

PSYCHISCHE KLACHTEN BIJ OUDEREN

Diagnose en behandeling

Sophia Wang & Abraham M. Nussbaum

Redactie Nederlandstalige editie
dr. Arjan Videler

Boom

© 2018 American Psychiatric Association, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

Databankenrecht op deze uitgave wordt voorbehouden.

Dit werk is eerst uitgegeven in de Verenigde Staten door American Psychiatric Publishing Association, Washington DC, Verenigde Staten. Copyright © 2017. Alle rechten voorbehouden.

Dit boek wordt in Nederland uitgegeven in het Nederlands door Boom uitgevers Amsterdam BV. Boom uitgevers Amsterdam is de exclusieve uitgever van *Psychische klachten bij ouderen*, de Nederlandse uitgave van *DSM-5® Pocket Guide for Elder Mental Health*, door Sophia Wang & Abraham M. Nussbaum, in het Nederlands voor wereldwijde distributie.

Correcte referentie van deze titel: Wang, S., & Nussbaum, A. M. (2017). *Psychische klachten bij ouderen. Diagnose en behandeling*. Amsterdam: Boom, 2017

Voor gebruik van enig deel van het vertaalde werk is schriftelijke toestemming vereist van Boom uitgevers Amsterdam BV.

De American Psychiatric Association is niet betrokken bij de vertaling van dit werk van de Engelse naar de Nederlandse taal en is niet verantwoordelijk voor fouten, omissies of andere mogelijke gebreken in de vertaling van het werk.

First published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Washington DC. Copyright © 2017. All rights reserved.

First published in The Netherlands by Boom uitgevers Amsterdam BV in Dutch. Boom uitgevers Amsterdam BV is the exclusive publisher of DSM-5® Pocket Guide for Elder Mental Health, authored by Sophia Wang & Abraham M. Nussbaum in Dutch for distribution worldwide.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Boom uitgevers Amsterdam BV.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Dutch language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Vertaling: Gerrie Roorda en Caby Slootweg, Vertaalbureau Noorderlicht BV
Typografische verzorging: Bas Smidt
Omslag: Bart van den Tooren

ISBN 978 90 2440 911 2 / NUR 772
www.boompsychologie.nl / www.bua.nl

Voorwoord	7
-----------------	---

DEEL I Behandeling en diagnostiek bij oudere patiënten

1 Inleiding	12
2 Psychische klachten in de huisartsenpraktijk en de basis-ggz	26
3 De diagnostische D's	40
4 Naast de diagnostische D's	65
5 Het 15-minutenonderzoek	78
6 Het 30-minutenonderzoek	89

DEEL II Het gebruik van de DSM-5 bij ouderen

7 Het DSM-5 diagnostisch vraaggesprek bij ouderen	100
8 Verkorte DSM-5-criteria voor veelvoorkomende diagnoses bij ouderen	197

DEEL III Aanvullende instrumenten en eerste behandelingen

9 Een stapsgewijze benadering van de differentiële diagnostiek	206
10 Het onderzoek naar de status mentalis	211
11 Geselecteerde DSM-5-beoordelingsinstrumenten	216
12 Beoordelingsschalen en andere classificatiesystemen	230
13 Psycho-educatieve interventies	238
14 Psychosociale interventies	245
15 Psychotherapeutische interventies	256
16 Psychofarmacologische interventies	264
17 Behandelingen met hersenstimulatie	285
18 Een behandeling plannen	291
19 Conclusie	298
 Literatuur	 300
Register	320

Nederland en Vlaanderen vergrijzen in rap tempo. Momenteel zijn er in Nederland 2,8 miljoen 65-plussers en in Vlaanderen 1,2 miljoen. In 2040 is het aantal 65-plussers in Nederland gegroeid tot 4,6 miljoen en in Vlaanderen tot 1,7 miljoen. Ruwweg een zesde van hen heeft een psychische stoornis. Bovendien hebben vele ouderen naast psychische klachten ook somatische klachten. Dit betekent dat zorgverleners in de eerste lijn, in het ziekenhuis en de verpleeg- en verzorgingssector veelvuldig geconfronteerd worden met psychische klachten bij hun oudere patiënten. Dit roept allerlei vragen op: 'Is dit normale rouw of depressie?', 'Past deze vergeetachtigheid bij de leeftijd of is dit het begin van dementie?', of: 'Ik kan me wel voorstellen dat deze hartpatiënt bezorgd is, is dit nu een angststoornis?' Onderscheid maken tussen psychische stoornissen, lichamelijke aandoeningen en verschijnselen die bij normale veroudering horen, is veelal lastig. En zeker in de beperkte tijd die zorgverleners doorgaans tot hun beschikking hebben om dergelijke vragen te verhelderen. Dit boek geeft een antwoord op vragen zoals de voorgaande, en biedt ook hulpmiddelen die goed toepasbaar zijn in de klinische praktijk.

De ouderenpsychiatrie en de klinische ouderenpsychologie hebben zich sterk ontwikkeld in de afgelopen 25 jaar. De wetenschappelijke kennis over diagnostiek en behandeling van diverse psychische stoornissen groeit gestaag. Behalve de tweedelijns ouderenpsychiatrie (de 'specialistische ggz') zijn er inmiddels in Nederland zelfs drie derdelijns ('hoogspecialistische ggz') centra voor ouderenpsychiatrie binnen de ggz: het Centrum voor ouderen- en neuropsychiatrie van GGZ inGeest te Amsterdam, het Topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen van Mondriaan in Heerlen, en mijn eigen afdeling, PersonaCura, specialist in persoonlijkheid & gedrag bij senioren, onderdeel van GGZ Breburg te Tilburg. Daarnaast zijn er ook afdelingen van academische ziekenhuizen die derdelijns ouderenpsychiatrie bieden.

Ook in Vlaanderen heeft de ouderenpsychiatrie zich sterk ontwikkeld, hoewel derdelijns instellingen voor deze doelgroep daar nog ontbreken.

Het is belangrijk te beseffen dat de meeste ouderen met psychische klachten zich melden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Of ze komen eerst voor hun somatische problematiek, poliklinisch of klinisch, in het ziekenhuis. Vaak ligt het initiatief om hulp te zoeken bij de familie. Dat betekent dat vooral de huisarts, de POH-GGZ en de hulpverleners in de generalistische basis-ggz in Nederland – en de eerstelijnspsychologen en de zorgverleners in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen – te maken krijgen met ouderen met psychische klachten. Maar ook in de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de thuiszorg worden zorgverleners steeds meer geconfronteerd met psychische klachten bij hun oudere patiënten. En dat te midden van andere problemen: lichamelijke kwalen maar ook verlieservaringen en maatschappelijke veranderingen. Voor al deze zorgverleners geeft dit boek hulpmiddelen voor de diagnostiek, waaronder een 15- en een 30-minuteninterview, korte meetinstrumenten en een overzicht van behandelmethoden. Het staat boordevol met tips, trucs en casusbeschrijvingen, waarmee het uitermate geschikt is voor een breed scala aan gezondheidszorgprofessionals: verpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners, psychologen en medisch specialisten.

Aan alles is voelbaar dat de auteurs jarenlange ervaring hebben in het werken met ouderen. Ze geven prachtige voorbeelden van manieren om een vertrouwensrelatie op te bouwen met oudere patiënten. Deze is noodzakelijk om psychische klachten goed uit te vragen bij ouderen en deze eventueel te diagnosticeren als een specifieke psychische stoornis. De medische aandoeningen komen aan bod die vaak hand in hand gaan met psychische klachten en neuropsychiatrische verschijnselen op latere leeftijd. Ook de verwijz- en samenwerkingsopties worden besproken, zowel met somatische en psychologische specialisten als met zorgverleners in de ouderenzorg. Hoe bij dit al de familie te betrekken, die soms als mantelzorger zelf overbelast is, en te helpen, wordt uitgebreid met voorbeelden en adviezen geïllustreerd.

Een groot voordeel van dit boek is dat het geheel is afgestemd op de recente editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM-5. De DSM is breed ingeburgerd als het leidende classificatiesysteem voor psychische stoornissen. De DSM-5 biedt veel meer dan eerdere edities de ruimte aan de clinicus om met zogenoemde 'specificaties' het klinisch beeld van de unieke patiënt te beschrijven. Bovendien helpt gebruik van de DSM-5 om eenduidig te communiceren over psychische stoornissen tussen zorgverleners. En als iets kenmerkend is voor ouderen, is het wel dat zij te maken hebben met

diverse zorgverleners en instanties en transitie van zorg. Het risico op slechte afstemming van de zorg is derhalve groot. Een eenduidig gebruik van diagnostische categorieën is daarbij heel belangrijk en hierin voorziet de DSM-5.

Een boek als dit over psychische klachten bij ouderen, dat zo praktijkgericht is, ontbreekt tot op heden. Daarom voorziet *Psychische klachten bij ouderen* in een belangrijke behoefte. Ik beschouw het als een eer en een kans om dit boek inhoudelijk te hebben mogen redigeren voor de Nederlandse en Vlaamse situatie.

Dr. A.C. (Arjan) Videler

Psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en onderzoeker
PersonaCura, specialist in persoonlijkheid en gedrag bij senioren
GGZ Breburg

DEEL I

Behandeling en diagnostiek
bij oudere patiënten

1 Inleiding

CASUS

Ans, een vrouw van 67 jaar, heeft haar hele leven lang alleen maar medische hulp gezocht in acute gevallen, maar is nu op verzoek van haar dochter Karin naar jou verwezen. Ans werd kortgeleden in het ziekenhuis opgenomen vanwege een onbedoelde overdosis pijnmedicatie. Toen Karin in haar huis rondkeek, ontdekte ze dat Ans vijf verschillende soorten pijnstillers van vier verschillende artsen slikte. Karin, die haar moeder vergezelt, wil helpen de zorg voor Ans te regelen.

Karin vertelt dat een neuroloog enkele jaren geleden de diagnose 'milde geheugenklachten' bij Ans heeft gesteld. Ze heeft de laatste jaren steeds meer moeilijkheden met woordvinding en het betekenisvol beantwoorden van vragen. Ans is redelijk onafhankelijk (ze kan naar bekende plekken rijden, eenvoudige maaltijden bereiden en zonder problemen boodschappen doen), maar heeft hulp nodig als ze naar onbekende plaatsen moet rijden en, zoals Karin nu dus heeft gemerkt, bij het nemen van medicijnen.

Karin vertelt dit hele verhaal zonder dat Ans iets heeft gezegd. Als je Ans vraagt hoe het met haar is en wat de datum is, zegt ze: 'Het gaat prima met me.' Meer zegt ze niet. Als je nog eens vraagt welke datum het is, antwoordt Ans: 'Mijn dochter weet alles. Waarom vraagt u haar niet welke dag het is.' En terwijl Ans naar de muur staart, begint Karin te huilen.

Gefrustreerd raadpleeg je het elektronisch patiëntendossier van Ans. Je vindt een hele waslijst aan klachten, waarvoor steeds een of meer soorten medicatie zijn voorgeschreven, en een berg notities die zes jaar beslaan van zowel haar neuroloog als drie andere specialisten, die kennelijk nooit met elkaar hebben gecommuniceerd. Je hebt nog 15 minuten om deze informatie in je op te nemen, een inschatting te maken van de geestelijke gezondheid van Ans en haar dochter gerust te stellen, terwijl je probeert je niet al te overdonderd te voelen.

Wij hebben ons ook geregeld zo overdonderd gevoeld in de zorg voor ouderen met psychische klachten die ongecoördineerde zorg krijgen. Na vele jaren hebben we geleerd onze frustraties om te zetten in effectieve strategieën, en in deze handleiding willen we graag de lessen delen die we van onze mentoren en door eigen ervaringen hebben geleerd. We bieden toegankelijke strategieën voor het bepalen en aanpakken van de behoeften van ouderen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

In dit boek

Veel klinici zijn huiverig om geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen te behandelen, omdat ze denken dat hier speciale expertise voor is vereist. Wij geloven echter dat alle klinici op een zelfverzekerde manier met ouderen kunnen leren werken. We hopen dat ons boek je dat benodigde extra zelfvertrouwen geeft om voor oudere patiënten met psychische klachten te zorgen en dat het je interesse in het werken met dit snelgroeiende segment van de bevolking vergroot. We beschrijven het houden van een kort consult, het herkennen van de belangrijkste elementen van de meest voorkomende psychische stoornissen, het stellen van een eerste diagnose, het betrekken van anderen bij een behandeling, het werken met mantelzorgers en het indien nodig doorverwijzen van patiënten voor aanvullende specialistische behandeling in de geestelijke gezondheidszorg.

Om vertrouwd te raken met oudere patiënten moet je een relatie opbouwen met hen én met hun mantelzorgers. Relaties komen tot stand via verhalen. Om dit te verduidelijken, delen we verhalen uit onze eigen klinische ervaringen, waarmee je de volgende essentiële vaardigheden kunt aanleren:

- Beseffen dat eenzelfde hoofdklacht kan leiden tot verschillende diagnoses (hoofdstuk 3).
- Een diagnostisch consult van 15 of 30 minuten houden als je verschillende diagnostische mogelijkheden overweegt (hoofdstukken 5 en 6).
- De symptomen van de psychische aandoening en het psychosociale functioneren van een patiënt meten en volgen (hoofdstukken 10 en 11) bij het kiezen tussen verschillende diagnoses.
- Psychosociale (hoofdstuk 14), psychotherapeutische (hoofdstuk 15), psychofarmacologische (hoofdstuk 16) behandeling en/of interventies op het gebied van hersenstimulatie (hoofdstuk 17) initiëren als je tot de beste diagnose bent gekomen.

Elk hoofdstuk richt zich op de meest voorkomende psychische stoornissen bij ouderen. We hopen dat ook klinici die buiten (poli)klinieken, gezondheidscentra en ziekenhuizen werken, vertrouwen krijgen in het diagnosticeren van en het omgaan met deze stoornissen. Om je daarbij te helpen, hebben we dit boek geschreven, waarin je eenvoudig toe te passen tips, tabellen en behandelrichtlijnen vindt, die de classificatiecriteria volgen van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). We hebben deze hulpmiddelen voor diagnostiek en behandeling ontwikkeld na in verschillende klinische rollen te hebben gewerkt, waaronder als consulterend psychiater binnen de geriatrie en de eerstelijnsgezondheidszorg, als ambulant psychiater voor volwassenen, als psychotherapeut voor volwassenen die worstelen met ouder worden, als psychiater in de crisisdienst en als psychiater in een psychiatrische kliniek. We hebben zowel ervaring met psychotherapie als met farmacotherapie bij ouderen. We bespreken een reeks behandelingen, omdat de manier waarop psychische aandoeningen bij ouderen worden behandeld, enorm varieert in setting en in toegang tot geestelijke gezondheidsdiensten. Ondanks onze jarenlange ervaring met ouderen, verbazen we ons nog steeds over hoeveel we van onze patiënten en hun mantelzorgers leren. We overleggen nog steeds regelmatig met collega's en brainstormen over nieuwe ideeën voor behandeling. We stellen ons bij iedere oudere patiënt bescheiden op en zijn altijd meer dan bereid om van hen, hun mantelzorgers en andere professionele zorgverleners te leren.

De definitie van 'oudere' is door de jaren heen veranderd. In het verleden werd ouderenpsychiatrie ingezet als een patiënt 60 of 65 werd, maar tegenwoordig wordt een ouderenpsychiatrische aanpak gestart wanneer een patiënt dit nodig heeft. We bepalen of iemand functioneel een 'oudere' is door de ernst van lichamelijke en psychische aandoeningen en de functionele status naast de chronologische leeftijd te leggen. Een patiënt van 55 jaar met progressieve dementie en een depressie zal baat hebben bij de behandelingen die in deze wegwijzer worden beschreven en, indien beschikbaar, bij specialistische ouderenpsychiatrie. Daartegenover staat dat een huisarts de zorg kan blijven dragen voor een redelijk gezonde patiënt van 75 jaar met milde depressieve symptomen en die nog onafhankelijk kan functioneren.

Vier begrippen die van het grootste belang zijn in de ouderenpsychiatrie

- 1 *Iedereen heeft een verhaal.* We horen persoonlijke levensverhalen van onze patiënten en hun mantelzorgers, dus moeten we de tijd nemen om een band met hen op te bouwen en met hen te huilen en te lachen.
- 2 *Een behandeling moet functioneel voordeel hebben.* We raden geen tests of behandelingen aan waar de patiënt geen baat bij heeft. Zo zouden we geen cholinesteraseremmer voorschrijven aan een vrouw van 95 met dementie in het eindstadium, omdat dit zou kunnen leiden tot een verslechtering van het functioneren, alhoewel deze middelen in Nederland en Vlaanderen wel voor dementie zijn goedgekeurd.
- 3 *Clinici zorgen voor zowel de patiënt als de mantelzorger.* Naarmate de patiënt functioneel achteruitgaat, wordt hij of zij steeds afhankelijker van mantelzorgers voor het maken van afspraken en het volgen van behandelingen. Als een mantelzorger de behandeladviezen niet opvolgt, proberen we ervoor te zorgen dat dat wel gebeurt of zetten we andere hulpmiddelen in als hij of zij er moeite mee heeft.
- 4 *Eenvoud werkt het best.* We proberen onnodige medicatie te stoppen voordat we met nieuwe starten. Daarnaast beginnen we met eenvoudige aanpassingen in levensstijl, zoals 10 minuten extra wandelen bij het boodschapen doen, voordat we een patiënt vragen kilometers te gaan wandelen.

Gedragsproblemen en psychische klachten bij ouderen

Een oudere met een psychische aandoening komt meestal bij een clinicus nadat de patiënt zelf, een naaste of de huisarts een verontrustend gedragsprobleem of psychische klacht opmerkt. Veelvoorkomende voorbeelden van gedragsproblemen zijn sociaal isolement, agitatie, apathie en achterdochtig gedrag. Veelvoorkomende voorbeelden van psychische klachten zijn slaapproblemen, lichamelijke klachten die niet helemaal door ziekte kunnen worden verklaard, zich buitensporig veel zorgen maken, langdurige somberheid, verslechterende cognitieve vaardigheden, middelenmisbruik en suïcidegedachten. Minder voorkomende voorbeelden van psychische klachten zijn waarnemingsstoornissen, zoals auditieve en visuele hallucinaties, dwangmatig gedrag en zelfs gedachten aan moord.

Verschillen tussen psychische klachten en psychische stoornissen

CASUS

Stel je voor dat je het volgende tegen Ans zegt als je haar voor het eerst ziet: 'Karin lijkt zich zorgen over u te maken.' Ans antwoordt: 'Het gaat prima met me. Ik wil nu naar huis.' Je vraagt haar voor het consult te blijven, zodat je vragen kunt stellen over haar eetlust, stemming en slaap. Ans stemt ermee in, maar slaat haar armen over elkaar en antwoordt 'prima' op alle vragen. Karin vangt je blik op en zegt dat haar moeder in de laatste drie maanden vijf kilo is afgevallen. 'Ze ligt de hele dag in bed tv te kijken en slaapt 's nachts slecht.' Je deelt de zorgen van Karin dat, hoewel Ans zegt dat alles prima is, haar geheugensymptomen zich hebben ontwikkeld van milde psychische klachten tot een psychische stoornis.

Psychische klachten (in acute situaties wordt er gesproken van psychische nood) worden vaak gekenmerkt door de 4 S'en:

- *Self-resolution*: de symptomen verdwijnen vanzelf binnen een korte periode (meestal dagen tot weken).
- *Short-term supportive interventions*: kortdurende ondersteunende interventies (zoals enkele counselingssessies of een tijdelijke praatgroep) hebben vaak al voldoende effect.
- *Self-awareness*: de patiënt is zich bewust van de symptomen en de impact ervan op zijn of haar functioneren.
- *Stable functioning*: de patiënt functioneerde voor de klachtenperiode stabiel en op een hoog niveau, heeft meestal geen psychiatrische voorgeschiedenis, is niet onder behandeling van een psychiater en slikt geen psychofarmaca.

Een psychische stoornis of aandoening wordt meestal gekenmerkt door de 4 P's:

- *Progression*: progressie van symptomen als de persoon geen behandeling krijgt.
- *Persistence*: persistentie van de symptomen.
- *Poor awareness*: de patiënt heeft een beperkt inzicht in de stoornis en de bijbehorende symptomen.
- *Poor functioning*: de patiënt functioneert beperkt als gevolg van deze symptomen.

Een beperkt besef van de symptomen kan het gevolg zijn van anosognosie (een gebrek aan inzicht als gevolg van hersenbeschadiging) en kan een indicatie zijn van verminderde motivatie om succesvol deel te nemen aan de behandeling. Een veelvoorkomend voorbeeld van anosognosie is een patiënt, zoals Ans, met een uitgebreide neurocognitieve stoornis, die zich niet bewust is van haar geheugenprobleem. Een ander signaal van een psychische stoornis kan zijn dat iemand de patiënt naar het consult vergezelt, hoewel ook patiënten die alleen komen mogelijk niet onafhankelijk kunnen functioneren. Hoewel terugkerende symptomen wijzen op een psychische stoornis, zijn vooral de neurocognitieve stoornissen een uitzondering, omdat deze meestal voor het eerst optreden als mensen ouder worden. Als je na een eerste vraaggesprek niet voldoende kunt bepalen of de patiënt lijdt aan psychische klachten of aan een psychische stoornis, zeg je dat de diagnose nog niet helemaal duidelijk is, maar dat je wel vast met de behandeling kunt beginnen om hem of haar te helpen. Je kunt de patiënt dan volgen om te bekijken of de symptomen vanzelf verdwijnen of je kunt een interventie starten en later indien nodig je behandeling aanpassen.

Voorkomen van psychische stoornissen

In Nederland heeft 14 procent van de 65- tot 75-jarigen en 19 procent van de 75-plussers psychische stoornissen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011). De prevalentie van stoornissen varieert echter enorm per setting. Een delirium wordt bijvoorbeeld eerder in een ziekenhuis gediagnosticeerd en minder in de huisartsenpraktijk, waardoor de prevalentie in ziekenhuizen veel hoger ligt. Hoe hoger het zorgniveau van een patiënt, hoe hoger de algemene prevalentie van psychische stoornissen. In Nederland hebben 270 duizend mensen een uitgebreide neurocognitieve stoornis, van wie 70 procent thuis woont en 30 procent in een verpleeghuis (Alzheimer Nederland, 2017). Minder dan 25 procent van de patiënten in de extramurale zorg heeft depressieve klachten en zelfs bijna de helft van alle patiënten in verpleeghuizen (Jongenelis e.a., 2004).

Van de ouderen die volledig zelfstandig wonen in de Verenigde Staten gaf minder dan 6 procent aan te lijden aan een depressieve of dysthyme stoornis of een angststoornis (paniekstoornis, sociale fobie of gegeneraliseerde-angststoornis) (Institute of Medicine, 2012). Ongeveer 2 procent gaf aan te lijden aan een posttraumatisch stresssyndroom of een stoornis in het gebruik van middelen, en minder dan 1 procent zei te lijden aan een bipolaire stoornis, schizofrenie of een obsessieve-compulsieve stoornis (Institute of Medicine, 2012).

Gebruik van een diagnostisch vraaggesprek om te differentiëren tussen psychische klachten en psychische stoornissen

De gouden standaard voor het diagnosticeren van psychische stoornissen is het diagnostisch vraaggesprek, waarvan een van de belangrijkste doelen is om een onderscheid te maken tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Denk tijdens het vraaggesprek aan de 4 S'en en de 4 P's. Vraag specifiek naar de *progressie* en de *persistentie* van de symptomen en de afbreuk die dit eventueel doet aan het functioneren, dat secundair is aan deze symptomen. Vragen als 'Hoelang heeft u hier al last van?' en 'Heeft u op enig ander moment in uw leven vergelijkbare symptomen gehad?' kunnen verklaren of de patiënt met een korte periode van zwaarmoedigheid, een eerste depressieve periode of een recidiverende depressie te maken heeft. Het in kaart brengen van het functioneren is zo belangrijk voor de diagnose en de behandeling dat we dit in hoofdstuk 11 gedetailleerd behandelen. In het kort dien je het sociale functioneren, de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL) en de gewone algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te inventariseren. Tot slot zouden alle behandelaars alert moeten zijn op bepaalde alarmbellen die op een ernstige psychische stoornis kunnen wijzen en waarbij doorverwezen dient te worden naar een psychiater of, indien mogelijk, ouderenpsychiater (tabel 1-1). In sommige gevallen kunnen deze alarmbellen zelfs leiden tot een verwijzing naar de crisisdienst voor acute beoordeling en psychiatrische opname.

Tabel 1-1 **Alarmbellen bij psychische aandoeningen**

- Eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Hoog risico op zelfmoord:
 - eerdere zelfmoordpogingen, vooral als deze hebben geresulteerd in opname;
 - toegang tot middelen (medicatie, vuurwapens [in de VS] én aanwezigheid van psychische symptomen).
- Symptomen die wijzen op een manie of psychose.
- Eerdere behandeling met psychofarmaca of elektroconvulsie therapie (ECT).

In het algemeen gaat men ervan uit dat het diagnostisch vraaggesprek tijdens het eerste bezoek wordt afgerond en dat de diagnose dan wordt gesteld. Wij zien diagnostische vragen echter als hulpmiddelen die net als een stethoscoop bij elk consult moeten worden gebruikt. Bij elk consult kan het welzijn van de patiënt worden bepaald en de diagnose opnieuw worden geëvalueerd. Hoewel een positieve reactie op de behandeling over het algemeen het sterkste bewijs is voor een juiste diagnose, moet er altijd rekening mee worden gehouden dat een verbetering ook op toeval kan berusten. Elke keer dat je een patiënt ziet, kun je een deel van het diagnostisch vraaggesprek (al dan niet opnieuw) afnemen om aanvullende informatie te verzamelen en zo de diagnose te bevestigen, een diagnose aan je differentiaaldiagnose toe te voegen of een diagnose uit te sluiten. Om voorbarige conclusies te vermijden, kun je, naarmate je de patiënt beter leert kennen, delen van het diagnostisch vraaggesprek herhalen.

Therapeutische alliantie: de sleutel naar een juiste diagnose en succesvolle behandeling

De therapeutische alliantie is de relatie tussen de clinicus en de patiënt in hun streven naar een verbeterde gezondheid en een vergroot welzijn van de patiënt. In een goede therapeutische alliantie voelt zowel de clinicus als de patiënt een positieve emotionele band en vertrouwen beiden elkaar. In een slechte therapeutische alliantie voelt de clinicus of patiënt zich vijandig naar de ander, waarbij de patiënt de behandeladviezen vaak niet opvolgt en de clinicus gefrustreerd raakt omdat de patiënt zich er niet aan houdt. Een goede alliantie kan bepalend zijn voor de vraag of een oudere een behandeling besluit te volgen of ervan afziet en blijft lijden onder zijn psychische stoornis. Voor een succesvolle deelname aan de behandeling is het met name belangrijk een goede therapeutische alliantie op te bouwen met patiënten die een stigma hebben verbonden aan het hebben van een psychische stoornis.

CASUS

Een alliantie met een oudere persoon opbouwen

Denk aan het eerste consult van Ans, die tegen haar wens voor een behandeling kwam en alleen bleef omdat je erop aandrong.

Aan het einde van het consult voelde je je misschien ontmoedigd. Hetzelfde zou kunnen gelden voor Karin; het kostte haar weken om haar moeder mee te krijgen naar een psychiater en Ans zei weinig meer dan dat het 'prima' gaat en dat ze geen behandeling nodig heeft. Op het moment dat je Ans een briefje meegeeft voor een herhaalafpraak, betwijfel je of ze ooit terugkomt.

Nadat ze weg is, ga je naar een collega voor wat bemoedigende woorden en advies. Je collega suggereert het volgende: 'Leer Ans als persoon kennen. Vraag niet of ze depressief is, maar probeer erachter te komen wat ze leuk vindt om te doen en vraag dan of ze dat nog steeds leuk vindt.'

Als Ans tot je verbazing toch terugkomt voor de tweede afspraak, besluit je zonder Karin met haar te praten. Je begint met vragen wat ze leuk vindt om te doen. Ans antwoordt: 'Ik las vroeger veel en speelde tennis. Maar tegenwoordig kijk ik alleen nog maar naar reisprogramma's op tv.'

Je vraagt door over reizen. Aan het eind van het consult vertrouwt Ans je toe dat zij en Karin uit elkaar waren gegroeid omdat de tweede man van Ans, Frank, niet met Karin kon opschieten. Ze hebben het twee jaar geleden bijgelegd, na de dood van Frank. Ans is nu erg boos, omdat zij vindt dat Karin haar tot deze behandeling heeft gedwongen als 'straf', omdat ze tegen Karins zin met Frank is getrouwd. Ans spreekt af terug te komen, al is het maar om het meer over haar frustraties met Karin te hebben.

Het voorbeeld van Ans laat zien dat je een patiënt vaak meerdere keren moet zien om een therapeutische alliantie op te kunnen bouwen. Door veranderingen in cognitieve functies en sociale omstandigheden worden veel ouderen voorzichtig; ze hebben soms ook meer tijd nodig om informatie te verwerken dan jongere mensen. Veel ouderen zijn nog nooit onder psychische behandeling geweest, dus kan het wat langer duren voordat ze zich op hun gemak voelen en gewend raken aan het idee een 'psychische patiënt' te zijn. Om proactief op hun zorgen in te gaan, nemen we aan het begin van een afspraak vaak een paar minuten de tijd om patiënten te vertellen wat ze kunnen verwachten. We informeren hen over de bedoeling van het consult (bijvoorbeeld een verwijzing voor een depressie of een screening op bepaalde psychische klachten), de duur van de afspraak (zoals 5 minuten voor een screening met een korte vragenlijst versus 30 of 60 minuten voor een consult), wat de patiënt

mag verwachten aan het eind van het consult en de verwachte duur van de behandeling (een of meerdere consulten). Voor het opbouwen van een goede therapeutische alliantie kunnen meerdere afspraken nodig zijn, omdat veel ouderen zich genegeerd voelen door hun eigen familie en vrienden en zich afvragen of artsen hen wel serieus zullen nemen. Als je het gevoel hebt dat een persoon psychische klachten ervaart, ondanks het feit dat hij of zij de symptomen negeert of ontkent, kan het een idee zijn de initiële evaluatie over twee sessies te verdelen. Mensen die depressief of eenzaam zijn, worden misschien pas bij een tweede consult wat opener, dus heb je een therapeutische alliantie van voldoende sterkte nodig om hen terug te laten komen voor het tweede consult.

CASUS

Bij het derde consult met Ans praat je verder over hoe zij denkt over geestelijke gezondheidszorg. Volgens Ans wil Karin haar straffen door haar te drogeren. Je stelt haar gerust door haar duidelijk te maken dat je begrijpt dat ze zich zorgen maakt. 'Misschien kunnen we het eerst hebben over de ervaringen die u tot nu toe heeft gehad met de geestelijke gezondheidszorg?'

Ans beschrijft hoe pijnlijk het was om te zien hoe haar eigen moeder vroeger 'schoktherapie' kreeg voor haar schizofrenie. Je vertelt haar vervolgens over de huidige behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg: 'De geestelijke gezondheidszorg van nu kan niet worden vergeleken met die van vroeger, toen uw moeder werd behandeld. De meeste zorg vindt tegenwoordig poliklinisch plaats en we hebben verschillende effectieve medicaties die mensen gewoon in de vorm van een pil nemen. De meesten van mijn patiënten hebben baat bij deze behandeling en ze wonen over het algemeen zelfstandig.' Aan het eind van het consult stemt Ans ermee in een kleine dosis selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) te nemen, zodat ze weer wat energie krijgt om naar buiten te gaan.

Patiënten geven vaak direct of indirect aan dat ze liever niet worden onderzocht op psychische stoornissen, bijvoorbeeld met uitspraken als: 'Maar ik ben niet gek!' of 'Ik geloof niet in psychiatrie.' We vatten dat niet persoonlijk op, maar nemen het juist als uitgangspunt; als een persoon zijn of haar angsten kan verwoorden, ontstaat ruimte voor psycho-educatie. We bouwen de therapeutische alliantie op door een huiverig persoon aan te moedigen zijn of haar angsten uit te spreken en hem of haar vervolgens voorlichting te geven over hoe behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg tegenwoordig in hun werk gaan.

Sommige patiënten zijn zich niet bewust van angsten en/of hebben geen ziekte-inzicht. Ze komen vriendelijk en opgewekt naar hun eerste evaluatie, ontkennen elk probleem en zeggen niets over angst voor de geestelijke gezondheidszorg of over de reden voor verwijzing. In deze situaties vraag je als eerste naar de dagelijkse routine van de patiënt, eventuele hobby's en interesses, en maak je een praatje over iets wat recent in het nieuws was. De antwoorden kunnen je een idee geven van zijn of haar functioneren en oriëntatie, en de patiënt krijgt tegelijkertijd de mogelijkheid zich voor je open te stellen. Het is belangrijk om naar details te vragen om zeker te zijn dat de gegeven informatie actueel is. Een patiënt bagatelliseert symptomen namelijk soms door het functioneren te beschrijven van voordat de psychische klachten zich ontwikkelden. Als een patiënt bijvoorbeeld zegt dat hij een fervent lezer is, kun je gedetailleerdere vragen stellen, zoals: Wanneer heeft u voor het laatst een boek gelezen dat u leuk vond? 'Waar ging het boek over? Welke boeken leest u op dit moment?'



Snelle tips voor het opbouwen van een therapeutische alliantie met ouderen

Spreek ouderen aan met 'u', hun achternaam en de juiste titel (dr., dhr., mevr.) tot ze hebben aangegeven hoe ze het liefst worden aangesproken.

Communiceer met je patiënten via hetzelfde medium als waarmee zij contact opnamen, dus bel terug als een patiënt heeft gebeld. Beantwoord e-mails in hele woorden in plaats van in acroniemen en afkortingen. Oudere patiënten kiezen hun communicatiewijze niet alleen op basis van persoonlijke voorkeur, maar soms ook omdat ze fysieke beperkingen discreet willen compenseren (zoals telefoneren omdat ze moeite hebben met het lezen van computerschermen).

Wees je altijd bewust van de kwaliteit van je therapeutische alliantie. Als je een patiënt voor het eerst ontmoet, kun je een andere professional, in wie de patiënt voldoende vertrouwen heeft, betrekken bij het bevestigen en uitvoeren van behandeladviezen, bijvoorbeeld de huisarts.

Kijk de patiënt aan als je zijn of haar verhaal aanhoort. Maak aantekeningen met pen en papier of gebruik een elektronisch apparaat waarbij oogcontact mogelijk is.

Bouw een band op door open vragen te stellen, zoals: 'Vertel eens, waarom bent u hier?' Door verhalen te vertellen, kan een patiënt levensgebeurtenissen vertellen en uiteindelijk gedachten en emoties integreren.

Erken het als je het antwoord op een vraag niet weet en leg uit hoe je met dat gebrek aan zekerheid omgaat (zoals 'Wetenschappers onderzoeken deze vraag op dit moment', 'Ik zal het antwoord opzoeken' of 'Ik verwijs u door voor een consult').

Geef zowel schriftelijke als mondelinge adviezen en gebruik duidelijke en precieze aanwijzingen. Verbind waar mogelijk een instructie aan een dagelijkse routine. Zeg bijvoorbeeld liever 'Neem na het ontbijt een tablet sertraline van 50 mg', dan 'Neem dagelijks 50 mg sertraline in combinatie met eten' (National Institute on Aging, 2016).

Een alliantie opbouwen met de mantelzorger

CASUS

Neem het voorbeeld van Ans: ze kwam samen met Karin, maar vertelde pas later over de complicaties binnen hun relatie. Karin is de mantelzorger van Ans, dus help je Ans als je ook een therapeutische alliantie opbouwt met Karin. Stel dat Ans het goedvindt dat je een gesprek met Karin voert en dat Karin toegeeft dat ze minstens een paar keer per week moet huilen als ze Ans smeekt uit bed te komen. Hoewel Ans zelfstandig kan douchen en aankleden, moet Karin het herhaaldelijk vragen voordat Ans uiteindelijk akkoord gaat. Karin zegt: 'Ik weet niet meer wat ik moet doen. Ze doet gewoon gemeen en ik ben bang dat het erger wordt. Ik ben bang dat de rest van ons leven opgaat aan ruziemaken met mijn moeder.' Nadat je Karins verhaal over haar angsten hebt aangehoord en haar hebt uitgelegd hoe depressie het gedrag van Ans beïnvloedt, stemt Karin ermee in om naar een plaatselijke steungroep voor mantelzorgers te gaan, om meer te leren over hoe ze voor haar moeder kan zorgen.

De therapeutische alliantie is ook de sleutel tot het opbouwen van samenwerkingsrelaties tussen hulpverleners en mantelzorgers; het welzijn van de patiënt hangt vaak samen met het welzijn van de mantelzorger. We bieden mantelzorgers altijd onze steun en erkennen hun toewijding. We beseffen dat velen tegen de tijd dat ze hulp zoeken al bijna een burn-out hebben. Het voor-

komen of verlichten van burn-outklachten van de mantelzorger is een belangrijke taak voor hulpverleners.

De eerste taak van de clinicus is zich ervan te verzekeren dat hij of zij de behandeldoelen van zowel de mantelzorger als de patiënt goed begrijpt. Als er vervolgens obstakels ontstaan, kan hij uitleggen hoe zijn adviezen bijdragen aan het behalen van de doelen van de mantelzorger. Het is belangrijk dat hulpverleners mantelzorgers complimenteren voor hun toewijding en harde werk, zodat ze niet denken dat hulp accepteren betekent dat ze tekortschieten of onverschillig zijn.

CASUS

In het geval van Ans wordt het werkelijke doel niet alleen het verlichten van Karins angsten, maar ook om haar te betrekken in Ans' behandeling. Als je Karin weer spreekt, vertelt ze je dat haar moeder lid was van een hardloopleague tot Frank stierf. 'Nu komt ze het huis niet uit, behalve als ze zo nu en dan met me meegaat om de post te halen.' Je suggereert dat ze kan proberen Ans langer buiten te houden als ze de post haalt. 'Vraag haar om even door de buurt te wandelen nu jullie toch buiten zijn.' Karin is bang dat haar moeder het een dom idee zal vinden. Je antwoordt: 'Ik ben het met je eens dat ze het idee misschien zal afwijzen. Maar je kunt het altijd proberen. Als ze nee zegt, kunnen we iets anders bedenken. Baat het niet, dan schaadt het niet.'

Karins zorgen lijken op die van veel andere mantelzorgers die we hebben gezien. Deze gevalsbeschrijving illustreert twee belangrijke concepten: gezamenlijk brainstormen en speelruimte. Via *gezamenlijk brainstormen* kunnen mantelzorgers kostbare informatie delen over de patiënt, zoals hobby's, interesses en het levensverhaal. Hulpverleners kunnen dit vervolgens laten meewegen bij het bepalen van een effectieve en toegesneden behandelplan. *Speelruimte* geeft behandelaars en mantelzorgers de mogelijkheid nieuwe ideeën in een veilige omgeving uit te proberen. Het uitvoeren van psychosociale interventies kan een proefondervindelijk proces zijn dat je helpt de algemene richtlijnen aan te passen aan individuele patiënten. Speelruimte is ook nuttig als mantelzorgers je hulp weigeren. Door je adviezen te structureren met ingebouwde speelruimte kun je hen helpen nieuwe suggesties uit te proberen. Met gezamenlijk brainstormen en speelruimte voor mantelzorgers kan een gevoel van wederzijds respect worden opgebouwd.

Als mantelzorgers je adviezen niet uitvoeren, overweeg dan of ze een burn-out hebben, hoewel zeggen dat iemand een burn-out heeft verkeerd kan vallen. Meestal stellen we eerst voor dat ze zich aansluiten bij een steungroep of

individuele hulp zoeken. Op internet zijn daarvoor sites te vinden, zoals mantelzorgsteunpunt.nl/sociale__kaart voor mantelzorgers die vanwege hun taken het huis niet kunnen verlaten (Collins & Swartz, 2011). We moedigen mantelzorgers ook altijd aan om er nog iemand anders bij te betrekken, een extra persoon die wat verlichting kan geven en die onderdeel kan worden van het sociale vangnet van de patiënt. Een manier om er een andere mantelzorger bij te betrekken, is door een extra persoon te machtigen voor het geval de primaire mantelzorger niet beschikbaar is, en ervoor te zorgen dat deze tweede gemachtigde in het behandelplan wordt opgenomen.



Snelle tips voor het opbouwen van een therapeutische alliantie met mantelzorgers

Gebruik 'we' en 'ons' om een gevoel van samenwerking tussen jezelf en de mantelzorger op te bouwen: 'We gaan onderzoeken hoe we de woedeaanvallen van uw vader samen kunnen aanpakken.'

Geef mantelzorgers waar mogelijk tijd om na te denken over je adviezen en maak duidelijk dat ze je kunnen bellen als ze vragen of zorgen hebben: 'We hebben vandaag veel besproken, maar we hoeven nog geen besluit te nemen. We kunnen dit samen verder uitzoeken.'

Wees je ervan bewust dat mantelzorgers een verhoogd risico hebben op lichamelijke en psychische aandoeningen, vooral als ze 85 jaar of ouder zijn (Blazer, 2000; Lee e.a., 2008). Zorg ervoor dat een mantelzorger een sterk sociaal vangnet heeft om te voorkomen dat de zorg een psychologische uitputtingsslag wordt: 'We hebben allemaal hulp nodig bij het helpen van mensen.'

Garandeer het welzijn van de mantelzorger, want hoe beter het met een mantelzorger gaat, hoe beter het met een patiënt gaat: 'Bij het volgende bezoek vraag ik naar jouw gezondheid als mantelzorger.'

2 Psychische klachten in de huisartsenpraktijk en de basis-ggz

Screening en vroege opsporing

CASUS

Mehmed, een man van 78 jaar oud, is vier jaar geleden uit een klein stadje in Turkije geëmigreerd om bij zijn kinderen te gaan wonen. Twee maanden geleden zag hij dat er bloed in zijn urine zat; de spoedeisende hulp verwees hem door naar een uroloog, die de diagnose prostaatkanker stelde, en een maand geleden is zijn prostaat chirurgisch verwijderd. Zijn uroloog heeft hem na de operatie naar jou doorverwezen voor een psychische evaluatie.

Vandaag komt Mehmed samen met zijn dochter voor zijn eerste consult. Ze hebben beiden Turks als moedertaal, dus schakel je de telefonische tolkdienst in. Terwijl je op de tolk wacht, vult Mehmed de Turkse versies in van de vragenlijsten PHQ-9 (een verkorte versie van de Patient Health Questionnaire, gericht op het opsporen van depressie) en de GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder, gericht op het opsporen van een gegeneraliseerde-angststoornis). Zijn totale score op de PHQ-9 is 4, maar hij heeft een 2 aangegeven (meer dan de helft van de dagen) bij de negende vraag: 'De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen.' De totale score op de GAD-7 is 7, wat milde angst aangeeft.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is een *screeener* (een korte vragenlijst) een eerste testinstrument dat wordt gebruikt om een niet eerder gediagnosticeerde aandoening op te sporen of om de ernst van de symptomen van een eerder gediagnosticeerde aandoening te meten. Er zijn drie stappen bij het gebruik van een screeener: afnemen, scoren en interpreteren (Blais & Baer, 2010). Elke stap wordt hier kort beschreven. Ga voor meer informatie over hoe je enkele bijzondere screeners afneemt, scoort en interpreteert naar hoofdstuk 11. De instructies bij een screeningsinstrument vermelden normaal gesproken

of de vragenlijst door de patiënt zelf, een mantelzorger of door de behandelaar moet worden ingevuld. Het scoren kan klip-en-klaar zijn, bijvoorbeeld wanneer de behandelaar de scores optelt van de antwoorden die een patiënt heeft gekozen op de PHQ-9, of kan enige interpretatie vergen, bijvoorbeeld wanneer de behandelaar moet bepalen of de kubus juist is getekend bij de Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Bij screening in de geestelijke gezondheidszorg is het belangrijk te bepalen welke screener voor wie moet worden gebruikt. Wees je er altijd goed van bewust dat screeningsinstrumenten meestal zijn gevalideerd voor een bepaalde groep mensen, die nogal kan verschillen van de persoon die voor je zit. Binnen de huidige klinische praktijk is het vaak zo dat er een persoon bij je komt voor wie – door een andere moedertaal, culturele achtergrond, cognitieve vaardigheden of andere factoren – een vertaling of aanpassing van het screeningsinstrument nodig is. Vertaalde screeningsinstrumenten kunnen waardevol zijn voor een multiculturele populatie, maar als een screener niet is gevalideerd in een bepaalde taal, moet de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen binnen de context van een klinisch consult. Clinici kunnen screeners wel gebruiken binnen populaties waarvoor ze niet zijn gevalideerd, maar dan met de nodige terughoudendheid en zorg. En zij moeten zich bewust zijn van de beperkingen van het gebruikte instrument. In de ggz is daarnaast een grondig diagnostisch vraaggesprek vereist, of in bepaalde gevallen zelfs meerdere vraaggesprekken, om een goed beeld te krijgen van de psychische klachten die iemand ervaart.

Ondanks dit voorbehoud raden we het gebruik van deze vragenlijsten toch aan, omdat ze tijd kunnen besparen tijdens het vraaggesprek en omdat je zo je bevindingen met andere behandelaars kunt bespreken. Als het resultaat van een screeningsinstrument overeenkomt met je bevindingen uit het vraaggesprek en je observatie (terecht-positief en terecht-negatief), voel je je bovendien zekerder bij het stellen van je diagnose. Als je de diagnose vervolgens in je dossier opneemt, hebben andere behandelaars, als ze het elektronisch dossier raadplegen, een objectief beeld van hoe je de diagnose hebt gesteld en de ernst ervan hebt bepaald.

Aan de andere kant kennen ook goed gevalideerde screeningsinstrumenten zoals de PHQ-9 hun beperkingen. Neem Mehmed, die aangaf dat hij vaak zelfmoordgedachten had, maar in zijn antwoorden op de andere vragen van de PHQ-9 meestal 0 (helemaal niet) of 1 (een paar keer per week) invulde. Mehmeds antwoorden wijzen erop dat je je onderzoek moet uitbreiden.

CASUS

Als de tolk heeft ingebeld via een conferencecall en je Mehmed vraagt naar zijn gedachten over de dood, zegt hij dat hij sinds een maand, als gevolg van de operatie, incontinent en impotent is geworden, maar dat het allemaal de moeite niet waard is om terug naar de uroloog te gaan. Hij heeft op de meeste vragen van de PHQ-9 een 0 of 1 aangegeven, omdat hij aannam dat de meeste van zijn stemmings- en somatische symptomen, zoals vermoeidheid en slaperigheid, normale gevolgen van de operatie waren. Na dit eerste korte vraaggesprek ben je bang dat hij zijn depressieve symptomen bagatelliseert, dus neem je 15 minuten de tijd om dieper in te gaan op de symptomen van depressie en de zelfmoordgedachten.

Tijdens het 15 minuten durende gesprek dat hierop volgt, zegt Mehmed dat hij zich soms zo overweldigd voelt door de complicaties van de operatie, dat hij maar naar zijn doosjes pillen blijft staren en dan een overdosis overweegt. Je stelt de diagnose depressieve stoornis. Je schrijft een antidepressivum met een laag risico op dodelijke gevolgen bij een overdosis voor – of je laat dit doen door de huisarts of een psychiater indien je zelf geen medicatie mag voorschrijven. Hierna probeer je Mehmed te helpen om te gaan met zijn depressie en suïcidale gedachten. Bij het daaropvolgende bezoek is zijn totale score op de PHQ-9 2 en hij antwoordt met 0 op de vraag over suïcidale gedachten. Ook zijn totale GAD-7-score is verbeterd en is nu 3.

Uit Mehmeds verhaal kunnen we twee belangrijke lessen leren. Ten eerste: hoewel zijn eerste PHQ-9-score een fout-negatief was, had hij zeker baat bij het screeningsinstrument, de zorgvuldige interpretatie ervan en het vervolggesprek. Door te kijken naar de individuele items waarop hij hoog scoorde (zoals het zelfmoorditem) en de algemene score, kun je beter fout-negatieven opsporen en een juiste diagnose stellen. Ten tweede illustreert Mehmeds verhaal hoe het screenen op psychische klachten in de eerstelijnszorg behandeling mogelijk maakt voordat symptomen ernstig worden. Vroege opsporing en behandeling kan ernstige gevolgen voorkomen, zoals een zelfmoordpoging tijdens een onbehandelde depressieve episode of een auto-ongeluk door een niet-gediagnosticeerde neurocognitieve stoornis.



Snelle tips bij screening

Volg bij de afname van elk screeningsinstrument zorgvuldig de afname-instructies op, of hij nu wordt ingevuld door de patiënt zelf, door een mantelzorger of door de behandelaar.

Ken de beperkingen van het screeningsinstrument, vooral wat betreft de validiteit voor je patiëntenpopulatie en de setting waarin je werkt.

Als de resultaten van het screeningsinstrument overeenkomen met je bevindingen na het vraaggesprek, kan op basis van de score een psychiatrische diagnose worden gesteld.

Als de uitslag van het screeningsinstrument echter (positief of negatief) inconsistent is met je bevindingen op basis van het gesprek of observatie, is er een uitgebreider gesprek met de patiënt of een naaste nodig.

Meetinstrumenten voor een kort diagnostisch gesprek

Om een clinicus zo efficiënt en effectief mogelijk te kunnen laten werken, biedt Deel III van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) meetinstrumenten die een patiënt voorafgaand aan het consult kan invullen. Het eerste formulier, de 'DSM-5-niveau 1-vragenlijst algemene psychiatrische symptomen. Zelfbeoordeling door volwassenen', richt zich op de domeinen van de psychische gezondheid die bij verschillende psychische stoornissen van belang zijn. Voor elk belangrijk domein van psychische aandoeningen heeft de DSM-5 'Niveau 2-vragenlijsten algemene psychiatrische symptomen', die een behandelaar kan afnemen. Deze instrumenten kunnen tijd besparen omdat de interviewers hiermee hun evaluaties van de symptomen van een patiënt kunnen structureren.