

Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz



3. Zorgpad Signaleren en Screenen

Signaleren en screenen van psychische klachten

—	Inleiding	29
	1. Signaleren en screenen met SCEGS	29
	1.1 Monitoring	31
	1.2 Samenwerken	31
	2. Zorgpad	32

Inleiding

Dit zorgpad gaat over signaleren en screenen van psychische klachten. Doel hiervan is de patiënt een passende vervolgstap te bieden, bestaande uit probleemverheldering en gerichte diagnostiek, verwijzing (indien noodzakelijk), en behandeling. De hulp wordt gegeven langs twee dimensies: volgens het stepped care principe en volgens het matched care principe. Dat betekent niet meer hulp dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

In het kader van presentatie van (lichamelijke) klachten, waarbij de huisarts of de poh-ggz het vermoeden heeft dat er psychische problemen spelen, kan 'SCEGS' ingezet worden om emoties, cognities en dergelijke te bespreken in het licht van de klacht.

Het blijkt dat patiënten zich beter begrepen voelen als de huisarts of poh-ggz in het kader van de klachten daarop doorvraagt en daarna specifiek ingaat op klachten over bijvoorbeeld angst, somberheid, alcoholgebruik. Vervolgens is het advies de 4DKL of de AUDIT-C mee te geven of door de patiënt ter plekke te laten invullen.

1. Signaleren en screenen met SCEGS¹

Het toepassen van SCEGS heeft al een effect op de patiënt en zijn/haar ideeën en gevoelens met betrekking tot de klachten.

Deel het consult in drie fasen:

1. exploreren; hieronder valt ook de diagnostiek in engere zin;
2. informeren;
3. plannen maken.

Exploreren

Het exploreren vormt de basis voor de andere twee fasen van het consult. De huisarts probeert tijdens deze fase een zo gedetailleerd mogelijk beeld te vormen van de klachten van de patiënt en van zijn verwachting over de hulpverlening.

Verwachtingen, cognities, vermijding en omgevingsfactoren dienen dan ook zo expliciet mogelijk aan de orde te komen. Dit is de klinische betekenis van het hanteren van het biopsychosociaal model. Het acroniem SCEGS biedt een handvat voor deze fase.

Uitleg SCEGS

De S staat voor somatisch.

Het uitdiepen van de klachten met behulp van de speciale anamnese en gericht op lichamelijk onderzoek. De huisarts kan zich hierdoor een goed beeld vormen en de patiënt voelt zich serieus genomen. Pas als de patiënt ervan overtuigd is, dat de huisarts zijn klachten goed begrepen heeft, ontstaat er ruimte om ook andere aspecten van de klachten, zoals cognities, te bespreken.

De C staat voor cognitief.

Wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over een mogelijke

¹ Het SCEGS model is ontwikkeld door Henriëtte van der Horst en Nettie Blankenstein voor de NHG.

oorzaak? Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Hoe denkt de patiënt dat het beloop van de klachten zal zijn? Welke verwachtingen heeft hij van de arts?

Als de eigen ideeën van de patiënt over de klachten en hun oorzaak niet aan bod komen in de exploratieve fase, dan is de kans groot dat de 'alternatieve' uitleg die de arts over de klachten geeft, niet aanslaat.

De E staat voor emotioneel.

Wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Emoties rond de klachten, maar ook catastroferende gedachten ('deze pijn gaat nooit meer over!') kunnen een negatieve invloed op het klachtenbeloop hebben zonder dat patiënt of huisarts zich dit bewust zijn.

De G staat voor gedragsmatig.

Wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die achterwege gelaten worden sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten? Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren?

De tweede S staat voor sociaal.

Welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop? Bezorgd? Overbezorgd? Negatief? Hoe gaat het op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten, naar tevredenheid functioneren in allerlei opzichten? Overbezorgdheid kan er toe leiden dat mensen meer ziektegedrag en vermijdingsgedrag vertonen dan nodig is. Onverschilligheid kan er toe leiden dat de klachten met meer kracht gebracht moeten worden om de gewenste aandacht te krijgen, met als onvermijdelijk gevolg dat ze ook als ernstiger ervaren worden.

Deze psychosociale informatie wordt meestal niet spontaan door de patiënt gegeven. De huisarts zal in deze fase actief naar de vijf elementen van SCEGS vragen. De volgorde waarin de vijf aspecten van de klacht aan de orde komen, is niet belangrijk. Alleen naar het somatische aspect kan de arts het best vroeg in het consult doorvragen, omdat dit aansluit bij de verwachtingen waarmee de patiënt het spreekuur bezoekt.

Hierbij past goed het laten invullen van de 4DKL of de AUDIT-C. De vragenlijsten staan weergegeven in een aparte sectie.

Op basis van de exploratie kan informatie worden gegeven over mogelijke oorzaken van de klachten en kan in overleg met de patiënt een plan worden gemaakt voor nadere diagnostiek en behandeling.

Tips voor de te gebruiken gesprekstechnieken tijdens de explorerende fase:

- actief luisteren; actief doorvragen;
- stimuleren in woord en gebaar; papagaaien;
- verhelderen; wat bedoelt u met...;
- ordenen; samenvatten en structureren.

Volg afhankelijk van de uitkomst van het gesprek met de SCEGS en de uitkomst van de 4DKL of AUDIT-C het desbetreffende zorgpad.

Verwijs gericht door

- Bij (vermoeden van) ernstige psychische klachten (suïcidale gedachten, psychotische stoornissen, ernstige cognitieve stoornissen, verslaving, ontwikkelingsstoornissen, ernstige depressie en angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) verwijs direct door naar gespecialiseerde ggz.
- Bij psychosociale problemen die een luxerende dan wel onderhoudende rol spelen bij de problematiek verwijs dan door naar AMW. Het gaat vaak om financiële problemen, opvoedingsproblemen, gezinsproblemen.
- Verwijs naar de poh-ggz wanneer verdere probleemverheldering gewenst is of bij vermoeden van milde tot matige klachten;
- Verwijs naar de ELP wanneer gericht psychische diagnostiek nodig lijkt en/of sprake is van milde tot matige klachten.

1.1 Monitoring

In alle gevallen is het aan te bevelen het klachtenbeloop periodiek – afhankelijk van problematiek eenmaal in de zes weken-drie maanden – te monitoren met behulp van een vragenlijst (4DKL, BDI).

1.2 Samenwerken

Goed op elkaar afgestemde, integrale zorgverlening, vereist dat disciplines goed met elkaar samenwerken. Samenwerken vraagt om een gedeelde visie op goede patiëntenzorg, een serie afspraken over wat dat betekent in de praktijk en ervoor zorgen dat gemaakte afspraken ook worden nagekomen. Een KetenInformatieSysteem (KIS) kan daarbij een goed hulpmiddel zijn.

2. Zorgpad



