

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op

Berend Terluin, Maartje Terluin, Katinka Prince, Harm van Marwijk

Inleiding

Meneer Ravenstein is een doorgaans goed gezonde 47-jarige instrumentmaker. Hij is getrouwd en heeft een dochter van 17. De probleemlijst vermeldt geen bijzonderheden. Meneer bezoekt het spreekuur omdat hij de laatste weken vaak hoofdpijn heeft en erg moe is. Hij heeft zich niet ziek gemeld. Bij de vraagverheldering blijkt dat hij last heeft van stress op het werk en dat hij

Samenvatting

Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.

Eén op de drie à vier volwassen huisartsenpatiënten heeft psychische klachten. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een handzame vragenlijst die de huisarts kan helpen bepalen of bij deze patiënten nadere actie nodig is, en zo ja welke. De huisarts kan de 4DKL gebruiken om psychosociale klachten te onderscheiden van depressieve en angststoornissen, om de ernst van het lijden te kwantificeren, om somatisatieklachten te signaleren en om het beloop van de problemen te monitoren. Nadat een patiënt de 4DKL heeft ingevuld, kunnen huisarts en patiënt gezamenlijk de uitslag bespreken en als dat nodig is een 'diagnose' formuleren en een plan van aanpak opstellen.

De 4DKL meet vier dimensies van psychische klachten: distress, depressie, angst en somatisatie. Distress is een specifieke maat voor de ernst van psychisch lijden, depressie en angst zijn specifieke symptomen van ernstige depressieve en angststoornissen, somatisatie staat voor het ervaren van lichamelijke spanningsklachten en de neiging daar ongerust over te zijn. Vrijwel het hele scala aan psychische en psychosomatische klachten kan in deze vier dimensies worden ondergebracht.

VU medisch centrum, EMGO-instituut, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. B. Terluin en dr. H.W.J. van Marwijk, huisartsen; VU medisch centrum, Universitaire Huisartsenpraktijk: dr. K. Prince, huisarts; Huisartsenopleiding, Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht: M. Terluin, huisarts.
Correspondentie: b.terluin@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: B. Terluin is copyrighthouder van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en ontvangt royalty's van partijen die de 4DKL op commerciële basis gebruiken. Tevens ontvangt hij vergoedingen voor lezingen en workshops over de 4DKL.

zich zorgen maakt om zijn bloeddruk. De huisarts stelt meneer Ravenstein gerust over zijn bloeddruk en vraagt hem een 4DKL in te vullen om te kijken hoe erg het is met de stress. De 4DKL geeft de volgende scores: distress 15, depressie 0, angst 4, somatisatie 12. De distress- en somatisatiescores zijn matig verhoogd; de depressie- en angstscores zijn laag. Een week later vertelt meneer Ravenstein dat hij zich bij het invullen van de 4DKL pas goed realiseerde hoeveel last hij heeft van problemen op het werk. De scores passen inderdaad bij spanningsklachten en de huisarts raadt meneer aan om een afspraak met de bedrijfsarts te maken. Om te voorkomen dat hij overspannen raakt, is het zaak de stress op het werk aan te pakken.

Eén op de drie à vier volwassen huisartsenpatiënten heeft psychische klachten. Hierbij ervaren huisartsen twee grote problemen. Ten eerste: hoe maak je onderscheid tussen een psychiatrische stoornis en psychosociale problemen waar mensen zelf mee aan de slag moeten? Ten tweede: hoe help je mensen om in te zien dat hun lichamelijke klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen? Steeds meer huisartsen gebruiken de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) als hulpmiddel om psychische problemen op het spoor te komen, in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. In dit artikel geven wij een korte beschrijving van de achtergrond van de 4DKL en gaan wij in op het gebruik in de huisartsenpraktijk, de interpretatie van de scores en hoe deze kunnen worden gebruikt in het gesprek met de patiënt. Deze bespreking steunt voor een deel op wetenschappelijke gegevens maar vooral ook op de ervaringen van de auteurs met de 4DKL in de praktijk van alledag.

Achtergrond

De 4DKL is ontwikkeld naar aanleiding van onderzoek onder patiënten met overspanning (surmenage) in de huisartsenpraktijk.¹ De meeste overspannen patiënten hebben namelijk een kenmerkend klachtenbeeld, dat voornamelijk bestaat uit specifieke spanningsklachten (distress). Distressklachten zijn tot op zekere hoogte te onderscheiden van klachten door depressie, angst en somatisatie. Vrijwel het hele scala aan psychische en psychosomatische klachten kan in deze vier dimensies worden ondergebracht. De 4DKL bestaat uit vijftig items die vragen naar klachten in de afgelopen zeven dagen. De vragen zijn verdeeld over vier schalen, één voor elke dimensie (zie *tabel 1* voor enkele voorbeeldvragen). De distressschaal meet specifieke (psychische) spanningsklachten. De depressieschaal meet symptomen van een depressieve stoornis. De angstschaal meet symptomen die horen bij angststoornissen. De somatisatie-

schaal meet lichamelijke spanningsklachten.

Een patiënt met een min of meer zuivere overspanning zal hoog scoren op distress en laag op depressie en angst. Patiënten met depressieve- of angststoornissen scoren ook hoog op distress maar scoren daarnaast ook hoog op depressie respectievelijk angst. De meeste patiënten die hoog scoren op somatisatie scoren ook hoog op distress, maar sommige patiënten combineren een hoge somatisatiescore met een relatief lage distressscore. Voor gegevens over de betrouwbaarheid en validiteit van de 4DKL verwijzen we graag naar Terluin et al.²

Gebruiksdoelen

Opsporen van psychosociale problemen in het kader van een tweesporenbeleid

Vooraf bij patiënten met 'lichamelijk onverklaarde klachten' kan de 4DKL helpen psychosociale problemen bespreekbaar te maken. Dergelijke patiënten zijn vaak erg ongerust over hun lichamelijke klachten en verlangen van hun huisarts dat hij hen serieus neemt en een mogelijke lichamelijke oorzaak onderzoekt. Zij zijn zich vaak wel enigszins bewust van de rol van 'spanningen' maar zij kunnen dat pas onder ogen zien en met de huisarts bespreken als zij het vertrouwen hebben dat de huisarts de somatische kant serieus benadert. De huisarts kan hen daarin geruststellen door bijvoorbeeld het volgende te zeggen.

'U maakt zich zorgen dat u misschien een ernstige ziekte heeft. Ik heb u ook gevraagd of spanningen een rol zouden kunnen spelen en toen hebt u verteld dat dat wel zou kunnen, aangezien u de laatste tijd een paar vervelende gebeurtenissen hebt meegemaakt. Ik stel voor dat we zowel naar uw lichamelijke gezondheid kijken als ook naar uw psychische gesteldheid. Voor het lichamelijke stel ik voor u te onderzoeken en uw bloed te laten nakijken in het laboratorium. En voor het in kaart brengen van uw psychische gesteldheid stel ik voor dat u een klachtenlijst invult. Dan kunnen we volgende week de uitslagen bespreken.'

Naarmate de patiënt tijdens het invullen van de 4DKL meer psychische klachten moet aankruisen, zal hij zich steeds meer bewust worden van zijn psychosociale problemen, die door de ongerustheid over zijn lichamelijke gezondheid uit zijn bewustzijn waren

De kern

- ▶ De 4DKL is een handzaam hulpmiddel om veelvoorkomende psychosociale klachten in kaart te brengen en te bepalen of nadere diagnostiek nodig is.
- ▶ Bespreking van de 4DKL-scores is een goede manier om de patiënt te betrekken bij het formuleren van een gezamenlijke 'diagnose' en een plan van aanpak.

verdrongen. Daarmee zal zijn bereidheid toenemen om die problemen met de huisarts te bespreken, zeker als het lichamenlijk onderzoek geen somatische afwijkingen heeft opgeleverd.

Kwantificering van de ernst van de problematiek

Met name de distressscore geeft een goede globale indicatie van de ernst van het psychisch lijden van de patiënt. Hoe hoger de distressscore, hoe groter het lijden en hoe groter ook de kans op sociaal disfunctioneren.

Detectie van depressieve en angststoornissen

Meer dan de helft van de patiënten bij wie de huisarts de diagnose overspanning heeft gesteld, blijkt in een gestandaardiseerd psychiatrisch interview te beantwoorden aan de criteria voor de DSM-IV-diagnosen depressieve stoornis en/of angststoornis.³ Bij een kwart van de 'overspannen' patiënten gaat het om een ernstige depressie en/of een paniek- of fobische stoornis (agorafobie of sociale fobie) waarvoor specifieke behandeling nodig is. De scores op de 4DKL-schalen voor depressie en angst helpen de huisarts die patiënten te identificeren bij wie nadere diagnostiek de moeite waard zou kunnen zijn.

Het signaleren en duiden van somatisatie

Een hoge somatisatiescore biedt de huisarts de gelegenheid om lichamenlijk onverklaarde klachten van een acceptabele uitleg te voorzien, de patiënt gerust te stellen en het gesprek te richten op psychosociale onderwerpen.

Het volgen van het beloop

Wanneer de patiënt na enige weken of maanden behandeling vertelt dat 'het beter gaat', is het vaak lastig om vast te stellen of de

Tabel 1 Voorbeeldvragen en antwoordcategorieën van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)*

Schaal	Voorbeeldvraag	Antwoordcategorieën				
		nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Distress	voelt u zich de afgelopen week snel geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hebt u de afgelopen week het gevoel dat u het niet meer aankunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie	hebt u de afgelopen week het gevoel dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	denkt u de afgelopen week weleens: 'Was ik maar dood'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	hebt u de afgelopen week last van angst- of paniekaanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bent u de afgelopen week bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisatie	hebt u de afgelopen week last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hebt u de afgelopen week last van pijn in de buik of maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* De volledige 4DKL is te downloaden van www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Tabel 2 Interpretatie van de 4DKL-scores

Schaal	Laag	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Distress	0-10: normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20: verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32: ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekterverzuim); stressreductie is aangewezen
Depressie	0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5: mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12: relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
Angst	0-7: waarschijnlijk geen angststoornis	8-12: mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	13-24: relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
Somatisatie	0-10: relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20: mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32: grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

patiënt genezen is of dat er nog restklachten bestaan. Met name bij depressieve stoornissen is het zogenaamde 'partiële herstel' berucht vanwege het risico van terugval of recidief na het afbouwen van de antidepressieve behandeling. De 4DKL biedt de gelegenheid om de mate van herstel te objectiveren. Blijkt de patiënt onvoldoende hersteld, dan kan de 4DKL-score de motivatie leveren om de behandeling te intensiveren.

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is gratis beschikbaar voor niet-commercieel gebruik in de zorgpraktijk en voor wetenschappelijk onderzoek, op www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Praktische zaken

Vorbereiding

Men moet een patiënt niet zonder meer vragen een 4DKL in te vullen. Het is van belang eerst het doel van de vragenlijst toe te lichten. De patiënt moet hebben begrepen dat psychische factoren een rol zouden kunnen spelen bij de gepresenteerde klachten. Presenteert de patiënt lichamelijke klachten waarvan de huisarts vermoedt dat ze mogelijk met psychosociale factoren samenhangen, dan is het van belang dat de huisarts die mogelijkheid ergens in het consult expliciet aan de patiënt voorlegt. Veel meer dan een aarzelende erkenning dat dat 'misschien wel mogelijk zou zijn' heeft de huisarts niet nodig om de patiënt voor te stellen om ook daar dan goed naar te kijken.

Invullen

Er is iets voor te zeggen om het ijzer te smeden als het heet is en de patiënt te vragen direct na het consult, nog voor hij de praktijk verlaat, de 4DKL in te vullen. Als de patiënt de ingevulde lijst bij de assistente inlevert, kan deze meteen een afspraak maken om het resultaat te bespreken. Geeft de patiënt er de voorkeur aan de lijst op een later tijdstip thuis in te vullen, al dan niet met hulp van anderen, dan is daar geen bezwaar tegen. Het invullen van de 4DKL kost gemiddeld vijf à tien minuten.

Scoren

Elke vraag van de 4DKL levert 0, 1 of 2 punten op: 0 punten voor een klacht die afwezig is, 1 punt voor een klacht die 'soms' aanwezig is en 2 punten voor een klacht die 'regelmatig' of vaker aanwezig is.

Interpretatie en bespreking van de 4DKL-scores

Elke 4DKL-schaal heeft twee afkappunten, die de scores verdelen in 'laag', 'matig verhoogd' of 'sterk verhoogd'. Tabel 2 geeft een overzicht van de afkappunten en hun betekenis per schaal. Lage scores behoeven geen speciale aandacht; het gaat dan doorgaans om normale spanningen waarbij het functioneren van de patiënt niet in het geding is. Matig verhoogde scores zijn een signaal dat er iets aan de hand kan zijn. Het is aan te raden om dit signaal met de patiënt te bespreken en eventueel een vervolgsconsult af te spreken.

Bij een sterk verhoogde score is altijd actie nodig. De huisarts legt in dat geval uit wat de 4DKL-schalen in het algemeen meten en gaat vervolgens samen met de patiënt op zoek naar de individuele betekenis van diens scores. Doel is te komen tot een gedeelde 'diagnose' en een gemeenschappelijk plan van aanpak. De patiënt doet daarbij het meeste werk, omdat hij de probleemeigenaar is. De 'diagnose' en het plan van aanpak hoeven niet per se binnen één consult afgerond te zijn. De patiënt heeft vaak tijd nodig om de informatie tot zich te nemen, vragen te stellen of de klachten met anderen te bespreken. Het heeft geen zin een diagnose te stellen waar de patiënt zich niet in kan vinden; dat leidt immers niet tot een vruchtbare behandeling.

Distress

De distressscore geeft aan hoeveel spanning (stress) de patiënt ervaart en hoeveel moeite hij heeft om te blijven functioneren. Een hoge distressscore geeft aan dát er iets aan de hand is, maar niet wát dat is. De distressscore is geassocieerd met werkstress, psychosociale problemen en stressvolle levensgebeurtenissen, en met de kans op ziekterverzuim.²

De huisarts: 'Ik zal u uitleggen wat de 4DKL-scores betekenen. De 4DKL meet vier soorten klachten, te weten distress, depressie, angst en somatisatie. Voor elk van die klachtensoorten krijgt u een score. Distress staat voor stress of spanningen. U scoort op die schaal 26 punten, wat sterk verhoogd is. Aan die score kan ik wel zien dat u het behoorlijk moeilijk hebt. Waardóór u het moeilijk hebt, vertelt die score me niet, maar daar kunnen we het straks over hebben.'

Depressie

Hoe hoger de depressiescore, hoe groter de kans op een (ernstige) depressieve stoornis. Ten opzichte van de criteria in de NHG-Stan-

daard Depressieve stoornis heeft de 4DKL-depressiescore een *area under the curve* (AUC) van 0,88. Dat wil zeggen dat de kans 88% is dat een willekeurige depressieve patiënt hoger scoort op de 4DKL-depressieschaal dan een willekeurige niet-depressieve patiënt.⁴

De huisarts: 'De depressieschaal meet symptomen die horen bij een depressieve stoornis. U scoort 11 punten op die schaal en dat betekent dat de kans relatief groot is dat u een depressieve stoornis heeft. Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door abnormale somberheid. Kenmerkend is een geheel of gedeeltelijk verlies van het vermogen om plezier te beleven aan gewone dingen. Hebt u het idee dat u zo'n stoornis heeft?'

Een sterk verhoogde depressiescore betekent dus: zoek de stoornis, samen met de patiënt. Een patiënt die ervan overtuigd is dat hij een depressieve stoornis heeft, is gemakkelijker te motiveren voor een specifieke behandeling. Ter controle van de diagnose kan de huisarts de criteria van de NHG-Standaard Depressieve stoornis uitvragen.

Angst

Hoe hoger de angstscore, hoe groter de kans op het bestaan van één of meer angststoornissen. Ten opzichte van de DSM-IV-diagnosen paniekstoornis, agorafobie en/of sociale fobie heeft de 4DKL-angstscore een AUC van 0,85 (ongepubliceerde gegevens). Een gegeneraliseerde angststoornis verraadt zich niet altijd door een hoge angstscore, maar meestal wel door een verhoogde distressscore. Kenmerkend voor een gegeneraliseerde angststoornis zijn chronisch (meer dan zes maanden) piekeren en zich zorgen maken. Bij een sterk verhoogde angstscore gaat het er, net als bij een sterk verhoogde depressiescore, om samen met de patiënt op zoek te gaan naar de stoornis.

De huisarts: 'De angstschaal meet symptomen die horen bij angststoornissen. U scoort 20 punten op die schaal en dat betekent dat de kans relatief groot is dat u een angststoornis hebt. Angst is een normale emotie bij dreigend gevaar, maar bij angststoornissen zijn de angsten juist abnormaal, dat wil zeggen dat ze nauwelijks of geen relatie hebben met reëel gevaar. Herkent u zulke abnormale angsten bij uzelf?'

De NHG-Standaard Angststoornissen bevat criteria om aan de hand van de focus van de angst, de situaties waarin de angst optreedt en de aard van het vermijdingsgedrag vast te stellen welke angststoornissen er in het spel zijn.

Somatisatie

Bij een verhoogde somatisatiescore kan men de patiënt uitleggen dat het lichaam reageert op spanningen of stress, en dat dit in principe normaal is. Bij sommige patiënten kan 'sensitatie', een soort overgevoeligheid van het lichaam, een rol spelen.⁵ Bovendien kunnen de klachten onbedoeld worden versterkt door ongerustheid, verkeerde ideeën over de klachten en ziektegedrag dat averechts uitpakt, zoals rusten bij moeheid. De sensitatieverklaring

Abstract

Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire aids in identifying psychological problems. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.

Of adult patients consulting their GP, 25% to 30% have psychological complaints. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (De Vierdimensionale Klachtenlijst – 4DSQ) is a handy multidimensional self-report questionnaire that can help the GP in deciding whether further action is required for these patients and, if so, what. The GP can use the 4DSQ to help make a distinction between psychosocial complaints, distress, depression and anxiety, to quantify the seriousness of the problems, to identify somatic complaints and to monitor the course of the problems. Once a patient has completed the 4DSQ, GP and patient can jointly discuss the result and, if necessary, formulate a 'diagnosis' and draw up a plan of approach.

The 4DSQ measures four dimensions of psychological complaints: distress, depression, anxiety and somatisation. Distress is an aspecific measure of the seriousness of psychological suffering; depression and anxiety are specific symptoms of severe depression and anxiety; somatisation means the extent to which somatic symptoms emanating from tension are experienced as also the tendency to feel consequent distress. Practically the entire range of psychological and psychosomatic complaints can be covered by these four dimensions.

ring biedt de patiënt een elegante, schuldreducerende verklaring voor de lichamelijke klachten.

Beschouwing

Met behulp van de 4DKL kan de huisarts psychische klachten langs vier dimensies in kaart brengen. De belangrijkste dimensie is distress. Als de score op de distressschaal verhoogd is, is er altijd iets aan de hand. Wat dat is, kan vervolgens duidelijk worden in het gesprek met de patiënt. Bij een hoge distressscore is de patiënt zich praktisch altijd bewust van psychische problemen. Hoge scores op de schalen depressie en angst maken huisarts en patiënt attent op het mogelijke bestaan van een psychiatrische stoornis die specifieke aandacht behoeft. De somatisatieschaal geeft aan hoe sterk het lichaam (mee)reageert op spanningen. De 4DKL pikt weliswaar de meest voorkomende psychische klachten op, maar niet noodzakelijkerwijs alle psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk. Tot nu toe is, bij gebrek aan empirische gegevens, onvoldoende duidelijk in hoeverre de 4DKL-angstscore ernstige, maar relatief weinig voorkomende angststoornissen als de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en hypochondrie signaleert. Ook is nog niet onderzocht hoe patiënten met veel voorkomende maar relatief weinig lijdensdruk veroorzakende specifieke fobieën (zoals spinnenfobie en hoogtevrees) op de 4DKL scoren. Dat laatste is wellicht niet erg omdat de huisarts zelden wordt geconfronteerd met een hulpvraag rond specifieke fobieën. Wanneer een patiënt echter lijdt onder psychische problemen, van welke aard dan ook, is te

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

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

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

Conclusies

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

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

Literatuur

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

Column

Niet gezellig

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

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

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

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

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

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

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

Nico van Duijn