijks functioneren
- sociaal netwerk
- ernst van de klachten / lijdenslast
VRAAG 1:
"Wat is er met je gebeurd?"
- stiltes
- empathie
- geen suggestieve vragen
- opbouwen vertrouwensrelatie
VRAAG 2:
"Wat zijn je sterktes en zwaktes?"
- vroegere ervaringen?
- coping strategieën in verleden?
- geen letterlijke vraagstelling
- voldoende aandacht voor de vraag
VRAAG 3:
"Waar wil je naar toe?"
- doelstellingen en verlangens van de patiënt, zowel op lange als korte termijn
VRAAG 4:
"Hoe kan ik je daarbij helpen?"
- noden van de patiënt nagaan
- hulpvraag aanwezig?
- de patiënt niet alle verantwoordelijkheid geven: samenwerken

Het viervragenschema voor psychische klachten:

1) <u>Wat is er met je gebeurd?</u>

- De patiënt krijgt de kans om zijn verhaal te vertellen zonder interventie van de huisarts. Als huisarts verkiezen we open vragen in plaats van gesloten vragen.
- *'Vertel eens?' 'Hoe is het gekomen?' 'Kan je er wat meer over vertellen?' 'Wat is er u overkomen?*
- Nadien kan het volgende nagegaan worden bij de patiënt:
  - De bezorgdheden of verwachtingen van de patiënt
  - Het dagelijks functioneren van de patiënt:
    - Normale daginvulling van de patiënt
    - Middelengebruik/misbruik
    - Eetlust en slaappatroon
  - Algemene sociale netwerk van de patiënt:
    - Familiale situatie
    - Werksituatie
- De ernst van de klachten brengen we in kaart en zo nodig wordt suicidaliteit bevraagd

2) <u>Wat zijn je sterktes en zwaktes?</u>

- Vroeger was de patiënt in evenwicht, en nu is de patiënt uit evenwicht geraakt (de kwetsbaarheid kan niet langer gecompenseerd worden door de weerbaarheid). Wat heeft dit evenwicht verstoord? We proberen de copingstrategieën van de patiënt na te gaan.
- *"Heb je al eens een gelijkaardige episode meegemaakt? Hoe ben je er toen mee omgegaan?" "Zijn er momenten/dagen dat het beter gaat? Hoe komt dat dan?"*
- *"Welke zijn de moeilijke momenten? En waarom?"*
    - Afhankelijk van het verhaal
    - Wat heeft u goed geholpen?
    - Wat helpt er? Wat loopt er mis?

3) <u>Waar wil je naar toe?</u>

- *"Waar wil je naar toe op korte termijn? Waar wil je naar toe op lange termijn?"*
- *"Wat wil je graag veranderd zien?" "Wat zou je graag bereiken?"*

4) <u>Hoe kan ik je daarbij helpen?</u>

- Laat de patiënt bepalen wat hij nodig heeft. De patiënt lijdt en leidt.
- *"Heeft u een idee hoe ik u daarbij kan helpen?" "Hoe zou ik u, als dokter kunnen helpen?" "Hoe zouden we dit kunnen aanpakken?". "Heeft u een idee hoe we <u>samen</u> tot een oplossing kunnen komen?"*

- Het is van belang het tempo van de patiënt te volgen. Soms is het niet mogelijk om deze vraag reeds in de eerste consultatie beantwoord te krijgen. Deze vraag kan wel verder opengetrokken worden, waardoor wel kan nagegaan worden wat de mening van de patiënt over bepaalde beleidsvoorstellen is. “Zou ik u kunnen helpen door medicatie op te starten, of wat denkt u daarvan?”

Syndroomdiagnoses:

Psychiatrie is een niet-exacte wetenschap. Eerst en vooral is een onderscheid tussen normaal en pathologisch psychisch functioneren bijzonder moeilijk. Daarnaast zijn de verschillende ziektebeelden moeilijk te categoriseren. Het psychiatrisch handboek bij uitstek, de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bevat een lange oplijsting van al die psychische stoornissen en hun subvormen. Vaak bevat dat denkkader weinig ruimte voor een persoonlijke diagnostiek en aanpak, waardoor het weinig bruikbaar is in de eerste lijn. Professor Jim Van Os bedacht een viervragenschema voor de tweede lijn, om de patiënt persoonsgerichter te kunnen helpen in zijn diagnosestelling alsook in zijn behandelingsalgoritme. Wij brachten deze consultatiewerkwijze naar de eerste lijn, mits enkele aanpassingen, specifiek aan het werkveld van de huisarts. De huisarts heeft namelijk meer nood aan een persoonsgerichte, begrijpbare diagnostiek, waarbij een ruime syndroomdiagnose de voorkeur heeft in plaats van een engere DSM-V- diagnose.

In ons onderzoek weerhouden we volgende syndroomdiagnoses:

- De verwarde patiënt
- De sombere patiënt
- De angstige patiënt
- De patiënt met lichamelijk onverklaarbare klachten
- De patiënt die kampt met verslaving
- De patiënt die kampt met eetstoornissen
- De patiënt met slaapstoornissen
- De patiënt met obsessief compulsieve gedragingen
- De patiënt die een post-traumatische stress stoornis doormaakt
- De patiënt met een dissociatief syndroom
- De patiënt met persoonlijkheidsstoornissen
- De overspannen patiënt of de patiënt met burn-out

De verwarde patiënt:

Verwardheid kan verschillende oorzaken hebben en kan een uiting zijn van onderliggende psychotische stoornis, stemmingsstoornis of lichamelijk lijden. Bij een psychose is er een aanwezigheid van positieve (hallucinaties, wanen, desorganisatie) en/of negatieve symptomen (zoals apathie, anhedonie, spraakafname, verminderde energie en afvlakkende emoties). Bij stemmingsstoornissen kan verwardheid vooral voorkomen in de manische fase van een bipolaire problematiek. Dit uit zich voornamelijk in toegenomen energie, verminderde nood aan slaap en chaotische, versnelde spraak, in tegenstelling tot een depressie. We kunnen ook enkele lichamelijke oorzaken weerhouden van verwardheid, zoals een dementieel proces, met progressieve geheugenstoornissen, voornamelijk bij ouderen of een delier. Bij een delier is er sprake

van een acuut psychotisch beeld van lichamelijke origine, die gepaard gaat met een afname van het bewustzijn, cognitieve afwijkingen, fluctuerend in de tijd.

Informatie voor de patiënt:

- *Psychose*:
  - Patiënt maakt een verwarde indruk, het contact met de werkelijkheid is ernstig verstoord. Er worden stemmen gehoord of zaken gezien in de beleving van de patiënt, die er in werkelijkheid niet zijn. De patiënt zijn denken is chaotisch of verloopt te snel of te traag. Een psychose kan zowel eenmalig of meermaals voorkomen en kan een onderdeel zijn van schizofrenie. Uitlokkende factoren voor een psychose zijn divers, zoals hersenaandoeningen, andere psychiatrische ziekten, (genees)middelenmisbruik of oververmoeidheid
- *Schizofrenie*:
  - Als iemand één of meerdere (langdurige) psychoses heeft meegemaakt en tussendoor niet goed kan functioneren.
- *Manie bij bipolaire stoornis:*
  - Bij een bipolaire stoornis zijn er variaties in stemmingen met manische episodes en depressieve periodes. Een manie wordt gedefinieerd als iemand bruisend van energie is en zeer opgetogen door het leven gaat. Een depressieve episode betekent juist een zeer sombere periode.
- *Dementie:*
  - Bij dementie is er een vergeetachtigheid, die toeneemt met verouderen, en het dagelijks functioneren meer en meer verstoort. Zaken uit het verre verleden worden beter herinnerd dan de recente gebeurtenissen. Tevens kunnen er ook gedragsproblemen optreden.
- *Delier:*
  - Bij een delier is er een snel ontstane verwardheid, wat kan lijken op ijlen en ontstaat door een verstoorde werking van de hersenen. Een delier heeft vaak een lichamelijke oorzaak zoals een infectie (blaasinfectie, luchtweginfectie) of kan voorkomen na alcoholstop of na een operatieve ingreep. De klachten worden erger ’s avonds en ’s nachts en verdwijnen vaak als de lichamelijke oorzaak opgelost is. Een delier wordt vaker gezien bij ouderen, personen met dementie of kanker.

De sombere patiënt:

Een sombere stemming kan zich presenteren bij depressieve stoornissen maar ook secundair aan lichamelijke oorzaken. Bij depressie is er een belangrijke onderverdeling

in een mineure versus majeure depressie, alsook in een unipolaire versus bipolaire depressie. Een depressie kenmerkt zich door een sombere gemoedstoestand, anhedonie, verminderd zelfvertrouwen en concentratie. Af en toe zijn er ook suicidale gedachten aanwezig bij de sombere patiënt. Vaak ervaart de depressieve patiënt ook lichamelijke klachten, zoals een verstoord eet- en slaappatroon en een verminderd seksueel verlangen. Bij een dysthyme stoornis is er eerder een langdurige depressieve stemming aanwezig. Somberheid kan ook een uiting zijn van de negatieve symptomen van schizofrenie, samen met anhedonie, minder energie, veranderend affect. De sombere patiënt is vaak ook een angstige patiënt, waardoor er heel wat overlap is met angststoornissen. Soms vindt er een ongepaste reactie plaats op een uitlokkende gebeurtenis, zoals een overlijden van een dierbare, wat gepaard kan gaan met prikkelbaarheid, slaapstoornissen en concentratieproblemen.
Bij enkele persoonlijkheidsstoornissen kan somberheid ook weerhouden worden, zoals bij de borderline, narcistische, afhankelijke of ontwijkende patiënt.
Somberheid kan ook secundair zijn aan een lichamelijke aandoening of aan het gebruik of misbruik van middelen.

Informatie voor de patiënt:

- *Depressie:*
  - De patiënt voelt zich geruime tijd neerslachtig en verliest zijn interesse in alles, heeft weinig energie en onderneemt weinig of niets meer. Vaak zijn er ook lichamelijke problemen zoals slaapstoornissen en afname van eetlust. Uiteindelijk verstoort een depressie je dagelijks functioneren sterk. Naast de vaak voorkomende depressie zijn er ook nog enkele specialere vormen van depressie, zoals winterdepressie, postnatale depressie, post-traumatische depressie. Soms ziet een depressieve persoon geen enkele positieve uitweg meer en denkt hij/zij aan een suïcidepoging.

De angstige patiënt:

Angst is vaak een normale reactie op een prikkel, die noodzakelijk is om te overleven. Dit is fysiologische angst. Angst wordt pas een probleem als het ontstaat los van de prikkel. Angst wordt dan een pathologische reactie, die het functioneren sterk kan hinderen. Bij een paniekstoornis is er een plots optredende angstaanval van korte duur, met lichamelijke klachten zoals palpitaties, druk op de borst, trillen, misselijkheid, duizeligheid, zelfcontrole-verlies,… Bij veralgemeende angst is er een (bijna) constante aanwezigheid van angst en zenuwachtigheid, gepaard met een psychische en fysische spanning, die zich kan uiten in duizeligheid, zweten, droge mond, palpitaties, alsook rusteloosheid, hoofdpijn, tremor.
Bij fobie is er een onderscheid tussen een sociale fobie met specifieke angst voor de kritische reacties van derden of een meer specifieke fobie met pathologische angst voor een specifiek object of situatie.

Angst kan ook secundair zijn aan een lichamelijke oorzaak of aan middelengebruik of onttrekking aan psycho-actieve stoffen.
Er is ook de mogelijkheid dat angst samen kan gaan met een depressieve stoornis of een psychotische stoornis met hallucinaties en waangedachten die angst oproepen. Angst is ook niet vreemd bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen, zoals verlatingsangst bij een borderline- of een afhankelijkheidsstoornis en controleangst bij achtervolgingswaan.

Informatie voor de patiënt:

- *Angst:*
  - Angst is normaal indien het gerelateerd is aan een prikkel, zoals dreigend gevaar. Angst fungeert dan als een alarmprikkel. Angst wordt pas hinderlijk als het ook voorkomt zonder prikkel, en eigenlijk geen nut heeft, zoals alledaagse prikkels die angst uitlokken. Het kan gepaard gaan met onrust, gejaagdheid en gespannenheid. Vaak zijn er ook lichamelijke klachten zoals hartkloppingen, zweten, trillende benen,… Er zijn verschillende soorten angststoornissen zoals paniekstoornis, fobie, posttraumatische stress stoornis, obsessief compulsieve stoornis,…

De patiënt met somatisch onvoldoende verklaarde klachten

De patiënt met SOLK kenmerkt zich door verschillende fysische klachten die aanwezig zijn, zonder dat er een lichamelijke verklaring is, zelfs na veelvuldig somatisch onderzoek. Tevens zijn dat de patiënten die vaak op consultatie komen met nieuwe, moeilijk definieerbare klachten en onderliggende angst of depressieve gevoelens. Somatisch onvoldoende verklaarde klachten kunnen voorkomen bij verschillende ziektebeelden, waaronder hypochondrie, pijnstoornis, conversiestoornis, simulatie en lichamelijke wanen. Hypochondrie is een vrees om een ernstige lichamelijke aandoening te hebben, ondanks uitgebreide investigaties. Bij een conversiesyndroom zijn er lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak, die vermoedelijk zouden ontstaan als reactie op psychologische of emotionele stress. Af en toe gebeurt het dat een patiënt een ziektebeeld veinst of er lichamelijke wanen aanwezig zijn.

Informatie voor de patiënt:

- Onverklaarbare klachten zijn klachten waarvoor de arts geen verklaring heeft. Vaak is er geen medische oorzaak te vinden, maar verdwijnen de klachten ook niet spontaan. Vaak noemt men dit ook functionele of somatoforme klachten.

De patiënt die kampt met verslaving

Verslaving is een hersenaandoening met onderliggend neurobiologisch, sociaal en psychisch lijden, waarbij een persoon afhankelijk is van een gewoonte of een stof.

Er kan een onderscheid gemaakt worden in hoeveelheid van gebruik en afhankelijkheid. Schadelijk gebruik veroorzaakt lichamelijke of geestelijke schade. Bij afhankelijkheid is er een sterk verlangen om te gebruiken met een toenemende tolerantie. Er is een toenemende verwaarlozing van het sociaal functioneren. Bij minderen of stoppen van gebruik zijn er onthoudingsverschijnselen aanwezig. Misbruik is het problematisch gebruik zonder een sterke afhankelijkheid, met reeds gevaar voor zichzelf of anderen.
Een alcoholverslaving kan gepaard gaan met depressieve gevoelens, nervositeit en verminderde concentratie. Tevens zijn er ook lichamelijke klachten mogelijk bij de alcoholverslaafde patiënt zoals levercirrose, maagulcera en slapeloosheid.
Een drugverslaving gaat vaak samen met depressieve gevoelens, nervositeit en afgenomen concentratie, onverklaarbare verandering van gedrag en functioneren. Vaak is er een ontkenning van druggebruik en zijn er sociale, relationele of politionele problemen. Naast alcohol- en drugverslaving bestaat er ook tabak verslaving en medicatiemisbruik. Vaak worden er (te) gemakkelijk opioïde-pijnstillers voorgeschreven voor langdurig gebruik. Opioïde pijnstillers hebben een belangrijke plaats bij behandeling van (terminale) kankerpijn, alsook valt het te verdedigen om kortstondig opioïden te geven voor niet-kankerpijn. Het risico op verslaving mogen we niet onderschatten en daarom is toetsing van de indicatie en duur van toediening telkens noodzakelijk.

Informatie voor de patiënt:

- Verslaving is het ervaren van een drang naar een genotsmiddel zoals alcohol, roken, drugs of zelfs medicatie. Je leven staat in teken van het op zoek gaan naar het genotsmiddel. Verslaving is een proces van occasioneel gebruiken tot het niet meer zonder kunnen. Jongeren zijn een kwetsbare groep waar experimenteren vaak leidt tot misbruik en afhankelijkheid. Tevens zijn ook jonge hersenen heel gevoelig voor de effecten van genotsmiddelen.

De patiënt die kampt met eetstoornissen

Een patiënt met eetstoornissen ervaart een ongelooflijke angst om dik te worden of toe te nemen in gewicht. Er worden vaak enorme inspanningen geleverd om het gewicht te controleren, met een strikt dieet, eventueel braken na maaltijd of gebruik van laxativa. Tevens zijn er patiënten met eetstoornissen die extreem gaan sporten om in gewicht af te vallen.
Er zijn verschillende vormen van eetstoornissen, zoals anorexia nervosa, boulemia of een combinatie van beide. Bij anorexia nervosa blijft men diëten ondanks een laag gewicht. Vaak is er een vertekend lichaamsbeeld aanwezig en ontstaan er lichamelijke ongemakken zoals amenorroe, vermoeidheid, weinig kracht en energie,… Bij boulemia wordt er in een korte tijd grote hoeveelheden eten opgeschrokt (= binge eating), die nadien vaak uitgebraakt of door middel van diuretica of laxativa versneld ontlast

worden. Soms zijn er combinatievormen van anorexia nervosa en boulemia of is er een afwisseling tussen beiden.

Informatie voor de patiënt:

- Het leven van een patiënt met eetstoornissen wordt beheerst door eten, terwijl ze een afwijkend eetpatroon vertonen. Er zijn twee vormen van eetstoornissen, anorexia nervosa of magerzucht en boulemia nervosa of vraatzucht, beiden met een verstoord lichaamsbeeld. Eetstoornissen komen vaker voor bij jonge vrouwen en zijn soms moeilijk te behandelen.

De patiënt met slaapstoornissen:

De patiënt met slaapstoornissen kan ofwel moeilijk de slaap vatten ofwel heeft hij/zij een rusteloze en weinig verfrissende slaap. Soms klaagt de patiënt van frequent ontwaken of langdurig waken.
Slaapproblemen kunnen bij diverse stoornissen voorkomen, zoals bij depressie, angst, alcoholproblematiek, maar ook bij hartfalen of longziekten. Belangrijk is ook te denken aan slaapapneu, zeker indien er aanwezigheid is van luid gesnurk met soms een ademhalingsstilstand.

Informatie voor de patiënt:

- Er wordt van een slaapstoornis gesproken indien er langdurig een slaaptekort ontstaat, met klachten van vermoeidheid, concentratieverlies en prikkelbaarheid of emotionaliteit. Meestal vallen we in slaap 20-30min nadat we in bed kruipen en slapen we gemiddeld 6-8 uur per nacht. Er zijn vele oorzaken van slaapstoornissen, zoals rusteloze benen, medicatie-bijwerkingen, slaapapneu, ploegwerk, jetlag,…

De patiënt met obsessief compulsieve gedragingen

Bij een patiënt met obsessief compulsieve gedragingen kunnen we een onderscheid maken tussen dwanggedachten en dwanghandelingen. Dwanggedachten of obsessies zijn recidiverende aanhoudende gedachten of beelden die spanning opwekken bij de persoon en een onvrijwillig karakter hebben.
Dwanghandelingen of compulsies daarentegen zijn herhalingen van bepaalde handelingen volgens een specifiek patroon, in de hoop dat zo een bepaalde spanning kan afnemen. Indien een bepaalde handeling niet kan uitgevoerd worden, gaat dit gepaard met een sterke angst bij die persoon. Er zijn verschillende vormen van compulsies zoals angst voor besmetting, controledrang, agressieve, religieuze of seksuele obsessies of dwang om te tellen, verzamelen en ordenen

Informatie voor de patiënt:

- Een patiënt die lijdt aan dwanggedachten of –handelingen is een groot deel van de dag bezig met het uitoefenen van controle of het herhalen van bepaalde handelingen. Deze extra controle geeft aan de patiënt innerlijke rust en veiligheid. De patiënt lijdt vaak ernstig onder deze dwanggedachten of –handelingen, daar dit meestal een chronische aandoening is. Het treedt meestal op bij twintigers.

De patiënt met een post-traumatisch stress syndroom:

Er is sprake van een post-traumatisch stress syndroom indien er een verlengde en invaliderende angst aanwezig is, ten gevolge van het doormaken van een ernstige (levens)bedreigende gebeurtenis. Dit kan optreden na extreem geweld, misbruik, verkrachting, mishandeling, zware verwondingen,… Vaak gaat dit samen met herbelevingen zoals nachtmerries, verhoogde waakzaamheid en bemoeilijkte slaap, concentratieproblemen, toename prikkelbaarheid,…

Informatie voor de patiënt:

- Door ernstige gebeurtenissen (ongevallen, geweld, invaliderende ziektes,…) zijn er heel vaak lichamelijke kwetsuren, maar komen er ook veel emoties vrij. Dit is een stressreactie die normaal is na een traumatisch voorval. Bij een post-traumatisch stress syndroom is er een (constant) herbeleven van een traumatische gebeurtenis.

De patiënt met dissociatief syndroom:

De patiënt met een dissociatief syndroom vertoont ongewone of dramatische fysische klachten, zoals epilepsie, amnesie, gevoelsstoornissen, parese/paralyse. De vertoonde fysieke klachten zijn ongewoon in presentatie of niet consistent met een gekende ziekte. Ze ontstaan vaak door psychologische stress of als gevolg van dramatische persoonlijke omstandigheden.

De patiënt met persoonlijkheidsstoornissen:

Bij een persoonlijkheidsstoornis is je persoonlijk functioneren sterk verstoord. Iemand met een persoonlijkheidsstoornis heeft persoonlijke kenmerken die het functioneren in de maatschappij kunnen bemoeilijken en vaak berokkent het schade voor zowel jezelf als voor je omgeving. De verschillende vormen van persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in drie clusters met gelijkaardige gedragskenmerken.

- *Cluster A:*
  - = vreemd en excentriek gedrag
    - Paranoide persoonlijkheidsstoornis
    - Schizoide persoonlijkheidsstoornis
    - Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- *Cluster B:*
  - = emotioneel en onvoorspelbaar reageren
    - Antisociale persoonlijkheidsstoornis
    - Borderline persoonlijkheidsstoornis
    - Theatrale persoonlijkheidsstoornis
    - Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- *Cluster C:*
  - = zeer angstig en onzeker zijn
    - Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
    - Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
    - Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis

De overspannen patiënt of de patiënt met burn-out:

Bij burn-out is er een afname van eigenwaarde op het werk, dat zich kan uiten in zich overspannen voelen, vaak met lichamelijke en emotionele uitputting. Overspannen personen ervaren het tijdelijk onvermogen om nieuwe, gecompliceerde of emotioneel beladen informatie te verwerken als gevolg van langdurige oncontroleerbare stress. Vaak is het een sluimerend proces, met (langdurig) werkverlet tot gevolg.
Burn-out kan gepaard gaan met concentratieverlies, vergeetachtigheid, een verminderd oplossend vermogen, een chaotisch gevoelsleven.
Vaak is het moeilijk om een differentieel diagnostisch landschap op te stellen, maar als volgende drie criteria aanwezig zijn, wordt de kans groter, namelijk overspanning, meer dan 6 maand aanwezig, met gevoelens van moeheid en uitputting op de voorgrond.
Burn-out wordt vaak aanzien als een uitsluitingsdiagnose, daar belangrijke, en potentieel gevaarlijke, diagnoses niet gemist mogen worden. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de psychiatrische pathologie en de somatische aandoeningen die een (professionele) vermoeidheid kunnen verklaren. We weerhouden depressie, gegeneraliseerde angststoornis, post-traumatische stress, sociale fobie, obsessief compulsieve stoornis, pesterijen en schizofrenie bij de psychiatrische aandoeningen. Bij de lichamelijke oorzaken houden we vooral rekening met ferriprieve anemie,

hypothyroidie, bloeddrukstoornissen, slaapstoornissen en chronische vermoeidheid en fibromyalgie.

Referenties:

- Leidraad psychiatrie. L.J.M van Nimwegen, R.P. van den Brand, S. Dieleman, M.R. Ju, Bohn Stafleu van Loghum Houten, 2008, 978 90 313 41832
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013
- WHO. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD- 10 Chapter V Primary Care Version. Germany (Göttingen): Hogrefe & Huber Publishers, 1996.
- www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen
- http://www.nvvp.net/website/patinteninformatie/aandoeningen-/

Bijlage 2: Steekkaart voor huisartsen:

Consultatieschema
Psychische klachten

4 vragen:



Verdieping:

- **Wat is er met je gebeurd?**
  - Verhaal beluisteren
  - Navragen functioneren
  - Sociaal (steunend) netwerk?
  - Lijdenslast?
- **Wat is je kwetsbaarheid/weerbaarheid?**
  - Vroegere ervaringen?
  - Vroegere coping-strategieën?
- **Waar wil je naar toe?**
  - Doelstellingen en verwachtingen op korte en lange termijn?
- **Hoe kan ik je daarbij helpen?**
  - Nagaan hulpvraag
  - Samen op weg gaan

Syndroomdiagnoses

- **De verwarde patiënt:**
  (schizofrenie – manie – dementie – delier)
- **De sombere patiënt:**
  (depressie – angst – psychose – aanpassingsstoornis – persoonlijkheidsstoornis – lichamelijke oorzaak – middelenmisbruik)
- **De angstige patiënt:**
  (normale reactie – paniekstoornis – veralgemeende angst – fobie – secundaire angst)
- **De patiënt met lichamelijk onverklaarbare klachten:**
  (hypochondrie – pijnstoornis – conversiesyndroom – simulatie – lichamelijke wanen)
- **De patiënt die kampt met verslaving:**
  (alcohol – tabak – drugs – medicatie)
- **De patiënt die kampt met eetstoornissen:**
  (anorexia nervosa – boulemie – mengvorm)
- **De patiënt met obsessief compulsieve gedragingen:**
  (dwanggedachten – dwanghandelingen)
- **De patiënt die een post-traumatische stress stoornis doormaakt**
- **De patiënt met een dissociatief syndroom**
- **De patiënt met persoonlijkheidsstoornis:**
  - *cluster A:* paranoid – schizoid – schizotypisch
  - *cluster B:* antisociaal – borderline – theatraal – narcistisch
  - *cluster C:* ontwijkend – dwangmatig – afhankelijk
- **De overspannen patiënt of de patiënt met burn-out**

Bijlage 3: Voorstel ethische commissie met positief advies (mp 11746):

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met psychosociale aanmeldingsklachten tijdens zijn spreekuur. Vaak hebben we weinig handvaten om deze problematiek aan te pakken op een persoonsgerichte manier, los van diagnostische categorieën. Heden wordt er door psychiaters, en in mindere mate, ook door huisartsen, gebruik gemaakt van de DSM- criteria om een diagnose te formuleren. Gebaseerd op het vier-vragenmodel, ontworpen door professor Jim Van Os, voor de aanpak van psychosociale problemen in de praktijk, heb ik vorig jaar de kans gekregen het model mee te helpen verfijnen en testen als masterproef.
Het initiële model bestond uit de volgende vier vragen: 1) "Wat is er met je gebeurd?" 2) "Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?" 3) "Waar wil je naar toe?" 4) "Wat heb je nodig?". Dit model probeert op een meer persoonsgerichte manier enerzijds tot een diagnose te komen en anderzijds tot een op de patiënt afgestemd beleid.
Wij hebben getracht het model, dat initieel ontworpen is voor de tweede lijn, over te brengen naar de eerste lijn, mits enkele aanpassingen en hebben het gebruik slechts getoetst met 4^{de} master studenten huisartsgeneeskunde. In het kader van mijn master-na-master thesis, zou ik dit graag verder uitwerken, valideren en testen bij een grotere groep huisartsen met praktijkervaring, dit door middel van een observationeel actie-onderzoek, om tot een prospectief praktijk-verbeterend project te komen.
Ik zou initieel het model theoretisch nog wat willen verfijnen, door middel van het action-research principe. Nadien zou ik het model willen voorleggen aan een groep huisartsen om de haalbaarheid te testen. Iedere participerende huisarts zou bij een vijftal patiënten met psychosomatische problemen, die zich presenteren in de huisartspraktijk, het model proberen toepassen. Enkel patiënten die zich voor het eerst melden met een (nieuwe) psychosomatische klacht kunnen geïncludeerd worden. Als exclusiecriteria weerhou ik een ernstige psychisch zieke patiënt, waar een directe doorverwijzing noodzakelijk is, alsook reeds langer bestaande psychische klachten. Achteraf zou er met de behandelende huisarts een overleg plaatsvinden, om de ervaringen uit te wisselen, waarbij het beroepsgeheim gerespecteerd wordt, alsook de anonimiteit van de patiënt bewaard wordt. Er zouden geen patiënten-interviews plaatsvinden, daar dit zou kunnen interfereren met de therapeutische relatie tussen de behandelende huisarts en de desbetreffende patiënten.
Mijn onderzoeksvragen binnen deze master-na-master paper formuleer ik als volgt:

- Welke visie hebben (opgeleide) huisartsen op de mogelijkheden die het vier-vragenmodel levert in de aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn? Welke visie hebben (opgeleide) huisartsen op de mogelijkheden en barrières om het vier-vragenmodel in hun praktijkvoering te implementeren?
- Welke visie hebben huisartsen op de rol die het vier-vragenmodel kan spelen in de samenwerking met de tweede lijn?
- Wat was de drempel tot doorverwijzen?
    - Indien een doorverwijzing noodzakelijk was, hoe verliep die en kwam de psychiater tot gelijkaardige bevindingen qua diagnostiek? ·
- Eventueel is een vergelijking met het Nederlandse systeem een optie.

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de geneeskunde (Leuven)" heeft uw voorstel tot Masterproef "EEN PERSOONSGERICHT VIER-VRAGEN MODEL VOOR DE EERSTELIJNS AANPAK VAN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMEN" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de geneeskunde (Leuven)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "EEN PERSOONSGERICHT VIER-VRAGEN MODEL VOOR DE EERSTELIJNS AANPAK VAN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMEN" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Bijlage 4: Informed consent:

Informed Consent manama-thesis Nicolas Meirschaert

De ondergetekende arts verklaart akkoord te gaan met het opnemen van een focusgesprek alsook met het afnemen van een kort interview in kader van de manama-thesis van Nicolas Meirschaert: "EEN PERSOONSGERICHT VIER-VRAGEN MODEL VOOR DE EERSTELIJNS AANPAK VAN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMEN". Dit maakt deel uit van een prospectief praktijk-verbeterend onderzoek, waarbij er getoetst wordt naar de mogelijkheden en de barrières van het vier-vragenmodel in de huisartspraktijk, na voorstelling van het model, alsook enkele weken na het testen in de praktijk.

Nadien zal er van dit gesprek een transcriptie gebeuren in volledige anonimiteit, die het mogelijk zal maken bevindingen en citaten te gebruiken in mijn resultaten-sectie van de thesis. Dit zal mede-geëvalueerd worden door Dr. Marc van Nuland (KU Leuven) en Professor Dr. Jan De Lepeleire (KU Leuven) die me begeleiden als promotor en copromotor van deze manama-thesis.

Voor deze manama-thesis "Een persoonsgericht vier-vragen model voor de eerstelijns aanpak van psycho-sociale problemen" werd de toestemming van de ethische commissie verkregen.

Gelezen en goedgekeurd te Kortrijk

Naam en handtekening van de arts

Bijlage 5: Transcriptie focusgesprek Kortrijkse huisartsen:

(M): Wat vonden jullie van de presentatie, enkele weken terug en nu?
(1): Het feit dat we hier zijn, betekent dat we geinteresseerden zijn, want anders zouden we op die uitnodiging al niet ingegaan zijn.
(M): voor mij was het ook fascinerend en aangenaam dat op die avond zelf, er uit veel onverwachtse hoeken ook interesse was in dit onderwerp, wat soms toch wel behoort tot één van de moeilijkere aspecten van de huisartsgeneeskunde.
(8): Wat ik me afvroeg, aan het begin van de presentatie vertel je dat het model gebruikt kan worden om mensen geen label te geven aan patiënten, en er niet zoveel mee zijn, maar ik begrijp niet zo goed het verschil tussen een label krijgen zoals schizofrenie, of op het einde van het model een syndroomdiagnose te krijgen zoals een dissociatief persoon etc. Wat is het grote verschil?
(M): Het grote verschil is dat wij als huisarts bijna nooit de DSM gaan gebruiken. Het model is ontworpen door Jim van Os, een professor psychiatrie, die constant werkt met de DSM. Ik denk dat het voor hem een enorme verademing was om te kunnen afstappen van de DSM en nog een 10-12 diagnoses over te houden. Het is een vereenvoudiging van een moeilijk diagnostisch landschap. Voor ons als huisarts zijn we eigenlijk maar gewoon om met die 10-15 diagnoses te gaan werken. We weten misschien wel hier en daar wat meer over die diagnoses, maar eigenlijk zijn die syndroomdiagnoses niet zo vernieuwend. Het is ook nooit de hoofdnoot van mijn thesis geweest om dat aspect uit te diepen. Maar ik wou het ook wel wat uitwerken, je hebt die vier vragen en zit dan aan het einde van uw consultatie en wat nu. We moeten telkens coderen in ons medisch dossier, en die syndroomdiagnoses kunnen perfect gecodeerd worden. Anderzijds zitten er ook voor je patiënt enkele kleine tekstjes van patiënteninfo bij, en kan je tegen je patiënt zeggen; “voila hier behoor je bij” en dat maakt het iets eenvoudiger en werkbaarder.
(8): Die kleine tekstjes zijn superwerkbaar, zeker dat van angst vond ik super.
(6): Hoe doe je dat dan? Lees je die dan voor? Of geef je die dan mee?
(8): ik heb het nog niet geprobeerd.
(M): Dat zou ik ook graag van jullie horen. Ik ben piepjong in de praktijk en bezit nog weinig ervaring. Dus ik weet ook niet hoe jullie erover denken.
(1): Dus die syndroomdiagnoses zijn werkhypotheses, waar je mee werkt als huisarts om je niet direct vast te pinnen in een DSM diagnose. Maar uiteindelijk eindig je wel in een DSM-hokje?
(M): Het zijn inderdaad afgewaterde DSM diagnoses. Je kan moeilijk zeggen dat je de DSM helemaal verlaat. Dan zit je met de ICD10 criteria, die ook bruikbaar zijn voor de huisarts. Maar we hebben die syndroomdiagnoses proberen verder te ontwikkelen en aanpassen aan de noden van de huisarts. Maar ik weet dat dit niet zo’n vernieuwend deel is.
(1): Maar ik vind dat ik als huisarts al 30 jaar werk met die syndroomdiagnoses, zonder dat ik het wist, gewoon uit, niet direct onkunde, maar omdat ik me niet bevoegd voel om me uit te spreken over bvb die clusters A,B,C want dat komt waarschijnlijk rechtstreeks uit de DSM en ik zou daar geen onderscheid in kunnen maken bij mijn patiënt; als het nu over schizoide of schizoaffectief. Maar ik voel me niet geroepen om zo’n diagnoses te stellen en dat zijn dan patiënten die ik doorstuur, terwijl ik eigenlijk weinig patiënten met psychisch lijden doorstuur, omdat ik psychiatrie graag doe, maar het gros is natuurlijk depressie en angst, maar van zodra het andere zaken zijn, dan heb ik het gevoel dat het ook niet meer voor mij is.

(8): Als ik het zo begrijp, is het ook niet de bedoeling om die vier vragen enkel te gebruiken om op het einde te kunnen zeggen dat het die of die syndroomdiagnose is?
Het is vooral de bedoeling om een gesprek te kunnen hebben met de patiënt als het dan één van die syndromen is of vier of vijf, dan maakt dat in principe niet uit?
(M): Nee, inderdaad. Voor veel huisartsen is psychiatrie toch moeilijk, we hebben dat ooit wel gehad, maar dat was redelijk vaag en gegeven door een psychiater, die eigenlijk niet wist wat wij als huisarts zagen van soort patiënten. Da's een andere setting; hoeveel van je patiënten met psychosociale en psychiatrische klachten gaan ooit een psychiater gezien hebben in hun leven. Relatief weinig patiënten, gelukkig voor zowel patiënt als psychiater. De bedoeling van dit project is om de huisartsen met interesse een compact compendium te geven, om enerzijds de consultatie te leiden en anderzijds ook wat te helpen bij diagnosestelling, maar qua therapie laat het nog alles open. Iedereen speelt wat met de medicatie waar hij zich goed bij voelt of goede responsen mee heeft gehad in verleden.
(1): Is dat een Nederlander? Want die vraag 3 en 4 vind ik wat Nederlands getint en ik kan me voorstellen dat als ik die vraag letterlijk zou stellen, dat bij vraag 2 de patiënt met zijn mond vol tanden zit, en bij vraag 3 de patiënt zich wat aangevallen zou voelen. Zo van waar wil je naar toe? Dit geeft wat de suggestie van "wil je een briefje of wat is het?" Ik zou benauwd zijn van die vraag op die manier te stellen.
(M): Maar als je volgens de huidige normen van de opleiding huisartsgeneeskunde consultatie voert, met het ICE model, waarvan Ideas, Concerns en Expectations erin gedramd zijn, dan ga je al bij elke patiënt al gaan vragen voor wat hij komt. Maar als je die vragen te letterlijk stelt, kan dit raar overkomen. Ook met de simulatiepatiënten in het verleden, hadden we ook het gevoel dat de eerste keren dat je het model toepast, het soms wat raar aanvoelt voor jezelf. De eerste vraag "Vertel eens", da's een opener, die makkelijk is. De tweede vraag stel ik vaak in de vorm van "Als je dat al eens meegemaakt hebt, hoe ben je dat dan te boven geraakt?" De derde vraag: "Heb je zelf al eens gedacht wat je er zou kunnen of willen aan doen?" En bij de vierde vraag: "Hoe wil je dat ik je kan helpen? Of wat had je in gedachten wat ik voor jou zou kunnen betekenen?". Ik weet dat ze misschien heel letterlijk genoteerd staan, maar ze zijn voor interpretatie vatbaar.
(4): Wat mij het meest interesseert is vraag 4: "Wat kan ik er mee doen?" We verlangen er altijd naar, om te weten wat we kunnen doen als arts, en de mensen verlangen daar ook het meest naar. We moeten niet altijd iets doen, zij moeten ook iets doen. Dat vind ik goed aan het model, omdat het hen aanbrengt dat zij misschien wel iets van ons verwachten, maar wij verwachten ook iets van hen. Het is een model om hen op het pad te sturen om iets te doen. Wij moeten maar interveniëren als het acuut is, al de rest mogen ze zelf oplossen van mij.
(1): De patiënt engageert zich al om een deel verantwoordelijkheid zelf op te nemen.
(M): Da's de bedoeling eigenlijk.
(4): Vraagje drie, ik vind dat eigenlijk een economisch luik, de SWOT analyse, sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen. Da's een beetje dat dat je op je patiënt zet.
(M): Ik vind het toch interessant, zelfs in de dagelijkse niet-psychiatrische praktijk, dat je weet waarom je patiënt naar jou komt. Hij kan al een week rondlopen met een snotneus en nu komt hij vandaag naar jou.
(1): Da's een vraag dat ik ook letterlijk stel "Je hebt al drie weken pijn aan uwen rug en dan kom je vandaag, ik vraag dat dan toch ook na aan mijn patiënt wat de reden is. Is het verslecht?"
(M): Sommige patiënten verwachten zich daar niet aan, maar als je het altijd stelt, dan is de patiënt er al op voorbereid en dan hebben ze al vaak een antwoord klaar: Bijvoorbeeld, "de vorige keer heb je Brexine gegeven en dat was goed, maar nu is het

op." Ik vind dat het ook efficiënter werkt, als je weet waarvoor je patiënt bij je komt, maar ik begrijp wel dat het soms onwennig kan aanvoelen.
(4): Soms weet je het wel maar op het einde van de consultatie, als ze met de deurklink in de hand staan, dat je dan weet waarover het gaat.
(2): Ik denk dat als we die vraag op tijd stellen, we kunnen voorkomen dat als de consultatie is afgerond dat ze dan pas met hun verhaal zullen afkomen.
(3): Da's ook de bedoeling van de ICE, dat je op voorhand weet waaraan je je kan verwachten als arts.
(8): We zijn dat er ook super ingedramd, dat we in het begin van onze consultatie moeten ICE'n en onze agenda bepalen, om eigenlijk zulke zaken te vermijden.
(2): Dat levert echt wel efficiëntie op. Wij hebben dat vooral geleerd van onze HAIO's.
(4): Wij hebben dat via trial en error geleerd. Niet tegenstaande dat als je het rechtstreeks vraagt, je het misschien toch niet te horen zal krijgen van je patiënt. Het moet rijp zijn. Waarom is die patiënt nu bij mij? Da's een gans proces om daar te geraken. Het zeggen ook, waarom zegt hij dat nu? Ik denk dat je teveel afstand kan creëren en dat hij zich sluit door die vraag zo op de man af te stellen.
(6): Soms weet de patiënt het ook niet hé, waar hij naar toe wil.
(M): Dat is ook de reden dat je het model niet in één keer kan doorlopen, sommige patiënten zijn daar rijp voor en hebben al een goed idee als ze komen wat ze willen bereiken, terwijl anderen komen al wenend in uw consultatie binnen en je moet drie minuten wachten vooraleer ze aanspreekbaar zijn en dan ga je misschien al tevreden zijn dat je je eerste vraag hebt kunnen stellen. Ik denk dat dat misschien de generatiekloof wat kan zijn, dat wij in onze opleiding daar sterk op getraind zijn.
(8): Ik stel die vraag constant, en ik voel me daar eigenlijk gigantisch goed bij. Zowel bij psychiatrische als bij niet-psychiatrische consultaties stel ik die vraag "wat kan ik nu voor u doen", en er is eigenlijk geen enkele moment dat ik me daar ongemakkelijk bij voelde.
(1): Eerlijk gezegd is het een vraag die ook spontaan bij mij opkomt. En ook als je machteloos bent, als je sommige mensen hun verhaal hoort, en ervaart dat het uitzichtloos is en dat je zegt "En wat kan ik nu voor je proberen te doen?".
(6): Het geeft ook voldoening als je dat vraagt en je er een concreet antwoord op krijgt.
(5): Ik denk dat dat model in een psychosociale context enorm nuttig is, maar ik denk bij infectieuze problemen het soms minder waarde heeft, overbodig is, want de patiënt zegt dan al snel "jij bent dokter, dus…". Je hebt bij psychosociale problemen een echte wisselwerking, waarbij je ook de verlangens kan bevragen van de patiënt, anderzijds kan je ook vragen hoe hij het al heeft aangepakt in het verleden, dus je stelt hem ook mede-behandelaar van zijn/haar probleem.
(M): Dat is het verschil in de paternalistische aanpak en het samenwerkingsmodel, waar we nu meer naar geëvolueerd zijn.
(1): Maar zelfs bij infectieziekten kan je ook de situatie hebben dan je op het einde van het verhaal zelf met de vraag zit, waarom komt die patiënt nu, want hij zegt dat het wel allemaal beter is, maar dat als je het dan vraagt, hij zegt dat hij eigenlijk nog een briefje nodig heeft. Als je duidelijk de vraag stelt, dan ben je toch makkelijker. En eigenlijk bij elke klacht, als je dat model gebruikt, kan je jezelf een hoop miserie besparen, naar tijdsverlies en niet-beantwoorden van de verwachting van de patiënt.
(M): Een patiënt spaart soms ook z'n klachten op en dan is het wel makkelijk dat je de agenda kent van de patiënt. Het is aangenamer dat je alle puntjes kent, en dat er niet bij het afrekenen ineens nog een nieuw probleem op tafel gelegd wordt.
(3): Ja, zo nu ik hier ben, zou je ook nog eens bloed kunnen afnemen?

(5): Ik had nog een vraag, de andere verwoordingen van de DSM 5 met de syndroomdiagnoses. Is het niet naar de patiënt toe een makkelijkere vorm van communiceren in de zin van "gij zijt een schizofreen of een zwaar depressieve patiënt". Maar bij sommige patiënten weten we bvb dat die fibromyalgie of CVS heeft, maar we proberen zo min mogelijk die diagnose duidelijk te maken of uit te spreken, omdat we weten dat we dan een label op die patient plakken en zo zorgen we dus ook voor een hele hoop vragen of drempels en remmingen naar eigen aanpak en therapie. Het is dus niet enkel bedoeld om onder mekaar als artsen te communiceren maar ook naar de patiënt toe, dat het ook iets minder bedreigend overkomt.
(7): Inderdaad, het komt ook iets begrijpbaarder over voor de patiënt.
(M): Het nadeel van de etiketten in psychiatrie is, dat het je diagnose bepaalt, maar niet je behandeling. En de behandeling van een psychiatrische patiënt is bijzonder moeilijk. En als een patiënt het label schizofreen krijgt, en die zoekt dat op in google, dan komt er daar niet veel positiefs uit.
(5): Voila, wat verward zijn, klinkt inderdaad minder bedreigend, en dat is inderdaad van belang.
(7): Ik denk inderdaad dat het ook makkelijk is met die syndroomdiagnoses om de patiënt inzicht te laten verwerven in zijn ziektebeeld, waardoor ze het beter begrijpen en er beter mee omkunnen.
(M): denk je nu dat je met zo'n model aan het werk zou willen gaan of zijn er voor jullie beperkingen die jullie graag veranderd willen zien?
(3): Inderdaad, ik denk dat het makkelijk is om zo je structuur te bewaren in een psychiatrische consultatie, omdat je anders wel vaak blijft hangen bij die vraag 1.
(7): Het lijkt interessant om je consultatie te kunnen leiden, want als je geen structuur in je hoofd hebt, dan is de patiënt soms weg met jou en heb je het niet meer in handen.
(M): Het hangt ook af van de patiënt, je kan twee patiënten met dezelfde diagnose hebben, waarvan één patiënt na 20min het model heeft doorlopen, en je de andere na drie kwartier nog niets van vooruitgang hebt geboekt.
(3): Ik vraag me zo wat af, doe je eerst die vragen en vertel je daarna over die syndroomdiagnose of is het de bedoeling van zo wat tussendoor erover te beginnen? Of als je na je zelf je zeg hebt gedaan komt met je syndroomdiagnose?
(M): Wel ik heb ze er niet tussen geplaatst, omdat je ze volgens mij overal kunt plaatsen, afhankelijk van waar je je het meest comfortabel bij voelt. Uiteindelijk gaan we al snel doorhebben na vraag 1 wat er exact scheelt. Maar het is interessant van de informatie van vraag 2, 3 en 4 te hebben. Persoonlijk vind ik dat het wel het meeste past na vraag 1.
(1): Je weet dan wel wat de patiënt heeft, maar je weet nog niet wat de patiënt wil. Da's een immens verschil. Je hebt mensen die zeggen, ik wil zeker geen medicatie en anderen willen juist wel medicatie of wil juist enkel naar een psycholoog gaan. Het is ook belangrijk om dat te weten voor je aanpak.
(M): Niet altijd is diagnose belangrijk of noodzakelijk voor de patiënt
(1) en (3): Inderdaad, de patiënt moet geholpen worden.
(5): Het is soms ook te bedreigend om de diagnose te kennen.
(3): Als ze zich afvragen hoe het komt dat ze zo zijn of zo reageren, dan kan je er dieper op ingaan, dan als ze gewoon geholpen willen worden met medicatie.
(M): Je kan de consultatie meer open trekken, want anders eindigt de consultatie met "ah je bent bipolair en we zijn rond"
(1): En jij bent content want je hebt de diagnose, maar de patiënt is niet content want hij weet niet wat te doen… Heb ik nu een depressie of ben ik nu burn-out? Is dat niet een mode-diagnose geworden die burn-out? Hoeveel keer schrijf je nog op je briefje van de

mutualiteit als diagnose depressie? Tenzij het echt manifest is. Het is eleganter bij iemand te schrijven dat hij burnout heeft, want ten slotte leest hij het wel zelf.
(M): Ik denk dat dat het grote verschil is tussen Nederland en Belgie. Er is een grotere taboe over psychiatrisch lijden in Belgie; het geestelijke gezondheidszorgsysteem is sterker uitgebouwd in Nederland, in Belgie zijn er meer suicides etc. Eigenlijk is dat bizar, zo'n groot verschil met een buurland. Depressief zijn wordt daar ook vaker aanzien als een ziekte zoals borstkanker.
(1): Bij burnout zegt men dat het werkgerelateerd is, maar moet dat altijd buitenshuis werk zijn? Iemand met drie kinderen, die de hele dag in het huishouden werkt, kan toch ook burnout hebben?
(7): Ja en inderdaad, daar gaan we dan waarschijnlijk vaker zeggen dat het een depressie is, dan een burnout.
(1): We linken burn-out nog altijd aan buitenshuis werken, terwijl je ook heel wat werkdruk binnenshuis kan hebben en erdoor kan zitten.
(2): Vroeger gingen we daar surménage opplakken als term of depressieve decompensatie.
(1): Ik weet het, maar ik bedoel, is dat echt gelimiteerd de term burn-out tot werkgerelateerde diagnose?
(2): Officieel wel denk ik
(M): Het is geen DSM-criteria.
(1): Dus burn-out is eigenlijk een modern woord, maar is dan geen echte medische diagnose?
(M): volgens de DSM 5 niet, volgens de ICD10 is het wel opgenomen. Maar het is comfortabeler om aan je patiënt te zeggen, en voor je patiënt ook om het te accepteren, dat hij burn-out heeft dan een depressie. Maar ik heb wel al regelmatig gehad dat een patiënt zich presenteert met een werkgerelateerde burn-out maar met onderliggende depressie. Burn-out is dan het druppeltje in die emmer gevuld met depressieve gevoelens.
(5): Maar het wordt sociaal meer aanvaard.
(1): Je gaat inderdaad makkelijker zeggen tegen je vrienden dat je burn-out hebt, dan dat je een depressie hebt.
(5): Ja uw vriendin gaat dan zeggen, ik heb het altijd al geweten, je hebt teveel tijd..
(3): Burnout heeft de gevoelswaarde dat het maar eventjes duurt, terwijl als je de stempel krijgt van depressie, dan weegt dat zwaarder en draag je dat langer mee denk ik.
(M): En dat is met een diagnose zoals schizofrenie nog veel meer zo, da's een levenslange diagnose.
(1): Het is natuurlijk wel zo, dat je iemand met een bipolaire stoornis of psychose niet kan behandelen met de medicatie die daarvoor dient zonder dat je de diagnose medegedeeld hebt. Je kan iemand moeilijk neuroleptica of andere medicamenten die serieus zijn laten nemen zonder dat je ook zegt waarom.
(M): Maar als je de patiënt goed informeert, ik schrijf regelmatig wel eens neuroleptica in zeer lage dosis voor om innerlijke rust te vinden en makkelijker te slapen (bvb quetiapine 25mg), dan leg ik ook wel uit aan de patiënten waarvoor dat medicament dient en dat het in hogere dosissen ook een andere functie heeft, en dat dit ook te vinden is op de bijsluiter of op google. En er is eigenlijk nog niemand geweest die weerstand bood als ik het voorschreef, of die het niet genomen heeft, omdat ik Seroquel schreef ipv een Zolpidem die verslavender is en minder goed zal werken. Als je hen uitlegt, dan heb je de patiënt mee in je verhaal.

(1): Net zoals Cymbalta voor rugpijn, dat je zegt dat je weet dat de patiënt niet depressief is, maar dat het wel zal helpen.
(M): Maar elke fibromyalgie patiënt komt wel buiten met Cymbalta.
(2): Maar het neemt wel niet weg dat chronische pijn wel kan leiden tot depressieve gevoelens, maar voor een aantal mensen is het al een brug te ver, en is Cymbalta een handig medicament.
(3): Of kan de depressiviteit je extra spanning geven waardoor je meer rugpijn hebt.
(2): Maar soms kan je een patiënt niet informeren of weet je dat hij dan het medicament niet zal nemen. Wij hebben wel eens een populatie die echt weinig intellectuele capaciteiten heeft en waar we niet kunnen informeren. Bvb, wij hebben een dame wiens zoon maanden niet buitenkwam, zich opsloot in de kelder, zich niet verzorgde en met niemand contact nam. Die moeder zat met haar handen in het haar, wist niet wat te doen en was echt ongelukkig. Wij hebben dan tot bij de procureur gaan informeren wat we daarmee konden en mochten doen, en als collocatie ging gaan, maar wij moesten als huisarts hem eerst zien, terwijl moeder zei dat hij zich ging opsluiten en we hem toch niet gingen zien. We hebben dan Risperdal druppels gegeven aan die mama, wat echt niet koosjer is, en gans dat beeld is opgeklaard; zonder dat hij het beseft.
(7): Zonder uitleg dan?
(5): Gewoon in zijn eten doen hé (gelach)
(2): Ja inderdaad; da's al meer dan een jaar bezig en ik denk dat ze het nu wel zegt dat dat druppeltjes zijn om zich beter te voelen.
(1): Ja als ze echt dom genoeg zijn, kan je dat doen.
(2): Bij iemand die schizofreen is, maar niet agressief is, kan je dat proberen, anders niet.
(9): Dit is wel exceptioneel, dat komt bijna niet voor.
(2): Dat is waar, maar iemand met zo'n pathologie zien we anders nooit, sturen we altijd door, dus da's ééntje die we wel zelf hebben kunnen opstarten met behandeling. Want uiteindelijk vind ik dat ook geen spek voor mijn bek.
(3): Wat mij eigenlijk het meest aanspreekt aan het model is, het aftoetsen van de zwaktes van het model en dat terugkoppelen aan zijn doelstelling. Wat echt wel een aanleiding kan geven voor wat je kan doen. Bvb mijn doelstellingen zijn bvb ander werk zoeken, want ik zit daar helemaal blok en mijn zwaktes zijn ik ben niet assertief genoeg, ik heb geen zelfvertrouwen genoeg, laat over me heen lopen, dan kan je die patiënt wel gaan motiveren tot een assertiviteitscursus of loopbaanbegeleiding te gaan volgen, maar dit is wel iets anders dan hem naar een psycholoog sturen of medicatie geven. Je patiënt heeft zo wat meer inzicht in zijn eigen functioneren.
(7): Dat zijn ook zaken waar de patiënt wat kan over nadenken thuis, en dan in een tweede consultatie samen tot een oplossing komen.
(M): Inderdaad, we hebben in het verleden het model uitgeprobeerd met simulatiepatiënten, die dus ook de stationsproeven doen, en die dus gewend zijn van casussen na te spelen, en wij kenden de casus niet, en wij als studenten huisartsgeneeskunde konden dan het consult via het vier-vragenmodel doorlopen voor onze masterthesis. Achteraf was er dan ook een focusgesprek, en we hoorden daar ook dat het soms wat "overvallend was", we gaan ons verhaal vertellen, we krijgen een diagnose en een behandeling, maar dat we vragen krijgen en dieper moeten gaan kijken naar onszelf en naar oorzaken, dan is dat soms wel confronterend en kan je het soms niet in één keer losmaken. Maar soms is dat niet nodig, want een patiënt die diep zit, moet je soms meerdere keren zien en jezelf terugboeken om verder te geraken. Dus dan heb je wel wat mogelijkheden om hem op weg te helpen.
(3): Het is therapeutisch op zich hé die vragen.
(7): Ja inderdaad, soms heb ik wel het gevoel dat als ze terugkomen, dat we blok zitten,

heel veel hetzelfde verhaal, niets nieuws. En inderdaad als ik dan misschien die vragen stel, dat we terug wat verder vooruit gaan geraken.
(1): Het zijn natuurlijk ook zaken voor lange termijn visie hé. Dat is heel correct wat je zegt, maar wat zal de patiënt daar vanavond mee doen, morgen en volgende week? Loopbaanverandering of assertiviteitscursus, dat is een proces van lange duur. Maar je moet natuurlijk zorgen dat hij de eerste dagen en weken geen zelfmoord pleegt of andere domme dingen doet. Ik denk dat je gelijk hebt dat je met die vragen op weg kan, maar je moet ook concrete maatregelen bespreken voor wat we nu vanavond kunnen doen, dat je goed kan slapen, dat je morgen terug kan functioneren, want je staat met je gezin. Het is breed hé, die aanpak.
(7): Je kan met die eerste vraag wel al toetsen bij wie wat zou kunnen lukken? En bij wie we acuter moeten aanpakken.
(M): Wie vraagt er bij iemand die bij u komt met depressieve klachten als die suicidaal is?
Iedereen: altijd.
(M): Als je dat specifiek vraagt, dan kan je ook wel inschatten hoe gevaarlijk de situatie is, uit de veronderstelling dat ze eerlijk zijn.
(4): En hoe zou je het doen vraag ik ook.
(2): Heb je al iets in je hoofd?
(3): Hoe zou je het doen, zo durf ik dat toch niet vragen. Ik vraag eerder als ze al concrete plannen hebben.
(4): Oh jawel, hoe zou je het doen?
(5): Je kan je niet voorstellen hoeveel mensen er daar direct op kunnen antwoorden en wel al een concreet plan hebben. Ik weet hoe ik het zou doen, maar ik ga het nu nog niet doen. Maar ik weet perfect hoe ik het zou doen.
(3): Maar vraag je dan "vertel eens hoe je het zou doen?"
(1): En soms zeggen ze dan "ik ga het je niet zeggen, want anders zou je me tegenhouden".
(4): Soms zijn ze ook wat verlicht dat ze dat tegen iemand kunnen vertellen.
(6): Ik heb dat misschien wel nog niet gehad dat ze zo'n plannen hebben en tot uitvoering willen brengen.
(7): Als ze dan zo heel serieus antwoorden, dan denk ik toch van "oei, hier moet ik dan toch opletten".
(1): Ja maar wat doe je daar dan mee als ze zeggen dat ze concrete plannen hebben.
(3): Maar er zijn er veel die wel zeggen dat ze vaak zo'n gedachten hebben van wat loop ik hier nog te doen, maar die dan toch niets zouden uitvoeren, behalve als ze heel diep zitten.
(M): Maar als iemand inderdaad plannen heeft, zou je kunnen vragen aan de patiënt als hij denkt dat het veilig is dat je nu van hier vertrekt naar huis en dat je vanavond thuis bent of denk je dat dat inderdaad niet veilig is? Dan exploreer je opnieuw bij de patiënt zelf als het veilig is of niet.
(7): Inderdaad zo weet je als dat nu echt acuut is of niet.
(6): Bestaat dat hier een mobiel interventieteam? In Gent bestond dat.
Wat over en weergebabbel over Menen, Kortrijk, Ieper en mogelijkheden die er zouden bestaan, maar niemand weet in concreto als er in Kortrijk iets aanwezig is.
(6): In Gent bestaat dat dus wel, en je kan dan afspreken bij je thuis of op een neutralere plek zoals in het park ofzo. Da's wel niet lang, max 14 dagen, en da's gratis.
(M): Maar wat denk je dan dat de voor- en de nadelen echt zijn van dat model? Is dat model voor jou vernieuwend en interessant of zijn er zaken die je je jezelf moeilijk ziet toepassen?

(1): Ik doe dat al m'n hele carriere maar ik wist het niet en het was ook niet zo gestructureerd. Wat ik nadelig vind, is dat vraag 2 (Wat zijn je sterktes en zwaktes) en vraag 3 (Waar wil je naar toe?) vond ik nogal ongelukkig geformuleerd, en ik had inderdaad de uitleg nodig die ernaast stond om te weten wat er exact mee bedoeld werd. Ik heb natuurlijk wel de opleiding niet gehad zoals jullie. Maar het is nu wel duidelijk geworden, door hier samen te zitten.
(3): Het is wel vernieuwend en er zitten zeker interessante nieuwigheden in die ik kan gebruiken. Die structuur is toch wel interessant, zeker als je die eens opnieuw kan toepassen.
(6): Inderdaad, als je het vaak toepast, en het wordt routine, dan zal het wel een meerwaarde zijn.
(2): Het feit dat het gestructureerd is, gaat ons helpen om het veel efficiënter te doen.
(3): Ik denk dat ook wel.
(2): Anders is dat wel zoals je zegt PVD, een proces van vallen en opstaan. Ik ga nu eens die kapstok aanbieden of hoe gaan we het nu eens proberen opentrekken enz. En soms heb ik wel het gevoel dat ik niet altijd even efficiënt bezig ben.
(5): De nadelen zijn volgens mij om het cru te stellen, dat het veel intensiever is. De voordelen zijn absoluut dat je veel minder het gevoel zal hebben, dat je de patiënt niet meehebt. Je betrekt ze zelf mee in het model. Ik zeg vaak dat het veel makkelijker is om een consultatie in 10 min af te handelen en zeggen "voila, je hebt een antibioticum". Het is veel makkelijker om een antibioticum voor te schrijven dan je patiënt te overtuigen het niet te nemen, want dat duurt drie keer zo lang. Je hebt veel collega's die zeggen "ik geef de patiënt het antibioticum, het is veel makkelijker". Maar dan heb je ook de therapietrouw ook. Het is veel gemakkelijker te zeggen "Oh je bent depressief, je moet een antidepressivum nemen", en die mensen gaan dat niet nemen. Als ik een antidepressivum opstart stel ik altijd de vraag als de patiënt het wel ziet zitten om medicatie te nemen en als hij het ook wel van plan is om die medicatie minimum een half jaar te nemen? Want als je dat maar 14 dagen wil nemen, dan begin ik er niet aan. Ik zeg dat ook letterlijk aan mijn patiënt. Ik denk dat het een model is om in niet-psychosociale problemen ook werkzaam is om je patiënt mee te hebben. Maar het is wel een stuk intensiever. Maar het geeft ons wel meer voldoening.
(2): Maar ik denk dat het onze patiënt contenter zal maken, we zullen meer op één golflengte zitten en wij gaan ook contentere artsen zijn.
(5): Als we nog maar één van die vragen stellen, zal je al de indruk wekken bij je patiënt dat hij gehoord wordt voor wat hij komt.
(3): Het geeft meer voldoening, en het gevoel dat jij omschrijft KVR, van het ter plaatse blijven trappelen en niet vooruit geraken, dat is niet leuk, en met dat model kan je dat inderdaad wel verhinderen.
(5): Dat is denk ik het grote voordeel van zo consultatie te gaan voeren. Je geeft het gevoel aan de patiënt dat hij gehoord wordt. Er zijn heel veel psychiaters (in Kortrijk) die zich ook enkel maar bezig houden met medicatie voor te schrijven. Ik durf stellen dat dat een zeer groot probleem is.
(2): Het is een schrijnend probleem.
(5): Het is inderdaad vreselijk, het is bijna enkel nog voorschrijven van medicatie. Echte psychiatrie wordt nog door heel weinig psychiaters gedaan.
(2): En eerlijk gezegd onderhouden ze daardoor vaak enkele ziektebeelden.
(1): Da's ook duidelijk geworden dat die laatste jaars assistent psychiatrie bij een huisarts gaat met burnout klachten.
(7): Inderdaad dat is frappant.

(5): Aan de andere kant verwondert het mij ook niet echt, maar het blijft wel frappant.
(M): Ik heb het haar ook eerlijk gezegd, en toegepast bij haar. Ik heb haar ook gevraagd; waar wil je naar toe en waarom kom je nu naar mij? En ze wist het niet, da's een psychiater in wording, die constant met zo'n soort klachten bezig is, en die wist het niet. Da's frappant. Anderzijds gaf ze ook wel aan dat het assistentenleven niet zo plezant is, met veel uitbuiting, en als je dan ook nog aan je mede-assistenten of collega's, met wie je constant moet samenwerken, advies moet vragen omdat je jezelf niet 100% voelt op psychisch vlak en dan heb je automatisch nog gezichtsverlies tov je collega's.
(2): Ik denk dat dat gewoon in een werksetting niet wenselijk is, zelfs als je goed zou overeenkomen dan is dat niet wenselijk.
(1): Toch zeker niet in een ziekenhuis.
(2): Ergens moet je toch wel je grenzen bewaken. Dat ze dan bij een andere collega psychiater gaat, jah, maar niet in haar eigen ziekenhuis.
(7): Maar is dat dan echt het taboe daarrond? Want als je een maagprobleem hebt, dan zou je wel bij je collega gaan.
(2): Het is je bijzonder kwetsbaar opstellen hé, als je psychisch lijden openbaart.
(1): Ik heb vorige week een psychiatrische verpleegster gehad, die zei dat ze op haar eigen dienst niet terecht kon met "ik heb een depressie", want dan lig ik buiten. Ze hebben daar geen begrip voor. Ik moet zeggen dat het mijn rug is; en ze durft dus niet zeggen dat ze thuis is voor een depressie..
(6): Moeten die mensen dus echt sterker zijn dan een ander?
(M): Zij zei tegen mij dat ze wel wist wat ze zou moeten nemen als assistent psychiatrie, maar ze wou enkel iets natuurlijks.
(3): Is dat echt?
(M): Ja ze zei "zo iets met wat valeriaan in". Ze is dus weggegaan met Metasleep en dergelijke en met het idee dat het niet voldoende is. Maar ze benadrukte dat ze zich niet kan inbeelden dat ze naar haar werk zou moeten gaan en zelf wat escitalopram of seroquel zou moeten nemen. Ik schrijf dat wel hele dagen voor maar ik kan niet me niet inbeelden dat ik die medicaties zelf zou moeten nemen.
(6): Voor haar eigen voorschrijven is waarschijnlijk wel een drempel.
(1): Maar als jij dat gaat voorschrijven zal dat waarschijnlijk wel een ander aanvoelen zijn voor haar?
(2): Maar allé, dat zijn toch ook geen supermensen. Ik neem nu al heel lang een klein beetje Loramet.
(1): Ik denk dat dat sociaal aanvaarbaarder is, dan zelf Seroquel nemen. Omdat dat toch een andere categorie is van soort medicatie. Ik denk dat er geen enkele arts een probleem heeft met een pilletje voor zijn bloeddruk te nemen, maar iets voor depressie aan jezelf voorschrijven…
(6): Inderdaad, het is niet evident om antidepressieve medicatie voor jezelf voor te schrijven.
(1): Je wordt geconfronteerd met jezelf en met het feit dat je feilbaar bent, terwijl je anders gewoon een ziekte hebt.
(2): Voila, zeker naar je collega's op het werk toon je dan je kwetsbaarheid, dus da's veel te delicaat. Ik versta dat wel.
(1): Het ging daar toch laatst over, dat iedere huisarts een coach nodig heeft; een co-arts.
(2): Doctors-for-doctors. Maar eigenlijk blijft het dan nog delicaat om je verhaal kwijt te kunnen.
(3): Maar dan ben je mekaar's coach, eigenlijk een soort van buddy voor mekaar. En eigenlijk zou het er dan niet toe mogen doen, wat je voelt of hoe diep je zit en om daarover te vertellen tegen die buddy.

(2): Maar we zitten constant met oordelen en voordelen. En we hebben ook een bepaald beeld van (de onfeilbaarheid van) een dokter.
(7): Maar misschien kunnen die vragen ook wel wat de vooroordelen wegwerken? Want binnen hoeveel tijd heb je reeds een diagnose gevormd? Is het niet na twee vragen en dat je daarna al suggestieve vragen stelt in de richting van die diagnose?
(2): Ze zijn verplicht om dingen open te trekken bij zichzelf en er mee op pad te gaan. Er wordt sowieso een gans proces op gang gezet door die vragen, ook thuis. Zelf al wordt het nog niet onmiddellijk besproken, hij kan er al mee op weg gaan en er al over nadenken.
(M): Maar dat kan vooral bij ons omdat we het geluk hebben dat onze patiënten niet altijd zwaar psychisch ziek zijn. Als je een patiënt hebt die er mutistisch bijzit, en waar er niets uitkomt, dan kan je daar ook weinig vragen aan stellen.
(3): Dan moet je al heteroanamnestisch proberen informatie te verkrijgen.
(2): Bij een zware paranoide persoon ben je ook met die vragen niets, hij zal nergens willen op antwoorden.
(6): Je zei toch dat dat initieel voor de tweedelijn ontwikkeld was hé?
(M): Inderdaad, maar ik denk wel dat voor de echt acuut zieke patiënten, je ook crisiszorg moet voorzien en zorgen dat ze opgeladen worden met medicatie en weer wat beter kunnen functioneren en intussen niets doms doen, en nadien kan je misschien dingen proberen losmaken door die vragen te stellen.
(6): Zijn er psychiaters die dat model gebruiken?
(M): Ik weet het niet, zou dit nog eens moeten exploreren, maar valt momenteel wat buiten het doel van de thesis, vandaar. Het is vernieuwend, maar anderzijds gebruik je het misschien al een hele carrière zonder het echt door te hebben.
(1): Da's waar, maar niet systematisch genoeg en niet volgens die structuur.
(6): Nu dat eens op papier staat en we ook wel doorhebben hoe het werkt, gaan we dat ook systematischer kunnen toepassen. Het zal een extra duwtje zijn in de rug om dat nu te gaan gebruiken, want het is zeker interessant.
(2): Volgens onze HAIO's, en vooral door jou nu als HAIO (NM), hebben we onze manier van consultatievoeren toch wel wat aangepast, en dat legt ons duidelijk geen windeieren. Het gaat vlotter en we komen sneller tot de essentie. Als ze komen voor vage klachten zit je vaak in een pot te draaien zonder tot iets concreets te komen.
(8): Ik zit nu al heel de tijd te denken over wat (5) zei, over die intensievere manier van werken, maar ik denk dat ik eigenlijk niet akkoord ben. Ik denk dat de niet-intensieve variant, uiteindelijk ook geen goede geneeskunde is.
(4): Dat is waar.
(8): En dit zou dan net moeten zorgen dat het minder intensief wordt met dat model, want als je constant rond de pot draait, dan geraak je ook niet vooruit.
(7): Het vreet ook meer energie als je niet vooruit geraakt.
(5): Op de langen duur ga je meer vooruitgang geboekt hebben met dat model, dan als je het op de oude manier doet.
(7): Ik denk wel dat het wat energie vraagt om het je eigen te maken.
(2): Een beetje, maar het loont wel.
(8): Misschien is dat het grote nadeel, dat dat de eerste keren waarschijnlijk een echt getjool is.
(7): Maar ik herval wel dikwijls in mijn oude gewoontes, dus het lijkt me wel interessant.
(5): Maar misschien doen we wel al veel dingen redelijk onbewust en automatisch zoals (1) zegt, maar te weinig systematisch.
(M): De eerste vraag is makkelijk, doe je eigenlijk automatisch, de tweede is moeilijker, wat zijn je sterktes en zwaktes. Heb je dat al eens meegemaakt, hoe ben je daar in het

verleden mee omgegaan? Maar dat kan je soms al naar een tweede of derde consult verhuizen, bij een opvolgconsult. Bvb. We zijn nu met medicatie bezig, heb je daar een beetje dezelfde respons van zoals vroeger, toen je een vorige episode had? Of zijn er nu andere factoren die een rol spelen. De derde vraag doe je al vaak om te exploreren waar de patiënt naar toe wil. De vierde vraag leert je ook enorm veel bij.
(1): Ik denk dat het belangrijk is dat je bij die eerste vraag voldoende tijd neemt, dat je daar de meeste fouten kan maken, dat je geen tijd hebt of geen goesting hebt om tijd te maken en dat je daardoor te snel inpikt op wat de patiënt eerst vertelt en daardoor niet meer wacht tot de patiënt het hele verhaal heeft verteld. Je moet echt de tijd geven en luisteren, want dan zal er meestal genoeg uitkomen om mee verder te gaan. Als de patiënt zegt "ik slaap niet goed meer", en je pikt daar direct op in, dan bestaat er het gevaar dat de hele consultatie enkel nog over het slaapprobleem gaat dat secundair is aan de depressieve of angstige klachten.
(2): En dan is dus je eerste tijd die je erin hebt gestoken, die wel arbeidsintensief is, en dus ook energie vraagt, dat dat wel zeer waardevol is en op termijn ook winstgevend, en kan je ook de vervolgconsultaties veel vlotter doen verlopen.
(M): En als je de verwachtingen van de patiënt kent, dan zit je tenminste al geen 2 of 3 consultaties tijd te verdoen om daar toe te komen.
(2): En als arts ben je dan ook minder gefrustreerd, omdat je goed weet wat zijn verwachtingen zijn.
(1) en (3): beamen dit.
(M): Mijn laatste patiënte deze avond had hartkloppingen en wat last cardiaal van een druk, zonder andere voorgeschiedenis. Klinisch onderzoek was geruststellend. Ik polste als ze wat meer stress zou hebben de laatste tijd, vooral haar man beaamde dat. Ze kon die visie van stress die haar wat paniekerig maakte en dan hartkloppingen gaf kaderen, en vooral toen ze zei dat ze ooit eens hyperventilatie had doorgemaakt, hadden we al heel wat kunnen opentrekken zonder een coronarografie te moeten inplannen. Dus je kan het model ook echt continu gebruiken, en dat vind ik wel makkelijk.
(1): Ja inderdaad, je zou dan zo denken als arts, "kon je dat niet direct zeggen van die hyperventilatie", dat zou ons veel moeite gespaard hebben, maar al een geluk dat je het nu weet en niet na allerlei onderzoeken te laten uitvoeren die geruststellend waren en dan te moeten besluiten dat het waarschijnlijk door de stress zal komen.
(4): Het is zeer detective-achtig, maar ik hoor dat je het wat opgelegd bent vanuit de opleiding om zo te gaan exploreren. Soms vind ik dat je het ritme van de patiënt wel verstoort door zo'n model toe te passen. Zelfs als de patiënt psychisch vastzit, moet je meegaan op het ritme van de patiënt. Met teveel detective te spelen, riskeer je van te bruskeren bij je patiënt.
(M): Maar vind je dan dat dat model je niet in staat stelt het ritme van de patiënt te volgen?
(4): Ik ben daar van overtuigd. Net zoals burnout, da's modieus, is ICE en zo'n model ook modieus. Maar wat me interesseert is puntje vier en de manier waarmee je met je andere vragen tot vraag vier komt en je je patiënt een andere draai kan laten nemen. Hij of zij moet kiezen, ik moet niet kiezen, enkel in acute situaties moet ik het overnemen en zeggen bvb "het is nu acuut, ik ga de 100 bellen en je kan niet kiezen". Maar in de andere gevallen moeten wij niet veel doen.
(2): De patiënt moet inderdaad zelf kiezen.
(7): En wij moeten enkel wat begeleiden in de keuze van de patiënt.
(4): Een biljart bal moet in die hoek eindigen, maar om daar te eindigen hebben we wat stappen nodig en moeten we tijd hebben, en da's bij de patiënt ook zo. Je moet tijd nemen en geven aan je patiënt om er door te geraken.

(7): Maar is het niet zo dat we moeten meegaan met onze patiënt, en dan af en toe een klein duwtje geven om hem te sturen waar nodig?
(1): Maar is het ook niet een beetje zo PVD dat we heden te daage bijna allemaal in een model zitten met afspraken? Terwijl je vroeger als je vrije raadplegingen had, je voor een patiënt die blok zat gemakkelijk drie kwartier kon uittrekken en voor een ander was het voor 5min gedaan. Nu is het een vast stramien van 20min per patiënt.
(4): Maar het opleidingssysteem pompt momenteel in dat je direct en onmiddellijk moeten polsen naar de verwachtingen van de patiënt. En ik vind dat niet juist.
(3) en (7): Ik denk niet dat die vraag stellen en dat model toepassen uiteindelijk de patiënt hoeft te bruskeren.
(2): Ik denk dat het model voor een aantal mensen die een bepaald niveau van ontwikkeling hebben zeer handig werkbaar is. Je hebt heel wat allochtonen bij wie dat dat niet toepasbaar is, en dat jij den dokter bent en die kaatsen de bal terug. En dan moeten we vooral wat meegaan in hun verhaal en hun ritme respecteren. Het werkt inderdaad niet als we geforceerd dingen opentrekken bij die mensen. Integendeel ze klappen dicht. Maar ik denk wel dat het wel voor het gros van onze patiënten kan opgaan. Veel mensen zijn al langs verschillende kanalen geïnformeerd en hebben ook veel ideeën over psychisch lijden in de één of andere vorm. Dikwijls hebben ze zich ook al geïnformeerd voor ze bij ons komen, wat er mogelijks aan de hand zou kunnen zijn.
(4): Dat klopt, maar ik denk die DSM vergeet dat, da's goed voor te catalogeren, maar je hebt dan een etiket, en wat doe je er dan mee. Daarom dat ik zeg dat het punt 4 is die voor mij belangrijk is, en al de rest, dat doet er minder toe. Die helpen alleen maar in mijn ogen, bij wat je kan of mag doen in de ogen van die patiënt. Maar als je direct van wal steekt, dan kan het bruskeren.
(2): Zou je dat zo agressief stellen PVD?
(4): Wat kan ik doen, en wat kan ik doen met toestemming van die persoon?
(1): Maar je zou dat toch moeten kunnen deels afronden in een consultatie, of in een tijd die toch een beetje redelijk is. Anders gaat de patiënt naar huis met veel vragen en weinig antwoorden en malcontent.
(4): Maar je zegt zelf, je kunt het ook indelen in meerdere consultaties.
(1): Ja ok, da's waar, maar je kan moeilijk zeggen als de tijd verstreken is, en de volgende keer gaan we verder. In ons zorgsysteem gaat dat moeilijk.
(4): Er hing bij een Nederlandsen dokteur eens uit "Drie kwalen, twee betalen."
Veel gelach.
(4): In het ziekenhuis moet je daarvoor drie specialisten doen hé, dus ik kan dat wel begrijpen.
(1): In Zwitserland is het zo dat je per tijdsblok moet betalen.
(4): Je kunt het daarom dus ook in schijfjes doen hé.
(6): Het is allemaal te zien hoe diep de patiënt zit natuurlijk hé. Als de patiënt inderdaad zodanig diep zit en geblokkeerd is, dan zal hij ook niet meer kunnen antwoorden op de vraag over sterktes en zwaktes en dan begin je met je medicatie en dan komen de andere vragen wel later.
(5): Inderdaad hetgene wat je kan doen is luisteren, en soms is dat al voldoende. Ik zeg al heel vaak dat mensen die over zo'n zware zaken hun hart al eens kunnen luchten, dat dat voor de patiënt een grote drempel is die hij misschien gezet heeft, maar dat het bijzonder van belang was om die te zetten. Het feit dat je dat aan je patiënt zegt, geeft al een goed gevoel aan de patiënt. Hij voelt zich gehoord.
(2): Opgelucht en begrepen.

(5): Dan moet je die dag zelf misschien zelfs niet meer gedaan hebben dan luisteren. En dat is dan het ritme van de patiënt. Het luisteren kan misschien de eerste keer al meer dan voldoende zijn.
(2): En (4) die verschillende vragen, hoeven dan misschien niet in die volgorde gesteld worden en kan je soms vraag 2 en 3 uitstellen.
(4): En in lichamelijke casussen; je stuurt iemand naar het ziekenhuis, en je weet misschien wel al wel wat het gaat worden, maar je hoeft dat nog niet gezegd te hebben. Allé, in het ziekenhuis ze zijn daar een week, en ze weten het nog niet en ik, als huisarts moet het al gezien hebben. Ik vraag aan m'n patiënt die een week in het ziekenhuis is, "En wat heb je nu juist?" "Ah ze zijn het nog aan het onderzoeken, ze weten het nog niet". Ja, ze zoeken een week en weten het nog niet, en ik zou het direct moeten weten. En ik denk op psychisch vlak is dat hetzelfde.
(3): Ik denk dat als je al die vragen stelt, daarom niet letterlijk, dat de patiënt die buitenstapt, dan echt wel het gevoel heeft van dat je de juiste vragen gesteld hebt en dat je geluisterd hebt.
(4): Daarom moet je het ritme van je patiënt volgen en moet je tijd hebben en nemen.
(1): Maar je kan toch ook zeggen; de volgende keer gaan we dieper in gaan op enkele andere aspecten.
(2): Ja tuurlijk.
(4): Ja nog een kwaal, en die is dan voor de volgende keer.
(5): En dan weer twee keer betalen (gelach).
(M): En dat model moest ook niet binnen één consult rondgekregen worden. Ik volg nu ook een patiënte 36j, kleuterleidster met een burnout, waar pas na enkele consultaties een onderliggende, langdurige depressie met faalangst en weinig zelfvertrouwen aan de oorzaak ligt.
(2): En da's het ritme van de patiënt, ze begint nu te beseffen dat dat al jaren aan de hand is.
(7): Da's waar, da's een deel van de genezing om tot zelfkennis te komen.
(2): Het feit dat ze de tijd krijgt om die dingen gezegd te krijgen en om tot inzicht te komen, werkt al helend en confronterend en stemt tot nadenken.
(7): Het feit dat het al 5 jaar duurde en dat ze nu al een aantal keer komt is eigenlijk al een gigantische stap vooruit.
(2): Eigenlijk wel.
(M): Zelfs zonder medicatie en door gewoon te luisteren heb je vaak al een groot deel van het genezingsproces gedaan.
(M): Denken jullie dat het gebruik van dit consultatiemodel en de syndroomdiagnoses het contact tussen u en andere zorgverleners zou kunnen vergemakkelijken?
(8): Dat betwijfel ik eigenlijk. Ik vraag me ook af, jij hebt het al een eindje gedaan, en hoe vaak zit je dan in je hoofd met een syndroomdiagnose 1 of 5 of 7 bij deze patiënt of een combinatie?
(3): Eigenlijk staat het er ook wel logisch in; zoals ik het zou verwoorden of over zou communiceren.
(1): Het zijn zeer eenvoudige termen.
(8): Het is inderdaad eenvoudig.
(3): Het is eigenlijk wat er in je opkomt, die verwoord staat.
(7): Je hoeft er eigenlijk niet verder bij na te denken, of over op te zoeken.
(M): Het was ook de bedoeling om ze zo simplistisch mogelijk te stellen. De originele syndroomdiagnoses, opgesteld door Jim van Os waren eerder spectra, psychosespectrum, angstspectrum etc. Ik vond dat wat zwaar beladen en vandaar verkoos ik een iets andere verwoording.

(1): Inderdaad bij spectrum denkt men al snel aan autisme spectrum stoornis of een ander ernstig beest.
(5): Het klinkt ook een stukje minder bedreigend toe naar de patiënt als je communiceert van "Eigenlijk ben je een angstige persoon" ipv "Je hebt een angstsyndroom.".
(7): Dit klinkt inderdaad dramatischer dan je bent een angstige persoon.
(3): Je een syndroom klinkt direct alsof het heel ernstig is.
(4): En het laat toe om te zeggen "En je moeder, was die ook zo?".
(5): "Inderdaad dokteur, nu je het zegt, ik heb veel trekken mee van mijn moeder".
(4): En voila da's al een deel de-dramatiserend, door de diagnose minder beladen te maken.
(5): Ik refereer naar de fibromyalgie, als je dat zegt tegen iemand, dan heeft die voor de rest van zijn dagen fibromyalgie.
(7): En soms vinden ze dat geweldig, en anderen vinden dat vreselijk om zo'n diagnose te krijgen.
(4): Van een aantal ziekten vindt men steeds meer erfelijke componenten, en met zo'n diagnosestelling kan je dat soms wel opentrekken.
(M): Je zegt ook niet veel nieuws aan een patiënt met die syndroomdiagnoses, want het zijn zeer begrijpbare begrippen. Maar ik denk dat je ze niet altijd hoeft uit te spreken.
(5): Inderdaad, als een patiënt zegt dat hij angstig is, dan hoef je dat niet als diagnose te herhalen.
(6): Ja als hij binnenkomt met de aanmelding ik heb paniekaanvallen, dan is dat redelijk duidelijk.
(5): Maar ik denk wel naar communicatie toe met de tweede lijn, dat dit model en de syndroomdiagnoses niet veel onze communicatie en doorverwijzing gaan beïnvloeden. Ik denk dat we dan toch eerder sneller naar een collega-neuroloog of neuro-psychiater gaan spreken over een depressieve patiënt dan "ik heb terug een sombere patiënt op mijn spreekuur gehad". Ik denk dat we dan toch onze verwijzing en communicatie vooral gaan in DSM-termen verwoorden.
(1): Onze oudste zoon, nu 26, was een echte huilbaby en aan 8 maand was ik aan het babbelen met een collega-huisarts rechtover de deur, ik wist toen nog niet dat hij homeopathie deed over hem, en hij vroeg als hij hem eens mocht onderzoeken. Nadien zei hij dat het een kind is dat gedragen wil worden. Dus over eenvoudige diagnoses gesproken.
(8): Ik heb nog één vraag: moet je eerst ICE'n vooraleer je het model doorloopt?
(M): Wel ik denk dat we als huisarts niet weten waarom de patiënt bij ons komt die dag, dus dat kan voor opvolging zijn van een vorig probleem of juist om iets nieuws, dus ik vermoed dat je het wel best eerst exploreert.
(4): Wat ik nog wou vragen; doe je dit bij oude klachten of ook bij nieuwe presentatie van klachten?
(M): Ikzelf doe dat bij beiden, want ik heb na anderhalf jaar nog niet zoveel patiënten die ik heel goed ken of langdurig opvolg, dus ik probeer het bij iedereen uit. Veel patiënten zijn nieuw met reeds veel bestaande klachten. Ik heb nog niet veel drempels ervaren bij patiënten om te antwoorden op die vragen.
(3): En vertel nu eens, wat kunnen wij voor jou doen Nicolas? We zijn aan het puntje vier gekomen van dit gesprek…
Daarna volgt nog een korte schets van het op weg gaan met het viervragen model, het toepassen, het uitdelen van de kaart om tussen het afrekeningsboekje te steken.

Feedback op de kaart:
(7): Het is wel makkelijk om het nu altijd bij de hand te hebben en de structuur te kunnen toepassen.
(1): Dat is tenminste echt bruikbaar, als je andere vragenlijsten hebt bvb depressie of zo, dan moet je teveel vragen stellen.
(4): Dat is nog beter dan dat boekje die je gegeven hebt.
(M): Wie weet kan het dus inderdaad wel helpen om het toe te passen en het niet te vergeten.
(4): Is het in Nederland al uitgetest?
(M): Ik weet niet hoe hard ze er nu al mee bezig zijn, maar zoals ik het gehoord heb is men vooral bezig met het testen in de tweede lijn. Maar ik weet niet als ze dit dus al toepassen in de eerste lijn daar.
(1): Hoe wordt er op dit moment aan de universiteit gedoceerd over psychiatrie? Want momenteel wordt er vaak in de media gecommuniceerd alsof huisartsen niets van psychiatrie weten en dat wij niet in staat zijn om die patiënten te helpen of neuroleptica voor te schrijven en dergelijke.
(4): En soms zeggen ze dat we teveel antidepressiva voorschrijven of de slechte voorschrijven…
(M): Ik denk dat het heel simpel te verklaren is, 1 jaar is 60 studiepunten, 7 jaar, en dat is 420 studiepunten en 4 studiepunten daarvan is psychiatrie, dus ik begrijp dat je daarmee niet veel handvaten hebt, vooral omdat het in die lessen vaak een oplijsting is van de verschillende DSM-criteria en de mogelijke medicamenteuze klassen. Dit is niet klinisch en niet toegepast. Ik heb vooral m'n kennis opgedaan van nog een keuzevak kinder-en jeugdpsychiatrie bij te volgen, mijn stage psychiatrie en dan na mijn afstuderen nog 6 weken te gaan werken in de psychiatrie.
(5): En dan wetende dat 20% van ons werk psychosociale problemen oplossen is.
(7): Zo een sumiere opleiding terwijl het zo frequent voorkomt, eigenlijk zou dat toch niet kunnen en mogen.
(M): Daarom dat ik het ook zo interessant onderwerp vond, uiteindelijk kan je het zelfs gaan uitleggen aan 2e of 3e jaars studenten geneeskunde.
(1): Dus uiteindelijk vind je het terecht, de kritiek in de media, dat je eigenlijk te weinig theoretische basis krijgt in je opleiding? Maar eenmaal je tien jaar ervaring hebt, dan is die kritiek waarschijnlijk toch niet meer terecht? Allé, den helft van mijn inkomen komt door psychische patiënten.
(5): We moeten ook onderscheid maken tussen de zware psychiatrie en de lichtere psychosociale zaken, waarvan dat eerste niet voor ons is weggelegd.
(1): Maar je kan dat dan ook zeggen van de endocrinologie en alle andere disciplines.
(5): Maar psychotherapie is een karrenvracht van ons werk en hoe langer hoe meer.
(M): Als je ziet dat een opleiding psychologie 5 jaar duurt, dan voel ik me wel niet competent genoeg om gedragstherapeutisch of relatietherapeutisch werk op mij te nemen, en vind ik een doorverwijzing voor patiënten die er voor openstaan naar een psycholoog, dan wel noodzakelijk is.
(1): We hebben ook een triage functie als huisarts… sommige dingen doen we zelf, andere sturen we door. Da's voor alle pathologie zo. Wat kan je voor een rug doen, de eenvoudige zaken doe je zelf, maar als het niet helpt moet je ze toch doorsturen, een epidurale of rugoperatie of kine. Ik beschouw een kinesist een beetje als een psycholoog voor de psychische problemen. Je stuurt ze door en hij doet dan de behandeling.
(M): En wetende dat 1 op 5 patiënten toch psychisch lijden heeft, is dat inderdaad een groot deel van ons werk, waar we best zoveel mogelijk over weten. Daarom dat ik het

inderdaad niet een psychiatrisch consultatiemodel heb genoemd, maar een model voor psychosociale klachten.
(1): Veel mensen zijn bereid om naar een psycholoog te gaan, maar hoe snel geraken ze er bij, en nu gelukkig iets terug betaald, maar ze geraken er anders toch niet makkelijk bij. En dan moeten wij het natuurlijk oplossen, zeker met de derde betaler. En de taboe is minder groot, wekelijks in de wachtzaal zitten van de huisarts of van de psycholoog. Het zijn drempels voor de patiënt.
(M): Dus als je je als huisarts er wat in kan bekwamen kan dat een echte meerwaarde zijn voor de patiënt
(1): En voor jezelf ook.

Bijlage 6: Transcriptie focusgesprek psychologen:

(M): Hoe denken andere hulpverleners in de eerste lijn over het model?
Vinden jullie het model vernieuwend of werkbaar voor jullie?
(1): Bij mij roept het de vraag op hoe vertrouwd zijn huisartsen met die problematieken en vooral bij die vierde vraag "hoe kan ik je daar bij helpen", stel ik me de vraag hoe ver een huisarts daarmee kan gaan? Wanneer gaat hij doorverwijzen? Of gaat hij enkel medicatie voorschrijven? Hoe ver gaat een huisarts bij patienten die zich psychisch niet goed voelen? En hoe ver gaat een huisarts mee in het traject van begeleiding?
(M): Ik heb dat gesprek ook gehad met huisartsen, die daar aan wilden meewerken en ook geinteresseerd waren in de psychische problematiek. Als je geinteresseerd bent, dan ga je je verder op weg met je patiënt, en indien dit je niet boeit, dan ga je de patiënt ook sneller loslaten en doorverwijzen. Ikzelf zou niet kunnen werken zonder te exploreren wat mijn patiënt wenst, dus vraag 3 en 4 lijken me bijzonder interessant: medicatie geven of doorverwijzen voor psychotherapie als de patiënt daar niet voor open staat. Maar hoeveel kennis bezit je om psychotherapie te bieden aan je patiënt als huisarts? In de opleiding hebben we heel weinig notie gekregen van psychiatrie, maar 4 studiepunten op een hele studiecarriere, en de mogelijkheid tot extra vak kinder-en jeugdpsychiatrie. De invulling van het vak psychiatrie is ook voornamelijk overlopen van de DSM-categorieën en minder praktisch ingesteld.
(1): Dus niets over hoe begeleid je je patiënt, hoe motiveer je je patiënt?
Daarom dat dat model misschien wel een leidraad kan zijn om die soort consultaties te doorlopen.
(M): Ik vond ook dat het model van Jim van Os voor de eerste lijn misschien nog nuttiger kon zijn dan voor de tweede lijn, want huisartsen zijn niet constant bezig met psychiatrie, maar toch presenteert 1 op 10 patiënten zich met psychosociale klachten bij de huisarts.
(1): En als huisarts ben je ook de eerste schakel van de ketting, als huisarts wordt je vaak het eerst aangesproken.
(2): Je bent ook een vertrouwenspersoon, die makkelijk te bereiken is.
(1): Dus huisartsen kunnen wel veel bereiken met de patiënt, als er de durf voor is, en als ze de kennis hebben.
(2): Maar ik vraag me af als veel huisartsen dit ook doen…
(1): Het is ook wat durven, zelfs al heb je niet altijd die theoretische achtergrond, als je durft, dan kan je al veel bereiken. Je kan ze bijvoorbeeld motiveren om samen op weg te gaan en op die manier misschien gemotiveerd krijgen om naar een therapeut te gaan.
(M): Ik heb nu inderdaad twee dames in behandeling, beiden voor burnout en die niet openstonden voor psychotherapie, en gedurende het begeleidingsproces met vervolgconsultaties inderdaad tot het besef gekomen zijn dat psychotherapie een meerwaarde zou kunnen zijn en nu al meerdere keren geweest zijn.
(1): Da's inderdaad goed nieuws!
(2): Je moet er voor huisarts ook voor open staan om wat motivationeel te werken, en een aantal zaken aan te reiken…
(M): Maar ik denk dat je daardoor ook veel van mekaar kan leren. Ik heb hier het probleem wat proberen te stellen als antwoord op je vraag van onze opleiding, maar die lijkt mij weinig openstaand voor psychiatrie. Maar 1/100^{e} van onze opleiding is psychiatrie, dus je kan niet verwachten dat artsen die op de werkvloer komen dit perfect beheersen. Om die reden probeerde ik een soort brochure te ontwikkelen, zodat een huisarts, die daar niet zo vertrouwd mee is, een soort van leidraad zou hebben om op weg te gaan.

(3): Ik heb die vier vragen lang op mijn bureau liggen gehad, omdat dat in de krant of in een bepaald tijdschrift gestaan heeft. Het is een andere manier om met mensen het gesprek te beginnen. Wat is er met je gebeurd, schept een grote openheid, en dan krijg je inderdaad wat mensen willen brengen. Ik vind dat een heel interessante vraag, om mee te starten, zelfs ook voor psychologen. Ik vind het een mooi model, ook doordat het simpel is.
(2): Ja het is krachtig in zijn eenvoud
(M): Dat vind ik persoonlijk ook interessant, zeker in vergelijking met al die vragenlijsten die bestaan om tot diagnoses te komen.
(3): Ik vind het goed voor een eerste screening, maar uiteindelijk is een diagnosestelling wel belangrijk, omdat er wel een andere aanpak is, en dan moet er wel doorverwezen worden naar een gespecialiseerde opleiding. Ik vind diagnose wel belangrijk, maar in een eerste instantie moet je ze krijgen tot een volgende stap, en moet je dus eerst exploreren wat het verhaal is van de patiënt en de bezorgdheden. Is het een depressie of is het een depressie binnen een bipolaire stoornis, maar dit is een groot verschil, ook voor behandeling en prognose. Het is uiteindelijk belangrijk om een goede diagnose te stellen, maar ik weet niet als dat het werk zou zijn van een huisarts.
(2): Ik denk het inderdaad niet.
(M): De vereenvoudiging die Jim van Os doet, initieel toch voor psychiaters, vinden jullie dan te eenvoudig? Want hij heeft het toch geschreven als psychiater voor de tweedelijn. Ook de syndroomdiagnoses die hij daarbij voorstelde, waren initieel bedoeld voor de tweedelijn. Uiteindelijk zijn jullie als psychologen verbonden in een psychiatrisch ziekenhuis deels tweedelijn, en in jullie thuispraktijk eerstelijn.
(3): De DSM is een taal waar hulpverleners mee kunnen spreken, maar dat is misschien niet altijd een taal die je moet gebruiken naar je patiënten toe. Maar ik vind het bvb wel belangrijk dat mensen weten, dat als ze depressief zijn binnen een unipolaire stemmingsstoornis of binnen een bipolaire stemmingsstoornis, en deze info meegeven aan de patiënt is waardevol, want qua behandeling en psycho-educatie is er daar toch een groot verschil. Je kunt daar niet naast, je moet dat verschil toch kennen en kunnen vertellen aan de patient. Net als waanachtige belevingen binnen een manie, dat is helemaal iets anders dan binnen een schizofreen beeld. Je moet dat kennen, dat is diagnosestelling. Ik vind dat wel belangrijk.
(M): Maar bedoel je dan in tweedelijn of in eerstelijn?
(3): Vooral tweedelijn dan.
(M): Want als wij als huisartsen iemand zien waarvan we vermoeden dat die schizofrenie heeft, dan zullen we sowieso ook gaan doorverwijzen naar de psychiaters. Ik denk dat er zich weinig huisartsen wagen aan zo'n behandelingen.
(1): En misschien goed ook.
(2): Ik denk ook dat het niet slecht is om (een deel van) de diagnostiek bij psychiaters te laten, want die gaan zich gaan baseren op ander onderzoek, op vragenlijsten, of door de observatie tijdens een opname, want dat kan de diagnose helpen bevestigen. Ik denk dus dat het niet de bedoeling is dat een huisarts dat zou kunnen of dat het zelfs zijn taak is om dat te doen.
(M): Dus als ik het eventjes mag samenvatten, dan denken jullie dat de syndroomdiagnoses stellen beperkt is tot de eerste lijn, maar dat het voor de tweede lijn te weinig diepgaand is? Bvb: je bent hier binnengekomen met een depressieve problematiek, maar na observatie en gesprekken kadert dit in die of die subdiagnose. Maar dan verval je toch terug in de categoriale diagnostiek van de DSM, niet?
(3): Er is daar inderdaad veel kritiek rond maar je moet het op de correcte manier gebruiken. Het probleem is dat we nog altijd geen goed alternatief hebben. Maar het is

waar, er is kritiek op. Het is een taal om in te babbelen, maar je zegt “we willen geen etiketten op mensen kleven”, maar het is toch wel heel interessant dat je weet “ik heb een autisme spectrum stoornis, en dat zijn middelen die me kunnen helpen, en dat je met je omgeving dat kan bespreken”, of “dat is een beetje een rare, en alles moet telkens op dezelfde manier gebeuren bij die jongen”. Dat is ook een taal die het voor de patiënt zelf en voor de omgeving ook gemakkelijker maakt om ermee om te gaan. Maar het is ook hoe je communiceert over diagnoses die het verschil kan maken, en die ervoor zorgt dat het geen “vies etiket” is. Je bent ook niet je diagnose, je bent een mens met een bepaalde kwetsbaarheid. Het is hoe je met dit alles omgaat, maar ik denk niet dat je de DSM helemaal kan weggooien, zolang je geen waardig alternatief hebt.
(M): Het is inderdaad zo dat er soms kritiek op komt op DSM, maar er bestaat nog geen vervangend alternatief. Het model van Jim van Os probeert een alternatief te vormen, om een consultatie te doorlopen enerzijds en anderzijds ook tot diagnostiek te komen doormiddel van syndroomdiagnoses, die zeer breed zijn. De syndroomdiagnoses kunnen dan zo nodig, misschien vooral in de tweede lijn, dieper ingevuld worden, maar bij sommige eerstelijns psychisch lijden hoeft dit niet dieper uitgeklaard worden. In een gehospitaliseerde setting is maar 1/10e van de psychiatrie aanwezig, die zich initieel bij de huisarts presenteerde.
(2): We zien inderdaad maar het topje van de ijsberg.
(M): Zou dit viervragenmodel voor jullie waardevol zijn?
(1): Ik denk dat wel, allé ik ben dat zeker.
(3): Ja dat zeker.
(2): Het verbreed ook wat. Zeker met die eerste vraag ga je heel breed en ga je samen mandaat aan en pak je samen iets op om op weg te gaan.
(M): En de tweede vraag, de kwetsbaarheid en weerbaarheid, denk je dat dat bruikbaar is?
(3): Dit zit heel sterk in de psychotherapie, in het herstelgerichte. Het is de nieuwste stroming binnen de psychiatrie; de kwetsbaarheid en wat is je kracht? Bij de weerbaarheid ga je ook gaan polsen naar de sterkte van die mensen, en indirect ook zeggen dat ze een bepaald aantal dingen echt kunnen en reduceer je ze niet tot een diagnose. Ik denk dat de combinatie op zich wel heel waardevol is.
(M): Zie je dan therapeutisch ook aanknopingspunten bij die tweede vraag om op weg te gaan?
(2)-(3): Absoluut voor ons is dat zeer waardevol.
(1): Da’s de meest atypische vraag voor een huisarts om te bevragen, maar voor ons is dat helemaal niet vreemd, en is het zelfs bijzonder interessant, want we kunnen daarmee op weg bij de patiënt.
(3): Ik moet ook aan COT denken, het concept kiezen, van wat loopt er goed en wat niet, wanneer heb je die kwaliteiten ingezet of ik heb dat toen toch kunnen overleven, en tiens hoe heb je dat toen gedaan? En op die manier ga je indirect bekrachtigen en dus een compliment geven en doe je therapie. Bvb; “ik heb alle dagen gesport en dit of dat gedaan”, “ah da’s goed, amai”. En zo ga je op weg met de patiënt. De tweede vraag is de ingangspoort van de psychotherapie.
(1): Mensen hun blik is op dat moment ook heel erg verengd tot het probleemverhaal. Alles wat niet loopt beleven ze sterk, maar als je dan polst naar wat er wel goed loopt. Vaak verwachten ze die vraag niet, en zie je ze wel eventjes denken, maar meestal komt er dan wel iets en dan zijn dat aanknopingspunten om mee op weg te gaan.
(3): Het is een beetje een solution-focused model. Anders werken we heel sterk problem-focused, zoals huisartsen ook doen; de patiënt komt met een probleem en we moeten het oplossen. En hier leer je op een andere manier een vraag stellen, van wat er

wel nog goed gaat. Maar je hebt er wel tijd voor nodig. Dat is geen gesprek dat je in vijf minuten kan doorlopen.
(1): Het probleem of de valkuil daar is dat als je daar te snel naar toe gaat, naar wat er wel goed loopt, dat de patiënt de indruk heeft dat je geen aandacht genoeg hebt voor hun probleem.
(2): Dat je ze niet au-serieux neemt in hetgene wat niet goed gaat.
(1): En inderdaad voor hetgene wat niet goed gaat, komen ze in feite bij jullie. Dus we mogen niet te snel naar die tweede vraag gaan.
(M): Dus denk je dat je dat model in een gewone standaard huisartsconsultatie van 20 min moet doorlopen, dat dat moeizaam loopt?
(3): Bijvoorbeeld, iemand komt en die zegt dat hij of zij zich niet goed voelt en je vraagt "Is dat de eerste keer?" "Nee, vorig jaar had ik hetzelfde" "Ah tiens, en hoe lang heeft dat dan geduurd? En hoe ben je daar bovenop geraakt en wat heeft je daartoe geholpen?" Dat hoeft uiteindelijk allemaal niet zo lang te zijn. "Ah ik heb toen veel gesport". Je kan dan misschien al terug naar de volgende vraag "Waar wil je nu naar toe?" Je kan dat hernemen en het hoeft ook niet altijd moeilijk en uitgebreid zijn! Het kan ook korter zijn en in je eerste kennismakingsgesprek kan dat al. En soms heb je dat ook nooit verwacht, je denkt van enkel en alleen kennis te maken en ineens weet je al superveel. Het tegengestelde kan ook.
(1): Het is ook heel individueel, hoe veel mensen vertellen, hoe uitgebreid hun verhaal is,…
(2): En hoe goed je de mensen kent, als je nieuwe mensen ziet ken je ook hun achtergrond nauwelijks en moet je eerst vertrouwen winnen. Als je iemand al langer kent en je kent ook de voorgeschiedenis wat, dan ga je die kwetsbaarheden ook makkelijker kunnen opsporen. Je kan dan ook sneller inpikken: "je was hier vorig jaar ook met dezelfde klachten, hoe heb je dat dan aangepakt?". Het is sterk afhankelijk van hoe mensen hun klachten brengen; als ze maar blijven vertellen en klagend zeggen dat het niet meer lukt, dan zal je in die twintig minuten niet ver komen.
(1): Je kan altijd proberen te sturen doormiddel van gesprekstechnieken.
(M): En denk je dat je daarvoor diagnosestelling nodig hebt om dat model te doorlopen? Want uiteindelijk zijn de syndroomdiagnoses niet het hoofddoel van wat Jim van Os met zijn model wou bereiken.
(3): Eigenlijk kan dat.
(1): Ik weet het niet, ik weet het niet. Ik denk toch dat je ergens in je achterhoofd moet hebben. Want allé, iemand doet een verhaal, en je kent niets van een depressie, dan gaat het toch moeilijk zijn om een goede inschatting te maken. Je gaat toch op één of andere manier iets in je achterhoofd nodig hebben, maar je moet het daarom niet direct uiten. Maar bvb, je hoort "slaapstoornissen, concentratieverlies, interesseverlies, verminderde energie, stemmingsdaling…" . Dan moet je dat toch herkennen en kan je daarna vragen in de juiste richting stellen. Anders pik je het niet op, of pik je veel dingen op, die allemaal interessant zijn maar dat zit daarin of daarin. Je moet toch ergens een notie hebben van die ziektebeelden om verder te kunnen met je vragen. Anders zie je ook op den duur door het bos de bomen niet. Bijvoorbeeld, concentratieverlies kan horen bij X of bij Y of bij Z… Dan wordt het wel echt lastig om uit te zoeken. Je moet toch een beetje weten waar je naar toe wil gaan.
(1): Voor mij is het ook moeilijk om dat kader niet te hebben, wij hebben dat kader nu al 20 jaar in ons hoofd.
(3): Ik denk dat als je het kader niet hebt, het een moeilijkere vraag zal zijn, want je weet niet waar je naar toe wil.

(M): Maar laten we er vanuit gaan dat je wel de basis hebt. Je hebt de kapstok wel, maar niet de vele subvormen en subdiagnoses met onderverdelingen. Uiteindelijk had Jim van Os ook nog een bepaald kader van syndroomdiagnoses behouden, bijna een gereduceerde DSM-inhoudstafel.
(3): Ja maar je hebt depressie en depressie hé… Het is toch niet te reduceren tot een depressief syndroom
(M): Maar vind je dat belangrijk?
(1): Ik denk dat het belang ook afhankelijk is van hoe ernstig het is, en hoe lang het duurt vooraleer iemand er van verlost is. Als je iemand met licht depressieve symptomen bij u krijgt, dan zal je daar minder nood aan hebben, maar als iemand er maanden last van heeft, dan ga je toch diagnose verder willen uitspitten denk ik.
(M): Maar de ernst exploreer je eigenlijk ook wat bij de eerste vraag he? "Wat is er met je gebeurd?" en nadien kan je ook eetpatroon, slaappatroon, invloed op dagelijkse leven gaan navragen.
(1)-(2)-(3): Hm, ja.
(M): Hoe vinden jullie de derde vraag?
(3): Ja tuurlijk, het is eigenlijk polsen naar de doelen van de patiënt en specifiek bij opname polsen naar de behandelingsdoelen: "waar wil je naar toe tijdens deze opname?" Je gaat de verwachtingen van de patiënt ook gaan aftoetsen. Bij mij is dat dan bvb volledig nuchter zijn, of als iemand moeite heeft met impulscontrole werken naar een beter handhaven van zijn impulsiviteit. Dat wordt dus wel bevraagd.
(M): En was dat exploreren reeds in jullie opleiding aanwezig of hebben jullie dat jullie zelf eigen moeten maken als manier van bevragen?
(2): In de basisopleiding weet ik dat niet, maar wel in de cognitieve gedragstherapie. Daar werk je volgens een strikt model en wordt er echt met die soort vraag gewerkt.
(1): Ik denk dat dat toch niet zo aan bod kwam in de basisopleiding, eerder in de postgraduaat opleiding heb ik dat me eigen gemaakt.
(3): Ik denk het wel..
(1): De basis kenden we natuurlijk wel, maar veel meer dan dat eigenlijk toch niet.
(M): En hoe ervaren jullie de vierde vraag?
(2): Je zal gezamelijke doelen opstellen, waar je de patiënt enkele verantwoordelijkheden geeft, maar waar je zelf ook de patiënt mee gaat helpen opvolgen en je patiënt warm maken om die doelen te verwezenlijken. Dus op die manier komt dat zeker aan bod. Ik ga het wel nooit zo expliciet gaan benoemen, maar ik denk dat dat wat afhankelijk is van persoon tot persoon en ook welk soort patiënten je ziet.
(3): Ik stel het eerder als volgt: "Hoe denk jij dat wij jou hierbij kunnen helpen?" of "Hoe denk jij dat die opname je zal helpen bij het behalen van je doelen?" Waarmee je eigenlijk ook wel zegt dat we gaan samenwerken en dat we wel iets gaan moeten doen. Indirect zeg je wel veel. Je gaat de patiënt ook verantwoordelijkheid geven. Het is niet zo van "ik kom hier en ik ontvang" als patiënt, maar hij zal ook zelf in actie moeten komen.
(1): Het is inderdaad een actief proces, waar er iets moet gebeuren en met die vraag maak je dat eigenlijk ook al duidelijk.
(3): Dan hoor je wel snel als de patiënt doelen heeft en tot actie wil overgaan.
(1): Ik denk dat daar ook wel het verschil aanwezig is tussen eerste en tweede lijn. Ik heb vaak het gevoel dat de opgenomen patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vaak de verwachting hebben dat het voor hen zal gedaan worden en dat wij ook hen mee moeten verantwoordelijk maken. Ze zijn gewoon van het vaak bij een ander te leggen. Terwijl ik hier het gevoel heb met die vraag dat je vooral doelt op het feit dat je als arts de patiënt wel wil helpen mee zoeken naar oplossingen, wat zeker goed is in de eerste lijn. Dat is heel helpend in de eerste lijn. Terwijl wij toch vaker ook het tweede facet

moeten benadrukken; wij hebben jou ook nodig, je moet ook echt iets gaan doen. We kunnen hier niet toveren en je gezond maken zonder dat je als patiënt er ook actief in bijdraagt.
(M): Denken jullie dat het model een meerwaarde kan betekenen voor de huisarts?
(3): ik denk dat het een tool kan zijn om het gesprek veel minder beladen en opener te maken; en om mensen veel meer op verhaal te laten komen, dan als je zou zeggen dat je gewoon een depressie schaal overloopt, want dan zou je veel meer verengen. Dus ik denk wel dat het een tool is om binnen te geraken, en als je dat hebt, ben je al heel ver.
(1): Ik vraag me wel af, als je de vraag "wat is er met je gebeurd?", als je binnen 20 min dat kan doorlopen. Ik zou zelf al wat geagiteerd zijn om mijn verhaal te brengen binnen het tijdsbestek van 20 min. De tijd zou voor mij meespelen.
(3): Maar je weet dat natuurlijk wel dat als je naar een huisarts gaat, dat die zijn tijd voor een consultatie beperkt is.
(M): Natuurlijk hangt het ook af van hoe je praktijk voert, allemaal afspraken of ook vrije raadplegingen en je kan ook wel eens "langer" bezig zijn met een patiënt dan 20 min als dat nodig is.
(2): Het is ook een duidelijk kader hé, bij de huisarts is een consultatie beperkt in de tijd.
(M): De laagdrempeligheid van de huisarts zorgt er ook voor dat je in tijd beperkt bent, door de grote flow van patiënten. Maar in die 20 min kan wel een risico inschatting doen en op weg gaan met de patiënt; acute zorg of op langere termijn denken. Je kunt in 20 min wel triage doen, en dan kan je de patiënt terugboeken op korte termijn.
P3: Je kan daar zelf ook een beetje in sturen hé als huisarts, "we hebben 20 min, en ik zou dat of dat nog eens willen bespreken met u tijdens deze consultatie". En wij hebben ook veel patiënten die de hoofdzaak van de bijzaak niet kunnen onderscheiden, en die heel chaotisch zijn, en dan is het ook aan ons om te sturen en zeggen "we hebben niet al die tijd, maar kunnen we daar of daar nog eens op terugkomen?"
(1): Inderdaad we moeten sturen als de patiënt chaotisch is of het niet meer weet, of als hij de tijd overschrijdt.
(M): En denk je dat dit model daarin kan helpen in structuur te scheppen
(1): Ik denk dat het inderdaad veel structuur kan bieden.
(3): Ik haal daar nu denk ik niet mijn structuur uit.
(1): Maar eigenlijk, daarom niet in dezelfde bewoordingen, is dat toch ook een beetje een verloop van een eerste gesprek.
(2): Inderdaad klachteninventarisatie, kleine ontwikkelingsdoelen, behandeldoelstellingen en hoe gaan we dat in bepaalde vorm gieten.
(3): Ja inderdaad het is een soort kapstok als je het zo bekijkt.
(M): Maar jullie hebben de indruk dat jullie al goede kapstokken hebben zonder het viervragen model?
(3): Ik denk dat het wel interessant is, en we zitten al wat langer in het vak en hebben ook onze psychotherapie opleiding gedaan, dus ik denk wel dat het voor ons heel basis is. Het is interessant, maar hebben we dat nodig? Nee ik denk dat we al zoveel andere dingen hebben die we kunnen inzetten zo nodig. Mocht je dat nu voorstellen aan beginnende psychologen met een ambulante praktijk, dan zou je misschien een heel ander antwoord krijgen. Maar wij werken hier al vele jaren en hebben ook één of meerdere psychotherapie opleidingen, maar niet tegenstaande, ik zag het in de krant en heb het wekenlang op m'n bureau gelegd, dus het is wel interessant!
(1): Inderdaad, ik heb het ook liggen gehad en heb het ook geprobeerd op die manier.
(3): Ik vond het ook vernieuwend.
(M): Er waren huisartsen die ook vertelden dat ze al vele jaren zo consultatie voerden, zonder het te beseffen. Jullie hebben ook die indruk?

(1): Eigenlijk doen we het wel zonder het helemaal letterlijk te bevragen.
Maar ieder met z'n eigen stroming vult dat wat op zijn manier in, of het krijgt een andere naam, of je gebruikt andere bewoordingen, maar de basis zal wel overeenkomen.
(2): Maar ook andere disciplines gaan het ook bevragen; bvb de sociale dienst zal ook sterktes gaan bevragen op werkvlak of op sociaal vlak. Verpleegkundigen gaan ook met een bepaalde insteek zaken gaan vragen. Het is een multidisciplinair model.
(M): Dus jullie denken dat het voor huisartsen heel toepasselijk is, maar dat het voor jullie iets te basisch is, terwijl je het onrechtstreeks ook gebruikt? Kunnen jullie nog aanpassingen aanbrengen die nuttig zijn voor huisartsen?
(3): Ik denk beetje aan de korte oplossingsgerichte therapie; met handige vragenlijsten en tools om wat aan de slag te kunnen. Dat zijn enkele sessies volgen; waar soms ook huisartsen bij aanwezig zijn.
(M): Vraag 4 "hoe kan ik je helpen" is ook maar interessant als je enkele tools machtig bent om ook effectief te helpen.
(3): Maar je helpt ook als je goed en gericht kan doorverwijzen hé.
(1): Ik denk dat je ook als huisarts moet kunnen verdragen dat je het niet altijd weet, anders dan met lichamelijke klachten ga je soms sneller een diagnose kunnen op iets plakken met een beleid. Maar bij psychische klachten is het soms langer zoeken en op weg gaan met wat onwetendheid. Het is soms een andere manier, om te kunnen accepteren van het "niet weten", en daar ook eerlijk en transparant durven in zijn.
(3): Je hebt ook wel wat huisartsen die een psycho-therapeutische opleiding bijvolgen, omdat het zoveel voorkomt in de huisartspraktijk en willen zich daar in specialiseren omdat ze er te weinig van kennen. Maar je hebt ook huisartsen die zich daar helemaal niet in interesseren en dan ga je die patiënten ook niet aantrekken. Patienten hebben dat heel snel door, da's een huisarts die zo werkt of zo werkt en je moet daar naar toe gaan, want die heeft veel tijd voor zo'n zaken of stelt de juiste vragen. Het is zoals je je profileert als huisarts hé, en iedere huisarts heeft toch zijn voorkeur.
(M): Je kan niet alles goed kunnen of je bent niet in alles even geinteresseerd hé.
Zouden bepaalde aanpassingen aan het model het nog kunnen verfijnen of bruikbaarder maken in de praktijk voor huisartsen?
(3): Je zou aan vraag 4 nog een vervolg kunnen breien op vlak van psychotherapie, met welke vragen die nuttig zouden kunnen zijn, wat zijn helpende vragen om op weg te gaan met de patient,… Oplossingsgerichte vragen zijn vaak eenvoudige vragen, maar die toch een houvast kunnen zijn, als je het niet goed weet.
(2): In het model zelf zou ik het niet steken, omdat het dan te uitgebreid zal zijn, maar ik zou het er eventueel wel achter hangen.
NM: Deels was het de bedoeling om een soort van bijsluiter te maken, een soort van "basiskookboek" om om te gaan met psychosociale klachten in de huisartspraktijk, waar een persoonsgerichte aanpak belangrijker is dan de diagnosestelling.
(3): Als het snel en duidelijk moet, dan is dat model voldoende, maar als je het wil uitbreiden, dan zou je die vierde vraag met psychotherapeutische tools kunnen uitbreiden.
(M): Er is een fundamenteel probleem op vlak van de psychiatrische pathologie in Belgie, met het hoogste aantal zelfdodingen, de langste opnameduur en een slechte outcome. Dus als we ook maar een klein beetje beterschap kunnen verkrijgen met gelijk welk model, hebben we al heel wat kunnen bereiken.
(3): Ik denk dat groepspraktijken waar zowel huisartsen als psychologen samenwerken, wel interessant kan zijn en dat ook overlegmomenten in de LOK-vergaderingen boeiend kunnen zijn als er eens andere genodigden komen zoals psychologen en dergelijke om

het meer bespreekbaar te maken. Het is maar door met elkaar te praten dat er beterschap kan gecreëerd worden.
(M): Maar denk je dat het model het samenwerken zou kunnen bevorderen tussen de huisarts en de psychologen?
(3): Ik weet dat niet, als dat enige invloed zou hebben.
(1): Ik denk dat samenwerking te maken heeft met samen in overleg te gaan, maar ik weet niet als dat model daartoe kan bijdragen.
(3): Het contact wordt niet bepaald door zo'n model, maar wel met mekaar ontmoeten, samen studiedagen doen, of studies wat doen overlappen.
(M): Ik vond het een interessant gesprek, met toch een andere kijk op de patiënt met psychosociale klachten, want iedereen is toch wel met dezelfde patiënt bezig, en dan is zo'n overleg wel interessant om bij te leren, dus van harte bedankt!

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG)
Kapucijnenvoer 33, blok J, PB 7001
3000 Leuven
Tel.: +32 (0)16 37 66 21
Fax.: +32 (0)16 33 74 80
E-mail: achg@med.kuleuven.be