

# Psychodermatologie in de Nederlandse dermatologische praktijk

M.C. Luteijn<sup>1</sup>, H.E. Boonstra<sup>2</sup>, G. Casteelen<sup>3</sup>, A.W.M. Evers<sup>4</sup>, J. de Korte<sup>5</sup>, S. Spillekom-van Koulik<sup>6</sup>, J.P.W. van der Veen<sup>7</sup>, M.B. Crijns<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Arts-onderzoeker, Universiteit Leiden

<sup>2</sup> Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn

<sup>3</sup> Psychiater, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

<sup>4</sup> Hoogleraar Klinische Psychologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

<sup>5</sup> Psycholoog, afdeling Huidziekten, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

<sup>6</sup> Psycholoog, afdeling Medische Psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum, Nijmegen

<sup>7</sup> Dermatoloog, afdeling Huidziekten, Academisch Medisch Centrum en afdeling Huidziekten Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

<sup>8</sup> Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

Correspondentieadres:

Dr. M.B. Crijns

Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis

Plesmanlaan 121

1066 CX Amsterdam

E-mail: mb.crijns@nki.nl

## INLEIDING

Naast het zichtbare karakter van een huidaan- doening kunnen klachten als jeuk en pijn een groot stempel drukken op het psychisch en sociaal functio- neren van patiënten. Bovendien kunnen stressvolle gebeurtenissen een opvlamming van huidziekten veroorzaken, maar ook kan een psychiatrische ziekte zich presenteren als een huidaan- doening. Psychodermatologie is het onderdeel van de der- matologie dat zich bezighoudt met psychologische en psychiatrische factoren die, naast somatische factoren, van belang kunnen zijn bij het ontstaan, het beloop en de behandeling van huidziekten.<sup>1</sup> Uit onderzoek is gebleken dat deze factoren bij ten min- ste 40% van alle huidziekten een rol spelen<sup>2,7</sup> en dat

psychiatrische aandoeningen onder patiënten met een huidziekte vaker voorkomen dan in de normale populatie.<sup>8</sup> Door de sterke relatie tussen psycho- sociale factoren en huidziekten is het belangrijk aan deze aspecten in de dagelijkse praktijkvoering voldoende aandacht te besteden. Patiënten bij wie psychodermatologische problematiek wordt gesigna- leerd, kunnen op diverse manieren worden behan- deld. Deze behandeling kan zowel bestaan uit medi- camenteuze therapie (psychofarmaca bij bijvoor- beeld depressieve of angstklachten), als psychosoci- ale maatregelen (gerichte adviezen geven, verwijzing naar maatschappelijk werk of patiëntenvereniging) of psychotherapie (verwijzing psycholoog) wanneer copingstrategieën of persoonskenmerken het ziekte- beloop op negatieve wijze beïnvloeden.<sup>9-10</sup>

Het is tot op heden onbekend in welke mate in de Nederlandse dermatologische praktijk psycho- dermatologie wordt gesignaleerd en behandeld. Vraagstellingen als wat bij het vakgebied derma- tologie hoort en tegen welke grenzen dermatologen aanlopen bij het signaleren en behandelen van deze problemen, zijn niet eerder onderzocht. Uit eer- der onderzoek in de VS is gebleken dat de kennis, behandeling en de noodzakelijke doorverwijzingen op het gebied van psychodermatologische proble- matiek nog ontoereikend zijn.<sup>11</sup> Het doel van dit onderzoek is te inventariseren wat de opvattingen en de zelf ingeschatte kennis en vaardigheden van Nederlandse dermatologen is ten aanzien van het signaleren en behandelen van patiënten met psy- chodermatologische problematiek. Daarnaast zal in kaart worden gebracht in welke mate en naar wie patiënten worden doorverwezen en welke factoren hierbij mogelijk een rol kunnen spelen.

## MATERIAAL EN METHODE

Aan alle Nederlandse dermatologen en assistenten in opleiding van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) werd een vragenlijst gestuurd. Deze vragenlijst werd geano-

nimiseerd en bevatte een begeleidende tekst waarin het doel van de vragenlijst werd toegelicht.

De vragenlijst bevatte vragen over algemene socio-demografische gegevens (leeftijd, geslacht, praktijkvorm en provincie van de respondent) en daarnaast vragen over:

- inschatting van de prevalentie van psychodermatologische problematiek in de praktijk;
- zelfingeschatte kennis, attitude en taken met betrekking tot psychodermatologie;
- factoren die de dermatoloog beperken tijdens de behandeling van een patiënt met dergelijke problematiek;
- verwijzing: frequentie van verwijzen, naar welke hulpverleners en reden van verwijzing;
- scholing: de toereikendheid van de opleiding in psychodermatologie, mate van deelname aan (na) scholing en de wens tot nascholing over dit onderwerp;
- mogelijke suggesties voor verbeteringen in de zorg voor patiënten met deze problematiek.

De antwoorden konden gegeven worden in multiple choice of op een vijfpunts likertschaal (1 'helemaal niet eens met de vraag' en 5 'helemaal eens met de vraag') worden weergegeven.

Om verdere aanknopingspunten te verkrijgen voor het optimaliseren van de zorg werd de relatie onderzocht tussen kennis van de psychodermatologie en het doorverwijzen van deze patiënten en de relatie tussen de kennis en de mate waarin de dermatoloog aangeeft dat het signaleren, aankaarten en behandelen van psychodermatologie tot het vakgebied behoort.

De verkregen data zijn verwerkt met Microsoft Office Excel 2007 en SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) en voor het analyseren van de normaalverdeling zijn de ANOVA- en de chikwaadraattoets toegepast. Een p-waarde < 0,05 werd als significant beschouwd.

## RESULTATEN

### *Algemene socio-demografische gegevens*

Alle 581 leden van de NVDV zijn benaderd; 144 (response rate 24,8%) stuurden een volledig ingevulde vragenlijst terug. Van de respondenten waren 108 dermatoloog (75%) en 36 assistent in opleiding. Acht vragenlijsten waren niet volledig ingevuld, maar hiervan konden wel de deelantwoorden worden verwerkt, waardoor in sommige berekeningen een noemerverschil bestaat.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende dermatologen was 43,1 jaar (SD 10,6); 48% was man, 53% werkte in een perifere praktijk, 32% academisch, 11% in een privépraktijk/ZBC en 4% op overige wijze. Er was sprake van een gelijkmatige verdeling van de praktijken van de respondenten over de verschillende provincies van Nederland.

### *Inschatting van prevalentie van psychodermatologische problematiek*

Van de respondenten schatte de helft in dat het

percentage patiënten met psychodermatologische problematiek tussen de 1 en 10% lag, 35% schatte dit tussen de 10 en 30%, 9% tussen de 30 en 50% en 5% schatte dit beneden de 1% in. Om psychodermatologische problemen vast te stellen gaf 20% aan gebruik te maken van specifieke vragenlijsten. Op de vraag of er gemiddeld meer tijd aan een consult bij een patiënt met psychodermatologische problematiek werd besteed, was het gemiddelde 3,9 (SD 0,7) op de vijfpunts likertschaal.

### *Kennis en taken horende bij de dermatoloog*

Op de vraag of het signaleren en aankaarten van psychodermatologische problematiek werd beschouwd als horende bij het vakgebied, werd respectievelijk een gemiddelde score van 4,3 (SD 0,7) en 4,0 (SD 0,7) gegeven op de vijfpunts likertschaal. Het behandelen van deze problematiek als horende bij het vakgebied kreeg een gemiddelde score van 2,8 (SD 0,9). De eigen geschatte kennis van het onderwerp psychodermatologie kreeg een gemiddelde score van 2,6 (SD 0,9). Van de respondenten gaf 17% aan bovengemiddeld tot veel kennis te hebben van psychodermatologie.

Er werd een significante correlatie gevonden tussen het scoren van de eigen kennis op het gebied van de psychodermatologie en de frequentie van het doorverwijzen ( $p < 0,01$ ). Hoe hoger de zelfingeschatte kennis, hoe vaker een patiënt met gesignaleerde psychodermatologische problematiek werd doorverwezen. Ook werd er een significante relatie ( $p < 0,01$ ) gevonden tussen de aangegeven kennis en het behandelen van psychodermatologische problematiek, maar niet met het signaleren of aankaarten van deze problematiek. Hoe hoger de dermatoloog zichzelf scoorde op kennis over psychodermatologische problematiek, hoe meer het behandelen van deze problematiek werd beschouwd als horende bij het vakgebied.

### *Beperkende factoren*

Als voornaamste beperkende factor voor het behandelen van psychodermatologische problematiek werd door 62% aangegeven dat er te weinig tijd is om deze patiënten volledig te kunnen behandelen. Als tweede voornaamste beperkende factor gaf 53% aan dat de kennis daartoe ontoereikend is. In 22% van de gevallen werd aangegeven dat er sprake was van andere beperkende factoren zoals te weinig ondersteuningsmogelijkheden, het ervaren van weerstand bij de patiënt, geen affiniteit met psychodermatologie, of te weinig ervaring op dit vakgebied waardoor er weinig tot geen aandacht aan deze problematiek werd gegeven.

### *Verwijzen*

Van de dermatologen die doorverwezen bleek dat zij gemiddeld 8,2 (SD 10,5) patiënten per jaar rechtstreeks doorverwezen naar een professionele psychosociale hulpverlener. Daarbij gaf 35% aan geen gebruik te maken van psychosociale ondersteuning. Wanneer een patiënt met psychodermatologische problematiek verwezen werd naar een psychosoci-

ale hulpverlener, werd er gebruikgemaakt van een variëteit aan hulpverleners. Het meest werd verwezen naar de psycholoog (88%), maar in 56% vond terugverwijzing naar de huisarts plaats (tabel 1). De vier meest voorkomende verwijzindicaties zijn: acceptatieproblematiek (69%), psychiatrische stoornissen (68%), jeuk- en krabproblematiek (62%) en stressproblematiek (59%) (tabel 2).

| Verwijzing naar           | %   |
|---------------------------|-----|
| Psycholoog                | 88% |
| Psychiater                | 51% |
| Maatschappelijk werker    | 40% |
| Verpleegkundig specialist | 22% |
| Huisarts                  | 56% |
| Seksuoloog                | 26% |
| Anders                    | 3%  |

Tabel 1. Disciplines waar doorverwijzing vanwege psychodermatologische problematiek naar plaatsvindt in percentages ( $n = 144$ ).

| Verwijsindicatie               | %   |
|--------------------------------|-----|
| Acceptatieproblematiek         | 69% |
| Jeuk- en krabproblematiek      | 62% |
| Stressproblematiek             | 59% |
| Psychiatrische stoornissen     | 68% |
| Angst- en stemmingsstoornissen | 46% |
| Seksuele problematiek          | 34% |
| Anders                         | 5%  |

Tabel 2. Verwijsindicaties voor patiënten met psychodermatologische problematiek (meerdere antwoorden waren mogelijk) ( $n = 146$ ).

#### Scholing

Er werd aangegeven dat er tijdens de opleiding weinig specifieke onderwijsmomenten betreffende de psychodermatologie zijn geweest. Voor de dermatologen bedroeg dit gemiddeld 2,4 (SD 1,1) scholingsmomenten en voor de dermatologen in opleiding 3,03 (SD 0,85). Wat betreft nascholingen in de vorm van het volgen van een cursus of congres met psychodermatologie als onderwerp gaf 60,2% aan dat zij dit 1-3 keer hadden gedaan, 18% gaf aan dat dit er meer dan drie waren en 22,2% gaf aan geen enkele nascholing over dit onderwerp te hebben gevolgd. Daarentegen gaf 96% aan wel geïnteresseerd te zijn in nascholing op het gebied van psychodermatologie. De onderwerpen varieerden van nascholing over het screenen/signaleren en doorverwijzen van patiënten met deze problematiek (80%), communicatie met deze patiënten (63%) en scholing over psychofarmaca (43%). Wat betreft interesse in nascholing over de respectieve psychodermatosen was de onderverdeling als volgt: dermatitis artefacta (78%), *body dysmorphic disorder* (66%) en depressie of aanpassingsstoornis als gevolg van de huidziekte (66%). Voor de bereidheid om hierin tijd te investe-

ren werd een gemiddelde gemeten van 3,5 (SD 1,1) op de vijfpunts likertschaal. Van alle respondenten bleek 83% bereid te zijn deze nascholing ook te willen bekostigen.

#### Verbeteringen

Als verbeterpunten werd het volgende aangegeven: 57% gaf aan dat psychosociale hulpverleners meer kennis van psychodermatologie zouden moeten hebben, 54% wenste meer toegankelijkheid tot specifieke psychosociale hulpverlening in het ziekenhuis of in de dermatologische praktijk en 33% zou graag een vergoeding in de DBC willen terugzien voor psychodermatologische problematiek wanneer de patiënt door de dermatoloog hiervoor wordt behandeld. Het opzetten van een verwijsnetwerk van professionele hulpverleners per regio die zich specifiek met psychodermatologie bezighouden, was een van de suggesties ter verbetering. Zelf meer tijd en aandacht vrijmaken, gratis toegankelijke zelftesten en behandeladviezen en bewustwording vergroten door middel van cursussen of onderwijs waren andere waardevolle suggesties.

## DISCUSSIE

Psychodermatologie is tot op heden een onderbelicht deelgebied van het vakgebied dermatologie. Een positieve ontwikkeling is dat er geleidelijk aan meer bewustzijn onder dermatologen te bespeuren is ten aanzien van deze problematiek. Daar uit eerder onderzoek is gebleken dat bij ten minste 40% van alle huidziekten psychosociale factoren een belangrijke rol spelen, zijn de herkenning van deze problemen en eventuele doorverwijzing naar psychosociale hulpverleners van belang gebleken.<sup>2-7</sup> Meer dan de helft (65%) van de dermatologen verwijst bij dergelijke problematiek door, echter in het merendeel (56%) van de gevallen is er sprake van terugverwijzing naar de huisarts. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat volgens de dermatoloog de toegankelijkheid tot die hulpverleners en de specifieke kennis bij die hulpverleners en de dermatoloog over de psychodermatologie verbetering behoeft. De Nederlandse dermatoloog ziet psychodermatologische problematiek als onderdeel van het vakgebied en beschouwt het signaleren en aankaarten ervan tijdens het consult tevens als zijn of haar taak. Echter voor de behandeling van deze patiënten ligt de taakopvatting ingewikkelder. Wellicht kan door het opzetten van een netwerk van professionele psychosociale hulpverleners de specifieke doorverwijzing worden vergemakkelijkt. Daarnaast zou, gezien de relatie tussen de kennis over psychodermatologie en de frequentie van het verwijzen die uit dit onderzoek naar voren is gekomen, het onderwijs tijdens de opleiding en de nascholing op dit gebied meer aandacht moeten krijgen. Door de als onvoldoende ervaren kennis over psychodermatologie te verbeteren, zal de communicatie met de patiënt en het herkennen van deze problematiek tevens worden vergroot waardoor patiënten eerder en beter kunnen worden verwezen.<sup>8</sup> Echter, niet iedere patiënt staat

open voor verwijzing naar een psychosociale hulpverlener.<sup>12</sup> Een oplossing hiervoor kan zijn dat de dermatoloog bereid is (een deel van) de behandeling voor zijn rekening te nemen. Gezien de gesignaleerde positieve relatie tussen kennis en de attitude van de dermatoloog wen aanzien van zijn taken, zal ook het vergroten van de kennis hiervan een rol kunnen spelen. In de praktijkvoering blijft echter het gebrek aan tijd een beperkende factor.

Er zijn beperkingen van het huidige onderzoek te noemen. Door de lage response rate is er een mogelijke bias opgetreden. De dermatologen die hebben meegedaan aan dit onderzoek, hebben mogelijk een grotere affiniteit met het onderwerp dan de dermatologen die niet hebben geparticipeerd. Ook zien we bij de respondenten een oververtegenwoordiging van academisch werkzame dermatologen. Het aangegeven kennis- en vaardighedenniveau zou daarom voor de hele groep Nederlandse dermatologen lager kunnen uitvallen.

Een ander punt is dat, gezien het observationele karakter van dit onderzoek, geen conclusies kunnen worden getrokken over causale verbanden. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat het meer behandelen van psychodermatologische problematiek tot meer kennis leidt. Toekomstig onderzoek is nodig om de relaties tussen de frequentie van het doorverwijzen en de eigen kennis ten aanzien van psychodermatologie en het zelf behandelen van patiënten met dergelijke problematiek verder te onderzoeken.

In de dagelijkse praktijk blijken gebrek aan tijd en (theoretische) kennis van psychodermatologische problematiek beperkende factoren te zijn voor een goede implementatie van psychodermatologische zorg. Naar aanleiding van dit onderzoek zal de Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie (NVPD) stappen ondernemen om de psychodermatologische zorg in de nabije toekomst te verbeteren. Hoewel er reeds verschillende vragenlijsten bestaan (onder andere IHDL, DLQI, Skindex-29)<sup>13-15</sup> om de psychodermatologische factoren te signaleren, is het gebruik ervan nog niet wijdverbreid. Om dit gebruik te bevorderen zijn er mogelijkheden om deze door een nurse practitioner of dermatologische doktersassistente te laten afnemen en te laten scoren. Verder zal meer aandacht besteed moeten worden aan specifieke na- en bijscholing voor dermatologen (in opleiding) zodat meer bewustwording over dit deelgebied ontstaat. Tot slot heeft de NVPD de taak op zich genomen om de toegang tot psychodermatologische zorg te vergemakkelijken door het opzetten van een verwijzingsnetwerk met landelijke dekking. Bij voorkeur zal hierbij gebruik worden gemaakt van een stepped-caremodel waarbij een lage mate van psychodermatologische problematiek door de huisarts zou kunnen worden behandeld en er bij een gemiddelde of meer ernstige mate van psychodermatologische problematiek intensievere psychologische zorg wordt ingeschakeld, waarbij het echter wel van belang is dat deze hulpverleners geschoold zijn in het omgaan met deze specifieke problematiek. Een vlottere en betere hulpverlening

zal zo kunnen worden opgezet om de patiënt met psychodermatologische problematiek optimaal te kunnen behandelen.

## LITERATUUR

1. Arck P, Slominski A, Theoharides T, Peters E, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 2006;126:1697-704.
2. Sillevius Smitt J, Everdingen J van, Starink Th, Haan M de. *Dermatovenerologie voor de eerste lijn*. 8ste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
3. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk F. *Clinical management in psychodermatology*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2009.
4. Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White J. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatr* 1983;143:51-4.
5. Jafferany M. *Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:203-13.
6. Harth W. Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6:67-76.
7. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998;197:230-4.
8. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *JEADV* 2007;21:227-34.
9. Harth W, Hermes B, Niemeier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. *Eur J Dermatol* 2006;16:607-14.
10. Harth W, Seikowski K, Gieler U, Niemeier V, Hillert A. Psychofarmacological treatment of dermatological patients – when simply talking doesn't help. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5:1101-6.
11. Jafferany M, Stoep A van der, Dumitrescu A, Hornung R. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: result of a survey study. *Int J Dermatol* 2010;49:784-9.
12. Koo J, Lee C. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker, 2003, p.1-29.
13. Korte J de, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD. The suitability of QoL questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* 2002;138:1221-7.
14. Finlay AY, Khan GK. *Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use*. *Clin Experimen Dermatol* 1994;19:210-6.
15. Evers AWM, Duller P, Kerkhof PCM van de, Valk PGM van der, Jong EGM de, Gerritsen MPJ, et al. The impact of chronic skin diseases on daily life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *Br J Dermatol* 2008;158:101-8.

### SAMENVATTING

Een onlinevragenlijst met betrekking tot kennis, houding en handelen ten opzichte van psychodermatologische problematiek werd verstuurd naar alle Nederlandse dermatologen en dermatologen in opleiding (n = 581). 144 dermatologen en assistenten in opleiding hebben de vragenlijst ingevuld (response rate: 24,8%)

Het signaleren en aankaarten van psychodermatologische problematiek beschouwt de Nederlandse dermatoloog als horende bij het vakgebied, maar het behandelen van dergelijke problematiek echter niet. Een beperkende factor bij het behandelen van patiënten met psychodermatologische problematiek is het gebrek aan tijd en kennis. De eigen kennis van de psychodermatologie en de aandacht hiervoor in de opleiding worden als onvoldoende geschat. Per dermatoloog worden er jaarlijks gemiddeld 8,2 patiënten met psychodermatologische problematiek doorverwezen. Van de ondervraagden geeft 35% aan nooit te verwijzen naar professionele psychosociale hulpverlening. Er werd een significante relatie gevonden tussen de mate van door de dermatologen zelf ingeschatte kennis van psychodermatologie en het aantal doorverwijzingen naar een psychosociale hulpverlener. Om patiënten met psychodermatologische problematiek de juiste hulp aan te bieden is het van belang om het verwijzen van deze patiënten te bevorderen. De Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie wil dit stimuleren door kennis op het gebied van de psychodermatologie te vergroten door middel van (na)scholing, scholing van dermatologische verpleegkundigen en doktersassistenten en door het initiëren van een over heel Nederland verspreid professioneel psychosociaal netwerk.

### TREFWOORDEN

psychodermatologie – kennis – behandeling – verwijzing – psychosociaal netwerk

### SUMMARY

A questionnaire was mailed to all Dutch dermatologists and residents (n=581) in order to assess their knowledge, attitude and conduct regarding psychodermatological problems in their practice. 144 responded and sent back the questionnaire (response rate 24.8%).

Dutch dermatologists appear to regard the recognition but not the treatment of psychodermatological problems as part of their job. Lack of time and knowledge play a role. On average the Dutch dermatologist refers 8 patients per year to a psychosocial expert. 35% of dutch dermatologists never refer patients to a psychosocial expert. The referral rate is low with regard to the significant incidence of psychological and psychiatric problems in patients with dermatological disorders.

A significant correlation is seen between the degree of perceived psychodermatological knowledge and the tendency to refer patients to experts.

In conclusion, it is important to support dermatologists and their staff by enhancing their psychodermatological knowledge by education and to enhance the referral in daily practice by offering a local psychodermatological network

### KEYWORDS

psychodermatological problems – knowledge – treatment – referral – psychosocial expert

**GEMELDE (FINANCIËLE)  
BELANGENVERSTRENGELING**  
geen