

## University of Groningen

### 'Stepped diagnosis' bij mensen met psychische klachten

Lucassen, Peter; van Dijk, Eva; Ligthart, Suzanne; Houwen, Juul; olde Hartman, Tim; Batstra, Laura

*Published in:*  
Huisarts en Wetenschap

*DOI:*  
[10.1007/s12445-024-2831-0](https://doi.org/10.1007/s12445-024-2831-0)

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2024

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*  
Lucassen, P., van Dijk, E., Ligthart, S., Houwen, J., olde Hartman, T., & Batstra, L. (2024). 'Stepped diagnosis' bij mensen met psychische klachten. *Huisarts en Wetenschap*, 67(6), 20-22.  
<https://doi.org/10.1007/s12445-024-2831-0>

#### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

#### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# ‘Stepped diagnosis’ bij mensen met psychische klachten

Peter Lucassen, Eva van Dijk, Suzanne Ligthart, Juul Houwen, Tim olde Hartman, Laura Batstra

**Er zijn grofweg 2 manieren van consultvoering bij mensen met psychische klachten: de technisch-wetenschappelijke en de narratieve. Bij de eerste gaat het erom een diagnose te stellen volgens de DSM, bij de tweede is het de bedoeling het verhaal van de patiënt op tafel te krijgen. Deze methoden vullen elkaar aan. Wij stellen een consultvoering voor – stepped diagnosis – waarbij je begint met de minst ingrijpende benadering (de narratieve) en zo nodig stapsgewijs intensievere benaderingen kiest. De laatste stap is de technisch-wetenschappelijke benadering, waarmee je meteen begint bij ernstige of acute problematiek.**

Psychische aandoeningen komen veel voor: in 2022 had 15% van de volwassenen een angststoornis en 10% een stemmingsstoornis. Vrouwen, jongvolwassenen, laagopgeleiden, alleenstaanden en migranten hebben een grotere kans op deze aandoeningen. Volwassenen met psychische aandoeningen maken frequent gebruik van de gezondheidszorg en krijgen hiervoor relatief vaak medicijnen, waaronder antidepressiva.<sup>1</sup> Meestal schrijven huisartsen deze medicijnen voor. In vergelijking met de periode 2007-2009 is er tussen 2019 en 2022 sprake van een duidelijke toename van stemmings- en angststoornissen.<sup>1</sup> Daarnaast zijn er veel mensen met stemmings- en angstklachten die niet voldoen aan de criteria voor een psychische aandoening.

Deze getallen zijn voor ons aanleiding om de consultvoering bij psychische klachten nog eens onder de loep te nemen. Want wat kunnen we het beste doen wanneer een patiënt komt met de klacht ‘ik ben zo down’ of ‘ik heb nergens meer zin in’? Moeten we dan beginnen met de anamnese voor depressie en meteen de classificerende diagnose stellen? Of dient eerst het verhaal van de patiënt op tafel te komen, zonder direct te diagnosticeren? Beide benaderingen zijn nuttig. De eerste veronderstelt kennisverwerving via een technisch-wetenschappelijke methode, de tweede kennisverwerving via het verhaal van de patiënt. De eerste methode leidt tot kennis over kenmerken die de patiënt deelt met anderen met dezelfde diagnose en is dus ziektegericht. De tweede, narratieve methode leidt tot kennis op individueel niveau en is daarmee persoonsgericht. De benaderingen zijn complementair, maar ze zijn lastig om tegelijk in een consult toe te passen.<sup>2,3</sup>

Wij pleiten ervoor om te beginnen met een gesprek over de



Illustratie: Anna June

achtergronden van de sombere stemming en gebrek aan zin, met de kanttekening dat je bij ernstige psychische klachten meteen de route neemt naar anamnese en formele medische diagnostiek. Het voorgestelde model – *stepped diagnosis* – biedt handvatten voor een genuanceerde benadering van mensen met depressieve klachten in de eerste lijn. Deze vorm van consultvoering doet recht aan zowel de technisch-wetenschappelijke als de narratieve methode.<sup>4</sup>

## DE PROBLEMEN VAN DE ZIEKTEGERICHTE BENADERING

Patiënten met psychische klachten krijgen na inventarisatie van de symptomen vaak een classificatie volgens de DSM-5. Het is in de dagelijkse praktijk moeilijk om hieraan te ontkomen, vanwege de prominente plek van DSM-5-classificaties in richtlijnen, aannamen over de veronderstelde biologische aard van stoornissen, de vrees om een (ernstige) stoornis te missen en de koppeling van classificaties aan vergoedingen. Een probleem van deze methode is het grote aantal fout-positieve diagnoses, waarbij problematiek die past bij de omstandigheden van de patiënt voorzien wordt van een diagnostisch label.<sup>5,6</sup> Een voorbeeld van een fout-positieve diagnose is dat de diagnose depressie gesteld mag worden bij mensen bij wie de symptomen goed verklaard kunnen worden door rouw. Het gevolg: medicalisering en overbehandeling van alledaagse psychische klachten,<sup>7</sup> wat vervolgens tot onnodige bijwerkingen, hoge kosten, stigmatisering of afhankelijkheid kan leiden. Overbehandeling met psychotherapie leidt tot lange wachtlijst-

ten voor psychische hulp en kan mensen met milde klachten onnodig in een ziekterol duwen. De gemiddelde effecten van medicatie en psychotherapie zijn overigens bescheiden met een effectgrootte van 0,3 en *number needed to treat* van 8.<sup>8,9</sup>

## PSYCHOSOCIALE OORZAKEN

De makers van de DSM gaan nog steeds uit van biologische oorzaken van psychische stoornissen, ondanks 50 jaar tevergeefs intensief speuren naar afwijkingen in neurotransmitters, genetische patronen of afwijkende beeldvorming van het centrale zenuwstelsel.<sup>10</sup> Op biologisch niveau is slechts aangetoond dat er een genetische kwetsbaarheid kan bestaan voor psychische problemen – er zijn verschillende genetische patronen gerelateerd aan het krijgen van psychische klachten en aandoeningen. Ook lijken geslachtshormonen enige invloed te hebben op de kwetsbaarheid voor psychische klachten.<sup>11</sup> Het uitgangspunt dat de biologie de belangrijkste factor is in het ontstaan van psychopathologie strookt bovendien niet met de grote hoeveelheid bewijs voor sociale oorzaken, zoals armoede, trauma en uitsluiting.<sup>12-14</sup> Dat psychische aandoeningen in 2022 meer voorkwamen bij jongvolwassenen en laagopgeleiden past goed bij het gegeven dat de belangrijkste oorzaken psychosociaal van aard zijn. Voor jongvolwassenen gaat het daarbij om het spanningsveld tussen onzekerheid, meer keuzestress en het moeten voldoen aan steeds hogere normen.<sup>7</sup>

## NIET-SPECIFIEKE FACTOREN

De effectiviteit van elke behandeling is afhankelijk van specifieke en niet-specifieke factoren. Specifieke factoren zijn bijvoorbeeld de farmacologische werking van een medicijn of het ingaan op gedrag en cognities bij cognitieve gedragstherapie. Niet-specifieke factoren zijn alle factoren die het klimaat van de behandeling bepalen: toegankelijkheid, vriendelijkheid, zorgzaamheid, taalgebruik, het oproepen van positieve verwachtingen, het formuleren van gezamenlijke doelen, de therapeutische alliantie en empathie. Deze factoren spelen een rol bij elke behandeling en zijn – in elk geval binnen de psychotherapie – effectief.<sup>15</sup> De niet-specifieke factoren spelen vooral een belangrijke rol bij psychische klachten, *self-limiting* klachten en aanhoudende lichamelijke klachten. Huisartsen beseffen mogelijk te weinig dat ze, door gebruik te maken van niet-specifieke factoren, veel bekwaamer zijn dan ze zelf denken in het helpen van mensen met psychische problemen.<sup>16</sup> Het is belangrijk om gezamenlijk te bepalen wat het probleem is, samen te beslissen wat er moet gebeuren en een goede arts-patiëntrelatie te realiseren, waarbij de patiënt het gevoel heeft samen met de huisarts naar een gemeenschappelijk doel (de therapeutische alliantie) te werken.

## VERSCHILLEN TUSSEN HUISARTSEN IN DENKEN EN DOEN

De huisarts en de POG-ggz zien een grote variatie aan psychische problematiek: stemmings- en angstklachten, en klachten op het grensvlak tussen het psychische en sociale domein, zoals relatieproblemen, problemen op het werk, financiële problemen en rouw. De opvattingen van huisartsen over

## DE KERN

- Psychisch lijden komt veel en ook steeds vaker voor, vooral onder jongvolwassenen.
- Medicalisering van alledaagse psychische klachten vormt een groot probleem.
- Depressieve klachten en depressie hebben meestal een relatie met gebeurtenissen in het leven van patiënten.
- Maak gebruik van de effecten van niet-specifieke factoren bij het behandelen van patiënten met psychische klachten.
- Met *stepped diagnosis* doen huisartsen niet alleen recht aan het verhaal van de patiënt, maar kunnen ze zo nodig ook snel een medische diagnose stellen.

somberheidsklachten laten een duidelijke tweedeling zien: er zijn huisartsen die somberheidsklachten als een normaal gevolg beschouwen van wat er in het leven kan gebeuren (narratieve benadering) en er zijn er die somberheidsklachten en depressie snel(ler) zien als een biomedisch probleem, dat technisch-wetenschappelijk benaderd moet worden.<sup>17-20</sup>

Binnen die tweedeling lijken er 3 verschillende types huisartsen te zijn: de 'snelle verwijzer' (uit bezorgdheid, gemak of onzekerheid), de 'expert' en de 'maatschappelijke' huisarts.<sup>20</sup> De expert volgt het ziektescript en gebruikt daarvoor de diagnostiek volgens de DSM; maatschappelijke huisartsen zetten vaak de medische bril af en zien depressie in samenhang met de levensomstandigheden en -gebeurtenissen.<sup>20</sup> Soms maken ze daarbij nog het oude onderscheid in reactieve en vitale depressie.

De opvattingen van huisartsen over angst zijn eenvormiger dan bij depressie: angst is iets wat bij het leven hoort. Dit resulteert in terughoudendheid in het diagnosticeren van angststoornissen.<sup>21,22</sup>

Wij konden geen publicaties vinden over wat huisartsen precies doen tijdens consulten over depressie en angst. Huisartsen letten in consulten over psychische klachten wel beter op een goede relatie, vertonen meer affectief gedrag en stellen meer vragen.<sup>23</sup>

## STEPPED DIAGNOSIS

Vanwege de problemen die de ziektegerichte aanpak met zich meebrengt pleiten wij voor terughoudendheid met deze benadering. De psychosociale achtergronden van veel psychische klachten en de impact van de niet-specifieke factoren onderstrepen het belang van de persoonsgerichte benadering. Dat huisartsen verschillend zijn in denken en doen ondersteunt ons pleidooi voor duidelijkheid over de gewenste benadering. Stepped diagnosis is een benadering die al in 2012 beschreven is, maar geen brede ingang heeft gevonden onder huisartsen.<sup>4</sup> Deze aanpak kan toegepast worden bij alle psychische klachten en moedigt de huisarts aan terughoudend te zijn met het diagnosticeren volgens de DSM. Daardoor verbetert de diagnostische specificiteit en vermindert het aantal fout-po-

sitieve diagnoses. Dit verkleint de kans op overbehandeling. Daarnaast biedt stepped diagnosis de mogelijkheid om zo nodig snel over te stappen op diagnostiek volgens de DSM-benadering, waardoor onderbehandeling zo veel mogelijk beperkt blijft. Afhankelijk van de ernst van de klachten zet de huisarts de persoonsgerichte of ziektegerichte benadering in. Een belangrijk kenmerk van stepped diagnosis is de combinatie van het temporiseren van de diagnostiek en het gebruikmaken van de krachtige, genezende effecten van tijd en non-specifieke factoren. Stepped diagnosis begint met de minst ingrijpende benadering en schaal op indien deze onvoldoende gezondheidswinst oplevert. Bij de minst ingrijpende benadering blijft de huisarts dicht bij de leefwereld van de patiënt door te vertrouwen op de werking van tijd, een goed contact en het gezamenlijk onderzoeken van wat er aan de hand is en welke kant het op moet.<sup>24,25</sup> De stappen die we hieronder beschrijven kunnen zowel door de huisarts als door de POH-ggz uitgevoerd worden. We hebben het oorspronkelijke model aangepast aan de huisartsgeneeskundige omstandigheden. Het model van stepped diagnosis is nog niet wetenschappelijk getest, maar strookt wel met het behandelbeleid uit de NHG-Standaard Depressie.<sup>26</sup> De stepped diagnosis-benadering is nieuw binnen de diagnostiek en sluit gedeeltelijk aan op het SCEGS-model van klachtexploratie in de standaard. Stepped diagnosis past ook heel goed bij de bouwstenen in het rapport *Ggz uit de knel*, waarin de vraag wordt behandeld waar het heen moet met de ggz.<sup>27</sup>

### Stap 1 Inventarisatie met de 4-vragenmethode

Inventariseer om te beginnen met de patiënt wat de achtergrond van de klachten is, om zo beiden een compleet beeld te vormen van de klacht en de context, de ideeën van de patiënt daarover en waar deze naartoe wil. De volgende 4 vragen kunnen hierbij leidend zijn: wat is er gebeurd? Hoe heeft dat je beïnvloed? Wat is je doel? Wat heb je daarvoor nodig? Luister hierbij actief, en toon empathie en interesse in de patiënt. Vat samen wat de patiënt heeft verteld, zodat er een gedeelde opvatting ontstaat over wat er speelt en in welke richting de oplossing gezocht moet worden. Leg uit dat de klachten een logisch gevolg zijn van de omstandigheden, dat ze een functie kunnen hebben of dat ze erop kunnen wijzen dat de patiënt iets moet veranderen (normaliseren). Soms is voor deze stap meer dan 1 consult nodig. Het is van belang dat de patiënt begrijpt dat het niet gaat om iets wat deze 'heeft', maar dat er iets in zijn leven is wat aandacht behoeft.

### Stap 2 Een pas op de plaats

Afwachten lijkt soms op niks doen. Wanneer de patiënt zich gehoord voelt en er een duidelijk beeld is van wat er speelt, kan dat soms toch al voldoende zijn. Maak een pas op de plaats, uiteraard in samenspraak met de patiënt. Gedurende deze periode zijn korte (telefonische) contacten gewenst, waarin je peilt of het beter gaat, of er nog hulp nodig is en of de patiënt zo verder kan.

### Stap 3 Minimale interventie

Als blijkt dat de benadering opgeschaald moet worden, kan zelfhulp (bibliotherapie, e-health) ingezet worden. Voordeel van zelfzorg is dat het de eigen kracht van de patiënt optimaal benut. Het moet dan wel duidelijk zijn dat het niet gaat om de behandeling van een psychiatrische aandoening, maar om hulp bij problemen of moeilijkheden in het leven. Ook bij deze stap houd je (telefonisch) contact met de patiënt. Overweeg in deze fase ook om het sociale domein in te schakelen, bijvoorbeeld wanneer er problemen spelen op het gebied van wonen, financiën of eenzaamheid.

### Stap 4 Kortdurende behandeling

Als de eerste 3 stappen onvoldoende zijn, volgen kortdurende behandelingen (5 tot 6 sessies) door de POH-ggz. Dit zijn *problem solving treatment* (PST), *behavioral activation* (BA), oplossingsgerichte korte therapie (OKT) en cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-i).<sup>28,29</sup> Deze behandelingen zijn bewezen effectief in de eerste lijn en er zijn Nederlandstalige handleidingen beschikbaar.

### Stap 5 Medische diagnose

Wanneer de voorgaande stappen niet geholpen hebben of de klachten verslechteren of persisteren, zijn een formele psychiatrische diagnose en waarschijnlijk een verwijzing nodig – de ziektegerichte benadering. De getrapte procedure van stepped diagnosis resulteert in een populatie die beter past in de psychiatrische setting.

## CONCLUSIE

De overgrote meerderheid van de psychische problematiek waarmee de huisarts wordt geconfronteerd ontstaat door wat zich voordoet in het dagelijks leven van patiënten. Door de focus in de beginfase niet te leggen op medisch-psychiatrische diagnostiek doet de huisarts meer recht aan de oorzakelijke rol van levensomstandigheden. De stepped diagnosis-benadering strookt met huisartsgeneeskundige waarden als persoonsgerichtheid, continuïteit, en een goede communicatie en patiënt-huisartsrelatie. Bij ernstige klachten volgt zo nodig een snelle diagnostiek. De huisarts is bij uitstek geschikt om deze benadering succesvol uit te voeren. ■

## LITERATUUR

De literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Lucassen P, Van Dijk E, Ligthart S, Houwen J, Olde Hartman T, Batstra L. 'Stepped diagnosis' bij mensen met psychische klachten. *Huisarts Wet* 2024;67(6):20-2. DOI:10.1007/s12445-2831-0.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: P. Lucassen, gepensioneerd huisarts, senior onderzoeker, [peter.lucassen@radboudumc.nl](mailto:peter.lucassen@radboudumc.nl); S. Ligthart, huisarts, senior onderzoeker; J. Houwen, huisarts, senior onderzoeker; T. Olde Hartman, huisarts, senior onderzoeker. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling orthopedagogiek, Groningen: E. van Dijk, promovenda; prof. dr. L. Batstra, hoogleraar orthopedagogiek.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.