

H&W

Huisarts en Wetenschap

11

november 2018
jaargang 61



g g z

Ja, dat moet nu

Het is de laatste patiënt in de dienst. U opent het dossier en zucht. Een vrouw die suïcidaal is. Dan bekruipt je soms het gevoel: moet dat nu? Kan dat niet wachten tot morgen?

Vaak uiten mensen hun psychische klachten als eerste bij de huisarts. We zijn laagdrempelig en 24/7 bereikbaar. Net als bij somatische klachten is het onze taak te signaleren, te diagnosticeren, uitleg te geven en waar nodig te verwijzen. Daar veranderen verschuivingen in de ggz niets aan. Wij staan, samen met onze poh-ggz, voor laagdrempelige psychische hulpverlening. Dat vraagt flexibiliteit van ons, hoe snel is er plek bij de poh-ggz? En het vraagt ook flexibiliteit van de basis- en specialistische ggz. Patiënten die we met spoed verwijzen, moeten daar zonder discussie terecht kunnen.

Borging van toegankelijkheid en continuïteit van zorg, ook voor de meest kwetsbaren, vraagt van huisarts en poh-ggz kennis van het actuele zorgaanbod. Het vraagt samenwerking met kaderhuisartsen-ggz, wijkteams, psychologen, psychiaters en verslavingszorg. Ook vraagt het regionale afstemming over begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten, acute psychiatrie én realistische verwachtingen bij samenwerkingspartners over wat de huisarts en poh-ggz te bieden hebben.

Zo kunnen we blijven doen waar we goed in zijn: 'luisteren naar de gehele patiënt vanuit kennis van diens context'. Dan maakt het niet uit of het om een puber gaat die xtc heeft geprobeerd, een zorgmijder die opname weigert of een niet-westerse migrant met paniekaanvallen. Sommige patiënten hebben meerdere diagnoses zoals stemmingsproblemen, middelengebruik en verstandelijke beperking. In de loop der tijd kan de hoofd-diagnose veranderen. Een diagnose alcoholmisbruik of psychotische episode uit de

tienertijd moeten we regelmatig evalueren.

De diagnose moet ondergeschikt zijn aan de vraag: wat zou u nu helpen?

En die suïcidale patiënt op de huisartsenpost? Iemand die hulp zoekt voor suïcidaliteit is ten einde raad.

Jaarlijks overlijden ruim 1800 personen door suïcide. Het leed voor de nabestaanden en omgeving is enorm. Dit probleem is de acute buikpijn van de ggz. Dat is spoed en kan niet wachten tot morgen. ■

*Marian Oud,
Lidewij Broekhuizen
en Marianne Dees*



Foto: Vincent Boon



Wetenschap

14	Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen Zowel huisartsen als poh's-ggz behandelen steeds meer patiënten met psychische problemen.
18	Huisartsen hebben unieke waarde bij psychische problematiek De meeste huisartsen zijn 'onbewust bekwaam' op het gebied van psychische problematiek.
20	Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen Om terugval te voorkomen, blijkt een psychologische zelfhulp-interventie met begeleiding van de poh-ggz een goed alternatief voor bijvoorbeeld antidepressiva.
24	Internettherapie voor insomnie vermindert ook depressieklachten Mensen met zowel insomnie als depressieklachten gaan op beide terreinen vooruit na een online behandeling voor insomnie.
28	PsyScan: effectief hulpmiddel bij psychische klachten Diagnostiek van psychische klachten is lastig. Om huisartsen daarin te ondersteunen, is PsyScan ontwikkeld.
33	Mindfulness voor patiënten Mindfulness is vooral effectief bij depressie, chronische pijn en verslaving.
36	Jeugd-ggz? Terug naar vroeger graag In 2015 werd de nieuwe Jeugdwet ingevoerd. Wat is daarvan terechtgekomen en wat merken huisartsen daarvan?

Praktijk

37	Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten
40	Acute psychiatrie voor de huisarts
44	Partydrugsgerelateerde klachten
48	Kennistoets
53	Consultatie bij ggz-vragen, hoe pak je dat aan?
56	Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening
60	Over depressie en wat je helpt
66	Specifieke consultvaardigheden bij zorgmijders
71	Let op kinderen van ouders met psychische klachten
74	Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd
76	Roos Grefkens over haar leven met [zonder] depressie
78	Samenwerking tussen huisarts en poh-ggz



Nieuws

06	Zoektocht naar het beste antidepressivum
07	Toename illegale opioïdenhandel bij strikter voorschrijfbeleid
07	Bewegen helpt ook tegen depressie
08	Verskil in genotype heeft invloed op effect escitalopram
08	Diagnose ggz voor verbetering vatbaar
09	Een groene omgeving helpt tegen depressie
10	Interventies voor minder chronisch opiatengebruik
10	Slaaptherapie via de app werkt
13	CGT en antidepressiva bij recidiverende depressies
87	Lichttherapie niet alleen voor winterdepressie
88	Nieuw onderzoek naar beloop van SOLK
91	Psychische problemen bij kinderen in de eerste lijn
92	Boeken
94	Webtip Trimbos-instituut over drugs, alcohol en roken

NHG

81	NHG-Standaard Overspanning en burn-out
95	Afbouwen antidepressiva
95	Geef uw mening over toekomst huisartsenzorg
96	Aanpassing herregistratie-eisen 'Expliciet reflecteren'
98	'Poh-ggz jeugd goede positie geven in Friesland' Ietje de Vries, ggz-vraagbaak voor de provincie Friesland

www.henw.org

- Indirecte communicatie over negatieve boodschap bij SOLK
- Een goede dood vereist aandacht voor lichaam en geest
- Meer aandacht voor vermoeidheid in de palliatieve fase
- Gewichtsverandering en vroege tekenen van knieartrose
- Gebruik diclofenac heeft meer risico dan andere NSAID's
- Huisartsenzorg door de ogen van de patiënt

Interventies voor minder chronisch opiatengebruik

Lidewij Broekhuizen

Ook in Nederland is chronisch, medisch opiatengebruik een groeiend probleem. Er bestaan diverse afbouwbehandelingen zoals mindfulness, acupunctuur en cognitieve gedragstherapie, maar de effecten hiervan zijn wisselend. Voorkomen van chronisch gebruik door terughoudendheid bij (herhaald) voorschrijven blijft van belang. Dat is de conclusie van een Cochrane-review over een klein aantal onderzoeken.

De auteurs keken naar de groeiende groep patiënten die langdurig opioïden gebruiken tegen chronische, niet-kankergerelateerde pijn. Zeker wanneer de pijnstilling onbevredigend is, kan de wens of de noodzaak ontstaan om het opioïdengebruik te verminderen. Verschillende zorgaanbieders bieden hulp bij verslaving aan opioïden, maar welke behandeling is effectief?

Hierover zijn vijf gecontroleerde onderzoeken gepubliceerd, met in totaal 278 volwassen deelnemers, voornamelijk vrouwen van gemiddeld 50 jaar oud, met verschillende soorten chronische pijn waaronder hoofdpijn en rugpijn. De behandelingen bestonden uit mindfulness, acupunctuur en cognitieve gedrags-

therapie. Uiteindelijk waren de effecten wisselend. Ook gezien de kleine omvang van en heterogeniteit tussen de onderzoeken is het bewijs onvoldoende. Verder werden ongunstige bijeffecten onvoldoende gerapporteerd. Het is daarom onduidelijk of deze behandelingen helpen bij verlagen van opioïdengebruik (de primaire uitkomst) en verbeteren van functioneren of stemming (secundaire uitkomsten). Observationale onderzoeken (niet in deze review) suggereren dat intensieve

revalidatietraining wel helpt. Gezien de ernstige bijeffecten van opioïdenverslaving is dringend meer (literatuur)-onderzoek nodig, zo geven de auteurs aan. In elk geval lijkt terughoudendheid met (herhaald) voorschrijven van morfine bij chronische pijn op zijn plaats. ■

Eccleston C, et al. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2017;11:CD010323.



Mindfulness als afbouwbehandeling.

Foto: Shutterstock

CGT en antidepressiva bij recidiverende depressies

Marcelle van Eupen

Patiënten met recidiverende depressies krijgen vaak langdurig antidepressiva voorgeschreven. Uit dit Nederlandse onderzoek blijkt dat cognitieve therapie een gelijkwaardig alternatief biedt voor mensen die meerdere depressies hebben gehad, maar ook dat de combinatie van beide het beste resultaat geeft.

De onderzoekers vergeleken drie behandelstrategieën: alleen antidepressiva, cognitieve therapie waarbij antidepressiva werden afgebouwd en een combinatie van antidepressiva en cognitieve therapie. De cognitieve therapie bestond uit acht wekelijkse sessies van groeps- of individuele therapie. De onderzoekers selecteerden 289 mensen met recidiverende (≥ 2) depressies die in remissie waren (acht weken tot twee jaar) en nog behandeld werden met antidepressiva (81% SSRI). Na een follow-up van twee jaar was er een recidiverende depressie bij 60% in de groep die alleen antidepressiva kreeg, bij 63,3% in de groep die cognitieve therapie kreeg en bij 42,6% in de combinatiegroep. Er was meer dan één recidief binnen twee jaar bij 31% in de groep die alleen antidepressiva kreeg, tegenover 23% in de groep die cognitieve therapie



Groepstherapie werkt goed als onderdeel van de behandeling.

Foto: Shutterstock

kreeg en 16% in de combinatiegroep. Een beperking van het onderzoek is dat de rekrutering van deelnemers grotendeels via de media plaatsvond, waardoor de resultaten mogelijk niet volledig zijn te extrapoleren naar de eerstelijns populatie. De onderzoekers concluderen dat monotherapie met antidepressiva en cognitieve therapie waarbij antidepressiva worden afgebouwd gelijkwaardige opties bij mensen met recidiverende depressies. De combinatie van beide behandelingen geeft echter het beste resultaat. De NHG-Standaard adviseert bij > 3 episodes van een

depressie een langdurige behandeling met antidepressiva en/of psychotherapie. Uit dit onderzoek blijkt dat dit wellicht al voor twee of meer depressies mag gelden. ■

Bockting CHL, et al. Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2018;5:401-10.

Slaaptherapie via de app werkt

Annet Sollie

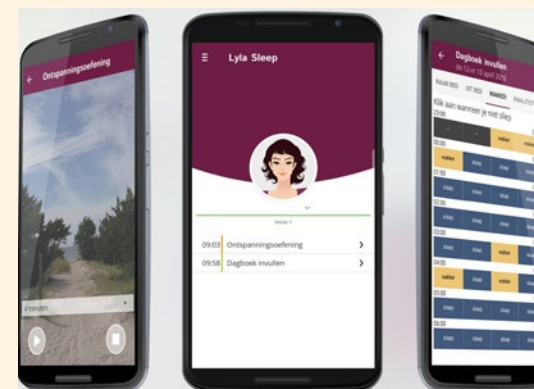
Slaapproblemen komen veel voor. Bekend is dat cognitieve gedragstherapie hierbij effectief is. Nieuw is dat dezelfde therapie via een app ook werkt, zo blijkt uit een recent Nederlands onderzoek.

Nederlandse onderzoekers zetten een randomized control trial op om het effect van de Sleepcare App te meten, ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Utrecht,

de Universiteit van Amsterdam en de Technische Universiteit Delft. Horsch et al. zochten eind 2015 actief naar deelnemers met milde 'insomnie' via websites, social media, advertenties, flyers en een persbericht. De DSM-5 definieert insomnie als inslaap- of door slaapproblemen gedurende minimaal 30 minuten per nacht, minstens 3 nachten per week en minimaal 3 maanden met een negatief effect op het dagelijks functioneren. De onderzoekers includeerden

151 mensen met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar, van wie 62% vrouw. Van hen gingen er 74 met de app aan de slag en 77 werden op een wachtlijst geplaatst (geen therapie).

De Nederlandstalige (Android) Sleepcare App bestaat uit een slaapdagboek, ontspanningsoefeningen, slaaprestrictieoefeningen en slaapeducatie. Het basisprogramma duurt zes à zeven weken. De app stuurt automatisch herinneringen om oefeningen te doen en geeft de nodige feedback. Centraal staan de slaaprestrictieoefeningen, omdat deze het effectiefst zijn. De app berekent de toegestane slaaptijd per deelnemer: een uur minder dan



Een goede app waarbij slaaprestrictieoefeningen centraal staan.

gemiddeld. Deelnemers konden hierover onderhandelen via de app.

Het effect van de app werd gemeten met de internationaal bekende ISI-vragenlijst (Insomnia Severity Index; 7 vragen, maximale score 28). De primaire uitkomstmaten waren ernst van de insomnie (score 0 tot 28) en slaapefficiëntie (score 0 tot 100). Afkappunt voor deelname was een score van 7 (milde slaapklachten). In beide groepen verminderde de ISI-score en dus de slaapklachten, maar het verschil was significant groter en ook significant vaker klinisch relevant in de appgroep (Cohen's d effectgrootte tussen de groepen 0,66 voor ISI-scores en 0,71 voor slaapefficiëntie). De verbeteringen wa-

ren in de appgroep na 3 maanden nog steeds aanwezig. Tijdens de nameting hadden significant meer deelnemers uit de appgroep een ISI-score ≤ 7 (milde slaapklachten) vergeleken met degenen op de wachtlijst (38% versus 10%; $p < 0,001$).

Een app waarbij slaaprestrictie centraal staat werkt dus en onderzoek naar de effectiviteit van apps is zeker mogelijk. ■

Horsch CH, et al. Mobile phone-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized waitlist controlled trial. J Med Internet Res 2017;19:e70.

Verskil in genotype heeft invloed op effect escitalopram

Niels van der Steen

Het CYP2C19-enzym bepaalt mede de snelheid waarmee de SSRI escitalopram in het lichaam wordt opgenomen. Onderzoekers uit Oslo ontdekten dat patiënten vaker stoppen met escitalopram wanneer zij een genetische predispositie hebben voor een traag, snel of zeer snel metabolisme van het CYP2C19-enzym. Artsen moeten hierop bedacht zijn als behandeling met escitalopram niet of onvoldoende aanslaat.

Er is veel variatie in doseringen van escitalopram om een positief klinisch effect te krijgen. Dat feit was de aanleiding voor een retrospectief onderzoek onder 2087 gebruikers van escitalopram. De onderzoekers gebruikten een tweedelijns database met zowel serumconcentraties escitalopram als de genotypering van het CYP2C19-enzym. Zij verdeelden de genotypering over zes verschillende metaboliseringsprofielen en vergeleken vervolgens de serumconcentratie escitalopram binnen deze profielen. Deze bleek te variëren van 3,3 tot 0,8 maal ($p < 0,005$) de concentratie van het meest voorkomende profiel.



Als behandeling met escitalopram niet of onvoldoende aanslaat, kan dat een genetische oorzaak hebben. Foto: Shutterstock

Het primaire eindpunt was het binnen een jaar switchen naar een ander middel, als teken dat de behandeling niet aansloeg. Dit bleek bij het traagste profiel (30,7%) en de twee snelste profielen (17,8% en 28,9%) significant vaker het geval te zijn dan in de referentiegroep (11,8%; $p < 0,005$). Volgens de onderzoekers zijn de meest voor de hand liggende oorzaken om te switchen het niet of te laat bereiken van een effectieve behandel-dosis bij de snelste profielen en de hoge serumconcentratie bij het traagste profiel met meer bijwerkingen. Beperkingen van het onderzoek: de indicatie en uitkomst van de behandeling zijn onbekend en het betreft een tweedelijns populatie.

De NHG-Standaard Depressie beschrijft reeds de genetische verschillen in de metabolisering van TCAs. In dit onderzoek had 33% van de onderzochte patiënten een van de significant afwijkende profielen. Dat percentage ligt in de eerste lijn waarschijnlijk lager. Als behandeling met escitalopram niet aanslaat, is het advies voor de huisarts om de eventueel genetische invloed met een psychiater of apotheker te bespreken. ■

Jukić MM, et al. Impact of CYP2C19 genotype on escitalopram exposure and therapeutic failure. *Am J Psychiatry* 2018;175:463-70.

Een groene omgeving helpt tegen depressie

Loes Wouters

Een groene omgeving heeft een positief effect op de mentale gezondheid. Utrechtse onderzoekers vonden een lineair verband tussen het percentage groen oppervlak en voorschriften van antidepressiva. Er blijkt minimaal 28% groene omgeving nodig te zijn voor positieve gezondheidseffecten, maar het beste effect wordt bereikt bij een percentage van 79%.

Hoewel al langer wordt gedacht dat een groene omgeving bijdraagt aan een goede mentale gezondheid werd dit in eerder onderzoek niet altijd bevestigd. De onderliggende mechanismen zijn niet helemaal bekend, maar het lijkt erop dat een groene omgeving de aandacht verbetert, bijdraagt aan stressherstel, de fysieke conditie verbetert en zorgt voor sociale interactie.

Utrechtse onderzoekers gebruikten een cross-sectionele, ecologische onderzoeks-methode met Bayesiaanse regressieanalyse om de relatie te bestuderen. Er waren van 384 gemeentes gegevens beschikbaar over groenpercentages en antidepressivavoorschriften van de huisarts. De onderzoekers corrigeerden voor negen confounders, zoals demografische kenmerken, gezondheidsstatus en sociaaleconomische status.

Zij vonden een significante relatie tussen wonen in een stedelijke gemeente en meer antidepressivavoorschriften ($p < 0,001$). Het percentage groen in de stad was gemiddeld 62,7% en op het platteland 79,4%. De relatie tussen groen en antidepressivavoorschriften bleek lineair te zijn: hoe meer groen, hoe beter. De onderzoekers keken echter niet naar groen

op wijkniveau, waar zeker in de grotere gemeenten veel diversiteit in zit. In Nederland is de 'lifetime'-prevalentie van een depressie bijna 19%. De NHG-Standaard Depressie adviseert naast andere behandeladviezen om dagelijks naar buiten te gaan. Als extra advies kunt u uw patiënten vertellen dat zij het best het groen kunnen opzoeken en dat (voor zover mogelijk) vergroenen van de directe woon- en leefomgeving ook kan helpen. ■

Helbich M, et al. More green space is related to less antidepressant prescription rates in the Netherlands: a Bayesian geospatial quantile regression approach. *Environ Res* 2018;166:290-97.



Depressieve patiënten kunnen het best het groen opzoeken. Foto: Shutterstock

Diagnose ggz voor verbetering vatbaar

Lidewij Broekhuizen

Het herdiagnoseproject van de Gelderse ggz-instelling GGNet is uitgebreid in de pers geweest. Bij maar liefst 27% van de patiënten werd de hoofddiagnose gewijzigd. Die uitkomst onderstreept dat we ook als huisarts samen met de patiënt de diagnose regelmatig moeten evalueren.

In een eigen onderzoek heeft GGNet de diagnoses geëvalueerd bij 967 patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. De medische dossiers werden bestudeerd en de behandelaren voerden meerdere gesprekken met de patiënt. Daarna actualiseerde het behandelteam de dossiers. Bij 227 patiënten (27%) veranderde de hoofddiagnose. Zo kreeg



De diagnose kan in de loop der tijd veranderen. Foto: Getty Images

van alle patiënten respectievelijk 6, 5, 4 en 3% een nieuwe diagnose persoonlijkheidsstoornis, verstandelijke beperking, autisme en middelengebruik. De nieuwe diagnose veranderde in 35% het behandelplan. In een interview zegt directeur Kees van Lem dat hij hoopt dat andere ggz-instellingen ook herdiagnostiek gaan toepassen. De oorzaak van de achteraf verkeerde diagnose wijst hij ondermeer aan tijdsdruk bij de behandel-evaluatie en gebrek aan vertrouwen in herstel.

Deze analyse is niet uitgevoerd in een formeel wetenschappelijk onderzoek en de nieuwe diagnoses zijn in de dagelijkse praktijk gesteld. De resultaten zijn niettemin herkenbaar. Huisartsen zien vaak combinaties van bijvoorbeeld middelengebruik, verstandelijke beperking en psychose of stemmingsproblemen, en de belangrijkste problematiek varieert met de tijd. De uitkomst van dit project onderstreept dat we de diagnose met de patiënt regelmatig opnieuw moeten evalueren en indien

nodig moeten aanpassen in het HIS. Bovendien, de vraag 'Wat zou u nu helpen?' blijft belangrijker dan 'Wat is er aan de hand?' ■

Timmermans M. Opvallende uitkomsten herdiagnoseproject GGNet. 'Stop het defaitisme rond chronische patiënten.' *De Psychiater* 2018;26:10-12.

Zoektocht naar het beste antidepressivum

Bèr Pleumeekers

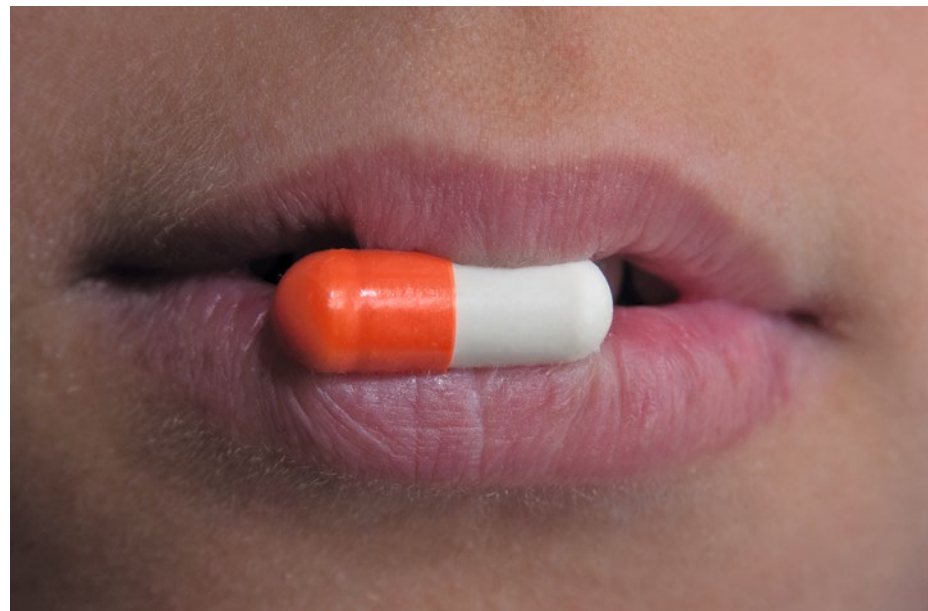
Antidepressiva hebben een gunstig effect bij de behandeling van depressies en er zijn veel verschillende middelen op de markt. Het valt echter niet altijd mee om uit het enorme aanbod een verantwoorde keuze te maken. Sommige antidepressiva werken beter dan andere en ook het aantal uitvallers door bijwerkingen kan per antidepressivum verschillen. Deze meta-analyse zet de antidepressiva voor patiënten met een ernstige depressie op een rijtje en biedt een overzicht van de combinaties van effectiviteit en bijwerkingen.

De onderzoekers voerden een meta-analyse uit over 522 RCT's, waarin ruim 116.000 patiënten van 18 jaar en ouder met een ernstige depressie werden geïnccludeerd. Zij onderzochten de effectiviteit en tolerantie van 21 verschillende antidepressiva. Daarbij selecteerden zij zowel onderzoeken waarin antidepressiva met placebo werden vergeleken als onderzoeken waarin verschillende antidepressiva met elkaar werden vergeleken. In de meta-analyse werd gesproken van een positief resultaat van de behandeling als er na acht weken 50% of meer verbetering was op basis van een gestan-

daardiseerde depressievragenlijst. De onderzoekers stelden intolerantie vast als de behandeling binnen acht weken werd gestaakt, onafhankelijk van de reden. De kans dat een antidepressivum na acht weken een positief resultaat had, was in het gunstigste geval 2,13 (95%-BI 1,89 tot 2,41) maal groter dan bij placebo en in het ongunstigste geval toch nog 1,37 (95%-BI 1,16 tot 1,63) maal groter dan bij placebo. De effectiefste antidepressiva waren achtereenvolgens agomelatine, amitriptyline, escitalopram, mirtazapine, paroxetine, venlafaxine en vortioxetine. Het minst effectief waren fluoxetine en fluvoxamine. Wat betreft bijwerkingen hadden alleen agomelatine en fluoxetine minder uitvallers dan placebo en bij clomipramine waren er meer uitvallers. Bij de andere middelen was er qua uitval geen statistisch significant verschil. Op basis van effectiviteit en bijwerkingen komen escitalopram (SSRI), het weinig voorgeschreven agomelatine (een melatonineagonist) en vortioxetine (5-HT-receptorantagonist) als middelen van eerste keuze naar voren. Fluvoxamine wordt het minst geschikt bevonden. Deze meta-analyse helpt behandelaars een verantwoorde keuze te maken uit

een breed scala aan antidepressiva op basis van effectiviteit en bijwerkingen. Het is echter de vraag of deze resultaten ook zonder meer van toepassing zijn op de patiënten met een depressie die bij de huisarts komen. Dit onderzoek gaat uitsluitend over patiënten met de DSM-IV diagnose *major depression*. Van een ernstige depressie is pas sprake wanneer iemand gedurende twee weken elke dag een terneergeslagen stemming en/of interesseverlies en verminderde energie heeft. Daarnaast moeten nog vijf andere criteria aanwezig zijn waaronder suïcidaliteit, doodsgedachte, slaapstoornis, gewichtsverandering, agitatie, remming, schuldgevoelens of concentratiestoornissen. Indien dat niet het geval is, spreken we van een dysthyme stoornis of een matige depressie. Of deze middelen eveneens werkzaam zijn bij een minder ernstige depressie, waarmee de huisarts meestal te maken heeft, is dus de vraag. Zolang die vraag niet is beantwoord, blijft het advies van de NHG-Standaard Depressie overeind om in deze gevallen de behandeling te beginnen met voorlichting, dagstructurering en psychotherapie. De NHG-Standaard adviseert om bij een ernstige depressie naast psychotherapie te starten met een antidepressivum. Een SSRI heeft gezien het gunstige bijwerkingenprofiel de voorkeur. Volgens dit onderzoek komen escitalopram, agomelatine en vortioxetine als eerste voorkeur uit de bus. Met de laatste twee middelen is echter minder ervaring en bij agomelatine moet de arts ook de leverfunctie frequent controleren. Individuele situaties vragen om individuele keuzes en zo blijft de keuze van een antidepressivum, ondanks deze meta-analyse, uiteindelijk toch weer een individuele afweging. ■

Cipriani A, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357-66.



De keuze voor een bepaald antidepressivum blijft een individuele afweging.

Foto: iStock

Toename illegale opioïdenhandel bij strikter voorschrijfbeleid

Hanneke Borgdorff

Nederlandse huisartsen schrijven steeds vaker opioïden voor. Onlangs deden pijndeskundigen een oproep in de media tot matiging. In de Verenigde Staten, waar het opioïdengebruik veel hoger ligt, werd in 2014 een strikter voorschrijfbeleid ingevoerd voor hydrocodone, een opioïde met zwakkere werking dan oxycodon. Onderzoekers gingen na wat het effect daarvan was en zagen vervolgens een toename van de illegale online opioïdenhandel.

In 2014 werd in de Verenigde Staten het aantal indicaties voor hydrocodone verminderd, en mochten geen automatische herhaalrecepten meer worden afgegeven. De onderzoekers bekeken transacties en advertenties op 31 van de grootste, darknet cryptomarkets (online illegale marktplaatsen). Zij zochten naar verkoop van opioïden, sedatieven, steroïden en stimulantia in de periode van 2013 tot 2016. Na de beleidswijziging ging de illegale

handel in opioïden in de Verenigde Staten omhoog: in juli 2016 betrof 13,7% van de online medicatiehandel opioïden, tegenover een te verwachten 6,7% als er geen verandering in voorschrijfbeleid was geweest. De handel in andere medicatie bleef gelijk, evenals de handel in opioïden buiten de Verenigde Staten. Opvallend genoeg was het niet het zwakkere hydrocodone dat vaker werd verhandeld na 2014, maar nam vooral de handel in sterkere opioïden zoals oxycodon en fentanyl toe (fentanyl was in 2014 de minst verkochte opioïde, in 2016 was het middel nummer 2). Causaliteit is uit dit onderzoek niet af te leiden, maar

het is wel aannemelijk dat het striktere voorschrijfbeleid bijdroeg aan de toename in de online illegale handel. Daarnaast is de stap naar sterker werkende opioïden online blijkbaar snel gezet. Goed om ons eraan te herinneren dat hulp om van verslavende middelen af te komen uit meer bestaat dan stoppen met voorschrijven. ■

Martin J, et al. Effect of restricting the legal supply of prescription opioids on buying through online illicit marketplaces: interrupted time series analysis. BMJ 2018;361:k2270.



In de Verenigde Staten ging de illegale handel in opioïden na beleidswijziging omhoog. Foto: Shutterstock

Bewegen helpt ook tegen depressie

Niels van der Steen

Mensen die veel bewegen hebben minder kans op een depressie. Dat concluderen de auteurs van een meta-analyse waarin de resultaten van 49 onderzoeken zijn meegenomen. Hoeveel je dan precies moet bewegen, is helaas nog niet duidelijk.

Het positieve effect van bewegen op een bestaande depressie was al bekend. In enkele recente systematische literatuuronderzoeken werd het beschermende effect van bewegen op het ontstaan van een depressie beschreven. Om dat effect te kwantificeren, voerden de auteurs een meta-analyse uit waarbij zij onderzoe-

ken tot oktober 2017 meenamen. In totaal werden hierbij 266.939 mensen geïnccludeerd, met in de follow-up gezamenlijk 1.837.794 persoonsjaren. Uit de analyse blijkt dat mensen die veel bewegen een verlaagde kans hebben op een depressie in vergelijking met mensen die minder bewegen (OR 0,84; 95%-BI 0,79 tot 0,88). Dit effect is in getallen uit te drukken, maar het is lastiger om te kwantificeren wat 'voldoende inspanning' is. In een subgroepanalyse is er een positief effect bij meer dan 150 minuten per week bewegen, maar dit is gebaseerd op slechts 4 onderzoeken. In de discussie noemen de auteurs een andere recente

meta-analyse, waarin 11 onderzoeken werden geïnccludeerd. Ook daaruit bleek een verhoogd risico op een depressie bij mensen met een zittend leven (RR 1,14; 95%-BI 1,06 tot 1,21). Het beschermend effect van bewegen geldt dus eveneens voor een depressie. Verschillende NHG-Standaarden vermelden dit positieve effect van regelmatig bewegen en sporten ook al. Hoelang je moet bewegen is minder onderbouwd, maar minstens 2,5 uur per week lijkt wel noodzakelijk. ■

Schuch F, et al. Physical activity and incident depression. Am J Psychiatry 2018;175:631-48.
Zhai L, et al. Sedentary behaviour and the risk of depression: a meta-analysis. Br J Sports Med 2015;49:705-9.

Ontwikkelingen ggz in de huisartsenzorg 2010-2015

Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen

Tessa Magnée, Derek de Beurs, François Schellevis, Peter Verhaak

De invoering van de basis-ggz had een grote invloed op de zorg voor patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk. In de periode 2010-2014 kregen zowel huisartsen als praktijkondersteuners-ggz steeds meer patiënten met psychische problemen op consult. Poh's-ggz namen geen patiënten over van de huisarts, maar leverden vooral aanvullende zorg aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben gekregen of die verwezen zouden zijn. Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder, maar iets meer antidepressiva voor bij angst of depressie, hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben. Huisartsen komen door de recente ontwikkelingen voor extra uitdagingen te staan.

DE BASIS-GGZ

Om de geestelijke gezondheidszorg betaalbaar te houden werd op 1 januari 2014 in Nederland een hervorming ingevoerd: de basis-ggz.¹ De overheid wil dat zo veel mogelijk patiënten met psychische problemen binnen de eerstelijnszorg worden behandeld, vanwege de goede toegankelijkheid voor patiënten en omdat dat goedkoper is dan gespecialiseerde zorg. Een belangrijk onderdeel van de basis-ggz is een nieuw verwijfsmodel, dat aanbevelingen bevat voor het verwijzen van patiënten met psychische problemen.² Volgens de regels van het nieuwe verwijfsmodel kunnen huisartsen alleen nog patiënten met een (vermoedelijke) psychiatrische stoornis verwijzen. Zij verwijzen patiënten met eenvoudige problematiek naar de

DE KERN

- Sinds de invoering van de basis-ggz in 2014 speelt de huisartsenpraktijk een nog belangrijkere rol in de geestelijke gezondheidszorg dan daarvoor.
- In bijna alle huisartsenpraktijken is inmiddels minimaal één poh-ggz werkzaam.
- Zowel huisartsen als poh's-ggz hebben tussen 2010 en 2014 meer patiënten met psychische problemen behandeld.
- Er vond in deze periode geen taakverschuiving plaats van huisarts naar poh-ggz; poh-ggz leverden vooral aanvullende zorg aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben ontvangen of die verwezen zouden zijn.
- Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder antidepressiva voor aan patiënten met angst of depressie, hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben.

generalistische basis-ggz (voorheen: eerstelijnspsychologen) voor een relatief korte behandeling. Patiënten met complexe problematiek, of een hoog risico op bijvoorbeeld ernstige zelfverwaarlozing of suicide, verwijzen ze naar de gespecialiseerde ggz. Alle andere patiënten met psychische problemen mogen ze niet (meer) verwijzen, maar moeten een behandeling in de huisartsenpraktijk krijgen. Huisartsen kunnen hiervoor sinds 2008 ondersteuning krijgen van een professional met ggz-expertise: de poh-ggz. Omdat het recente beleid vermoedelijk een grote impact zou hebben heeft een van de auteurs (TM) de zorg voor mensen met psychische problemen in Nederlandse huisartsenpraktijken tussen 2010 en 2015 gemonitord en beschreven in een proefschrift.³ Hiervoor heeft ze gegevens afkomstig uit NIVEL-zorgregistraties en een case study geanalyseerd. Het doel van het onderzoek was het monitoren van de huisartsenzorg voor psychische problemen sinds de introductie van de poh-ggz en rondom de invoering van de basis-ggz. Dit artikel is een samenvatting van de resultaten van het onderzoek.

NIVEL-ZORGREGISTRATIES

We hebben gegevens gebruikt uit huisartsenpraktijken die in de periode 2010-2015 deelnamen aan NIVEL-zorgregistraties.⁴ De praktijken vertegenwoordigden in 2010 in totaal ruim een half miljoen patiënten, en in 2015 ruim 1,5 miljoen. De patiënten die zijn ingeschreven in deze huisartsenpraktijken zijn representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht. Groepspraktijken zijn licht oververtegenwoordigd. Huisartsen en poh's-ggz registreren consulten en huisvisites in het medisch dossier om zorg te declareren. Zij maken hierbij gebruik van CTG-codes (College gezondheidszorg tarieven). Bij elk consult wordt een diagnose geregistreerd op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC). Voor dit onderzoek hebben we gegevens geanalyseerd over consulten en visites die betrekking hadden op een diagnose uit hoofdstuk P

(psychische problemen) of Z (sociale problemen) van de ICPC. Ook hebben we antidepressivavoorschriften geanalyseerd, die zijn geregistreerd met het Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) systeem. Verder hebben we de registraties gebruikt van 534 eerstelijnspsychologen die in 2012 deelnamen aan NIVEL-zorgregistraties. Zij leverden zorg aan 45.947 patiënten (15% van alle patiënten behandeld door eerstelijnspsychologen in Nederland). Gegevens over de gespecialiseerde ggz in 2012 kwamen uit een nationaal gegevensbestand met gegevens over diagnose-behandelcombinaties (DBC's).⁵ Dit gegevensbestand bevat de registraties van alle zorgverleners, zoals psychiaters en psychologen, die in Nederland in de gespecialiseerde zorg werken, zowel bij ggz-instellingen als zelfstandig gevestigd. Deze professionals zijn volgens de wet verplicht alle zorg die zij vergoed krijgen door verzekeraars te registreren. Daarom bevat het gegevensbestand de gegevens van zo goed als alle patiënten in de gespecialiseerde ggz.

CASE STUDY

Voor het onderzoeken van het verwijfsmodel hebben we in 2014 een case study uitgevoerd in een groot gezondheidscentrum. Hier waren acht huisartsen en twee poh's-ggz werkzaam. Het gezondheidscentrum voerde een actief beleid op het gebied van de ggz. In 2014 werd bij alle patiënten met psychische problemen (n = 408) de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) afgenomen. Verder brachten de huisartsen de complexiteit van de klachten, het risico op bijvoorbeeld suicide en het verloop van de symptomen in kaart. Ze wezen de patiënt toe aan een van vier behandelopties: huisarts, poh-ggz, generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Op basis van de resultaten van de 4DKL en de evaluatie van de huisartsen bepaalden we wat volgens het verwijfsmodel de aangewezen behandeloptie zou zijn. Vervolgens hebben we deze vergeleken met de daadwerkelijk toegewezen behandeloptie.

Doordat huisartsen steeds meer patiënten met psychische problemen zien, neemt de werkdruk toe

ONTWIKKELINGEN TUSSEN 2010 EN 2015

Het onderzoek leverde de volgende resultaten op:

- Voor de invoering van de basis-ggz waren er mogelijkheden voor substitutie van gespecialiseerde zorg naar eerstelijnszorg. In 2012 had ongeveer een derde van de patiënten onder behandeling van eerstelijnspsychologen en een vijfde van de patiënten in de tweede lijn geen DSM-IV-diagnose van een psychiatrische stoornis. Ook had in 2012 ongeveer de helft van de patiënten met psychische problemen die de huisarts verwees (nog) geen diagnose van een psychiatrische stoornis.⁵



Poh-ggz Jan Jacobs in gesprek met een patiënt.

Foto: Margot Scheerder



Zowel huisartsen als poh's-ggz hebben tussen 2010 en 2014 meer patiënten met psychische problemen behandeld.

Foto: iStock

Huisartsen hebben behoefte aan meer aandacht voor ggz in de opleiding en nascholing

- Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder antidepressiva voor aan patiënten met angst of depressie,⁶ hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben. Het aantal antidepressivavoorschriften steeg juist licht. Wel schreven huisartsen minder antidepressiva voor in de eerste week na een nieuwe diagnose bij patiënten

die ook contact met een poh-ggz hadden. Dit wijst op een mogelijk 'uitsteleffect', al maakt het observationele onderzoeksontwerp het niet mogelijk een causaal verband aan te tonen.

- Huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum met voldoende ggz-verwijs- en behandelmogelijkheden waren in staat het nieuwe verwijsmodel vaak (bij 87% van de patiënten) toe te passen.⁸ Het grootste gedeelte, ongeveer driekwart, van de patiënten met psychische problemen kreeg een behandeling binnen de huisartsenpraktijk.

DE ROL VAN DE HUISARTS

De recente ontwikkelingen sluiten aan bij de versterkte rol van de huisarts in de zorg voor mensen met psychische problemen die de overheid beoogt. Wel komen huisartsen voor uitdagingen te staan.

Nog hogere werkdruk

De werkdruk van huisartsen, die toch al hoog was, neemt mogelijk verder toe.⁹ Steeds meer patiënten met psychische problemen bezoeken de huisarts en de poh-ggz neemt vooralsnog geen patiënten over van de huisarts, maar levert vooral aanvullende zorg. Bovendien kosten ook supervisie van en overleg met de poh-ggz tijd. Overigens laten recente cijfers zien dat de stijgende trend in het aantal patiënten met psychische problemen dat de huisarts bezoekt lijkt te stabiliseren.¹⁰

Scholing

Met het in dienst nemen van een professional met ggz-expertise is de huisarts er nog niet. Integendeel, omdat de huisarts geacht wordt de poh-ggz te superviseren is het belangrijk dat de eigen kennis ook op peil is. Veel huisartsen vinden dat zij te weinig ggz-kennis hebben.¹¹ De zorg voor psychische problemen is op dit moment nog slechts een beperkt onderdeel van het Landelijke Opleidingsplan.¹² Zowel diagnostiek en behandeling van psychische problemen, als supervisie van de poh-ggz zouden een belangrijker onderdeel van de huisartsenopleiding, na- en/of bijscholing moeten zijn.

Generalistisch blijven werken

Een andere uitdaging ligt in het bewaken van de generalistische benadering die in de huisartsenpraktijk centraal staat.¹³ Voor veel patiënten – zeker voor patiënten die voorheen verwezen zouden zijn – is behandeling in de huisartsenpraktijk normaliserend, omdat wordt uitgegaan van gezondheid en kracht, en niet van ziekte. Maar er is ook een risico op medicalisering van psychische problemen. In het nieuwe verwijsmodel staat het al dan niet vaststellen van een DSM-diagnose bijvoorbeeld centraal. Dit gegeven, maar ook de expertise van de poh-ggz (meestal sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog)¹¹ en de (financiële) toegankelijkheid van de huisartsenzorg verhogen het risico op medicalisering, omdat men geneigd zou kunnen zijn veel patiënten met alledaagse problemen of juist met te complexe problematiek in de huisartsenpraktijk te behandelen. Om huisartsen in staat te

stellen de poortwachtersrol goed te blijven vervullen zouden zij vaker een langer consult moeten kunnen inplannen. Dit biedt de ruimte om een beter beeld te krijgen van de klachten, omstandigheden en copingvaardigheden van patiënten. Zo kunnen huisartsen beter onderscheid maken tussen patiënten die een vervolgbehandeling nodig hebben (bijvoorbeeld bij de poh-ggz) en patiënten die waarschijnlijk op eigen kracht zullen herstellen.

Verminderen van antidepressivavoorschriften

Huisartsen schrijven antidepressiva niet altijd volgens de NHG-Standaarden voor. Zo schrijven ze bijvoorbeeld te snel voor, te lang, of bij milde depressieve klachten, terwijl antidepressiva alleen bij ernstige depressie effectief zijn.¹⁴ De komst van de poh-ggz lijkt hier vooralsnog geen effect op te hebben gehad. De NHG-Standaard Depressie, die momenteel in revisie is, zal een grotere terughoudendheid adviseren bij het voorschrijven van antidepressiva en meer aandacht besteden aan bijwerkingen en ondersteuning bij afbouwen.¹⁵ Poh's-ggz zouden een rol kunnen spelen bij het ondersteunen van patiënten die met antidepressiva willen stoppen. Een pilotonderzoek liet zien dat poh's-ggz – na een training in motiverende gespreksvoering – patiënten die chronisch benzodiazepines gebruikten konden helpen met afbouwen.¹⁶

Vervolgonderzoek

Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van poh-ggz-behandeling. Deze zou verergering van psychische problemen kunnen voorkomen en daarmee in het gehele systeem tot een kostenbesparing kunnen leiden. Dit is echter nog niet bewezen. Ook andere aspecten van poh-ggz-behandeling zouden moeten worden onderzocht, zoals de kwaliteit van leven onder behandelde patiënten. De gevolgen van de invoering van de basis-ggz en de komst van de poh-ggz zouden over een langere periode moeten worden gemonitord. Het is mogelijk dat er op termijn alsnog een taakverschuiving van huisarts naar poh-ggz zal plaatsvinden, of een afname in het aantal antidepressivavoorschriften. Ook moet worden gemonitord hoe het aantal patiënten met psychische problemen dat de huisarts bezoekt zich verder ontwikkelt.

CONCLUSIE

De huisartsenpraktijk levert steeds meer zorg aan patiënten met psychische problemen en speelt daarmee een steeds belangrijker rol in de geestelijke gezondheidszorg. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Advies Basis GGZ. Utrecht: NZa, 2011.
2. Bakker P, Jansen P. Generalistische Basis GGZ: verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM, 2013.

3. Magnée T. Mental health care in general practice in the context of a system reform [proefschrift]. Groningen University: Groningen, 2017.
4. NIVEL Zorgregistraties. Beschikbaar via: www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns.
5. Magnée T, De Beurs DP, Boxem R, De Bakker DH, Verhaak PF. Potential for substitution of mental health care towards family practices: an observational study. BMC Fam Pract 2017;18:10.
6. Magnée T, De Beurs DP, Schellevis F, Verhaak PF. Antidepressant prescriptions and mental health nurses: an observational study in Dutch general practice from 2011 to 2015. Scand J Prim Health Care 2018;36:47-55.
7. Magnée T, De Beurs DP, De Bakker DH, Verhaak PF. Consultations in general practices with and without mental health nurses: an observational study from 2010 to 2014. BMJ Open 2016;7:e011579.
8. Magnée T, De Beurs DP, Kok T, Verhaak PF. Exploring the feasibility of new Dutch mental health policy within a large primary health care center. Fam Pract 2018;35:186-92.
9. Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts Wet 2016;59:94-101.
10. Verhaak, FM, Nielen M, De Beurs D. Factsheet 1: Hulpvraag – aanbod vanwege psychische en sociale problematiek in de huisartspraktijk 2011-2016. NIVEL: Utrecht, 2017.
11. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). LHV-peiling GGZ 2017. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>.
12. Huisartsopleiding Nederland. Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). NHG/LHV Standpunt: geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
14. Fournier, JC, DeRubeis, RJ, Hollon, SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010;303:47-53.
15. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/antidepressiva-behooren-tot-therapeutisch-arsenaal-van-huisarts>.
16. Barendregt C, De Wit N, Van Straaten B, Rodenburg G. Motiverend aan de slag met benzoreductie: een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: IVO, 2017.

Magnée T, De Beurs DP, Schellevis FG, Verhaak PFM. Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. Huisarts Wet 2018;61(11):14-7.
Nederlands Instituut voor Onderzoek naar de Gezondheidszorg [NIVEL], Utrecht: dr. T. Magnée, senior onderzoeker en poh-ggz bij de FortaGroep, t.magnée@nivel.nl; dr. D.P. de Beurs, senior onderzoeker; prof. dr. F.G. Schellevis, senior onderzoeker en hoogleraar; prof. dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar. Afdeling Huisarts-geneeskunde & Ouderengeneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, VUmc, Amsterdam: prof. dr. F.G. Schellevis, senior onderzoeker en hoogleraar. Afdeling Huisarts-geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen: prof. dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huisartsen hebben unieke waarde bij psychische problematiek

Mariëlle van Avendonk

Door de invoering van het ggz-stelsel komt de huisartsenzorg voor mensen met psychische problemen onvoldoende tot zijn recht. De wachttijden in de ggz en vergoedingssystematiek op basis van de DSM vormen een bedreiging voor de poortwachtersrol van huisartsen. De laatsten moeten daarom overtuiger zijn van hun bekwaamheid en zinvolle bijdrage aan de zorg voor patiënten met psychische problematiek. Samenwerking met ggz-partijen zal hierbij helpen.



Laagdrempelige generalistische zorg voor mensen met psychische problemen is een onlosmakelijk onderdeel van de huisartsenzorg.

Foto: Margot Scheerder

In dit nummer beschrijven Magnée en collega's wat hun onderzoek naar ontwikkelingen in de zorg voor mensen met psychische problemen in de huisartsenpraktijk heeft opgeleverd.¹ Het onderzoek vond plaats over de periode 2010-2015 en kan daarom nog maar een beperkte inkijk geven in de effecten van de invoering van het nieuwe geestelijke gezondheidszorgstelsel in 2014. De invoering van dit stelsel heeft een verschuiving veroorzaakt van patiënten van de tweedelijnszorg (nu gespecialiseerde ggz) naar de eerstelijnspsychologen (nu generalistische basis-ggz) en huisartsenzorg. De al eerder ingevoerde functie praktijkondersteuner huisartsenzorg-ggz (poh-ggz) kreeg daarmee een sterke impuls. Het succes van de poh-ggz is evident. Op dit moment maakt de poh-ggz bij 97% van de huisartsenpraktijken deel uit van het team.² Andere aspecten van de transitie laten de unieke waarde van de huisarts echter onvoldoende tot zijn recht komen.

BEDREIGING VAN DE POORTWACHERSROL

Verschillende factoren belemmeren de poortwachtersrol van de huisarts. Ten eerste is daar het gestaag groeiend aantal patiënten met psychische problemen. Omdat doorstroming naar de ggz als gevolg van hun wachtlijsten achterblijft, is er nu vaak sprake van weken wachttijd voor een consult met de poh-ggz. Dit is volledig in tegenspraak met de uitgangspunten van de huisartsenzorg: huisartsen bieden snelle en laagdrempelige zorg.

De tweede bedreiging van de poortwachtersrol heeft te maken met het gegeven dat vergoeding van zorg in de ggz alleen mogelijk is bij (het vermoeden van) een DSM-gelassificeerde stoornis. Het DSM-denken sluit niet aan op de klachtgerichte en generalistische werkwijze van de huisarts. Het labelen van psychische problemen op basis van de DSM zegt niet bij voorbaat iets over de lijdensdruk, beïnvloedende contextuele factoren en de zorgbe-



Het aantal patiënten met psychische problemen groeit gestaag.

Foto: Margot Scheerder

hoefte van de patiënt. Aspecten waar de huisarts juist vaak wel weet van heeft en die hij of zij gewoonlijk betreft bij de inschatting van de (ernst van de) problematiek. Ook patiënten zonder DSM-classificatie (bijvoorbeeld langdurige psychische klachten bij een persoon met weinig copingvaardigheden en een klein sociaal netwerk) kunnen in bepaalde omstandigheden beter af zijn met meer specialistische zorg in de ggz.

NIEUWE VORMEN VAN SAMENWERKEN

Magnée stelt dat het inzetten van een dubbel consult en het volgen van scholing de triage door de huisarts zou kunnen helpen verbeteren. In het onderzoek geven huisartsen aan dat ze te weinig kennis van de ggz hebben. Naar mijn mening is het merendeel van de huisartsen op het gebied van de psychosociale problematiek echter wel degelijk bekwaam genoeg, maar dan wel 'onbewust bekwaam'. Huisartsen onderschatten hun kennis die door ervaring, opleiding en talent aanwezig is. Bovendien is hierbij net zoals bij somatische problematiek het pluis-niet-pluisgevoel van onschatbare waarde.³ Extra scholing is niet nodig. We kunnen de zorg op een efficiëntere manier verbeteren door de op vertrouwen gestoelde samenwerking tussen huisarts en de ggz te intensiveren. Snelle (terug)verwijsmogelijkheid als dat nodig is, goede bereikbaarheid, relevante en tijdige gegevensuitwisseling en een warme overdracht bij terugverwijzing van ernstig zieke patiënten zijn vanzelfsprekendheden in de somatische zorg, maar ontbreken

nog vaak in de ggz. Laagdrempelig collegiaal overleg of een psychiatrisch consult geeft de huisarts tevens de gelegenheid om te leren van casussen in de dagelijkse praktijk. Het zou mooi zijn als juist op deze samenwerking wordt ingezet. Regionale afspraken kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Het merendeel van de huisartsen is 'onbewust bekwaam' op het gebied van psychosociale problematiek

CONCLUSIE

Laagdrempelige generalistische zorg voor mensen met psychische problemen is een onlosmakelijk onderdeel van de huisartsenzorg. Aspecten van het huidige ggz-stelsel bedreigen de poortwachtersrol van de huisarts. Huisartsen moeten meer overtuigd zijn van hun bijdrage in de zorg voor patiënten met psychische problematiek. Regionale afspraken en samenwerking met de ggz-partners voor overleg, gegevensuitwisseling en (terug)verwijzing moeten eraan bijdragen dat deze patiënten de zorg krijgen die aansluit bij hun hulpvraag en situatie. ■

LITERATUUR

1. Magnée T, De Beurs DP, Schellevis FG, Verhaak PFM. Steeds belangrijker rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. Huisarts Wet 2018;61(11):14-7.
2. LHV ledenpeiling 2017. Utrecht: LHV, 2017.
3. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Brand P, Dinant GJ. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? Huisarts Wet 2015;4:192-5.

Van Avendonk MJP. Huisartsen hebben unieke waarde bij psychische problematiek. Huisarts Wet 2018;61(11):18-9.
NHG, Utrecht: dr. M.J.P. van Avendonk, huisarts (niet praktiserend), senior wetenschappelijk medewerker en beleidsadviseur ggz, m.vanavendonk@nhg.org.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen

Karolien Biesheuvel-Leliefeld, Sandra Dijkstra-Kersten, Anneke van Schaik, Harm van Marwijk, Filip Smit, Henriëtte van der Horst, Claudi Bockting

- Doel

Preventieve cognitieve therapie (PCT) is een zelfhulptherapie voor de eerste lijn, ontwikkeld om terugval in een depressie te voorkomen.
- Methode

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek waarin gebruikelijke zorg (onder andere antidepressiva) werd vergeleken met gebruikelijke zorg plus PCT. Deelnemers waren 18 jaar of ouder, hadden minimaal twee depressies doorgemaakt en waren depressievrij. De primaire uitkomstmaat was terugval na twaalf maanden. De interventie bestond uit een zelfhulpboek met acht hoofdstukken, waarvan de deelnemers er elke week één bestudeerden en opdrachten maakten. Ze hadden wekelijks telefonisch contact met de poh-ggz gedurende maximaal vijftien minuten.
- Resultaten

De 248 deelnemers werden gerandomiseerd naar een interventiegroep (n = 124) en een controlegroep (n = 124). Na twaalf maanden waren 44 deelnemers [35,5%] in de interventiegroep en 62 deelnemers [50,0%] in de controlegroep teruggevallen in een depressie (incidentieratio 0,71; 95%-BI 0,52 tot 0,97). In de interventiegroep was na twaalf maanden de ervaren kwaliteit van leven sterker toegenomen [0,04 punten op de EQ-5D; 95%-BI 0,004 tot 0,08] en waren depressieve symptomen sterker afgenomen [-2,18 punten op de QIDS-sr; 95%-BI -3,09 tot -1,27] dan in de controlegroep. De interventie had geen effect op comorbide psychopathologie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven gemeten met de SF-12.
- Conclusie

Dit onderzoek bevestigt het hoge risico op terugval na een depressieve episode. Een psychologische zelfhulpinterventie met begeleiding van de poh-ggz blijkt een welkom alternatief voor gebruikelijke zorg, waaronder antidepressiva.

INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende aandoening, het risico op terugval is hoog en veel patiënten herstellen niet volledig tussen twee depressieve episodes in.¹⁻³ Om het risico op terugval te verkleinen, raden de richtlijnen aan patiënten die meer dan drie depressieve episodes of één ernstige episode hebben doorgemaakt langdurig antidepressiva voor te schrijven, al dan niet in combinatie met een psychologische behandeling.⁴⁻⁶ Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven behandeling bij depressie.⁷⁻¹⁰ Het is echter niet duidelijk hoelang die behandeling precies moet duren en wat het effect is als zij gestaakt wordt,¹¹ en de therapietrouw is gering.¹² Kortom, medicatie alleen is wellicht niet de beste strategie om terugval te voorkomen. Onderzoek heeft uitgewezen dat psychologische interventies even effectief zijn als de gebruikelijke behandeling met antidepressiva,¹³⁻¹⁷ maar deze interventies worden

meestal aangeboden in de relatief dure tweede lijn. Preventieve cognitieve therapie (PCT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie, speciaal ontwikkeld voor de eerste lijn om terugval in een depressie te voorkomen. Het is een zelfhulptherapie met minimale begeleiding van een poh-ggz, wat goed past bij het chronische, terugkerende karakter van depressie.

METHODEN

In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek werd een groep deelnemers die gebruikelijke zorg kreeg vergeleken met een groep deelnemers die daarnaast ook PCT kreeg. De follow-up was twaalf maanden. Het protocol werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc (2011/285) en alle deelnemers ondertekenden het informed-consentformulier. De onderzoeksopzet is elders uitgebreid beschreven.¹⁸

- WAT IS BEKEND?

- Het risico op terugval na een doorgemaakte depressie is groot.
 - Antidepressiva kunnen terugval niet altijd voorkomen, onder andere vanwege de lage therapietrouw.
 - Psychologische interventies zijn even effectief als antidepressiva, maar in de eerste lijn weinig beschikbaar.
- WAT IS NIEUW?

- Preventieve cognitieve therapie (PCT), een zelfhulptherapie met minimale (telefonische) begeleiding in de eerste lijn, blijkt effectief ten opzichte van de gebruikelijke zorg.
 - De poh-ggz kan een waardevolle rol vervullen bij terugvalpreventie in de eerste lijn.

Deelnemers

De inclusie vond plaats tussen september 2012 en april 2014. Om potentiële deelnemers te vinden, werden de informatiesystemen gescreend van huisartsenpraktijken (ICPC-codes P3 en P76) en ggz-instellingen (code 296.3). Inclusiecriteria waren: leeftijd 18 jaar of ouder met een voorgeschiedenis van minimaal twee depressies, waarvan de laatste niet langer dan vijf jaar geleden, en in de voorgaande twee maanden niet

hebben voldaan aan de criteria van een depressie.⁹ Om een depressie uit te sluiten, namen getrainde onderzoekers en psychologen telefonisch een Gestructureerd Klinisch Interview af voor DSM-IV As-I-Stoornissen (SCID-I). Exclusiecriteria waren cognitieve problemen, manieën (nu of in het verleden), hypomanie, psychose, huidig middelenmisbruik en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Interventie

PCT [**bijlage**] is een speciaal ontwikkelde zelfhulptherapie van acht weken om terugval in een depressie te voorkomen.²¹⁻²⁴ Bij aanvang van de interventie ontvingen deelnemers het zelfhulpboek *Tussen dip en droom*. Elke week bestudeerden zij een van de acht hoofdstukken en maakten ze opdrachten. Deze bespraken ze wekelijks met de poh-ggz in een telefoongesprek van maximaal vijftien minuten. De poh-ggz, binnen wiens reguliere taakomschrijving deze interventie valt, was vooraf getraind door een ervaren psycholoog.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was de incidentie van terugval in een depressie na twaalf maanden, uitgedrukt in een incidentieratio, dat wil zeggen: de incidentie van depressie in de interventiegroep gedeeld door die in de controlegroep. De secundaire uitkomstmaten waren depressieve symptomen, gemeten met de Quick Inventory of Depressive Symptoms-self report (QIDS-sr), gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, gemeten met de vijfdimensionale European Quality of Life Health

Tabel

Uitkomsten van preventieve cognitieve therapie (PCT) versus gebruikelijke zorg bij 284 patiënten met minimaal twee depressies in de voorgeschiedenis

Primaire uitkomstmaat	Intention-to-treatanalyse*			Per-protocolanalyse†		
	IRR [95%-BI]	RD [95%-BI]	NNT	IRR [95%-BI]	RD [95%-BI]	NNT
Terugval in een depressie	0,71 [0,52 tot 0,97]	14 [2 tot 24]	7	0,68 [0,50 tot 0,93]	15 [4 tot 25]	7
Secundaire uitkomstmaten	Gemiddeld verschil	Z-waarde	p	Gemiddeld verschil	Z-waarde	p
Kwaliteit van leven [EQ-5D]	0,04 [0,004 tot 0,08]	2,18	0,029	0,04 [0,003 tot 0,81]	2,10	0,036
Depressieve symptomen [QIDS-sr]	-2,18 [-3,09 tot -1,27]	-4,70	< 0,001	-2,31 [-3,26 tot -1,37]	-4,81	< 0,001
Kwaliteit van leven [SF-12 mentaal]	0,67 [-1,33 tot 2,67]	0,65		0,513 [-1,62 tot 2,50]	0,42	0,675
Kwaliteit van leven [SF-12 fysiek]	1,05 [-0,81 tot 2,91]	1,10	0,270	0,89 [-1,01 tot 2,80]	0,92	0,359
Angst [4DKL]	-0,05 [-0,68 tot 0,59]	-0,14	0,887	-0,05 [-0,71 tot 0,60]	-0,16	0,872
Stress [4DKL]	-0,21 [-1,81 tot 1,39]	-0,26	0,798	-0,25 [-1,90 tot 1,41]	-0,29	0,769
Somatisatie [4DKL]	0,38 [-0,64 tot 1,39]	0,73	0,464	0,42 [-0,63 tot 1,48]	0,79	0,432
Zelfredzaamheid [GSE]	-0,68 [-1,91 tot 0,55]	-1,08	0,280	-0,57 [-1,81 tot 0,67]	-0,91	0,36

Getoond worden de uitkomsten van een poissonregressieanalyse en een lineair gemengd model, gecorrigeerd voor waarden bij aanvang, met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Significante waarden (p < 0,005) zijn vetgedrukt.

* Interventiegroep (PCT) n = 114; controlegroep (gebruikelijke zorg) n = 124.

† Interventiegroep (PCT) n = 101; controlegroep (gebruikelijke zorg) n = 124.

4DKL = vierdimensionale klachtenlijst; BI = betrouwbaarheidsinterval; EQ-5D = vijfdimensionale European Quality of Life Health Status Questionnaire; GSE = General Self-Efficacy Scale; IRR = incidentieratio; NNT = number needed to treat; QIDS-sr = Quick Inventory of Depressive Symptoms-self report; RD = risicoverschil; SF-12 = twelve-item Short Form Health Survey.



Preventieve cognitieve therapie is effectief bij depressie, maar niet bij iedereen.

Foto: iStock

Status Questionnaire (EQ-5D) en de twaalf-item Short-Form Health Survey (SF-12), comorbide psychopathologie, gemeten met de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), en zelfredzaamheid, gemeten met de General Self-Efficacy Scale (GSE). De secundaire uitkomstmaten werden gemeten bij aanvang van de interventie en na zes en twaalf maanden.

Bij gebruikelijke zorg had de helft van de deelnemers een terugval van de depressie

Gegevensanalyse

De gegevens werden geanalyseerd op basis van intention-to-treat (ITT). Ontbrekende waarden werden geschat met *multiple imputation by chained equations*.²⁵ Het risico op terugval in beide groepen vergeleken we met poissonregressieanalyse, aangepast voor (residuele) depressieve symptomen bij aanvang. De secundaire uitkomstmaten na twaalf maanden werden geanalyseerd met *linear mixed models*. De resultaten van de ITT-analyse werden vergeleken met een per-protocolanalyse. Deelnemers moesten daarbij ten minste vijf hoofdstukken hebben doorlopen. De gegevens werden geanalyseerd met Stata, versie 12.

RESULTATEN

Op basis van de screening stuurden de onderzoekers 5489 potentiële deelnemers een korte informatiebrief met een antwoordformulier; 848 van hen stuurden het formulier in (respons 15,4%). Uiteindelijk includeerden zij 248 deelnemers, 124 in de interventiegroep en 124 in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd was 48,7 jaar (SD 11,7) en 70% was vrouw. Ruim de helft (54,2%) gebruikte een antidepressivum bij aanvang van het onderzoek.

Volgens de ITT-analyse waren in de interventiegroep 44 deelnemers (35,5%) en in de controlegroep 62 deelnemers (50,0%) na twaalf maanden teruggevallen in een depressie (incidentieratio 0,71; 95%-BI 0,52 tot 0,97). In de interventiegroep waren de depressieve symptomen op de QIDS-sr (schaalbereik 0 tot 27) gemiddeld 2,18 punten lager dan in de controlegroep (95%-BI –3,09 tot –1,27) en was de kwaliteit van leven op de EQ-5D (schaalbereik 0 tot 15) 0,04 punten hoger (95%-BI 0,004 tot 0,08). Dit was echter niet klinisch relevant. De interventie had geen effect op de andere secundaire uitkomstmaten [tabel].

Ook in de per-protocolanalyse vielen er significant minder mensen in de interventiegroep terug in een depressie in vergelijking met de controlegroep (incidentieratio 0,68; 95%-BI 0,50-0,93). Tevens werden er, zoals in de ITT-analyse, alleen op de QIDS-sr en de EQ-5D significante verschillen gevonden tussen de groepen (respectievelijk –2,31 QIDS-sr

punten; 95%-BI –3,26 tot –1,37 en 0,04 EQ-5D punten; 95%-BI 0,003 tot 0,08).

BESCHOUWING

Dit onderzoek bevestigt de grote kans op terugval bij een depressie. Bij gebruikelijke zorg had de helft van de deelnemers een terugval, bij PCT was dit minder, maar nog steeds ruim een derde. PCT is dus zeker effectief bij de preventie van een depressie, maar niet bij iedereen. De incidentie van een recidief depressie was zelfs iets hoger dan we verwachtten op basis van eerder onderzoek.¹⁵ Een mogelijke oorzaak is dat de deelnemers bij aanvang van ons onderzoek meer residuele depressieve symptomen hadden dan in eerder onderzoek, waardoor de a-priorikans op terugval hoger was. Voor twee van onze secundaire uitkomstmaten, kwaliteit van leven zoals gemeten met de EQ-5D en depressieve symptomen zoals gemeten met de QIDS-sr, vonden wij statistisch significante verschillen tussen de interventie- en de controlegroep. Het verschil van 0,04 punten op de EQ-5D bleef echter onder de grens van 0,05 punten die de literatuur aangeeft als klinisch relevant.^{26,27} Ondanks het verschil van 2,18 punten op de QIDS-sr was de toename gerekend vanaf de beginmeting kleiner dan de 28,5% die nodig is om verbetering te merken.²⁸

Het verschil tussen het aantal uitnodigingen op basis van de eerste screening (5489), de respons (848) en het uiteindelijke aantal deelnemers (248) was groot. Bij afname van de SCID bleek dat een aanzienlijk deel van de uitgenodigde patiënten nog niet was hersteld en dus überhaupt niet in aanmerking kwam voor deelname. Van degenen die wel in aanmerking kwamen, zagen velen af van deelname omdat zij zichzelf niet beschouwden als hoogrisicopatiënt, en waren anderen ondanks hun angst voor terugval niet gemotiveerd om mee te doen aan terugvalpreventie. Die motivatie zou wellicht groter zijn als zo'n programma korter zou volgen op de acute episode. Het is in de informatiesystemen echter niet mogelijk om te achterhalen hoelang iemand hersteld is van een depressie.

De uitval in dit onderzoek was 24%, veel hoger dan de verwachte 10%. Het zou kunnen dat dezelfde karakteristieken die een patiënt kwetsbaar maken voor terugval in een depressie, zoals gevoelens van waardeloosheid en gebrek aan interesse, ook de uitval bij zelfhulpinterventies vergroten.

Een laatste opvallend punt is dat de resultaten van de intention-to-treatanalyse en de per-protocolanalyse minimaal van elkaar verschillen. Dit zou impliceren dat het aantal doorlopen hoofdstukken en contacten met de poh-ggz weinig effect heeft op het uiteindelijke resultaat.

Een mooie uitkomst is dat een relatief goedkope, laagdrems-

pelige poh-ggz beter in staat blijkt het ritme van terugkerende depressies te doorbreken dan de gebruikelijke zorg dat doet.

Psychologische interventies zijn even effectief als antidepressiva

CONCLUSIE

Gezien het hoge percentage terugval bij depressie moet het ontwikkelen en aanbieden van preventieve strategieën in de eerste lijn hoog op de agenda van beleidsmakers en zorgverleners staan. De strategie die de onderzoekers bekeken, PCT als zelfhulptherapie met minimale begeleiding van een poh-ggz, is effectiever in het voorkómen van terugval in een depressie dan gebruikelijke zorg. ■

LITERATUUR

1. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev 2007;27:959-85.
2. Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Fava M, Warden D, Wisniewski SR, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. Psychol Med 2010;40:41-50.
3. Conradi HJ, Ormel J, De Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. Psychol Med 2011;41:1165-74.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Biesheuvel-Leliefeld KE, Dijkstra-Kersten SM, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Bockting CL. Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen. Huisarts Wet 2018;61(11):20-3. VUmc Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO instituut: dr. K.E.M. Biesheuvel-Leliefeld, aios Ouderengeneeskunde, karolien.biesheuvel@gmail.com; prof. dr. H.E. van der Horst, huisarts, hoogle-raar Huisartsgeneeskunde; drs. S.M.A. Dijkstra-Kersten, psycholoog. Brighton and Sussex Medical School, Department of Primary Care and Public Health Medicine: dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, professor in General Practice. GGZ-Ingeest, Amsterdam: dr. D.J.F. van Schaik, psychiater. Universiteit Utrecht, afdeling Sociale Wetenschappen: prof. dr. C.L.H. Bockting, klinisch psycholoog, hoogleraar Klinische psychologie. VUmc, Amsterdam en Trimbos Instituut, Utrecht: prof. dr. H.F.E. Smit, klinisch psycholoog, hoogleraar Public Mental Health. Mogelijke belangenverstremgeling: prof. dr. C.L.H. Bockting ontvangt een vergoeding voor het geven van nascholingen bij de Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie.

Dit is een bewerkte vertaling van Biesheuvel-Leliefeld KE, Dijkstra-Kersten SM, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Bockting CL. Effectiveness of supported self-help in recurrent depression: a randomized controlled trial in primary care. Psychosom Psychosom 2017;86:220-30. Publicatie gebeurt met toestemming.

Internettherapie voor insomnie vermindert ook depressieklachten

Tanja van der Zweerde, Annemieke van Straten, Marieke Effting, Jaap Lancee

- Inleiding

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) is een effectieve behandeling voor insomnie. Eerder onderzoek wijst erop dat de effecten niet beperkt zijn tot de ernst van de insomnie, maar dat ook depressiesymptomen verminderen. De resultaten zijn echter niet eenduidig.
- Methode

In deze gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) werden de effecten onderzocht van online CGT-I op depressie en insomnie bij mensen met symptomen van beide aandoeningen. Deelnemers (n = 104) met insomnie en ten minste subklinische depressieklachten werden gerandomiseerd naar 1) begeleide online CGT-I of 2) een onbehandelde controlegroep. De primaire uitkomstmaat was ernst van depressiesymptomen (Patient Health Questionnaire-9). Daarnaast keken de onderzoekers naar insomnieklachten (Insomnia Severity Index).
- Resultaten

De deelnemers rapporteerden na behandeling significant minder depressiesymptomen in vergelijking met deelnemers in de controlegroep (Cohen's d = -1,1). Daarnaast bleek het effect op de ernst van de insomnie groot (Cohen's d = -2,4). De effecten bleven gehandhaafd na drie en zes maanden.
- Conclusie

Gebleden is dat mensen met zowel insomnie als depressieklachten vooruitgaan op beide vlakken na online behandeling voor insomnie. Dit biedt kansen voor behandeling volgens richtlijnen in de huisartsenpraktijk onder begeleiding van de poh-ggz.

INLEIDING

Zo'n 40% van de mensen die aan insomnie lijden, heeft ook een depressie.¹ En omgekeerd ervaart de meerderheid van de patiënten met depressieklachten ook slaapproblemen.² Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs dat insomnie een rol speelt bij de ontwikkeling en instandhouding van een

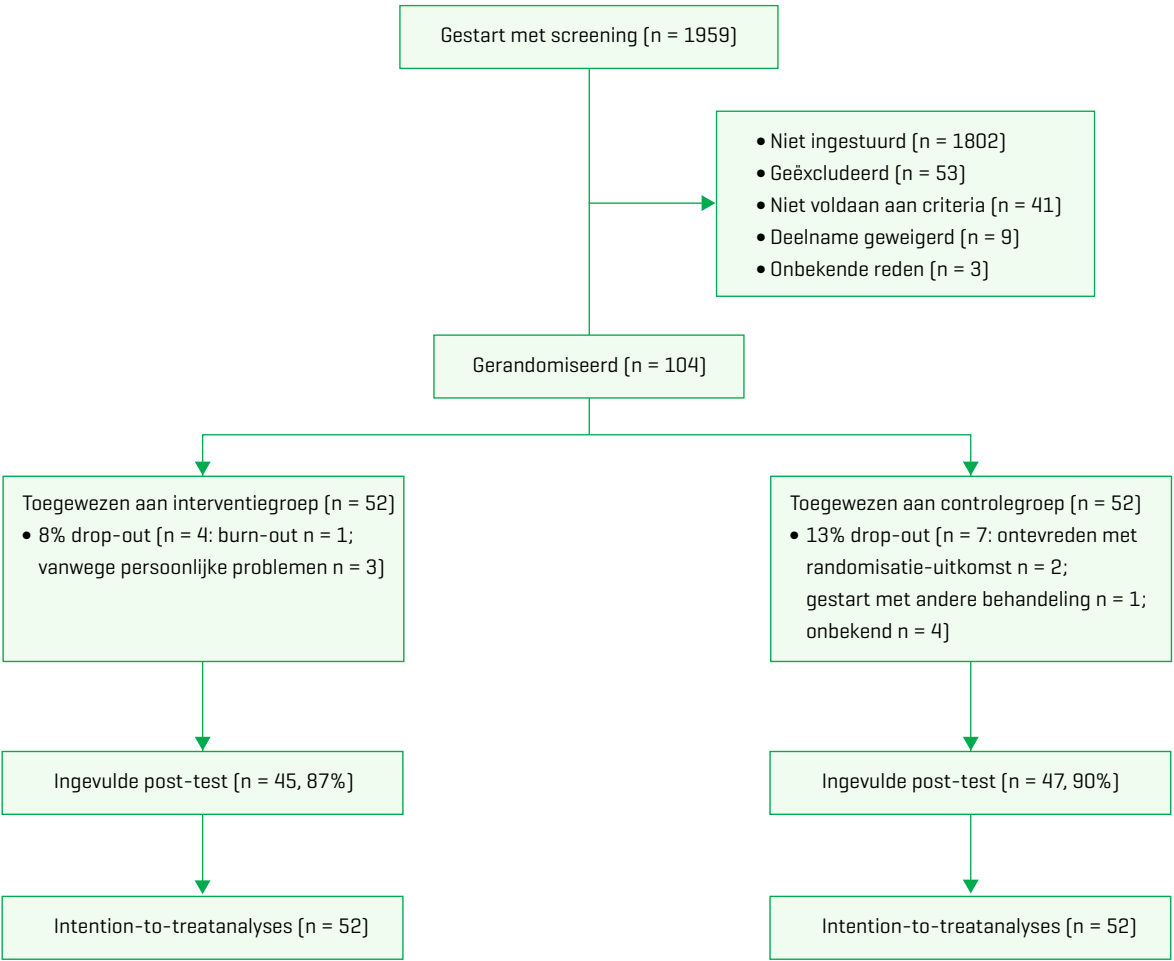
Mensen met zowel insomnie als depressieklachten gaan op beide vlakken vooruit na online behandeling voor insomnie

depressie. Mensen met insomnie hebben bijvoorbeeld een tweemaal zo grote kans op het ontwikkelen van een depressie als anderen.³ Wanneer iemand na een behandelde depressie slaapklachten houdt, is dit een belangrijke voorspeller van terugval.⁴

Het is bekend dat insomnie effectief te behandelen is met cognitieve gedragstherapie voor insomnie: CGT-I.⁵ De langetermijneffecten daarvan zijn gunstiger dan die van medicamenteuze behandeling en er zijn minder bijwerkingen.^{6,7} De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen adviseert dan ook primair CGT-I.⁸ Er is veel vraag naar behandeling voor insomnie en er is een tekort aan therapeuten. Daarbij is het voor sommige patiënten lastig om face-to-face-therapie te volgen, bijvoorbeeld vanwege werk, reistijd of verminderde mobiliteit. Een online CGT-I-behandeling is daarom een interessant alternatief voor face-to-face gesprekstherapie – beide vormen zijn even effectief.^{9,10} Er zijn aanwijzingen dat ook depressieklachten (iets) afnemen na een slaapcursus.¹¹ De onderzoeken die dit aantonen, hebben echter een aantal tekortkomingen: er zijn soms ook mensen geïnccludeerd zonder depressieklachten of mensen met ernstiger depressieklachten werden uitgesloten van deelname. Er is één onderzoek waarin specifiek werd gekeken naar het effect van online CGT-I op depressieklachten, en daarvan waren de resultaten positief.¹² Ons onderzoek is een replicatie van dit onderzoek en richt zich op een bredere, via internet geworven steekproef van de algemene populatie.

Figuur

Flowchart van het onderzoek



METHODE

Aan dit onderzoek kon iedereen deelnemen die zowel insomnie (volgens DSM-5) had als depressieklachten van op zijn minst matige ernst (Patient Health Questionnaire-9 score (PHQ-9) > 4) [figuur].¹³ De onderzoekers hebben de deelnemers geworven via www.insomnie.nl. Na aanmelding ontvingen alle potentiële deelnemers een screeningsvragenlijst op basis waarvan de onderzoekers hebben bepaald of ze in aanmerking kwamen voor deelname. Geïnteresseerden die voldeden aan de DSM-5-criteria [tabel 1] en > 4 scoorden op de PHQ-9 vroegen zij om informed consent en randomiseerden zij vervolgens naar 1) directe online behandeling en slaapdagboek of 2) een slaapdagboek-controlegroep (deze mensen kregen behandeling na de nameting). Om de volgende redenen werden mensen uitgesloten van het onderzoek: slaapapneu, ernstige psychiatrische stoornissen, mensen die nachtdiensten draaiden en vrouwen die zwanger waren. Zie het originele Engelstalige artikel voor het onderzoeksontwerp.¹⁴ De primaire uitkomstmaat was de PHQ. Een multi-level-regressieanalyse bracht de binnen- en tussengroepseffecten in kaart. De grootte van het verschil in effect tussen de groepen (Cohen's d) werd berekend door het verschil in de

veranderscores van beide condities (pre-post) te delen door de standaardafwijking van de steekproef op de voormeting. Dit geeft een indicatie van het verschil in effecten.¹⁵

WAT IS BEKEND?

- Insomnie en depressieklachten komen vaak samen voor.
- Medicatie helpt om kortetermijnslaapproblemen te verbeteren, maar heeft bijwerkingen en risico's.
- Cognitieve gedragstherapie voor insomnie is effectief, ook online.

WAT IS NIEUW?

- Online therapie voor insomnie verbetert niet alleen insomnie-, maar ook depressieklachten.
- Poh's-ggz kunnen een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van online behandeling voor insomnie.
- Dit maakt het voor de huisarts makkelijker de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen te volgen en cognitieve gedragstherapie aan te bieden.



Poh's-ggz kunnen een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van online behandeling voor insomnia.

Foto: iStock

I-SLEEP-ONLINEBEHANDELING

De I-Sleep-onlinebehandeling (www.i-sleep.nl) bestaat uit vijf online sessies CGT-I [tabel 2].¹⁶ Masterstudenten psychologie gaven deelnemers wekelijks online feedback en ondersteuning.

RESULTATEN

Kenmerken van de steekproef

Er deden 104 deelnemers (52 per groep) mee. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar (sd = 12,3), 82% was vrouw en gemiddeld leden deelnemers 10 jaar aan insomnia (sd = 9,9). Depressieklachten werden gemeten met de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),¹³ insomnia met de Insomnia Severity Index.¹⁷ Behandelde deelnemers gingen zowel wat betreft depressieklachten (Cohen's d-effectgrootte = 1,1) als insomnieklach-

Online begeleiding kost minder tijd dan face-to-face therapie en maakt het mogelijk meer patiënten te helpen

ten veel meer vooruit dan de onbehandelde groep (Cohen's d-effectgrootte = 2,4; [online tabel 3] voor effectgroottes en [online tabel 4] voor de gemiddelden). Ongeveer twee derde van de deelnemers in de behandelingsgroep (64%) vertoonde na de behandelperiode (8 weken) een significante en klinisch relevante vooruitgang op insomnieklachten en eveneens 64% toonde deze vooruitgang wat betreft depressieklachten (respectievelijk gedefinieerd als een afname van 8 punten of meer

Tabel 1

DSM-5-criteria voor de diagnose insomnia

Ontevredenheid met de kwantiteit en/of de kwaliteit van de slaap, én ten minste een van de volgende symptomen:

- a) moeilijk in slaap vallen
- b) moeilijk doorslapen
- c) vroeg wakker worden en niet meer in slaap komen

Ernst:

- 1. ten minste drie nachten per week
- 2. ten minste drie maanden aanwezig
- 3. de slaapproblemen veroorzaken significant lijden en/of significante beperkingen in het functioneren overdag

Het slaapprobleem is niet toe te schrijven aan:

- a) onvoldoende gelegenheid tot slapen (bijvoorbeeld in verband met nachtwerk)
- b) een andere slaap-waakstoornis
- c) fysiologische effecten van een drug of geneesmiddel
- d) bestaande psychische of somatische aandoeningen

Tabel 2

Online cognitieve gedragstherapie voor insomnia

Sessie	Inhoud
1. Psycho-educatie en leefstijladvies	Informatie over gezonde slaap, verstoorde slaap en slaaphygiëadviezen die slaap bevorderen (onder andere over beweging, slaapkamer, cafeïne, alcohol)
2. Stimulus control (SC) en slaaprestrictie-therapie (SRT)	SC: patiënten leren hun bed weer met slaap te associëren door activiteiten, anders dan slaap en seks, te verbannen uit de slaapkamer. Bij 15 minuten wakker liggen moet de patiënt uit bed. SRT: de tijd in bed wordt beperkt tot de gemiddelde, daadwerkelijk geslapen uren. De slaapdruk neemt toe en als gevolg hiervan worden in slaap vallen en doorslapen gemakkelijker. Als het percentage daadwerkelijk geslapen uren in bed weer toeneemt, worden de bedtijden weer met kleine stapjes uitgebreid.
3. Piekeren en ontspanning	Ademhalingsoefeningen, progressieve spierontspanningsoefeningen en oefeningen gericht op het verminderen van piekeren (bijvoorbeeld bijhouden van een piekerschrift)
4. Cognitieve therapie	Uitdagen van niet-kloppende en niet-helpende gedachten die patiënten hebben over slaap met behulp van registratieschema's
5. Samenvatting en terugvalpreventie	Wat heeft de patiënt geleerd, wat heeft hij/zij bereikt en waarop ligt de focus de komende tijd (bestendinging)?

op de insomnievragenlijst en 50% reductie op de PHQ-9). Voor de controlegroep lagen deze percentages respectievelijk op 9% en 30%. Na zes maanden bleef een aanzienlijk deel van de deelnemers aan de behandeling onder de klinische drempel voor depressie (56%) en insomnia (50%) [online tabel 5]. Deelnemers gaven het platform gemiddeld een 7,7 en de inhoud van de online behandeling een 7,9 (op een schaal van 1 tot 10).

BESCHOUWING

Wanneer patiënten bij de huisarts komen met insomnia én depressieklachten, is het geen slechte keuze om behandeling voor insomnia in te zetten. De introductie van poh-ggz in de huisartsenpraktijk biedt gelegenheid om dergelijke behandelingen onder begeleiding aan te bieden.¹⁶ Online behandelingen voor slapeloosheid zijn bij vele e-healthaanbieders, zoals Therapieland en Karify, beschikbaar. De I-Sleep-behandeling is momenteel ondergebracht bij Minddistrict. Online begeleiding kost in verhouding tot face-to-face therapie veel minder tijd (ongeveer 5 tot 10 minuten per patiënt per I-Sleep-sessie) en maakt het mogelijk meer patiënten te helpen, die vanuit huis en op ieder moment aan de behandeling kunnen werken. Hierbij moeten we benadrukken dat de deelnemers aan dit onderzoek via internet specifiek naar behandeling zochten. Meer onderzoek naar de mogelijkheden voor en het effect van dergelijke behandelingen binnen de huisartsenpraktijk is nodig. Online behandeling voor insomnia onder begeleiding van de poh-ggz maakt behandeling volgens de NHG-richtlijnen makkelijker en kan zo de behandeling voor insomniepatiënten in de eerste lijn verbeteren.

CONCLUSIE

In deze steekproef van de algemene populatie bleken depressieklachten sterk te verminderen als gevolg van een online behandeling voor slapeloosheid bij patiënten die aan beide aandoeningen lijden. ■

LITERATUUR

- Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. Sleep 2005;28:1457-64.
- Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. Dialogues Clin Neurosci 2008;10:473-81.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. J Affect Disord 2011;135:10-9.
- Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2007;68:254-60.
- Van Straten A, Van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. Sleep Med Rev 2018;38:3-16.
- iemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. Sleep Med Rev 2009;13:205-14.

- Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, MacMahon KM, Espie CA. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder. Sleep 2014;37:229-37.
- NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57:352-61.
- Lancee J, Van Straten A, Morina N, Kaldò V, Kamphuis JH. Guided online or face-to-face cognitive behavioral treatment for insomnia: a randomized wait-list controlled trial. Sleep 2016;39:183-91.
- Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Med Rev 2016;30:1-10.
- Ye YY, Zhang YF, Chen J, Liu J, Li XJ, Liu YZ, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves comorbid anxiety and depression – a meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2015;10:e0142258.
- Christensen H, Batterham PJ, Gosling JA, Ritterband LM, Griffiths KM, Thorndike FP, et al. Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2016;3:333-41.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA 1999;282:1737-44.
- Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Kyle SD, Lancee J. Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. Psychol Med 2018;1-9.
- Morris SB. Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. Org Res Meth 2008;11:364-86.
- Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans J, Van Someren E, Reynolds C, et al. Cost-effectiveness of i-Sleep, a guided online CBT intervention, for patients with insomnia in general practice: protocol of a pragmatic randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2016;16:85.
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001;2:297-307.
- Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Ann 2002;32:509-15.
- Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. Sleep 2011;34:601-8.

Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Lancee J. Internettherapie voor insomnia vermindert ook depressieklachten. Huisarts Wet 2018;61(11):24-7.
Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Klinische Psychologie: T. van der Zweerde, psycholoog, t.vander.zweerde@vu.nl; prof. dr. A. van Straten, hoogleraar basis ggz, psycholoog, epidemioloog; dr. M. Effting, onderzoeker, universitair docent, psycholoog; dr. J. Lancee, onderzoeker, universitair docent, psycholoog. Amsterdam Public Health [APH], Vrije Universiteit Amsterdam: T. van Zweerde, psycholoog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Kyle S, Lancee J. Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. Psychol Med May 2018;1-9 [e-pub]. Publicatie gebeurt met toestemming.

PsyScan: effectief hulpmiddel bij psychische klachten

Luc Gidding, Mark Spigt, Bjorn Winkens, Odette Herijgers, Geert-Jan Dinant

Inleiding Huisartsen kunnen problemen ondervinden bij de diagnostiek en keuze voor behandeling van mensen met psychische klachten. Er is sprake van onder- en overdiagnostiek, onzekerheid over hoe de ernst van de klachten in te schatten en mede hierdoor is er behandelonzekerheid.

Methode De onderzoekers voerden een probleemanalyse uit om de grootste knelpunten in de zorg voor mensen met psychische klachten te achterhalen en om na te gaan aan welk soort zorginnovaties de meeste behoefte is. Een multidisciplinair innovatieteam bundelde vervolgens alle resultaten en ontwikkelde PsyScan. Dit is een internetinstrument en bestaat uit een Stress-screener, de 4DKL en de Oorzaak-inventarisatie. De patiënt ontvangt informatie op maat over mogelijke diagnoses en geschikte behandelopties. Alle resultaten en adviezen worden automatisch gelinkt naar het huisartsinformatiesysteem.

Resultaten Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werd uitgevoerd bij SGE met 336 patiënten met psychische klachten. Na een jaar behaalden meer deelnemers in de PsyScan-groep een succesvol behandelresultaat dan deelnemers in de controlegroep [60% versus 32%; statistisch significant]. Ook bleek de kwaliteit van leven significant beter in de PsyScan-groep. De gegenereerde kosten binnen en buiten de zorg waren vergelijkbaar voor de twee onderzoeksgroepen.

Conclusie Zorg met gebruik van PsyScan ging gepaard met statistisch significante effecten. Onder leiding van SGE wordt nu de mogelijke verdere externe implementatie van PsyScan in andere zorggroepen vormgegeven.

INLEIDING

Psychische klachten behoren wereldwijd tot de meest voorkomende gezondheidsklachten en kunnen een enorme impact hebben op het dagelijks leven.¹ Ook genereren deze klachten hoge kosten, zowel binnen als buiten de zorg, bijvoorbeeld door uitval op het werk.² De meeste mensen met psychische klachten gaan eerst naar hun huisarts.³ Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat

hierdoor is er sprake van behandelonzekerheid: welke behandeling is op welk moment het meest geschikt voor welke patiënt? Zo bleek uit een groot Europees onderzoek dat slechts 23% van de eerstelijnspatiënten met angst of depressie een adequate behandeling kreeg.⁹ Daarom is de vakgroep Huisartsgeneeskunde van Maastricht University een onderzoek gestart. Het uitgangspunt was dat de problemen rondom psychische klachten in de huisartsenpraktijk niet te wijten zijn aan onkunde of desinteresse van huisartsen, maar eerder samenhangen met de toenemende aantallen patiënten en taken, de beperkte tijd die hiervoor beschikbaar is en de specifieke complexiteit van psychische klachten.

In nauwe samenwerking met eerstelijnszorgorganisatie SGE uit Eindhoven hebben de onderzoekers gewerkt aan een pragmatische zorginnovatie die écht zou aansluiten bij de behoeften van zorgverleners en patiënten. Met het zorgprogramma voor depressie van SGE als uitgangspunt hebben zij de grootste problemen geïnventariseerd en onderzocht aan welk soort innovatieve oplossingen de mees-



Mirjam Vissers

te behoefte was. Door de zorgverleners en patiënten (en hun vertegenwoordigers) van het begin af aan bij het onderzoek te betrekken, wilden zij draagvlak creëren, zodat de zorginnovatie ook daadwerkelijk gebruikt zou worden.

METHODE

De onderzoekers analyseerden de zorg voor angst en depressie op basis van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS).^{12,13} Verder hielden zij focusgroepgesprekken met huisartsen, praktijkondersteuners ggz, psychologen en (voorheen)

depressieve patiënten.¹⁴ Huisartsen bleken het lastig te vinden om onderscheid te maken tussen veelvoorkomende psychische klachten. Hoewel er effectieve behandelingen beschikbaar waren, die bovendien gestructureerd waren in een getrappt zorgprogramma depressie, wisten de huisartsen niet goed welke patiënten in aanmerking kwamen om in te stromen in het zorgprogramma en konden ze niet goed bepalen welke behandelingen voor welk soort patiënten ze moesten gebruiken. De huisartsen wilden graag ondersteuning bij het inschatten van soort en ernst van de psychische klachten, en op basis daarvan ondersteuning bij de keuze voor mogelijke behandelingen. Er werd een SGE-innovatieteam opgericht, dat bestond uit een huisarts, een psycholoog, een praktijkondersteuner ggz, een voorheen depressieve patiënt, de voorzitter van de cliëntenraad, de zorgprogrammacoördinator en de promotieonderzoeker. Dit team heeft op basis van literatuur, HIS-analyses, focusgroepgesprekken en informele gesprekken binnen SGE de uiteindelijke zorginnovatie PsyScan ontwikkeld.

PsyScan

PsyScan is een getrappt internetinstrument waarnaar huisartsen patiënten kunnen verwijzen die (vermoedelijk) psychische klachten hebben. De assistente meldt de patiënt aan bij PsyScan en plant een vervolgconsult voor de week daarop. De patiënt ontvangt een e-mail met inloggegevens. Hierna vult de patiënt de Stress-screener in (drie vragen) en, na een positieve score, de 4-Dimensionale Klachtenlijst (4DKL, vijftig vragen) die helpt bij het onderscheid maken tussen stress, depressie, angst en somatisatieklachten, en het bepalen van de ernst van de klachten.¹⁵⁻¹⁷ Ook exploreert PsyScan mogelijke oorzaken

WAT IS BEKEND?

- Psychische klachten komen vaak voor in de huisartsenpraktijk.
- Huisartsen kunnen problemen ondervinden bij de diagnostiek en behandeling van deze klachten.

WAT IS NIEUW?

- Om huisartsen te ondersteunen is na een probleemanalyse in de huisartsenpraktijk PsyScan ontwikkeld.
- In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met 336 patiënten met psychische klachten bij SGE presteerde de groep die PsyScan kreeg aangeboden significant beter dan de controlegroep, tegen vergelijkbare kosten.
- Er volgt nu een implementatietraject om PsyScan klaar te maken voor gebruik in andere zorggroepen.

van klachten met de Oorzaakinventarisatie, die bestaat uit zeventien open vragen waarop de patiënt en eventueel een naaste in eigen woorden mogen antwoorden. Op basis van de 4DKL-scores ontvangt de patiënt direct informatie op maat over mogelijke diagnoses en behandelopties. De antwoorden op de 4DKL en de Oorzaakinventarisatie, de uitslagen van de 4DKL en adviezen over diagnoses en behandelopties worden automatisch gelinkt naar het HIS van de huisarts. De huisarts kan de antwoorden van de patiënt gebruiken voor een verdere analyse, samen met de patiënt. De diagnostische adviezen voor de huisarts bevatten suggesties voor ICPC-codes voor de registratie. De behandelopties kunnen bestaan uit eerstelijns (niet-)medicamenteuze behandelingen, waaronder e-health, of suggesties om naar zorgverleners

PsyScan biedt ook behandelopties waaraan de huisarts zelf niet heeft gedacht

en instanties te verwijzen, specifiek voor de gescoorde klachten. Zo biedt PsyScan ook behandelopties waaraan de huisarts zelf niet heeft gedacht. Behandelopties worden ook vergezeld door HIS-registratieadviezen. Op deze manier verzamelt de huisarts veel meer informatie over de patiënt, zonder daarvoor extra tijd kwijt te zijn en te hoeven registreren. De patiënt wordt meer betrokken bij de keuze voor een behandeling en kan in zijn eigen tempo en veilig thuis veel meer informatie kwijt. Tijdens het reeds geplande vervolgsconsult bespreken de huisarts en patiënt de resultaten en het verdere beleid.

Het onderzoek

De onderzoekers voerden een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit bij SGE, met 176 patiënten die PsyScan kregen aangeboden en 160 die reguliere zorg kregen.¹⁸ Volwassen patiënten konden deelnemen als ze door de huisarts gezien werden, er (vermoedelijk) sprake was van psychische klachten, ze voldoende Nederlands beheersten en de beschikking hadden over e-mail. De onderzoekspopulatie bestond voor tweederde uit vrouwen en was gemiddeld 43 jaar oud. Tweederde had in het verleden psychische klachten gehad en de klachten waren gemiddeld van milde/matige ernst.

RESULTATEN

Na een jaar behaalden meer deelnemers uit de PsyScan-groep een succesvol behandelresultaat dan deelnemers uit de controlegroep (60% versus 32%; statistisch significant). Een succesvol behandelresultaat definieerden we als een afname van psychische klachten van minimaal 50% op de Symptom Checklist-90-Revised. Ook bleek de kwaliteit van leven significant beter in de PsyScan-groep. De huisartsen behandelden de patiënten in 93% van de gevallen conform het medicatieadvies

van PsyScan en in 97% van de gevallen conform de adviezen over niet-medicamenteuze behandelingen en over verwijzing. Een analyse van gegenereerde kosten binnen en buiten de zorg liet geen verschil zien tussen de onderzoeksgroepen.

BESCHOUWING

Tegenstanders van het gebruik van ggz-vragenlijsten in de eerste lijn stellen dat de lijsten persoonsgerichte zorg in de weg kunnen staan.²⁰ Het gaat namelijk niet alleen om symptomen, maar om het verhaal van de patiënt. Wij onderschrijven dit standpunt, in zoverre dat een lijst nooit persoonsgerichte zorg kan vervangen. Wel kan een lijst een waardevolle aanvulling vormen, wat vooral geldt voor de 4DKL.¹⁹ Daarom bevat PsyScan, naast de 4DKL, juist elementen die betrekking hebben op het eigen verhaal van de patiënt (de Oorzaakinventarisatie) en is er meer eigen regie mogelijk (adviezen op maat over behandelopties). Bovendien creëert PsyScan meer tijd voor de huisarts en patiënt om tijdens een gesprek samen de situatie uit te diepen, omdat een groot deel van de informatieverzameling en registratie is geautomatiseerd. PsyScan geeft de huisarts en diens patiënt de gelegenheid om een beter en meer uniform inzicht in de situatie te krijgen, allerlei zaken op een rijtje te zetten en een passend behandelaanbod te geven. Verder krijgt de huisarts geen extra taken en doet de patiënt veel meer zelf.

CONCLUSIE

PsyScan zal niet alle problemen rondom psychische klachten in de huisartsenpraktijk oplossen. Het is wel een extra hulpmiddel voor en door huisartsen, ontwikkeld en geëvalueerd in een effectonderzoek voor deze complexe eerstelijnsproblematiek. ■

LITERATUUR

1. WHO. The Global Burden of Disease – 2004 Update. Geneva: WHO, 2008.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;420:21-7.
3. Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. BMJ 2008;336:435-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Gidding LG, Spigt M, Winkens B, Herijgers O, Dinant GJ. PsyScan: effectief hulpmiddel bij psychische klachten. Huisarts Wet 2018;61(11):28-30. Maastricht University CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: L.G. Gidding, arts en promovendus, luc.gidding@maastrichtuniversity.nl; M. Spigt, universitair hoofddocent; prof. dr. G.J. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Maastricht University, Vakgroep methodologie en statistiek, Maastricht: B. Winkens, universitair docent, SGE, Eindhoven: O. Herijgers, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Gidding LG, Spigt M, Winkens B, Herijgers O, Dinant GJ. PsyScan e-tool to support diagnosis and management of psychological problems in general practice: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2018;68:e18-e27. Publicatie gebeurt met toestemming.

Beschouwing

Anne Speckens, Marloes Huijbers, Joël van Aalderen, Mira Cladder-Micus, Rhoda Schuling, Peter Lucassen

Er bestaan, ook onder professionals in de eerste lijn, nog steeds veel misverstanden over mindfulness. Dat is jammer, omdat steeds duidelijker wordt dat mindfulness-based interventies wel degelijk waardevol zijn voor patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Uit een recente meta-analyse bleek dat mindfulness vooral effectief is bij depressie, chronische pijn en verslaving. Bij het voorkomen van een recidief bij recidiverende depressie is Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT) even effectief gebleken als antidepressiva, al bleek het helaas niet te beschermen tegen een terugval na stoppen met antidepressiva. Mindfulnessstraining is lastig vol te houden voor patiënten met een chronische therapieresistente depressie, maar diegenen die de training afmaken, hebben wel minder last van depressieve klachten.

MEVROUW SMITS

Mevrouw Smits is 73 jaar. Ze bezoekt regelmatig het spreekuur vanwege slaapproblemen en ze heeft vaak pijnklachten in het bewegingsapparaat, die ze toeschrijft aan stress. Haar man heeft cognitieve beperkingen en zijn mobiliteit wordt steeds minder door de ziekte van Parkinson. Haar twee zoons zijn het huis uit, over de jongste maakt ze zich zorgen omdat hij geen partner heeft en vroeger een psychose heeft gehad. U heeft een goede verstandhouding met mevrouw. Pillen om beter te slapen wil ze beslist niet, ze wil zoveel mogelijk het heft in eigen handen houden en niet afhankelijk worden. Er is sprake van een depressie in formele zin; bij het bespreken van de mogelijke behandelingen brengt u ter sprake of mindfulness niet iets voor haar is. Ze is geïnteresseerd en vraagt meteen wat dat inhoudt en of er mogelijkheden zijn in de omgeving. Na uw uitleg gaat ze de mogelijkheden onderzoeken en uiteindelijk kan ze ergens terecht waar ze met de fiets naartoe kan. Ze blijft de trainingen jarenlang wekelijks bezoeken en elke keer als ze u ziet vertelt ze hoe fijn het was dat u haar op dat spoor gezet had. Depressief is ze niet meer.

De casus van mevrouw Smit laat zien dat mindfulness waardevol kan zijn voor patiënten met depressieve klachten in de eerste lijn. Maar er bestaan nog steeds veel misverstanden over mindfulness, ook onder professionals, omdat het geassocieerd wordt met ‘vaag’, ‘zweverig’ en ‘new-age’. Dat is jammer, want er is steeds meer bewijs dat mindfulness wel degelijk toevoegde waarde heeft voor patiënten met psychische klachten.

WAT IS MINDFULNESS?

Mindfulness is ‘met aandacht aanwezig zijn in het hier en nu, intentioneel en met een open mind’.¹ Deelnemers leren zich bewust te worden van emoties, gedachten en lichamelijk-

ke sensaties. Ze merken hun automatische gedragspatronen op en onderzoeken of deze al dan niet behulpzaam zijn. Dit resulteert meestal in bewustere keuzes, betere zelfzorg en meer mildheid jegens zichzelf en anderen. De methode werd eind jaren zeventig ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn als Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).¹ Sinds 2000 wordt Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) aangeboden om terugval bij recidiverende depressie te voorkomen.² De deelnemers volgen acht weken lang groepssessies van ruim

Het wetenschappelijk onderzoek naar mindfulnessstrainingen is in een stroomversnelling geraakt

twee uur, waarin psycho-educatie wordt gecombineerd met formele aandachtsoefeningen zoals lichaamsscan, zitmeditatie en yoga. Ze leren ook informele aandachtsoefeningen, die bestaan uit het met aandacht uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals tandenpoetsen, douchen of eten. Thuis worden ze geacht een dagelijkse oefensessie te doen van ongeveer 45 minuten op geleide van een geluidsopname.

HOE EFFECTIEF IS MINDFULNESS?

Uit een recente meta-analyse van 142 gerandomiseerde trials waarin meer dan 12.000 patiënten met psychische klachten deelnamen aan mindfulness-based interventies, bleek dat mindfulness niet alleen effectiever was dan geen of minimale behandeling, maar ook effectiever dan actieve controlecondities.³ Mindfulness bleek even effectief als andere evidence-based behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie, en was het meest consistent effectief bij depressie, chronische pijn en verslaving. De effectgrootte ten opzichte van geen behandeling was 0,59 voor depressie en 0,45 voor chronische pijn, wat wijst op een redelijk goed effect.³ Het best gedocumenteerd is het effect van MBCT op terugval bij mensen met een terugkerende depressie. Uit een recente meta-analyse van meer dan 1200 patiënten bij wie de depressie in remissie was, bleek dat MBCT het risico op een nieuwe depressie aanzienlijk verlaagde, ook in vergelijking met andere behandelingen zoals antidepressiva.⁴ Hoe ernstiger de resterende klachten waren, des te groter was het effect van MBCT. Uit onderzoek van het Radboudumc Centrum voor Mindfulness blijkt echter dat mindfulnessstraining niet beschermt tegen



Mindfulness-Based Cognitieve Therapie is even effectief als antidepressiva in het voorkomen van een recidief depressie. Foto: iStock

terugval bij het afbouwen van antidepressieve medicatie. Het terugvalpercentage was aanzienlijk hoger bij mensen die hun medicatie afbouwden na het volgen van de mindfulnessstraining dan bij degenen die antidepressiva bleven gebruiken.⁵ Dit kan te maken hebben met het feit dat zowel de deelnemers als hun behandelend psychiater twijfels hadden over het afbouwen van de medicatie. De medicatie werd ook sneller afgebouwd dan tegenwoordig gebruikelijk is, wat kan hebben geleid tot onttrekkingsverschijnselen die – al dan niet terecht – werden aangezien als voortekenen van een naderende depressie. Ook is het nog steeds niet duidelijk of MBCT helpt bij een chronische therapieresistente depressie. In een RCT met 106 patiënten, die allemaal al langer dan een jaar depressief waren

Mindfulness is vooral effectief bij depressie, chronische pijn en verslaving

ondanks eerdere medicamenteuze en psychologische behandeling, vonden de onderzoekers geen verschil in depressieve klachten tussen diegenen die de MBCT volgden en degenen die de gebruikelijke behandeling kregen.⁶ Wel bleken deelnemers in de mindfulnessgroep na afloop van de training minder te rumineren en rapporteerden zij meer mindfulnessvaardigheden, zelfcompassie en een hogere kwaliteit van leven. Het uitvalpercentage in de mindfulnessgroep was bij deze ernstige patiënten ook wat hoger dan gewoonlijk. Bij de mensen die de mindfulnessstraining afmaakten, zagen we wel degelijk een vermindering van depressieve klachten. Het lijkt er dus op dat ook patiënten met een chronische, therapieresistente depressie iets aan mindfulness kunnen hebben,

maar dat we wellicht meer moeite moeten doen om deze patiënten binnenboord te houden.

WIE KOMEN ER IN AANMERKING?

MBCT is aangetoond effectief bij patiënten met depressie, chronische pijn en verslaving, en kan dus aan die patiënten voorgelegd worden als een van de mogelijke behandelingen. Of mindfulness ook effectief is bij patiënten met een chronische ernstige depressie of patiënten die willen stoppen met antidepressiva, staat nog niet vast, al zullen er zeker mensen zijn die er baat bij hebben. Bij de indicatiestelling zullen vooral de voorkeur van de patiënt en de mogelijke schadelijkheid van andere behandelingen, zoals antidepressiva, een rol spelen. Het is belangrijk dat huisartsen helder kunnen uitleggen wat mindfulness inhoudt en wat de patiënt ervoor moet doen. Een deel van de patiënten zal direct afhaken; een ander deel zal juist enthousiast worden. Dan is er de ruimte om iets te vertellen over de beschikbare trainingen in de omgeving, met de patiënt te overleggen en de keuze te maken. Om gekwalificeerde trainers in de omgeving te vinden is het verstandig de website van de Vereniging Mindfulness Based Trainers in Nederland en Vlaanderen (www.vmbn.nl) te raadplegen, want er zijn veel mindfulnessstrainers en het is niet altijd gemakkelijk het kaf van het koren te scheiden.

TOEKOMSTPERSPECTIEF

Dat mensen met een depressie veel kunnen hebben aan een mindfulnessstraining is inmiddels wel aangetoond, maar er blijft genoeg ruimte voor verbetering. Op het Radboudumc Centrum voor Mindfulness is een vervolgtraining ontwikkeld die niet zozeer is gericht op het leren observeren van emoties, gedachten en lichamelijke sensaties, maar veeleer op het ontwikkelen van de onderliggende grondhouding van vriendelijkheid en mildheid.⁷ Aan het onderzoek naar deze ‘compassietraining’ deden 122 patiënten mee die terugkerende depressies hadden en die allemaal in het verleden een MBCT-training bij het centrum hadden gevolgd; de resultaten zijn onlangs bekend geworden. In vergelijking met de gebruikelijke behandeling rapporteerden degenen die de compassietraining hadden gevolgd minder depressieve klachten en

DE KERN

- Mindfulness is vooral effectief bij depressie, chronische pijn en verslaving.
- Mindfulness-Based Cognitieve Therapie [MBCT] is even effectief als antidepressiva in het voorkomen van een recidief depressie.
- MBCT beschermt niet tegen terugval na het stoppen met antidepressiva.
- Patiënten met een chronische, therapieresistente depressie die meedoen aan een MBCT-cursus vallen vaker uit, maar degenen die de cursus afmaken hebben minder last van depressieve klachten.



Bij mindfulness leren deelnemers zich bewust te worden van emoties, gedachten en lichamelijke sensaties. Foto: iStock

rumineren, en meer mindfulnessvaardigheden, zelfcompassie en kwaliteit van leven (persoonlijke communicatie, Speckens). De compassietraining is in staat gebleken de klachten en het functioneren van patiënten die al eerder MBCT hadden gehad verder te verbeteren. Twee andere, nog lopende projecten zijn eveneens de moeite van het vermelden waard. Het eerste betreft een onderzoek naar de mogelijke betekenis van MBCT als ondersteuning voor huisartspatiënten die zelf graag hun antidepressieve medicatie willen afbouwen. Het tweede is een onderzoek naar het effect van MBCT op depressieve klachten bij patiënten met een bipolaire stoornis. De resultaten van deze beide onderzoeken zullen nog even op zich laten wachten.

CONCLUSIE

Mindfulnessstrainingen voor patiënten met psychische of chronische lichamelijke aandoeningen hebben hun waarde de afgelopen jaren steeds meer bewezen. Onderzoek heeft voldoende evidentie opgeleverd om in de huisartsenpraktijk een MBCT- of compassietraining serieus te overwegen als mogelijke aanvullende behandeling bij patiënten met depressieve klachten. ■

LITERATUUR

1. Kabat-Zinn J. Gezond leven met mindfulness: Handboek meditatie ontspannen. Haarlem: Altamira, 2014.
2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie. Amsterdam: Nieuwezijds, 2013.
3. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2018;59:52-60.

4. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA Psychiatry 2016;73:565-74.
5. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, Van Schaik DJ, Van Oppen P, et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. Br J Psychiatry 2016;208:366-73.
6. Cladder-Micus MB, Speckens AE, Vrijzen JN, Donders AR, Becken ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. Depress Anxiety 2018 Aug 8. [Epub ahead of print].
7. Van den Brink E, Koster F. Compassievol leven: Een mindfulness-based verdieppingsprogramma. Amsterdam: Boom, 2016.

Speckens AE, Huijbers MJ, Van Aalderen JR, Cladder-Micus MB, Schuling R, Lucassen P. Mindfulness voor patiënten. Huisarts Wet 2018;61(11):33-5.
Radboudumc Centrum voor Mindfulness, Nijmegen: prof. dr. A.E.M. Speckens, hoogleraar Psychiatrie, anne.speckens@radboudumc.nl; dr. M.J. Huijbers, basispsycholoog en wetenschappelijk onderzoeker; R. Schuling, promovendus. PsychQ, Utrecht: dr. J.R. van Aalderen, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Expertisecentrum Depressie Pro Persona en Radboud Universiteit, Behavioural Science Institute, Nijmegen: M.B. Cladder-Micus, basispsycholoog en wetenschappelijk onderzoeker. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. P. Lucassen, huisarts-onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: AS en MH zijn werkzaam bij het Radboudumc Centrum voor Mindfulness, dat scholings- en opleidingsmogelijkheden op het gebied van mindfulness aanbiedt.

Jeugd-ggz? Terug naar vroeger graag

Menno Oosterhoff

In 2015 werd de nieuwe Jeugdwet ingevoerd, ondanks heftige protesten uit het veld. Gemeenten werden verantwoordelijk voor de organisatie van alle vormen van jeugdhulp, waaronder de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen met psychische aandoeningen. Wat is daarvan terechtgekomen en wat merken huisartsen ervan?

Ontzorgen, demedicaliseren en normaliseren, dat was het motto van de nieuwe Jeugdwet die in 2015 van kracht werd.¹ Door de zorg voor jeugdigen over te hevelen naar de gemeenten (transitie) zou het allemaal veel beter worden (transformatie).² Uit dat motto sprak grote onbekendheid met psychische aandoeningen bij kinderen, zoals autisme, dwangstoornis, depressie, anorexia of Gilles de la Tourette. Het rapport waarop het wetsvoorstel gebaseerd was, ging voornamelijk over de jeugdzorg. Andre Rouvoet, destijds minister voor jeugd en gezin, stelde nog voor de Jeugd-ggz buiten de transitie te houden, maar dat mocht niet baten. Ondanks felle kritiek en intensieve acties werd de wet aangenomen. Het enige substantiële resultaat dat de acties opleverden, was het amendement-Keijzer: de huisarts kon rechtstreeks blijven verwijzen naar de specialistische jeugdhulp (onder die noemer viel de Jeugd-ggz binnen het nieuwe stelsel).³ Gemeenten waren hier niet blij mee: in het oorspronkelijke voorstel zou alle jeugdzorg verlopen via hun wijkteams en het amendement creëerde een verwijsstroom waarop zij geen greep hadden maar waarvoor zij wel moesten betalen. Staatssecretaris Van Rijn bezwoer de Eerste Kamer weliswaar dat gemeenten niet op de stoel van de huisarts zouden gaan zitten, maar het was niet moeilijk te voorspellen dat ze dat toch zouden proberen. Hoe is de praktijk nu, ruim drie jaar later? Vriend en vijand zijn het over eens dat er op diverse fronten grote problemen zijn; van de transformatie is niets terechtgekomen. Wat dat voor huisartsen betekent, weten we eerlijk gezegd niet precies. In elk van de bijna 400 Nederlandse gemeenten is het weer anders, totaalcijfers ontbreken. We moeten het hebben van horen zeggen en gissen. Er zijn forse wachtlijsten, soms is de zorg tegen het eind van het jaar al ‘op’ en nodigt een gemeente huisartsen uit voor een gesprek over de verwijzingen naar de specialistische ggz. Maar of huisartsen zich onder druk gezet voelen durf ik

niet te zeggen. In Amsterdam was er even sprake van dat huisartsen een plan zouden moeten invullen, maar dat ging niet door. Wat mij zorgen baart, is dat zelfs voor een professionaal niet meer te overzien is hoe de jeugdzorg in iedere gemeente geregeld is, welke gemeente nog wel geld heeft en welke niet, en met welke aanbieders die gemeente een contract heeft. Voor een huisarts lijkt het me helemaal ondoenlijk het overzicht te bewaren, ook al omdat de situatie elk jaar verandert. Het zal ook de informatieoverdracht geen goed doen dat de Jeugd-ggz uit het medische domein is gehaald. Ik denk dat de huisarts van veel ontwikkelingen niet meer op de hoogte wordt gebracht en dat zal alleen maar erger worden. De identiteit van de Jeugd-ggz vervaagt en voor een huisarts wordt het steeds lastiger te bepalen waar hij zijn patiënt het best heen kan sturen. Als de Jeugd-ggz niet terugkeert naar de gezondheidszorg, zie ik het somber in. Men zegt dat een nieuwe stelselherziening niet te verwachten is, maar ik vind het niet reëel dat een beschaafd land de geestelijke gezondheidszorg voor zijn kinderen zo op zijn beloop laat. Op den duur zal de Jeugd-ggz geen gemeentelijke voorziening meer zijn, maar weer worden ondergebracht bij de medische zorg met de huisarts als eerste lijn. Volgens mij maak ik dat nog mee. ■

LITERATUUR

De literatuur is bij dit artikel te vinden op www.henw.org.

Oosterhoff M. Jeugd-ggz? Terug naar vroeger graag. Huisarts Wet 2018;61[11]:36. DOI:10.1007/s12445-018-0303-0. Accare, Groningen: M. Oosterhoff, kinderpsychiater, menno@dwang.eu. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten

Richard Starmans, Paul Rijnders, Maarten Cox

Na de herstructurering van de ggz behandelen de huisarts en poh-ggz steeds meer patiënten met psychische klachten. Het KOP-model biedt een structuur voor die behandeling. Op basis van een analyse van de anamnese gericht op klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl komen de huisarts en poh-ggz samen met de patiënt tot een acceptabele en begrijpelijke probleemdefinitie. Voor de vervolgstappen beschrijven we generieke interventies die goed in de huisartsenpraktijk uitgevoerd kunnen worden.

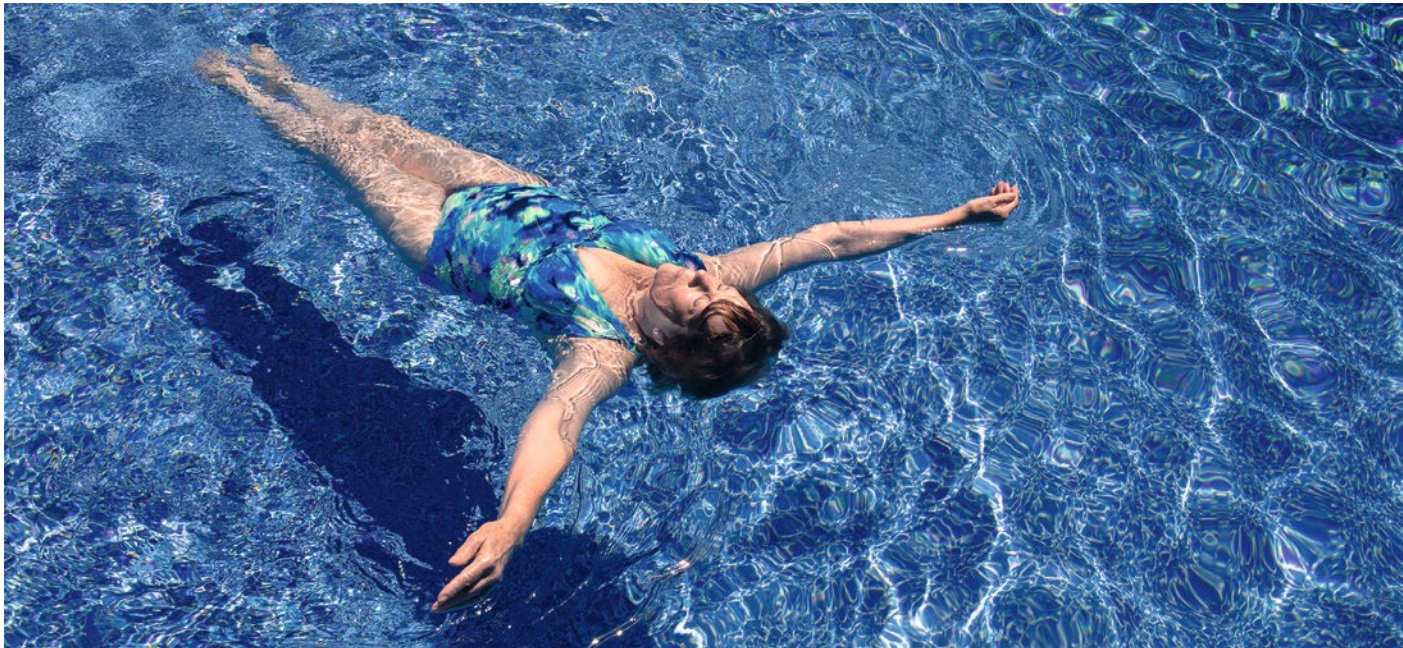
CASUS

Ria is 53 jaar. Twee jaar geleden werd ze plotseling blind aan één oog. De neuroloog dacht aan multipele sclerose. Ze is twaalf jaar geleden gescheiden. Kort daarna kwam ze ‘uit de kast’ en ging ze samenwonen met een vrouw. Het contact met haar kinderen is goed. Onlangs heeft haar partner haar verlaten toen Ria niet meer de sterke vrouw van vroeger bleek. Ria heeft twintig jaar als buschauffeur gewerkt. Nu werkt ze in de remsse. Ze denkt steeds vaker dat haar werkgever van haar af wil. Ze heeft contact gezocht met de vakbond. Ze komt, na verwijzing door de neuroloog, bij de huisarts omdat ze ‘het niet meer ziet zitten’. De huisarts brengt met haar, aan de hand van het KOP-schema, de klachten, omstandigheden en copingstijl in kaart [tabel 3]. Voordat hij hier verder op ingaat, maakt de huisarts samen met Ria een risicoanalyse. Er is sprake van ernstige stressoren op drie relevante levensgebieden, maar er zijn ook beschermende factoren. Hij kent haar als een nuchtere, realistische vrouw, voor wie aanpakken vanzelfsprekend is en die de moed niet snel opgeeft. Ze heeft steun van haar kinderen. De huisarts en Ria concluderen dat er nu geen acute risico’s zijn. Ze heeft geen depressie en is niet suïcidaal. Tijdens een vervolgsconsult bespreken de huisarts en Ria de samenhang tussen de klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl en stellen ze een probleemdefinitie op. De huisarts zegt: ‘Ook bij sterke mensen zoals jij kan er een moment komen dat ze het niet meer redden. Ik denk dat dat moment voor jou nu gekomen is. We moeten voorkomen dat je onder de last bezwijkt. Denk je dat de steun van je dochter voldoende is of heb je meer steun nodig?’ Ria geeft aan dat ze graag rugdekking wil voor als ze het niet redt. Daarvoor wordt de poh-ggz ingeschakeld. Samen met Ria maakt deze een plan van aanpak. Met het oog op de klachten nemen ze haar dagstructuur onder de loep. Ze proberen regelmaat te brengen in het dagelijks ritme van opstaan en eten, en Ria gaat weer geregeld een stuk fietsen, iets wat ze graag deed. Ook beheersing van de omstandigheden krijgt aandacht: Ria had al een start gemaakt door juridische steun te zoeken voor het probleem op haar werk en heeft zich mondiger opgesteld richting neuroloog, met als gevolg dat de poh-ggz nu een vinger aan de pols houdt. Op het gebied van de persoonlijke stijl heeft de poh-ggz *social learning*- en cognitieve strategieën ingezet, zodat Ria meer inzicht krijgt in haar sterke en kwetsbare kanten.

De behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk hoeft in de meeste gevallen niet diagnosespecifiek te zijn.¹ Als uitgangspunt voor de aanpak is het stress-kwetsbaarheidsconcept geschikt, dat ervan uitgaat dat klachten ontstaan onder invloed van de combinatie van (toenemende) draaglast of stressoren en (tekortschietende) draagkracht. Het KOP-model is daarvan een operationalisatie.² KOP is een acroniem voor de K van klachten, de O van omstandigheden en de P van de persoonlijke stijl. Psychische klachten (K) ontstaan volgens dit model als de draagkracht van de patiënt, uitgedrukt als de persoonlijke stijl (P) tekortschiet bij het omgaan met de belastende omstandigheden (O). Het KOP-model wordt al ruim tien jaar gebruikt in de SGGZ en GBGGZ in Nederland en blijkt effectief en efficiënt in de ggz.³⁻⁵ Door de herstructurering van de ggz worden meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandeld. Daarbij is het KOP-model als methodisch werkmodel voor de huisartsenpraktijk een aantrekkelijke optie. Dit generieke behandelconcept sluit aan bij de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. De behandeling duurt gemiddeld zes tot acht sessies. Het KOP-model is geschikt voor de huisarts en poh-ggz, die het kunnen gebruiken bij patiënten met psychische problemen die over voldoende gezonde elementen in hun functioneren beschikken om met behulp van kortdurende interventies de draad van hun leven weer op te pakken. Dat geldt voor tweederde van alle patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk.⁶

HET KOP-MODEL

Beperkingen in het algemeen functioneren, zoals perfectionisme, een laag zelfbeeld of gebrekkige emotieregulatie, liggen volgens onderzoekers aan de basis van veel psychische klachten.^{7,8} Generieke interventies passen daar goed bij. Deze interventies helpen de patiënt zijn algemeen functioneren (uitgedrukt als zijn copingstijl) te verstevigen. Uit onderzoek blijkt dat generieke interventies niet alleen verbetering van de copingstijl geven, maar ook vermindering van de ingangsklacht van de patiënt.^{4,9-11} Met behulp van het KOP-schema [tabel 1] brengt de huisarts of poh-ggz samen met de patiënt de klacht of het probleem in kaart. Zo ontstaat een probleemanalyse (K = O + P), die zichtbaar maakt hoe de klachten (K) begrepen kunnen worden als



De patiënt krijgt inzicht in de eigen draagkracht, de draaglast en copingstrategieën.

Foto: Shutterstock

gevolg van een toegenomen draaglast (O) en vermindering of tekort aan draagkracht (P). Een dergelijke analyse is voor veel patiënten goed te volgen.

Tabel 1

Het KOP-schema	
Klachten	Dat waar de patiënt last van heeft [klachten, symptomen, problemen, conflicten]
Omstandigheden [draaglast]	Recente gebeurtenissen die de draaglast vergroten
Persoonlijke stijl [draagkracht]	Habituele manier van reageren [tekortschietende coping]

Tabel 2

In vijf stappen van probleem naar oplossing	
1	Creëren van overzicht met het KOP-schema
2	Bespreken van samenhang: beschrijvende diagnose [K = O + P]
3	Formuleren van doelen en een plan van aanpak
4	Uitvoeren van het plan van aanpak
5	Terugvalpreventie

DE KERN

- Huisartsen kunnen bij psychische klachten een methodische aanpak hanteren op basis van het KOP-model.
- Het KOP-model biedt structuur voor de anamnese en gezamenlijke probleemdefinitie.
- Het KOP-model leidt toe naar generieke interventies.

Het model verheldert het probleem niet alleen, het helpt ook om concrete doelen en interventies te formuleren. De doelen en interventies kunnen zich richten op klachten (K), omstandigheden (O) en persoonlijke stijl (P). In de dagelijkse praktijk bestaat het KOP-model uit vijf stappen [tabel 2]. We illustreren deze aanpak aan de hand van een casus. Zoals uit de casus blijkt, kan het KOP-schema een hulpmiddel vormen waarmee de patiënt inzicht krijgt in de eigen draagkracht, de draaglast en copingstrategieën. De huisarts neemt de patiënt van het begin af aan mee in het werkmodel. Zo is het plan van aanpak maatwerk, dat in nauwe afstemming met de patiënt tot stand komt. Deze aanpak heeft Ria geholpen te begrijpen hoe het kwam dat ze ‘het niet meer zag zitten’, hulp te accepteren en aan de slag te gaan om de regie weer in eigen hand te nemen.

INTERVENTIES

In de casus vormt het KOP-model de basis voor de probleemdefinitie. Vervolgens kiezen huisarts en poh-ggz generieke interventies [tabel 4].¹² Psycho-educatie vormt de basis van de aanpak. Dat begint met het gezamenlijk definiëren van het probleem of de klachten als het gevolg van een samenloop van omstandigheden en een tekortschietende aanpak of coping. Dat geeft de patiënt overzicht en inzicht in wat meespeelt bij de problemen. De huisarts en poh-ggz praten met de patiënt over het beloop, het vervolg en mogelijke interventies. Soms is het maken van een probleemanalyse voldoende: de patiënt begrijpt wat het probleem of de klacht in stand houdt en komt zelf met een oplossing. Dat gaat op voor elk moment tijdens het KOP-werkmodel [tabel 4]. Hieronder volgt een beschrijving van de genoemde interventies.

Tabel 3

Het ingevulde KOP-schema van Ria	
Klachten	Energieverlies, wanhoop, slapeloosheid, onmacht, boosheid en verdriet
Omstandigheden	Lichamelijk verlies In de steek gelaten door partner Dreigend werkverlies en daarmee verlies van zingeving en sociale contacten [In positieve zin:] steun van kinderen
Persoonlijke stijl	Doorzetter, [in aanleg] optimist, iemand die zich niet snel van haar plaats laat duwen en die doorvecht tot het eind

Interventies die klachten verminderen

Om de klachten te verminderen, kan de huisarts of poh-ggz naast de genoemde psycho-educatie ook ontspannings-oefeningen en mindfulness suggereren (bijvoorbeeld via e-health-programma's). Bewegen en sporten helpen mensen om in actie te komen. Daarnaast kan slaaphygiëne bijdragen aan een afname van de klachten.

Interventies die het omgaan met de omstandigheden verbeteren

Het verbeteren van hulp en steun door de omgeving, time-management en het toepassen van elementen uit de problem solving-therapie (PST) kunnen patiënten helpen de regie weer in handen te krijgen. Wanneer de patiënt gebruikmaakt van hulp en steun uit de omgeving, kunnen de klachten afnemen. Soms is professionele steun nodig, bijvoorbeeld in de vorm van maatschappelijk werk, of een advocaat of geestelijk verzorger bij problemen met huisvesting, scheiding of eenzaamheid. Timemanagement of het structureren van de dag helpt patiënten activiteiten en taken (werk, mantelzorg, thuis) realistischer te plannen, waardoor meer controle en rust ontstaan. PST is een korte psychologische behandeling waarmee de patiënt in zes stappen leert problemen overzichtelijk te maken en systematisch aan te pakken.¹³ De patiënt wordt geleerd om zelf actief met de problemen aan de slag te gaan.

Interventies die de draagkracht en het copingvermogen versterken

Eigenschappen die iemand kenmerken, kunnen zowel adaptief als non-adaptief zijn. De context is daarbij bepalend. Wanneer non-adaptieve kenmerken de overhand hebben, ontstaan er klachten. Het KOP-model stimuleert patiënten inzicht te verwerven in de eigen adaptieve en non-adaptieve kenmerken. Als de patiënt dit inzicht heeft, kunnen technieken uit de psychotherapie helpen de adaptieve vermogens te vergroten. Denk hierbij aan technieken uit de cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en social learning-therapie. Zo nodig verwijst de huisarts de patiënt naar de GBGGZ of SGGZ.¹⁴ ■

CONCLUSIE

Het evidencebased KOP-model biedt de huisarts en de poh-ggz houvast om psychische klachten methodisch aan te pakken. Op basis van een analyse van de anamnese gericht op klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl komen huisarts en/of poh-ggz samen met de patiënt tot een probleemdefinitie. Het KOP-model biedt structuur bij het bepalen van de vervolgstappen, waarbij generieke interventies een wezenlijk onderdeel zijn van het plan van aanpak. De poh-ggz kan de interventies onder regie van de huisarts uitvoeren.

LITERATUUR

1. NHG/LHV-standpunt. Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
2. Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Boom, 2015.
3. Hakkaart-van Roijen L, Van Straten A, Rutte F, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. Br J Psychiatry 2007;188:323-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Tabel 4

Het KOP-model en ordening van generieke interventies		
	Doelen	Interventies
K	Verminderen van de klachten	Ontspanningsoefeningen Mindfulness Slaaphygiëne Meer bewegen
O	Omgaan met de omstandigheden	Verbeteren van hulp en steun Timemanagement Problem solving-therapie
P	Versterken van de draagkracht en coping	Cognitieve gedragstherapie Problem solving-therapie Oplossingsgerichte therapie Social learning-therapie

Starmans R, Rijnders P, Cox M. Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten. Huisarts Wet 2018;61[11]:37-9. Haagse gezondheidscentra, Den Haag: dr. R. Starmans, huisarts, straatdokter en kaderhuisarts ggz, rstarmans@shg.nl. Mentaal Beter, Terneuzen en ZHPC, Goes: P. Rijnders, klinisch psycholoog. Stichting SHOP, Den Haag: dr. M. Cox PhD, huisarts n.p. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Acute psychiatrie voor de huisarts

Dorien Cohen Stuart

Het komt niet vaak voor dat mensen in acute psychische nood een beroep doen op de huisarts, maar als dat gebeurt is het indringend en intensief voor alle betrokkenen: huisarts, poh-ggz en patiënt, maar ook naasten en ggz-behandelaars. Samenwerking met alle partijen is daarom essentieel. De *Generieke module Acute Psychiatrie* geeft handvatten voor deze samenwerking. De rol van de huisarts en poh-ggz is het signaleren van een crisis, het initiëren van een behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. Veelvoorkomende manifestaties van een psychische crisis zijn agitatie, angst en suïcidaal gedrag, die elk een eigen aanpak vereisen. In al deze situaties kunnen juist de nabijheid van de huisarts en diens specifieke vaardigheden – vraagverheldering, luisteren en meedenken – een belangrijke, de-escalerende bijdrage leveren.

EEN MAN VAN 65 JAAR

Een Surinaamse man van 65 jaar, u kent hem als joviaal en vriendelijk, vertelt dat het niet goed met hem gaat. Hij is somber, slaapt slecht en kan zelfs bijna niet meer genieten van zijn kleinkinderen. Hij gaat over drie maanden met pensioen, maar piekert de laatste tijd steeds meer over zijn baas die hem jarenlang heeft gediscrimineerd. Hij vindt dat hij zijn collega's niet in de steek kan laten door zich ziek te melden, maar houdt het werken eigenlijk niet meer vol. Hij weet niet wat hij moet doen en denkt regelmatig aan suicide als oplossing. Na een aantal gesprekken met de huisarts en de poh-ggz besluit hij vervroegd met pensioen te gaan. Hij is zichtbaar opgelucht en de suicidaliteit is verdwenen.

Het komt niet vaak voor dat mensen in acute psychische nood een beroep doen op hun huisarts – per normpraktijk worden per jaar ongeveer tien patiënten verwezen naar de crisisdienst – maar als het gebeurt, is het indringend en intensief voor alle betrokkenen.¹ Een psychische crisis ontstaat doordat het evenwicht tussen belastbaarheid en belasting ernstig verstoord is. Het eerste wat belangrijk is, is dat de huisarts of poh-ggz probeert te begrijpen waardoor de crisis is ontstaan en probeert aan te sluiten bij de emoties en gedachten van de patiënt.² Als de patiënt zich gehoord voelt, kan de huisarts of poh-ggz samen met hem of haar naar een oplossing zoeken. Het is belangrijk ook de naasten van de patiënt daarbij te betrekken, zodat er een samenwerking ontstaat tussen de patiënt, diens naasten en de huisarts of poh-ggz.³

In psychische crisissituaties is goede samenwerking onmisbaar, ook met andere hulpverleners. Er is geen NHG-Standaard Acute psychiatrie, maar er is wel een *Generieke module Acute psychiatrie*, met handvatten voor effectieve eerstelijns



Foto: iStock

Agitatie, angst en suïcidaal gedrag zijn drie veelvoorkomende manifestaties van psychische crises.

hulp bij een psychische crisis.⁴ In deze nascholing bespreken we deze module en geven we praktische handvatten voor het omgaan met patiënten in drie veelvoorkomende crisissituaties.

SAMENWERKEN IN DE ACUTE PSYCHIATRIE

In de *Generieke module Acute psychiatrie* is een belangrijke plaats ingeruimd voor de ‘crisiskaart’ [figuur 1], een persoonlijk document met praktische adviezen over een effectieve benadering en behandeling van de patiënt. De patiënt stelt deze samen op met de behandelaar.⁴ De crisiskaart wordt op dit moment landelijk ingevoerd en zal dus ook bij huisartsen meer in beeld komen.⁵

De generieke module regelt verder de samenwerking tussen hulpverleners en een aantal knelpunten daarin die door de LHV en het NHG gesignaleerd zijn. Zo mag de wachttijd vanaf de melding bij de crisisdienst tot het contact met een behandelaar maximaal 15 minuten zijn, mogen eventuele discussies over interpretatieverschillen niet worden gevoerd zolang de crisis nog niet is afgehandeld en wordt beschreven welke hulpverlener verantwoordelijk is bij overdrachtsmomenten.



Figuur 1 De crisiskaart

Wensen in geval van opname

Mijn voorkeur gaat uit naar:

Naam	GGZ Herstel, Afdeling 1
Adres	Dijkwal 10 1010 AB Dichtbij
Telefoon	023 300 00 00

Ik wil niet opgenomen worden in de Holtzkliniek.

Vertrouwenspersoon

Naam	Stella Steun (zus)
Adres	Dalstraat 172 1122 HH Haarlem
Telefoon	06-12 56 34 78

Huisarts	Dhr. D. Arts
Telefoon	023 523 53 33

Behandelaar

Naam	Dr. Deutsch
Adres	Dijkwal 10 1010 AB Dichtbij
Telefoon	023 300 00 00

Crisisdienst GGZ Dichtbij
Telefoon 023 518 7480

Alle genoemde personen zijn volledig op de hoogte van de inhoud van deze crisiskaart. Hierbij geef ik toestemming om in een crisissituatie mijn crisiskaartplan op te vragen bij adviespunt cliëntondersteuning.

datum
14 november 2017

handtekening



Deze crisiskaart is van mij en kan alleen werken als de wensen en afspraken door een ieder worden gerespecteerd en opgevat als aanwijzing hoe te handelen.

Belangstelling voor een Crisiskaart?

Neem vrijblijvend contact op met:

E-mail info@crisiskaart.nl
Website www.crisiskaart.nl

Bron: www.crisiskaart.nl.

De rol van de huisarts

De rol van de huisarts bij patiënten in een psychische crisis bestaat uit signaleren, initiëren van een behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. De huisarts moet dus weten hoe men omgaat met patiënten in acute psychische nood en welke huisartsgeneeskundige behandelmogelijkheden er zijn. Een essentieel bestanddeel in de benadering van een psychische crisis is een onbevangen, open en niet-stigmatiserende houding, zodat er ruimte ontstaat om gezamenlijk te zoeken

naar een oplossing.³ De huisarts, die nabij en bekend is, biedt een veilige omgeving. Huisartsgeneeskundige competenties zoals vraagverheldering, luisteren en meedenken kunnen veel bijdragen aan het oplossen van de crisis. Een luisterend oor en empathie alleen al werken de-escalerend.¹ Agitatie, angst en suïcidaal gedrag zijn drie veelvoorkomende manifestaties van psychische crises. Ze hebben elk hun eigen aanpak, die we hieronder zullen bespreken.

AGITATIE

Agitatie is een toestand waarin de patiënt extreem opgewonden is, wat tot uiting komt in verbale of motorische onrust.⁶ De oorzaken zijn divers: psychose, drugsgebruik, dementie of een verstandelijke beperking.⁷ Om goed in contact te kunnen komen met een geagiteerde patiënt moet men allereerst aan de eigen veiligheid denken, bijvoorbeeld door positie te kiezen tussen de deur en de patiënt in. Als de huisarts of poh-ggz zich niet veilig voelt, moet deze politie of andere hulpverleners inschakelen. Rustig contact maken, de ruimte van de patiënt respecteren en geruststellende woorden en heldere zinnen gebruiken, helpen het contact tot stand te brengen en werken de-escalerend. Ook helpt het te zoeken naar iets waar je het samen over eens bent. Het is belangrijk de waarheid van de gedachten van de patiënt te erkennen, hoe onbegrijpelijk die soms ook is. Daarmee voelt de patiënt zich gehoord en kun je contact krijgen over de spanning die de gedachten veroorzaken [**kader**]. Als er goed contact is, ontstaat er een werkrelatie. Dan kun je samen met de patiënt en diens naasten gaan zoeken naar de oorzaak van de agitatie, en samen tot een oplossing komen. Bij een psychose en bij druggebruik is vaak medicatie nodig (zie verder). Bij dementie is het belangrijk een delier uit te sluiten. Bij patiënten met een verstandelijke beperking is het inschakelen van een vertrouwd persoon meestal voldoende om de situatie te de-escaleren.⁶

Juist de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts kunnen van groot belang zijn in een crisis

Medicatie

De medicamenteuze aanpak van agitatie bestaat uit neuroleptica en benzodiazepines.⁶ De huisarts kan als eerste interventie lorazepam of haloperidol toepassen. Alle patiënten met agitatie kunnen worden behandeld met lorazepam, 1 à 2,5 mg per os.⁸ Haloperidol wordt gebruikt bij volwassenen met een psychose en bij ouderen met agitatie. De gebruikte doseringen zijn 5 mg bij psychose en 1 à 2 mg bij ouderen. Bij ouderen moet men overigens niet te snel medicatie overwegen, want bij hen is de kans op bijwerkingen groter.

DE KERN

- In acute psychische crises is samenwerking tussen huisarts, poh-ggz, patiënt, naasten en andere hulpverleners van groot belang.
- De crisiskaart is een hulpmiddel bij het behandelen van patiënten in acute psychische nood.
- Luisteren, begrip tonen en aansluiten bij de patiënt zijn belangrijk en kunnen de-escalerend werken.

KADER. TIEN MANIEREN VOOR DE-ESCALATIE

1. Respecteer de persoonlijke ruimte van de patiënt.
2. Ga niet direct voor de patiënt staan, laat zien dat je de patiënt geen kwaad wilt doen (handen in het zicht, niet gesloten, geen gesloten houding, geen starend oogcontact).
3. Probeer verbaal contact te maken:
 - a. laat slechts één iemand met de patiënt praten;
 - b. spreek duidelijk en in rustig tempo;
 - c. introduceer jezelf en verschaft informatie, uitleg en geruststelling;
 - d. wees empathisch en respectvol, maar resoluut over grenzen en veiligheid.
4. Wees beknopt, houd het simpel en herhaal.
5. Betrek de patiënt zoveel mogelijk bij de interventies.
6. Luister goed naar wat de patiënt zegt en probeer dat te begrijpen, parafraseer nadrukkelijk.
7. Zoek een onderwerp waarover je het eens kunt zijn.
8. Vertel de patiënt wat wel en niet acceptabel is en spreek de patiënt aan op onveilig of ongepast gedrag.
9. Geef de patiënt een keuze (medicatie) en schets het perspectief.
10. Bespreek na afloop de situatie met de betrokkenen.

Bron: Luykx 2017⁸

ANGST

Angst is niemand vreemd, maar abnormale angst ontstaat zonder begrijpelijke dreiging. Een paniekaanval is plotse hevige angst die gepaard gaat met lichamelijke en psychische symptomen.⁹ Iemand die in paniek is, heeft hulp nodig om te kalmeren. Het helpt als de huisarts, de poh-ggz en de praktijkassistenten een rustige houding hebben en als er een rustige plek is waar de patiënt de tijd en de ruimte heeft om te aanval te doorstaan. Ook helpt uitleg over de juiste (buik)ademhaling en de lichamelijke effecten van paniek. Als de patiënt tot rust is gekomen, kan de huisarts of poh-ggz verdere uitleg geven over angst en paniek. De NHG-Standaard Angst helpt bij het verdere beleid.⁹ Patiënteninformatie over angst- en paniekstoornissen is te vinden op www.thuisarts.nl. Het is van belang een eventuele somatische oorzaak uit te sluiten. Deze kan zo nodig behandeld worden nadat de eerste paniek is afgenomen.⁶ De meest voorkomende somatische aandoeningen die tot een angstaanval kunnen leiden, zijn:

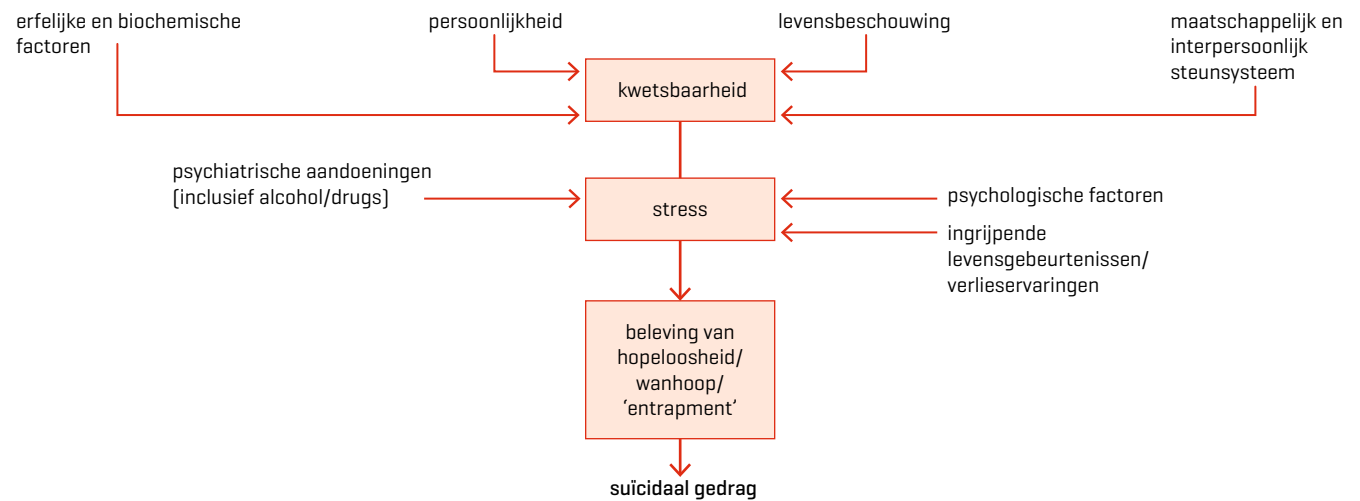
- angina pectoris
- pneumothorax
- exacerbatie COPD
- hartritmestoornis
- astma

Medicatie

Als praten (bijna) onmogelijk is, kan medicatie noodzakelijk zijn. Bij heftige angst zijn benzodiazepines de eerste keus,

Figuur 2

De rol van kwetsbaarheid, stress en entrapment bij suïcidaal gedrag



Bron: Van Hemert 2012.¹³

bijvoorbeeld alprazolam 0,5 tot 1 mg of lorazepam 1 tot 2,5 mg per os.¹⁰

SUÏCIDAAL GEDRAG

‘Suïcidaal gedrag’ is een verzamelbegrip voor suïcidale gedachten, plannen en suïcidepogingen. Dit gedrag heeft grote impact op de naasten en op hulpverleners, die alles op alles zetten om suïcide te voorkomen.¹¹ Suïcidaal gedrag komt voort uit een ernstig verstoord evenwicht tussen de kwetsbaarheid van de patiënt, stressfactoren en beschermende factoren.¹² Er ontstaat een bewustzijnsvernauwing, *entrapment* genoemd, waardoor de patiënt geen andere uitweg meer ziet dan suïcide [**figuur 2**]. Het is essentieel dat de huisarts of poh-ggz de suïcidale gedachten en plannen onbevangen en begripvol bespreekt.¹⁴ Daarbij kan men onderzoeken welke factoren hebben bijgedragen aan de suïcidale gedachten en begrijpen waardoor de patiënt klem zit. De meeste mensen met suïcidaal gedrag willen niet dood, maar willen niet verder leven zoals het nu is.¹² Dat geeft ruimte om samen te zoeken naar mogelijke alternatieven, die de patiënt niet meer kan zien. Op het moment dat er perspectief ontstaat, is het acute gevaar vaak al afgewend. Als de acute suïcidaliteit onvoldoende afneemt, is verwijzing naar de ggz noodzakelijk. Bij de hulp aan mensen met suïcidaal gedrag zijn diens naasten van groot belang.¹⁴ Ze kunnen een bondgenoot zijn voor de huisarts en een beschermende en steunende factor voor de patiënt. Goede informatie voor naasten is te vinden in de zelfmoordpreventiewijzer op www.113.nl.

CONCLUSIE

Bij acute psychische crisissituaties is goede samenwerking met de patiënt, diens naasten en alle hulpverleners van groot belang

– de *Generieke module Acute psychiatrie* geeft daarvoor een aantal heldere handvatten.⁴ Binnen deze samenwerking is de taak van de huisarts het signaleren, initiëren van behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. In het algemeen werken goed luisteren, aansluiten bij het verhaal van de patiënt en begrijpen hoe de crisis is ontstaan al de-escalerend. Zo nodig kan met een klein arsenaal aan middelen de eerste medicatie gegeven worden. Juist de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts en diens specifieke competenties, zoals verhelderen van de hulpvraag, luisteren en meedenken, kunnen belangrijk zijn voor patiënten in acute psychische nood. Bij het zoeken naar een oplossing voor de crisis is het zaak de gezamenlijke kennis en kunde – en verantwoordelijkheid – te mobiliseren van de patiënt, diens naasten en de ggz. ■

LITERATUUR

1. Dopper J, Van Avendonk A, Emaus C, Hogendorp J, Moolenburgh H, Oud, M. NHG/LHV-standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
2. Vink M, Groot B, Schout G, Abma T, Huberts M. Goede zorg bij crisis: het belang van contact. Amsterdam: Centrum voor Cliëntervaringen, 2017.
3. Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016. www.ggzstandaarden.nl, geraadpleegd september 2018.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Cohen Stuart C. Acute psychiatrie voor de huisarts. Huisarts Wet 2018;61[11]:40-3.
Huisartsenpraktijk Johan de Witt, Arnhem: D. Cohen Stuart, huisarts, kaderarts ggz, doriencs01@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Partydrugsgerelateerde klachten

Gerard-Jan Alderliefste, Jurgen Damen

Jonge drugsgebruikers praten niet makkelijk met hun huisarts over drugsgebruik. Ze generen zich, vrezen dat hun ouders het te weten komen of denken dat hun huisarts deze specifieke klachten niet zal kennen. Omgekeerd weten huisartsen vaak niet wie risico lopen en wat de risico's van deze middelen zijn, of wat interacties zijn met medicatie. Het is bovendien lastig om betrouwbare informatie te vinden voor professionals, gebruikers en ouders. Doel van dit artikel is het vergroten van kennis en herkenning van aan partydrugs gerelateerde klachten.

Het gebruik van drugs is van alle tijden. De drugs die worden gebruikt, de omgeving waarin dat gebeurt en de risico's die daarmee gepaard gaan, verschillen per generatie. De drugs-problematiek van de hippies uit de jaren zestig, die van de gabbers uit de jaren negentig en die van de festivalgeneratie

CASUS STIMULERENDE DRUGS

Een 25-jarige vrouw meldt zich telefonisch op het Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs (LMSP) vanwege angstklachten, een constant gevoel van spanning en één keer per twee weken een paniekaanval met zweetaanvallen, hartkloppingen en angstgevoelens. Het begon nadat ze bijna een jaar geleden op een festival een pil 4-FMP nam waarna ze een week last had van zwakte, misselijkheid en concentratiestoornissen. De voorgeschiedenis vermeldt recreatief en ongecompliceerd speedgebruik, maximaal eenmaal per twee maanden in het festivalseizoen en eenmalig xtc-gebruik met een gevoel van controleverlies. Ze heeft last van het prikkelbaredarmsyndroom en er is sprake van vermijdende persoonlijkheidstrekken, aanleg tot piekeren en als mogelijk traumatische ervaring gepest zijn op school. De arts stelt de diagnose gegeneraliseerde angststoornis. Het drugsgebruik zou als een trigger hebben gewerkt bij een bestaande gevoeligheid. De arts stelt, in samenspraak met de praktijkondersteuner van de huisarts, een behandelplan op. Met het oog op de angststoornis krijgt de patiënt het advies om geen drugs te gebruiken.



Foto: Hollandse Hoogte

van nu lopen sterk uiteen.¹ Als middelen met uitgaan samenhangen, worden de termen ‘partydrugs’ of ‘uitgaansdrugs’ (Engels: *recreational drugs*) gebruikt. Typische partydrugs zijn xtc (ecstasy), cocaïne en speed, en in iets mindere mate GHB, 2-CB (een middel dat op xtc lijkt, maar dosisafhankelijk meer hallucinogeen is) en 4-FA (4-FMP). Deze laatste, een mildere variant van xtc, wint snel aan populariteit. Drugs die minder vaak in het uitgaansleven voorkomen zijn cannabis, lsd, paddo's/truffels en nieuwe psychoactieve stoffen (NPS), zoals 6-APB en *benzo fury*, een kruising tussen xtc en amfetamine.

In Nederland komt drugsgebruik onder jongeren relatief veel voor. In de EU gebruikte het afgelopen jaar naar schatting gemiddeld 1,7% van de 15- tot 34-jarige jongeren en jongvolwassenen xtc, vergeleken met 6,6% voor Nederland. Cannabis is over de hele linie de meest gebruikte drug: in 2015 hebben naar schatting 2,8 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder (21,1%) ooit in hun leven cannabis gebruikt. Momenteel is xtc het populairst – in 2015 had naar schatting 1 op de 14 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit xtc gebruikt (7,0%). Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 930.000 personen. Het gebruik van xtc in 2016 ligt op 2,8%, rond de 380.000 personen.² Bij ongeveer 4% persisterende klachten zijn er alleen al door xtc in Nederland geëxtrapoleerd ongeveer 15.000 personen met langdurige klachten.³ Trends rond partydrugs worden gemonitord in ‘Het grote uitgaansonderzoek’, een aselechte steekproef, die niet representatief is voor de bevolking.⁴

RISICO'S

Er zijn drie soorten drugs te onderscheiden: stimulerende, dempende en hallucinogene middelen.

DE KERN

- De Nederlandse jeugd gebruikt vaak partydrugs. Het verdient aanbeveling om drugs- en alcoholgebruik bij elke patiënt tussen 14 en 35 jaar ter sprake te brengen.
- Patiënten met psychiatrische klachten (angststoornissen, PTSS) en patiënten met migraine lopen een risico om langdurige gevolgen van partydrugsgebruik te ontwikkelen.
- De huisarts kan een grote rol spelen bij het bespreekbaar maken van drugsgebruik en het voorkomen van de nadelige gevolgen ervan.
- Bij alle angst- en depressieklachten, slaap- en concentratiestoornissen, en waarnemingsstoornissen (visus, evenwicht) moet de huisarts aan een relatie met middelengebruik denken.
- Sommige invaliderende langetermijngevolgen kunnen worden gemist, zoals *hallucinogen persisting perception disorder* (HPPD) en depersonalisatie en derealisatie.

CASUS DEMPENDE DRUGS

Een 17-jarige man wordt bewusteloos aangetroffen op een feest. Een aanwezige EHBO'er belt 112 en zegt dat de man niet reageert op verbale en pijnlijke stimuli. Hij heeft een hartslag van 62/min en een ademhalingsfrequentie van 12/min. In het ziekenhuis blijkt een toxicologische urinescreening negatief voor cocaïne, amfetaminen, benzo-diazepinen, cannabis en opiaten. De man heeft een lage ethanolconcentratie van 0,4 mg/L (= 0,0004 promille). De patiënt komt spontaan bij bewustzijn en het coma duurde ongeveer 3 uur. De man vertelt GHB te hebben ingenomen.

CASUS HALLUCINOGENE DRUGS

Een 28-jarige man met enkele paniecreacties na cannabisgebruik in de voorgeschiedenis komt bij de huisarts met sinds drie weken aanhoudende klachten die hem doen vrezen voor een psychose. Hij is angstig, zijn stemming is vlak en hij heeft suïcidale gedachten. Hij ziet stipeltjes op muren en draadjes in zijn gezichtsveld, en heeft nabeelden bij sterke lichtbronnen. Daarnaast zijn er klachten van depersonalisatie en derealisatie. Deze klachten zijn ontstaan na het roken van een joint met een onbekend THC-gehalte, na een periode zonder cannabisgebruik. De huisarts verwijst hem door naar de ggz, met de vraag om psychodiagnostiek. Vervolgens wordt de patiënt doorverwezen naar het LMSP omdat de klachten met drugsgebruik samenhangen. Daar worden de volgende diagnoses gesteld: HPPD, en de [*drug-induced*] depersonalisatie-derealisatestoornis, bij een man met een stoornis in het gebruik van cannabis.

Stimulerende drugs

Stimulerende drugs verhogen vooral noradrenaline en dopamine, met als gevolg verhoging van de hartslag en bloeddruk, pupilverwijding en slaapdeprivatie. Speed, xtc en cocaïne zijn de meest voorkomende voorbeelden, waarbij cocaïnegebruik gepaard gaat met het hoogste cardiale risico.^{5,6} Dit kan zich uiten in plotse hartdood en een 24 maal hoger risico op een hartaanval in de eerste 60 minuten na gebruik.⁷ Bij gepredisponeerden kunnen er angst- en panieklachten ontstaan, waarbij geruststelling, aanwezigheid van anderen en telefonisch vervolgcontact op dezelfde avond kunnen volstaan. Zet eventueel kortdurend benzodiazepinen in, zoals oxazepam en lorazepam met respectievelijk startdoseringen van 10 en 0,5 mg, met zo nodig een oplopende dosering. Gebruik bij voorkeur geen metoprolol, in verband met de alfaressorreactie. Cocaïne verhoogt zowel de alfa- als bèta-activiteit. Blokkade van de bèta-activiteit verhoogt dan de alfa-activiteit. Dit geeft een potentieel gevaarlijke toename van vasoconstrictie en een bloeddrukverhoging.⁸ In tegenstelling tot speed en cocaïne zijn xtc en paddo's nauwelijks verslavend.⁹ Xtc kan wel grote korte- en langetermijgezondheidsrisico's hebben. De xtc-hulpvraag betreft een relatief kleine groep in de verslavingszorg, met een aandeel van minder dan 1% (122 personen). Acute en subacute klachten (hyperthermie, hartkloppingen, angst) komen terecht op de HAP en op de SEH. Aanhoudende klachten zoals *hallucinogen persisting perception disorder* (HPPD) en depersonalisatie en derealisatie worden vaak niet herkend en de symptomatologie wordt verzameld, gecategoriseerd en behandeld via het LMSP van Brijder Jeugd.¹⁰



Partydrugs, een greep uit het aanbod.

Foto: Getty iStock

Dempende middelen

Dempende middelen zijn alcohol en GHB die via gamma-aminoboterzuurverhoging en glutamaatverlaging in de hersenen hun effect sorteren. GHB heeft een hoog verslavings-potentieel, GBL is de tweemaal sterkere variant, waaruit het lichaam weer GHB maakt. In 2016 was het aantal GHB-aanmeldingen in de verslavingszorg 837. In 2007 was dit nog 50. De toename is nu gestopt. Er kunnen ook bijwerkingen optreden, zoals ernstige agitatie, oververhitting, wanen en verwardheid. Over de frequentie van deze bijwerkingen bestaan geen betrouwbare cijfers. Er zijn wel cijfers uit de Trimbos-monitor incidenten uit 2016.¹¹ Ambulancediensten zagen in dat jaar

Verslavingsbehandeling kan ambulant plaatsvinden, maar detoxificatie is voorbehouden aan een kliniek die aan een algemeen ziekenhuis is gelieerd. GHB kan incidentele gebruikers in een comateuze toestand brengen, terwijl ze zich bijvoorbeeld nog op een festival bevinden. De korte halfwaardetijd van GHB maakt dat observatie tot ontwaken volstaat. Deze observatie moet klinisch plaatvinden vanwege het risico op verstikking gedurende de coma. GHB heeft een zeer korte halfwaardetijd (21 minuten), die bij hogere doseringen kan oplopen tot 45 minuten. GHB laat zijn maximale effect zien na 30 tot 60 minuten. Bloed kan het best binnen 6 tot 8 uur na inname van GHB worden afgenomen, en urine binnen 10 tot 12 uur.

Hallucinogene middelen

Hallucinogene middelen werken onder andere via een blokkade van de specifieke serotoninereceptor 5-HT_{2a} in de hersenen. Hierdoor kan bijvoorbeeld een SSRI de bijwerkingen van cannabis versterken. Het gebruik van paddo's, truffels, 2C-B, LSD, cannabis en ook xtc kan een overweldigende ervaring geven. Personen met controlerende karaktertrekken of angststoornissen in de voorgeschiedenis kunnen een immense doodsangst krijgen, een zogenaamde *bad trip*. Die kan leiden tot bij PTSS bekende depersonalisatie- en derealisatieklachten, waarmee ook EMDR binnen het behandelplan past. Derealisatie en depersonalisatie zijn goedaardig en van voorbijgaande

aard bij 30 tot 70% van de adolescenten en komen in 50 tot 80% van de gevallen voor bij andere psychiatrische stoornissen. Bij 1 tot 2% van de gebruikers die klachten krijgen kunnen deze overgaan in de persisterende depersonalisatie-derealisatetoornis.¹² HPPD kan verergeren door stimulerende middelen, maar wordt veroorzaakt door hallucinogenen. De verschijnselen doen soms denken aan die van een psychose, gezien bijvoorbeeld het ervaren van lucht in het hoofd, het voelen van schokjes en trillingen of het ervaren van beweging bij stilstaan. De visuele waarnemingsstoornissen, zoals oogruis, mouches volantes en nabeelden, worden in theorie verklaard door verminderde frontale inhibitie en verhoogde occipitale schorsactiviteit.¹³

DE ROL VAN DE HUISARTS

Informatie over drugs

Bij vragen over drugs kan de huisarts de patiënt verwijzen naar betrouwbare bronnen, zoals drugsinfo.nl van het Trimbos-instituut, drugsinfoteam.nl, jellinek.nl of unity.nl. Met het oog op preventie zouden alle gebruikers de 'bijsluiters' moeten hebben gelezen voor ze drugs gebruiken. Dit geldt vooral bij risicofactoren voor bijwerkingen, zoals pre-existente angst- of stemmingsstoornissen. Dit zijn contra-indicaties voor gebruik van drugs. Op deze sites kunnen patiënten, verwijzers en ook ouders terecht. Ook organiseren instellingen voor verslavingszorg ouderavonden en trainingen. Het Trimbos-instituut biedt ook documentatie, bijvoorbeeld *Mijn kind en drugs*. Vragen over interacties komen op deze plekken aan de orde. Ze kunnen ook door ziekenhuisapothekers beantwoord worden. De landelijke drugmonitor en de monitor drugsincidenten op de website van het Trimbos-instituut bieden informatie over epidemiologie.

Bespreekbaar maken

Aanleiding voor het bespreekbaar maken van middelengebruik zijn algemene klachten, zoals moeheid, afvallen of eetstoornissen, zintuiglijke waarnemingsklachten, inclusief evenwichtsstoornissen, sociale klachten als relatie-, gezins- of werkproblemen en alle psychische klachten. Patiënten met angst- en depressieklachten, mensen met migraine in de voorgeschiedenis (gebaseerd op een hoge prevalentie in LMSP en op overlap in symptomatologie) en feitelijk alle patiënten tussen 14 en 35 jaar verdienen een gesprek over de risico's van drugsgebruik. Wijs de patiënt daarbij op het beroepsgeheim. Dankzij zo'n gesprek met zijn huisarts leert de patiënt dat erover gepraat kan worden. 'We leven in een tijd met veel drugsgebruik, mag ik je vragen hoe jij daarmee omgaat?' zou een openingszin van zo'n gesprek kunnen zijn. 'Weet je de weg naar informatie?' is een goede tweede vraag. Voor een SSRI krijgt een patiënt een bijsluiter, dus voor een middel dat velen malen sterker en op gelijke wijze werkt (xtc), is dat nog belangrijker, maar velen gebruiken het impulsief en zonder voorinformatie. Probeer onbevooroordeeld naar de patiënt te luisteren, die soms worstelt met schuldgevoelens en gevoelens van onzeker-

heid over de aard van de klachten. Ruim extra tijd in en zoek samen naar informatie. Erken uw eigen beperkingen ('Ik ken het niet, maar wil graag met je meedenken') en verwijs op de juiste wijze door. Het is belangrijk woorden als 'psychose' en

Alle gebruikers zouden de 'bijsluiters' moeten lezen voor ze drugs gebruiken

'hersenschade' te vermijden en niet hardop te denken. Het helpt te vertellen dat de angstklachten, en depersonalisatie- en derealisatieverschijnselen geen blijvende schade aan de hersenen veroorzaken. ■

LITERATUUR

- Goossens FX, Van Hasselt NE. Strategische verkenning Uitgaansdrugs 2015. Utrecht: Trimbos Instituut, 2015.
- Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drugs Monitor Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos Instituut, 2016
- Baggot MJ, Coyle JR, Erowid E, Erowid F, Robertson LC. Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: a web-based questionnaire. Drug Alcohol Depend 2011;114:61-7.
- Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016. Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
- Riezzo I, Fiore C, De Carlo D, Pascale N, Neri M, Turillazzi E, Fineschi V. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. Curr Med Chem 2012;19:5624-46.
- Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. Eur Heart J 2010;31:318-29.
- Mittleman MA, Mintzer D, Maclure M, Tofler GH, Sherwood JB, Muller JE. Triggering of myocardial infarction by cocaine. Circulation 1999;99:2737-41.
- Zilker T. Poisoning with ecstasy or cocaine. Why no beta blockers? Internist (Berl) 1999;40:981.
- Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. LADIS, Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten: Stichting IVZ, 2016.
- Drugsinfoteam. Brijder Jeugd Verslavingszorg, Parnassia-groep.
- Wijers L, Croes E, De Ruiter N, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten. Factsheet 2016. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
- Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:9-18.
- Abraham HD, Duffy FH. Stable quantitative EEG differences in post-LSD visual disorder by split half analyses: evidence for disinhibition. Psychiat Res 1996;67:173-87.

Alderliefste GJ, Damen J. Partydrugsgelateerde klachten. Huisarts Wet 2018;61[11]:44-7.
Brijder Jeugd, Alkmaar: G.J. Alderliefste, verslavingsarts KNMG, gerard.alderliefste@brijder.nl; J. Damen, huisarts, j.damen@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Depressie

1.

Biesheuvel onderzocht het effect van cognitieve therapie op het voorkomen van terugval in een depressie. In de interventiegroep met cognitieve therapie was de recidiefkans 14,5% lager dan in de controlegroep. Biesheuvel vergelijkt dit effect met effecten uit eerder onderzoek. Welke bewering geldt voor het gemeten effect in haar onderzoek?

a. Dit is kleiner dan zij had verwacht.
b. Dit is groter dan zij had verwacht.
c. Dit is zoals zij had verwacht.
2.

Antidepressiva hebben een therapeutische en een preventieve werking bij depressie. Deze medicijnen kunnen terugval van depressie echter niet altijd voorkomen. Op welke tekortkoming van antidepressiva wijst Biesheuvel in haar artikel?

a. De bijwerkingen.
b. Geringe effectiviteit.
c. Lage therapietrouw.
3.

Behandeling (cognitieve gedragstherapie) van slaapstoornissen leidt niet alleen tot vermindering van de slaapstoornis, maar kan ook leiden tot vermindering van depressieve klachten. In het onderzoek van Van der Zweerde naar de effecten van slaaptherapie bij patiënten met slaap- en depressieve klachten verminderde bij een deel zowel de slaap- als de depressieve klachten. Hoe groot was dat deel?

a. Ongeveer een derde.
b. Ongeveer de helft.
c. Ongeveer twee derde.
4.

Depressies hebben de neiging te recidiveren. De patiënten in het onderzoek van Biesheuvel die de controlegroep vormden, hadden allen twee of meer depressies doorgemaakt en kregen de gebruikelijke zorg. Zij werden gedurende een jaar gemonitord op het optreden van recidieven.
5.

In 2014 werd de basis-ggz ingevoerd. Huisartsen konden daarna alleen nog patiënten met een psychiatrische stoornis naar de specialist-ggz verwijzen en in de meeste huisartsenpraktijken (88%) kwam een poh-ggz te werken. Magnée onderzocht de effecten van de invoering van de basis-ggz op de huisartsenpraktijk. Welk effect vond zij?

a. Het aantal consulten voor psychische problemen nam af bij de huisarts.
b. Het aantal consulten voor psychiatrische problemen bleef gelijk bij de huisarts.
c. Het aantal consulten voor psychiatrische problemen nam toe bij de huisarts.
6.

Depressies komen in Nederland vaak voor en veroorzaken een hoge ziektebelasting. Welke cijfers gelden in Nederland voor de volwassen leeftijdsgroep (18 tot 64 jaar)?

a. 10% krijgt ooit in het leven een depressie, binnen een jaar krijgt 2% uit de groep een depressie.
b. 20% krijgt ooit in het leven een depressie, binnen een jaar krijgt 5% uit de groep een depressie.
c. 35% krijgt ooit in het leven een depressie, binnen een jaar krijgt 10% uit de groep een depressie.
7.

De huisarts gaat op verzoek van de buurvrouw op bezoek bij mevrouw Kars, 83 jaar. Mevrouw Kars is alleenstaand en een zorgmijder. De buurvrouw meldt dat ze zichzelf slechter verzorgt en soms buiten rondwerft. Laatste medische gegevens zijn van drie jaar geleden: astma, moeite met

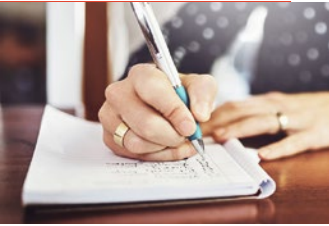


Foto: iStock

- lopen en een verlaagde stemming. Tijdens de visite is mevrouw Kars helder, maar ook apathisch, ze heeft moeite het gesprek te volgen en vervalt vaak in herhaling. Bij onderzoek valt op dat ze vermagerd is. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?
- a. Delier.
b. Dementie.
c. Depressie.
8.

De huisarts bespreekt met mevrouw Swart, 42 jaar, welke vorm van psychotherapie het meest geschikt is voor haar terugkerende depressies. Overbelasting op het werk is meestal de oorzaak en een moeilijk contact op het werk is vaak het begin van een ziekteperiode. Vervolgens krijgt de patiënt negatieve gedachten over het werk en over zichzelf. Voor welke vorm van psychotherapie komt mevrouw Swart het meest in aanmerking?

a. Cognitieve gedragstherapie.
b. Interpersoonlijke therapie.
c. Mindfulness.
d. Psychodynamische therapie.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Biesheuvel-Leliefeld K, Dijkstra-Kersten S, Van Schaik A, et al. Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen. Huisarts Wet 2018;61(11):20-3.
Van der Zweerde T, Van Straten A, Eftting M, et al. Internettherapie voor insomnie vermindert ook depressieklachten. Huisarts Wet 2018;61(11):24-7.
Magnée T, De Beurs D, Schellevis F, et al. Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. Huisarts Wet 2018;61(11):14-7.
NHG-Standaard Depressie [tweede herziening]. Huisarts Wet 2012;55:252-9.

ANTWOORDEN

1a / 2c / 3c / 4c / 5c / 6b / 7b / 8b

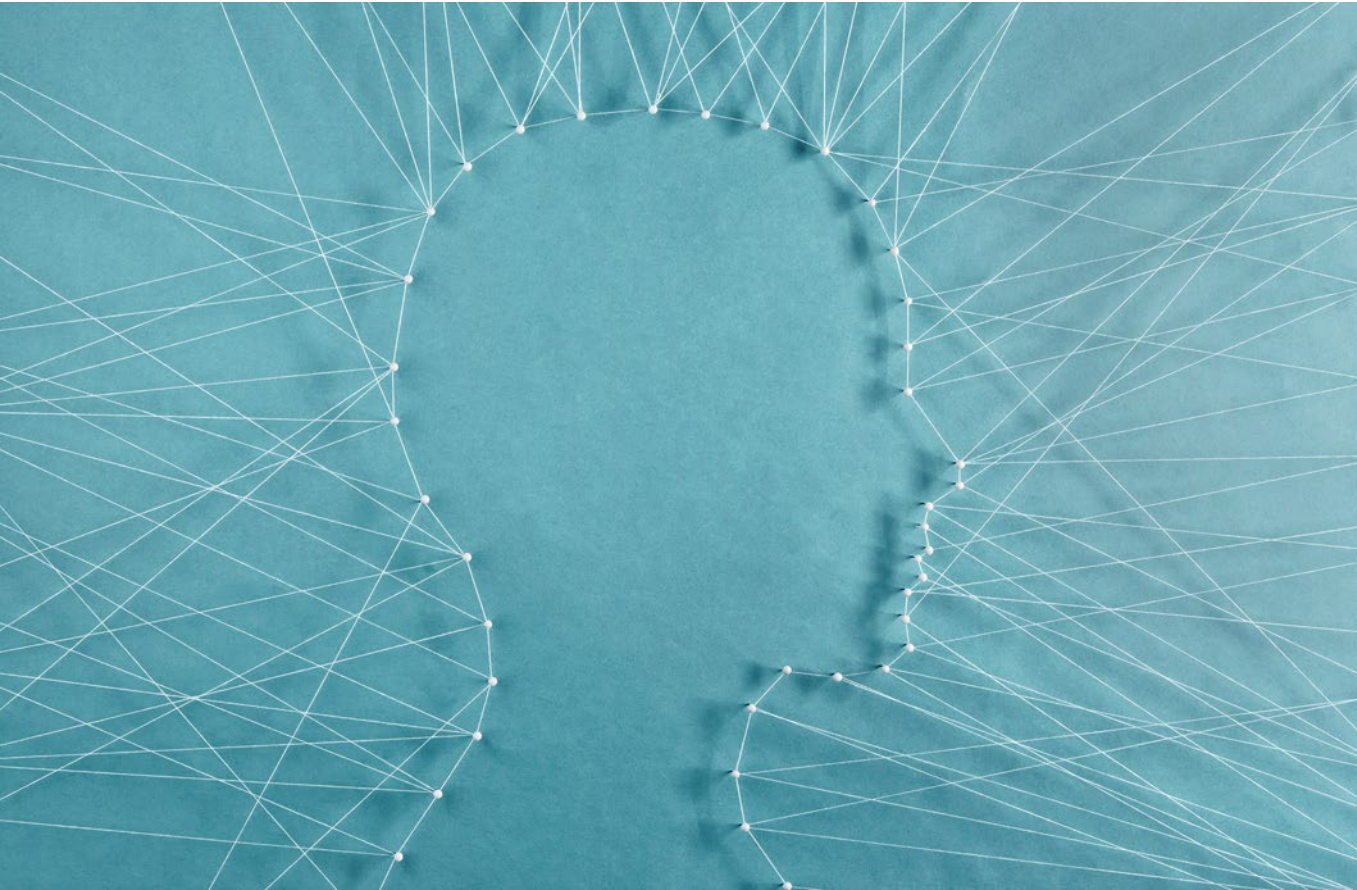
Consultatie bij ggz-vragen, hoe pak je dat aan?

Marian Oud, Anne van Lammeren

Huisartsen en praktijkondersteuners-ggz zetten zich in voor de psychische gezondheid van hun patiënten, maar zitten soms met vragen waarop ze het antwoord niet weten. In zulke gevallen kan consultatie met een ggz-deskundige uitkomst bieden. De kunst is om dan een consultatievraag te formuleren die iets oplevert, wat vraagt om reflectie op de problematiek. Hoe werkt consultatie en hoe kunt u deze het beste organiseren?

In 2014 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de consultatieregeling-ggz.¹ Dankzij deze regeling kunnen huisartsen en praktijkondersteuners-ggz (poh's-ggz) gebruikmaken van de expertise van ggz-deskundigen. Het doel is de patiënt sneller

en doelmatiger te helpen. Consultatievragen gaan over de diagnostiek, verwijsmogelijkheden en behandelopties, zoals het voorschrijven van psychofarmaca bij chronische aandoeningen. Ook kunnen huisartsen en poh's vragen stellen over de bejegening van een als 'moeilijk' ervaren patiënt.² Omdat chronische patiënten steeds meer worden terugverwezen naar de huisartsenzorg, verwachten we dat dit soort vragen zal toenemen. De poh's-ggz hebben behoefte aan een klankbord voor de problemen waar zij tegenaan lopen. Maar niet alle huisartsen hebben de tools of de tijd voor het bespreken van specifieke ggz-problemen. Hiervoor kan de zorggroep oplossingen bieden. In deze nascholing beschrijven we hoe consultatie werkt en hoe u deze kunt organiseren.



Het organiseren van consultaties is een extra stap die huisartsen moeten zetten om ervoor te zorgen dat ze het groeiende aantal ggz-vragen aankunnen.

Foto: iStock

- DE KERN**
- Consultatie verruimt de mogelijkheid om patiënten met psychische problemen binnen de huisartsenpraktijk te helpen.
 - Het organiseren van consultaties is een extra stap die huisartsen moeten zetten om ervoor te zorgen dat ze het groeiende aantal ggz-vragen aankunnen.
 - Consultatie kan op drie manieren uitgevoerd worden; het driehoeksgesprek is tegelijkertijd een leerconsult voor de huisarts of praktijkondersteuner-ggz.
 - Kaderhuisartsen-ggz hebben goed zicht op de ggz-problemen in de huisartsenpraktijk en kunnen binnen de zorggroep een advies- én consultatiefunctie hebben.

WERKWIJZE

Er zijn drie consultatiemodellen. Het eenvoudigste is het adviesgesprek. Hierbij vraagt de huisarts/poh-ggz advies aan een ggz-deskundige over de diagnostiek of behandeling. Dit kan telefonisch, schriftelijk of face to face.³ Vooraf bespreekt de huisarts/poh-ggz de consultatievraag met de patiënt en vraagt diens toestemming voor een consult. De huisarts/poh-ggz noteert het advies in het HIS, om het vervolgens met de

Het is makkelijker om logistieke, financiële en juridische afspraken in een groter verband te maken

patiënt te bespreken. Hierin verschilt het adviesgesprek van een intercollegiaal overleg, dat vrijblijvender is. Het tweede model betreft een driehoeksgesprek tussen consulent, huisarts/poh-ggz en de patiënt. Voor de huisarts/poh-ggz betekent dit een tijdsinvestering, maar het is ook een leerconsult. De eigen blik wordt verbreed en vaardigheden kunnen worden afgekeken. De meeste patiënten waarderen

CASUS 1

De poh-ggz heeft de kaderhuisarts-ggz om advies gevraagd bij de begeleiding van een 32-jarige vrouw met burn-out. Met cognitief gedragsmatige technieken heeft de poh-ggz geprobeerd de patiënt te greep te laten krijgen op haar klachten. Ondanks haar inzet zijn de klachten na zes weken niet verminderd. De poh-ggz vraagt zich af of er onderliggende problematiek is, zoals een gegeneraliseerde angststoornis of persoonlijkheidsproblematiek, en wil dit toetsen in een driehoeksgesprek waarbij zowel de patiënte als de poh-ggz aanwezig is. De kaderhuisarts-ggz vraagt welke acties effectief waren en welke factoren meespelen bij de stagnatie van de behandeling. Vervolgens vraagt hij systematisch naar alle probleemgebieden, waarbij blijkt dat de patiënte alcohol is gaan drinken om te kunnen slapen, wat tot botsingen met haar partner leidt. Zij heeft dit uit schaamte niet eerder verteld en omdat er niet naar gevraagd werd. Er wordt een nieuw behandelplan geformuleerd, waarin het alcoholgebruik wordt aangepakt en haar partner wordt uitgenodigd voor de komende gesprekken.

het dat er goed naar hun problemen wordt gekeken, en consultatie verbetert ook hun therapietrouw.⁴

Dit driehoeksgesprek laat zien hoe een blinde vlek in de differentiële diagnose wordt opgespoord. Door de systematische aanpak ontstaat een nieuwe opening om de door schaamte achtergehouden informatie bespreekbaar te maken en het behandelplan bij te stellen. In het derde model legt de huisarts/poh-ggz een consultatievraag voor aan de consulent, die vervolgens alleen met de patiënt spreekt, zijn advies uitbrengt en in het keteninformatiesysteem noteert. Dit gesprek vindt plaats in de huisartsenpraktijk of in de praktijk van de consulent. Dit laatste kan een belasting zijn voor de patiënt.

HELDERE ROLVERDELING

Voorafgaand aan een consultatie vraagt de huisarts/poh-ggz toestemming aan de patiënt om informatie te delen met de consulent, en legt uit dat de consulent een advies geeft en

CASUS 2

Een 38-jarige man met een obsessieve-compulsieve stoornis is met cognitieve gedragstherapie en medicatie (fluvoxamine) adequaat behandeld in de tweedelijns-ggz. Inmiddels heeft hij een baan en een relatie. Gezien de stabiele situatie is de patiënt terugverwezen naar de huisarts, die zijn medicatie herhaalt. Nu wil de patiënt weten of hij ook zonder medicatie goed kan functioneren. Eerder was hij zelf met zijn medicijnen gestopt, maar toen waren de dwangklachten teruggekomen. Hij is bang dat het weer misgaat als hij zonder begeleiding afbouwt. De huisarts schakelt de consulent-psychiater in, die uitleg geeft over onttrekkingsverschijnselen en de wijze waarop de medicatie in kleine stapjes afgebouwd kan worden. De patiënt gaat akkoord met een nieuw plan, met begeleiding door de poh-ggz. Hij voelt zich gehoord en kan meebeslissen over de manier waarop hij zijn medicatie zal verminderen, ondersteund door de huisartsenpraktijk.

niet de behandeling overneemt. Bij aanvang van het consultatiegesprek met de patiënt gaat de consulent na of de wederzijdse verwachtingen juist zijn afgestemd; in het driehoeksgesprek is dit meer de taak van de huisarts/poh-ggz. De patiënt voelt zich serieus genomen, wat zijn vertrouwen in de behandeling vergroot.⁴

INVESTERING

Consultatie vergt voorbereiding. De huisarts/poh-ggz reflecteert op de casus en stelt zich hierbij toetsbaar op. Hij of zij formuleert de consultatievraag zodanig dat het antwoord tot een nieuw inzicht of perspectief kan leiden. De bedoeling is dat de huisarts of poh-ggz zelf verder kan behandelen, of weloverwogen kan stoppen of verwijzen. Ook de consulent bereidt zich voor, bij voorkeur door inzage in de probleemlijst, de actieve episode en de medicatielijst in het medisch dossier.⁵

WAT MAG DE HUISARTS VAN DE CONSULENT VERWACHTEN?

Een consulent maakt soepel contact, kan exploreren en verdiepende vragen stellen. Hij kan blinde vlekken opsporen en

draagvlak zoeken voor een behandelplan. De consulent beantwoordt de consultatievraag en maakt hiervan een beknopte rapportage. Hij houdt zich aan het beroepsgeheim en oordeelt niet over de consultvrager.

IMPLEMENTATIE

Consultaties worden gefinancierd via een opslag op het inschrijftarief, onder de noemer ‘module poh-ggz’. Van dit geld kunnen huisartsen consultaties inkopen.⁶ Consultaties vinden vaak incidenteel plaats en daarom is het gemakkelijker om de logistieke, financiële en juridische afspraken in een groter verband te maken, zoals een zorggroep. De zorggroep heeft een lijst met namen van psychiaters, psychologen of verslavingsartsen met wie tariefafspraken zijn gemaakt. Voor een soepele communicatie is het noodzakelijk dat de consulent en de consultvrager elkaars werkteerrein kennen.⁷ Sommige zorggroepen hebben een kaderhuisarts-ggz aangesteld, die verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid op ggz-gebied, een taak als coach of supervisor voor de poh-ggz heeft en intern kan worden geraadpleegd. Samenwerken met een vaste consulent is effectiever en werkt prettig, omdat men elkaars werkwijze leert kennen.⁸ Bovendien verlaagt het de drempel voor huisarts en poh-ggz.

DUURZAME GGZ

Huisartsen willen graag snel en laagdrempelig hulp bieden aan patiënten met psychische klachten. Maar soms is de diagnostiek ingewikkeld of heeft de patiënt vragen waar de huisarts niet direct een antwoord op heeft. Door gebruik te maken van de expertise van een consulent worden deze vragen sneller opgelost. Uit een systematische review bleek dat consultatie met name effectief was in het verminderen van het zorggebruik.^{9,10} De infrastructuur met een kaderhuisarts-ggz in de zorggroep is relatief nieuw en nog in ontwikkeling. Voor de poh-ggz is deze functionaris een toegankelijke gesprekspartner, die goed op de hoogte is van de casuïstiek in de huisartsenpraktijk. De consultatieregeling is nog niet overal in den lande geïmplementeerd. Deels is dit toe te schrijven aan onbekendheid of complexiteit van de financiële afhandeling. Informatietechnologiebedrijven, zoals Ksyos of Vital Health, spelen hierop in door zich aan te bieden als intermediair.¹⁰

CONCLUSIE

Taakverschuiving rond ggz-problemen naar lagere echelons vereist expertise in de huisartsenpraktijk. De consultatieregeling-ggz is hiervoor bedoeld en wordt vergoed via de mo-

dule poh-ggz. De zorggroep regelt meestal de logistiek en de consulent adviseert de huisarts/poh-ggz. De patiënten worden hierdoor beter geholpen. ■

Uit een systematische review bleek dat consultatie met name effectief was in het verminderen van het zorggebruik

LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies bekostiging POH GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2013.
2. De Vries WJ. Consultatie in de eerste lijn: betweterij of hemels geschenk? Huisarts Wet 2001;44:559-62.
3. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl.
4. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2015;9:CD007193.
5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.
6. Landelijke Huisartsen Vereniging. Toolkit Ggz. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 2017.
7. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. BMC Fam Pract 2016;17:45.
8. Leentjens AFG, Van der Feltz-Cornelis CM, Boenink AD, Van Everdingen JJE en De richtlijnwerkgroep Consultatieve Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn ‘Consultatieve psychiatrie’ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. NTvG 2008;152:1914-7.
9. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, AFG Leentjes. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Psychosom Research 2010;68:521-33.
10. Stolk G. De huisarts houdt de regie bij de Consultatieve Dienst en de kosten zijn lager. De Eerstelijns, 2015 juli:8-10. <https://friesland.lhv.nl/actueel/nieuws/ehealt-en-consultatie>.

Oud MJT, Van Lammeren AMDN. Consultatie bij ggz-vragen, hoe pak je dat aan? Huisarts Wet 2018;61[11]:53-5. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. M.J.T. Oud, huisarts en coördinator Kaderopleiding ggz, m.j.t.oud@home.nl. Universitair Centrum voor Psychiatrie, UMCG, en Faculteit Medische Wetenschappen, Groningen: A.M.D.N. van Lammeren, psychiater en dean Duurzame zorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening

Ingrid Houtman, Marian Oud

Sinds de budgettering van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is de begeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) steeds vaker een taak van de huisarts/poh-ggz en de wijkteams. Dit vraagt van de huisarts kennis van psychofarmaca, betrokkenheid bij de patiënt en herkenning van dreigende terugval. Ook de patiënt moet bereid zijn tot samenwerking met de huisarts/poh-ggz. Hoe begeleid je een patiënt met een ernstige psychische aandoening?

De term ‘ernstige psychische aandoening’ (EPA) wordt gebruikt om de groep patiënten aan te duiden met een psychische kwetsbaarheid ten gevolge van waarnemings-

CASUS A

Mevrouw A is 42 jaar, is gehuwd en heeft een veertienjarige dochter. Ze heeft een ernstige stemmingsstoornis en angst bij een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Ze gebruikt hiervoor lithium. Ook heeft ze cerebrale schade na een CVA. De gespecialiseerde ggz (SGGZ) sluit de behandeling af en verwijst mevrouw terug naar haar huisarts. Deze vraagt zich af of zij voldoende toegerust is om haar te begeleiden.

CASUS B

Meneer B is een 56-jarige man met schizofrenie en diabetes mellitus. Hij verzorgt zichzelf matig en heeft recidiverende huid- en urineweginfecties. Zijn woonbegeleider ziet toe op de inname van zijn medicijnen (olanzapine, antidiabetica, oxazepam). Meneer B zorgt zelf voor zijn maaltijden, inclusief alcohol. De psychiater vraagt of zijn huisarts de herhaalreceptuur wil overnemen. Maar wat houdt dit in?

of denkstoornissen, een stemmings- en/of angststoornis, een afwijkende beleving van de interacties met anderen of problemen met de beheersing van impulsen. Deze patiënten vertonen beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren. In Nederland zijn er naar schatting 281.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), wat neerkomt op 1,7% van de totale bevolking.¹ Patiënten met EPA vinden het moeilijk om op een adequate wijze hulp te vragen, daarom hebben ze laagdrempelige medische zorg nodig.² Vaak kampen ze met een gezondheidsachterstand.^{3,4} Voor de meeste patiënten met EPA is de huisarts een belangrijke vertrouwenspersoon, naar wie zij kunnen gaan zonder dat ze het gevoel krijgen gestigmatiseerd te worden.⁵ Deze patiënten komen vaak op het spreekuur van de huisarts, hoewel er een grote spreiding bestaat.⁶ De huisarts is poortwachter, ook voor de geestelijke gezondheidszorg, en dus het eerste aanspreekpunt bij een psychische ontregeling. Daarnaast voelen huisartsen zich verantwoordelijk voor de somatische zorg van EPA-patiënten en de ondersteuning van de naasten.⁷ Tot voor kort was de begeleiding in de chronische stabiele fase vooral de taak van de gespecialiseerde ggz (SGGZ). Door de budgettering van de ggz is dit veranderd en worden patiënten bij wie geen klinische verbetering meer te verwachten is, terugverwezen naar de huisarts/poh-ggz en de wijkteams. De huisarts kan de medicatiebegeleiding overnemen, mits hij of zij zich daartoe bekwaam voelt. In deze nascholing geven we u enkele handvatten voor de signalering, farmacotherapie en begeleiding.



Patiënten met een ernstige psychische aandoening hebben vaak een gezondheidsachterstand. Foto: iStock

- DE KERN
- Het begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening vereist betrokkenheid en kennis.
 - De patiënt, diens naasten en de huisarts/poh-ggz focussen gezamenlijk op consolidatie van de psychische balans.
 - De kans op cardiovasculaire ziekten is bij deze groep patiënten groter. Een jaarlijkse CVRM-screening, conform andere risicogroepen, is aan te bevelen.
 - Controles van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren zijn in protocollen vastgelegd.
 - Het is nuttig om bij de begeleiding van een EPA-patiënt een signaleringsplan te gebruiken.

SIGNALERING

De psychische problematiek kan bij patiënten met EPA sterk uiteenlopen en gaat vaak gepaard met somatische comorbiditeit. Dit vraagt om persoonsgerichte zorg, met specifieke aandacht voor het vermogen tot zelfmanagement, verbetering van de veerkracht en behoud van de psychische balans. Als de patiënt merkt dat de huisarts zich medeverantwoordelijk voelt voor zijn psychische gezondheid, kan dit een gunstig effect hebben op de behandelrelatie. Goede samenwerking met de patiënt is een voorwaarde voor een succesvolle begeleiding.⁸ Daarom helpt het om de patiënt uitleg te geven en afspraken te maken over de rol van de huisarts bij symptomen die op ontregeling wijzen. In de SGGZ maakt men daarvoor vaak gebruik van een signaleringsplan [figuur]. Hierin legt de behandelend arts, samen met de patiënt en diens naasten, vast welke signalen wijzen op een stabiele fase (groen), een dreigende crisis (oranje) of een crisissituatie (rood). Deze signalen worden zo concreet en nauwkeurig mogelijk omschreven. Per fase wordt vermeld welke interventies een gunstig effect hebben. Ook interventies van naasten staan in

het plan. Voor uw patiënten met EPA kunt u ook zo'n signaleringsplan gebruiken. Bij de overdracht naar uw praktijk moet de SGGZ het overdragen.⁹ Dat betekent echter wel dat u periodiek met de patiënt moet bespreken of het plan nog up-to-date is.¹⁰ Bij gezinnen met kinderen zult u extra alert moeten zijn. Sinds medio 2013 is de Kindcheck verplicht voor alle professionals die contact hebben met volwassenen met kinderen die psychische of lichamelijke problemen hebben. De Kindcheck wordt uitgevoerd als een patiënt zijn of haar minderjarige kinderen in een onveilige situatie kan brengen.

FARMACOTHERAPIE

Patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, moeten structureel (bijvoorbeeld jaarlijks of halfjaarlijks) een evaluatiegesprek krijgen, waarbij u aandacht besteedt aan de therapietrouw, de werking van het medicijn op de psychiatrische symptomen en de bijwerkingen ervan. Voer hierbij een algemene somatische evaluatie, cardiovasculaire screening en leefstijlanamnese uit.¹¹ Samen met de patiënt (en naasten) kunt u een plan maken voor het verbeteren van de lichamelijke conditie, eventueel door leefstijlinterventies in te zetten.¹²

Bij acute aandoeningen zijn patiënten met EPA extra kwetsbaar, omdat ze vaak laat aan de bel trekken

Voor het voorschrijven en begeleiden van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren zijn protocollen ontwikkeld, waarin de controles zijn vastgelegd die noodzakelijk zijn om bijwerkingen van de medicatie te monitoren. Het NHG heeft in 2018 het Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie uitgebracht, waarin aanbevelingen staan voor het herhalen, dan wel

Figuur

Een vereenvoudigd voorbeeld van een signaleringsplan

In welke kleur zit ik?	Hoe voel ik me?	Wat te doen?
Groen	Rustig gevoel. Ik slaap goed. Ik kan soms lachen, genieten. Ik denk niet aan de dood.	Fietsen. Regelmatig rust nemen. Bezigheden goed voorbereiden. Weinig contact met huisarts.
Oranje (In deze fase kun je juist veel zelf doen om te voorkomen dat de klachten verergeren)	Meer piekeren. Minder overzicht. Ik word stiller, trek me terug met de gedachte dat het van mij niet meer hoeft.	Wel op tijd uit bed gaan. G-schema's die we gemaakt hebben erbij pakken en regelmatig doorlezen. Gesprek met man, huisarts of poh-ggz.
Rood	Ik slaap niet meer, pieker veel, heb de neiging mezelf iets aan te doen (bijvoorbeeld pillen innemen).	Ik geef mijn medicijnen in beheer van mijn man. Ik maak vandaag een afspraak met de huisarts of poh-ggz.

KADER 1 HET CLOZAPINE-PROTOCOL

Controleschema clozapine [ClozapinePlusWerkGroep]:

- eerste achttien weken: wekelijks leukocyten- en granulocytenaantal [in verband met een kans van 0,68% op agranulocytose];
- na achttien weken: vierwekelijks leukocyten- en granulocytenaantal;
- het gewicht [BMI en/of buikomvang], de bloeddruk en de nuchtere glucose na één, twee, drie en zes maanden en daarna jaarlijks;
- nuchter cholesterol-, HDL/LDL-cholesterol- en triglyceridencontrole na drie maanden en dan jaarlijks;
- de ClozapinePlusWerkGroep stelt dat u – als de wilsbekwame, geïnformeerde patiënt dit nadrukkelijk wenst – vanaf het tweede halfjaar van de behandeling van de bloedbeeldcontroles kunt afzien.

KADER 2 HET LITHIUM-PROTOCOL

Richtlijnen lithium-spiegel [Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, Richtlijn onderhoudsbehandeling lithium]:

- bij acute behandeling: 0,8-1,2 mmol/l [hoog therapeutisch];
- bij onderhoudsbehandeling: 0,6-0,8 mmol/l [normaal therapeutisch];
- NB: de adviezen voor spiegels zijn gebaseerd op spiegels verkregen uit bloed afgenomen 12 uur na de laatste [avond]inname.

Nadat de spiegel is opgebouwd, dient maandelijks controle plaats te vinden. Bij stabiele spiegels kunnen deze periodes vergroot worden tot de spiegelcontrole uiteindelijk [minimaal] tweemaal per jaar plaatsvindt. Overige controles: minimaal tweemaal per jaar: TSH en nierfunctie.

Tevens dient regelmatig gewichtscontrole plaats te vinden.

Bijwerkingen:

- polyurie en polydipsie;
- gewichtstoename;
- opgeblazen gevoel in de maagstreek;
- vergeetachtigheid/concentratieproblemen;
- trillen;
- vertraagd werkende schildklier – door lithium kan de schildklier in 10 tot 20% van de gevallen trager gaan werken.

voorschrijven van psychofarmaca. Dit standpunt bevat twee bijlagen met de voorzorgsmaatregelen voor het geval patiënten clozapine of lithium gebruiken. Deze bijlagen bevatten ook de clozapine- en lithiumprotocollen [kader 1 en 2].¹¹ Structurele begeleiding van de patiënten met langdurig psychofarmacagebruik kunt u ook aanbieden via een zorgpro-

KADER 3 VOORBEELD ZORGPROGRAMMA

GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG GRONINGEN

Stap 1. Selectie patiënten:

- actie: uitdraaien patiënten, huisarts beoordeelt de lijst en maakt inschatting van de zorgbehoefte;
- exclusie: patiënten die behandeld worden in de SGGZ of bij FACT;
- inclusie: stabiele patiënten met schizofrenie [P72], bipolaire stoornis, schizoaffectieve stoornis [P73], ernstige persoonlijkheidsproblematiek [P80], afhankelijk van comorbiditeit en behoefte van de patiënt, en uitbehandelde, maar kwetsbare patiënten met chronisch recidiverende depressies [P76].

Stap 2. Oproepen en inplannen:

- actie: doktersassistente.

Stap 3. Consult verpleegkundig specialist/huisarts [of poh-ggz];

- actie: verpleegkundig specialist [of poh-ggz];
- inhoud van het consult: evalueren van de kwaliteit van leven, waaronder maatschappelijke participatie, sociale en familiecontacten, dagbesteding, regelmatig bewegen, goede voeding, medicatiegebruik: therapietrouw, effect op psychiatrische symptomen, bijwerkingen?
- bij lithiumgebruik: volg MDR bipolaire stoornis; bepaal afspraakfrequentie gezamenlijk; een- tot maximaal viermaal per jaar, afhankelijk van behoefte aan ondersteuning.

Stap 4. CVRM:

- actie: doktersassistente: eenmaal per jaar CVRM: lab, bloeddruk, gewicht, en bespreken leefstijl; afspraak maken voor opnemen van deze gegevens en bespreken bij doktersassistente of poh-somatiek.

Stap 5. Afronden met telefonisch consult huisarts of verpleegkundig specialist:

- nabespreken resultaten lab, enzovoort; vervolgafspraken: over een half/heel jaar.

gramma [kader 3]. Daarbij ligt de focus op het functioneren in het dagelijks leven en het gebruik en de bijwerkingen van de psychofarmaca. Verder is er periodiek aandacht voor de kwaliteit van leven, het psychosociaal functioneren, de leefstijl en de lichamelijke gezondheid.

SOMATISCHE ZORG

Patiënten met EPA hebben vaak chronische somatische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, COPD en infectieziekten.^{3,4,13} Bij acute aandoeningen zijn ze kwetsbaar, omdat ze vaak laat aan de bel trekken. De levensverwachting van mensen met EPA is vijftien jaar korter dan die van de algemene bevolking.¹³ Naast de chronische stress en de gebrekkige gezondheidsvaardigheden zijn vooral de bijwerkingen van de (atypische) antipsychotica en stemmings-

CASUS A (VERVOLG)

De huisarts nodigt mevrouw A samen met haar man uit voor een gesprek, waarin ze de wederzijdse verwachtingen over de begeleiding op elkaar afstemmen. Mevrouw is bereid deel te nemen aan het behandelplan, waarin zij drie keer per jaar naar het laboratorium gaat voor de controles volgens het lithium-protocol. De poh-ggz houdt hierbij een vinger aan de pols. Vanwege haar CVA valt mevrouw onder het CVRM-protocol. De huisarts zal twee keer per jaar met het echtpaar evalueren hoe het thuis gaat en informeert in navolging van het stappenplan uit de Kindcheck daarbij ook naar de dochter. Geregeld kijkt de huisarts of de zorg van het kind niet in het geding komt. Daarnaast zal de patiënte of haar partner aan de bel trekken bij lichamelijke of psychische klachten, of een toename van stress. De signalen die op een toename van stress wijzen worden vastgelegd in een signaleringsplan.

CASUS B (VERVOLG)

De huisarts gaat langs bij de beschermde woonvorm en overlegt met de heer B en zijn begeleider over overname van de medicatiebegeleiding. Behalve het herhalen van de recepten voor olanzapine [een atypisch antipsychoticum] en zo nodig oxazepam, behoren hiertoe ook jaarlijkse evaluatiemomenten waarop de therapietrouw en het effect van de medicatie worden beoordeeld. Deze kunt u ook delegeren aan een verpleegkundig specialist. Het diabetesprotocol loopt via de poh-somatiek.

stabilisatoren hier debet aan.¹³ Een jaarlijkse CVRM-screening bij patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, is wenselijk.^{14,15} Zelfmanagement en een gezonde leefstijl zijn voor een patiënt met EPA nóg moeilijker te realiseren dan voor de algemene bevolking.

PRAKTIJKORGANISATIE

In de huisartsenpraktijk zijn alle disciplines betrokken bij de zorg voor patiënten met EPA. Praktijkassistenten zullen alert en flexibel moeten zijn bij de triage van hulpvragen van deze patiënten en spelen een rol bij het oproepen van de patiënten, dus ook als er sprake is van *no show*. Een pop-up in het HIS kan daarbij helpen, maar het is vooral van belang dat de praktijkassistente begrijpt dat deze patiënten moeite hebben met het maken van een afspraak en dat zij soepel kan communiceren.²

De poh-ggz biedt ondersteuning en begeleiding aan de patiënt, en werkt indien mogelijk met een signaleringsplan. U, als huisarts, bent verantwoordelijk voor de somatiek en de medicatiecontroles. In een zorgprogramma voor CVRM of DM is de poh-somatiek meestal verantwoordelijk voor het oproepen en controleren van de patiënt.

Nieuw is de implementatie van een zorgprogramma voor patiënten met EPA, waarmee u hen laagfrequent monitort en begeleidt [kader 3]. Er zijn enkele zorggroepen waarin een verpleegkundig specialist deze taken uitvoert en bij vragen kan overleggen met een consulent-psychiater of een kaderhuisarts-ggz.

SAMENWERKING MET GGZ-KETENPARTNERS

De zorg voor mensen met EPA vindt plaats in verschillende sectoren, zoals FACT (Functional Assertive Community Treatment), ambulante begeleiders van RIBW (Regionale Instelling voor Beschermde Woonvormen) en het sociaal wijkteam. Deze hebben verschillende wettelijke kaders en bekostigingsstructuren, en daarom is het geen vanzelfsprekende zorgketen. De behandelaren hebben de verantwoordelijkheid om elkaar goed op de hoogte te houden van het beloop en de behandeling, en elkaar te informeren over eventuele veranderingen. De Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en SGGZ uit 2016 beschrijven de momenten waarop de ggz-behandelaren en huisarts elkaar in ieder geval moeten informeren.⁹

De levensverwachting van mensen met EPA is vijftien jaar korter dan die van de algemene bevolking

De consultatieregeling ondersteunt zowel de huisarts/poh-ggz als de patiënt.¹⁶ Daarbij draait het om vragen over psychofarmaca, terugvalpreventie, comorbiditeit en twijfels over wilsbekwaamheid.⁹ Regionaal of lokaal kunt u concrete samenwerkingsafspraken maken over bijvoorbeeld consultatie- en overlegmogelijkheden met de ggz en/of de kaderhuisarts-ggz, somatische controles of snelle opschaling bij een (dreigende) crisis.⁹ ■

LITERATUUR

1. Delespaul P, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013;55:427-38.
2. Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. BMC Health Serv Res 2013;13:425.
3. Oud MJT, Meyboom-De Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. BMC Fam Pract 2009;10:32.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Houtman IEM, Oud MJT. Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening. Huisarts Wet 2018;61[11]:56-9. ECT Tiel, locatie Passewaaij/Ophemert: I.E.M. Houtman, huisarts/kaderhuisarts ggz, i.houtman2@gmail.com. UMCG, afdeling Huisartsge-neeskunde, Groningen: dr. M.J.T. Oud, kaderhuisarts ggz en coördinator van de kaderopleiding ggz. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Over depressie en wat je helpt



Op Allesgoed.org vertellen mensen over hun depressie, maar ook over wat ze helpt in het dagelijks leven. Alles Goed is een project van mensen uit de media en de gezondheidszorg, zoals huisarts Vincent de Schepper, bestuursvoorzitter van GGZ Nederland Jacobine Geel, en directeur van fotopersbureau Hollandse Hoogte Bas van Beek.

Professionals kunnen verwijzen naar Alles Goed als mensen op zoek zijn naar informatie over psychische kwetsbaarheid en willen onderzoeken wat ze zelf kunnen doen. Het is een plek waar mensen van elkaar kunnen leren, herkenning en erkenning vinden en ont-

dekken dat ze niet enige zijn. Alles Goed zoekt altijd de samenwerking met andere initiatieven en is nog volop in ontwikkeling. Het wil daarbij een aanvulling zijn op de bestaande zorg.

Een van de projectleiders van Alles Goed, Rianne Spit, worstelt zelf al jaren met depressie: “De boeken van Mait Haig en Mike Boddé waren een enorme inspiratiebron voor mij. Eindelijk zag ik mensen in wie ik mij herkende, die hier openlijk én met humor over spraken. Waarom spreken niet meer mensen zich uit? En waarom zien we niet dat depressie allerlei heel verschillende mensen treft?”

Het project Alles Goed brengt de ervaringsverhalen van mensen met depressie in beeld. Hier volgt een impressie in vijf portretten. Op het NHG-Congres op 9 november volgt een uitgebreide expositie.

Fotografie: Allard de Witte.

Teksten: de ervaringsdeskundigen en Stichting Het Witte Bos



Nils Elzenga [37],
schrijvend journalist,
fotograaf en model:
“Het beste is mezelf met
zachtheid te benaderen.
De depressieve gevoelens
willen immers gezien worden,
geaccepteerd en omarmd.”

A portrait of Eleanor Crick, a young woman with long blonde hair, wearing a black turtleneck dress, standing with her arms crossed against a dark, textured stone wall.

Eleanor Crick [24],
journalist & blogger:
“Schrijven helpt mij enorm.
Ik heb mezelf in mijn blog
blootgegeven en aan de wereld
verteld dat ik een depressie heb.
Dat was ontzettend eng,
maar ook heel bevrijdend.
Ik dacht op dat moment:
als niemand hierover praat,
dan praat ik er wel over!”

A portrait of Martin de Korte, a man with a shaved head and a grey beard, wearing a black turtleneck sweater, looking directly at the camera against a dark, textured stone wall.

Martin de Korte [45],
filmmaker, audiovisueel kunstenaar
en programmamaker:
“Om grip te houden op de
werkelijkheid, nam ik mezelf op met
een voice-recorder en af en toe liet
ik een camera aanstaan wanneer ik
mezelf opsloot in mijn huis.”

Peter Oostelbos [63],
coach:
“Mijn depressie is altijd
bij me. Het begon al toen
ik nog een klein jongetje
was van 11 jaar.
Maar de diagnose
kreeg ik pas op mijn 52e.
Ik heb dus 40 jaar
geworsteld met iets
waarvan ik niet wist
wat het was.”



Marianne van Rijsewijk [57],
editor:

“De periode voordat ik
in een depressie wegzak,
ben ik alleen bezig met
mijn gezin, werk, anderen,
onrecht in de wereld en zo.
Voor mezelf word ik keihard
en onverschillig.
Tijd voor mezelf nemen door
mediteren doe ik niet,
bang dat ik iets opmerk
wat ik niet wil.”



Specifieke consultvaardigheden bij zorgmijders

Sicco Steenhuisen

Een standaardbejegening kan bij zorgmijders tot ongewilde resultaten leiden, zoals miscommunicatie, conflicten of relatiebreuken. Als huisarts blijft u echter verantwoordelijk voor passende zorg. Dit vraagt om een flexibele houding, waarbij u zich aan de zorgmijder aanpast. Maar hoe doet u dat? In dit artikel komen enkele consultvaardigheden aan de orde die nuttig zijn bij zorgmijders.

SLECHTE GEZONDHEID EN GEEN ZORGVRAGEN

Alfred uit de casus is een zorgmijder. Dit begrip omvat meer dan de *low attender*, die vaak gezond is. Kenmerkend zijn de weinige of afgebroken contacten met artsen, ernstige psychische en sociale problematiek, zoals verwaarlozing of overlast, een gebrekkig sociaal netwerk en medische problemen. Het

U zult soms het puntje van uw tong moeten afbijten

zijn mensen die zich ongemakkelijk voelen in het contact met anderen. Hun wantrouwen kan zijn versterkt door negatieve ervaringen met zorgverleners. Ook kan paranoïdie de oorzaak zijn van hun oordeel over zorgverleners. Ze noemen zichzelf

CASUS

De 60-jarige Alfred wil me geen hand geven omdat hij dat ‘niet nodig’ vindt. Hij heeft lang haar, onverzorgde kleren en ruikt onfris. Hij is al jaren niet bij een huisarts geweest, want zijn vrouw ‘is overleden door fouten van artsen’. Sinds haar overlijden gaat het bergafwaarts met hem. Hij pulkt aan zijn gezicht en zegt dat zijn littekens hem mensenschuw maken. Hij woont op een boot naast een industrieterrein en er gaan dagen voorbij zonder dat hij iemand spreekt. Zijn zeer ernstige COPD veroorzaakt angst en woede. Het kost veel geduld om hem te kalmeren en te overtuigen van een bezoek aan de longarts. Om beter zicht te krijgen op de problematiek dring ik aan op een visite op zijn boot. Opruimen en schoonmaken lukt hem niet meer en hij blijkt geen bijstand te ontvangen. Hij is slechts een kwartier per dagdeel in staat tot lichamelijke activiteit. Desgevraagd blijkt zijn sociale netwerk te bestaan uit een kennis en zijn zus. Met intervallen bezoek ik hem op zijn boot. Hij heeft conflicten met de longarts, de wijkagent en het maatschappelijk werk. Zijn leven ervaart hij als mislukt en hij wil zo niet meer verder leven.

liever ‘zorgmissers’ of ‘zorgvuldige zorgkiezers’. Deze termen benadrukken dat het om eigenschappen gaat van zowel de zorgmijder zelf als het zorgsysteem, en dat ze de term ‘zorgmijder’ als een stigmatiserend begrip kunnen beleven.¹ Zorgmijders beleven het zorgsysteem als ontoegankelijk. Ze leven vaak geïsoleerd en worden als excentriek ervaren. Dikwijls komen ‘(drie)dubbele diagnoses’ voor.^{2,3}

STANDAARDBEJEGENING IS NIET EFFECTIEF

Herkennen van de zorgmijder is essentieel. Pas dan kan je als huisarts anders naar de patiënt gaan kijken en de vele problemen zien waar deze patiënten mee worstelen, maar waarvoor zij geen hulp vragen.

Wanneer u gewoontegetrouw direct op de hulpvraag focust, veronderstelt dit dat er al sprake is van een vertrouwensrelatie. Zonder vertrouwen kan de patiënt een hulpaanbod afwijzen. En juist dat vertrouwen ontbreekt bij zorgmijders. Daarom is het van belang om bij deze patiënten zo vroeg mogelijk de relatie(vorming) centraal te stellen.¹ Door u in te leven en daar uiting aan te geven kunt u de basis van een vertrouwensrelatie leggen. Waardeer ook de genomen moeite: ‘U bent heel lang niet bij een huisarts geweest, dan zal het wel heel belangrijk voor u zijn.’ Erken de stress: ‘Misschien is het wel wat onwennig voor u’ en biedt structuur: ‘We hebben 20 minuten, zo nodig plannen we een nieuwe afspraak.’ Ga ervan uit dat de patiënt geen kennis heeft van uw praktijkvoering en wees flexibel. Ook non-verbaal kunt u uw open houding laten blijken door uw lichaam naar de patiënt gericht te houden en zo min mogelijk op het scherm te kijken. Blijf geduldig en wees uzelf. Een niet bij u passende stijl wordt direct opgemerkt. Onderdruk in deze beginfase van het consult de neiging om alles op te lossen, de zogenoemde reparatiereflex. Het eerstvolgende doel is het terugkomen van de patiënt en hierbij kan een *common ground*, een gemeenschappelijke interesse, soms wonderen verrichten.

Het bespreken van positieve en negatieve verwachtingen brengt de ambivalentie van de patiënt in beeld. Daardoor kunt u valkuilen of *no go area’s* vermijden. Die verwachtingen betreffen zowel de rol als hulpvrager (‘Zullen we samen kijken wat er aan de longen gedaan kan worden?’), als de therapeutische relatie (‘Wordt u boos als ik dit zeg? Hebt u nog vertrouwen in me?’).⁴



Het succes van de hulpverlening staat of valt met de communicatie.

Foto: Marius van Dokkum – Mannenhuishouding

VERSTERK DE ARTS-PATIËNTRELATIE

Een behandelrelatie ontstaat gemakkelijker wanneer de patiënt voelt dat hij gerespecteerd wordt en erkenning krijgt van zijn ideeën en gevoelens. Zorgmijders hebben soms bizarre overtuigingen en toch laat u merken dat uw samenwerking hier niet onder hoeft te lijden.

De erkenningsrespons omvat drie componenten. Verwoord uw gedachten: ‘U geeft me liever geen hand bij binnenkomst.’ Erken het belang voor de patiënt en neem hem daarmee serieus: ‘Ik begrijp dat dit voor u fijner is.’ En laat vervolgens een stilte vallen in combinatie met een uitnodigende non-verbale houding.

Wanneer u een empathische houding aanneemt krijgt de patiënt het gevoel dat u hem serieus neemt. Veel patiënten uiten hun emoties zelden op directe wijze, maar zenden wel signalen uit. Het is aan u om deze signalen op te pikken en er positief op te reageren. Ook dat gebeurt in drie stappen. Via parafrasering of herhaling benoemt u de gevoelens: ‘U bent heel boos op mijn voorganger, hoor ik.’ Ga verder met een erkennende bevestiging van de gevoelens waarmee u de situatie accepteert: ‘Ik vind het belangrijk te weten waarom u zo boos bent. Als ik u beter begrijp kan ik u beter helpen.’ Laat dan een uitnodigende stilte vallen. Door deze evidence based-technie-

ken zal de zorgmijder merken dat zijn stress veroorzakende cognities en gevoelens geen belemmering hoeven te zijn voor de relatie.⁵

INVENTARISATIE VAN DE PROBLEMEN

Vervolgens kunt u via open vragen een inventarisatie maken van de onderwerpen waar de patiënt hulp bij wenst. Meestal noemen patiënten een veelvoud aan ernstige problemen. De ervaring leert dat u zo veel zinvolle achtergrondinformatie krijgt en dat de hiervoor benodigde tijdsinvestering zich ruimschoots terugverdient. De patiënt vertelt u niet alleen over de

DE KERN

- Zorgmijders behoeven een specifieke communicatie.
- Bouw allereerst aan een vertrouwensrelatie – het belangrijkste doel is een vervolgspraak.
- Vermijd de reflex om alles direct op te lossen.
- Erkenning geven van bepaalde opvattingen en gevoelens kan behulpzaam zijn.
- Achter de genoemde hulpvraag gaan veel verborgen problemen schuil.

problemen, maar u hoort ook delen uit zijn verhaal en krijgt inzicht in de onderliggende hulpvragen. Dit kan goed van pas komen wanneer u samen op zoek gaat naar de juiste behandeling. Eventueel kunt u problemen tijdelijk parkeren met een open opmerking als: ‘Daar zullen we later op terugkomen, als u dat wilt.’

INVOEGEN, TOESTEMMING VRAGEN EN UITLEGGEN

Stel de speciële anamnese uit en probeer eerst te vragen naar en aan te sluiten bij de verwachtingen van de patiënt.⁶ Wanneer de anamnese het karakter van een geïnteresseerd gesprek heeft, zal de patiënt minder snel afhaken. Probeer conclusies in de vraagvorm te stellen en peil hoe dit overkomt. ‘Klopt het dat het niet meer lukt om de boot te verwarmen en op te ruimen?’ De anamnese en het lichamelijk onderzoek kunnen

Onderdruk in de beginfase van het consult de reparatiereflex

angst oproepen. Vraag daarom steeds toestemming voor alles wat inbreuk kan maken op de persoonlijke ruimte van de zorgmijder. ‘Vindt u het goed dat ik uw longen ga beluisteren?’ Vertel dat uw notities binnen de geheimhouding vallen, leg uit waarom u iets vraagt en denk hardop. Hierdoor anticipeert u op eventueel aanwezig wantrouwen. Soms zal uw handelen onbegrip of emoties oproepen. Beantwoord deze dan op een neutraliserende toon: ‘Ik wil graag voor u klaarstaan.’

VERBALE EN PRAKTISCHE STEUN

Met verbale steun, zoals ‘Goed dat u hiervoor komt’, kunt u de samenwerking bekrachtigen. Het aanbieden van feitelijke hulp versterkt de relatie nog meer.⁷ Onze patiënt kreeg steun bij zijn communicatie met de specialist en de politie. Er werd outreachinge hulp ingezet voor zijn financiële situatie en ik heb hem geholpen bij het invullen van formulieren. Pas daardoor, en door mijn afspraken na te komen, kreeg hij langzamerhand vertrouwen.

STEL DE PATIËNT CENTRAAL

Veel van de bovenstaande vuistregels houden in dat u anders moet optreden dan u gewend bent, en u zich wellicht moet inhouden. Laat de zorgmijder zijn zinnen afmaken en interrompeer niet, vooral niet in de eerste gespreksfase. U zult soms echt het puntje van uw tong moeten afbijten. Slechts 23% van de patiënten blijkt in de praktijk een openingsstatement af te kunnen maken. Onderzoek laat zien dat artsen hun patiënten gemiddeld al na 18 seconden interromperen.⁶ Houd er rekening mee dat 29% van de daklozen verstandelijk

beperkt is.⁸ Gebruik dus eenvoudige woorden en korte zinnen, en controleer of de patiënt u begrijpt. Een zorgmijder behoort tot de groep patiënten die moeite hebben met het formuleren van een hulpvraag. Hij test u met zijn openingsvraag, en het hangt van uw antwoord af of hij terugkomt. Met wat geduld kan er een vraag achter de vraag verschijnen. Is er enig vertrouwen en komt de patiënt terug, dan kunt u zeggen: ‘U hebt heel veel problemen en we kunnen niet alles in één keer oplossen. Zullen we samen eens kijken wat het eerste aandacht nodig heeft?’ Soms kunt u naast de patiënt gaan staan en van zijn ‘levensboek’ een paar pagina’s delen. Dat kan u een narratief begrip opleveren: u hoort feiten over en duidingen van de situatie waarin hij terecht is gekomen, en van zijn eigen rol daarin.⁹ Het succes van de hulpverlening aan een zorgmijder staat of valt met de communicatie. Het bouwen aan een behandelrelatie staat daarbij centraal. Pas dan is er sprake van contactgroei en kunt u vervolgafspraken maken waarbinnen u hulp kunt bieden. ■

LITERATUUR

1. Klop H, Onwuteaka-Philipsen B, Gootjes J, Kirsten K. Zorgmijding onder dak- en thuislozen: lessen uit de werkwijze van straatpastors en geestelijk verzorgers. Amsterdam: VUmc, 2018.

2. Slockers M, Van Laere I, Van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts Wet 2017;60:360-2.

3. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries. Systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med 2008;5:e225. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050225.

4. Koekkoek B, Van Meijel B, Van Ommen J, Pennings R, Kaasbrood A, Hutschemaekers G, et al. Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as ‘difficult’ by professionals. BMC Psychiatry 2010;10:96.

5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma, 2006.

6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101:692-6.

7. Tielens J, Verster M. Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 2010.

8. Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. PLoS One 2014;9:e86112.

9. Roeg D, Van de Lindt S, Lohuis G, Van Doorn L (red.). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende zorg. Amsterdam: SWP, 2015.

Steenhuisen SF. Specifieke consultvaardigheden bij zorgmijders. Huisarts Wet 2018;61[11]:66-8.

PoZoB, Veldhoven: S.F. Steenhuisen, kaderhuisarts ggz en huisarts van een huis voor daklozen, sfsteenhuisen@gmail.com.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Let op kinderen van ouders met psychische problemen

Erik van Gijssel

Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP), hebben een verhoogd risico op somatische klachten en psychische stoornissen. Erkennen van de invloed van psychische aandoeningen op de ouder-kindrelatie maakt het mogelijk het hele gezin te betrekken bij de behandeling van de klachten van het kind. Dan kan ook preventieve hulp worden geboden aan de partner en de andere kinderen.

BESCHOUWING

Ruim 400.000 Nederlandse kinderen (onder de 18) hebben ouders met psychische of verslavingsproblemen.¹ Veel van die kinderen hebben emotionele en gedragsproblemen en de helft krijgt op latere leeftijd zelf ook een psychische stoornis. Een kind dat één ouder heeft met psychische problemen, heeft

EEN VERMOEIDE TIENER

Een 15-jarige tiener met blanco voorgeschiedenis komt zelfstandig op het spreekuur vanwege moeheid. Ze vertelt dat ze zich naar voelt. Ze haalt erg goede cijfers op school, maar het leren vraagt al haar tijd en energie. Haar matte uitstraling valt op in het gesprek. Haar eetlust is verminderd, maar ze is nog niet afgevallen. Ze slaapt niet goed en ontwaakt vroeg. Haar stemming is dan somber, maar die klaart op in de loop van de dag, ze geniet wel. Het meisje heeft geen andere somatische klachten en ze heeft een goede conditie. Ontspannen doet ze in streetdance. Ze gebruikt geen medicatie, alcohol of drugs. Bij doorvragen blijkt niet school, maar de situatie thuis een bron van spanning te zijn. De tiener vertelt open over de woedeaanvallen van haar vader. Ze voelt zich daardoor niet persoonlijk bedreigd, maar steunt haar moeder en zorgt voor haar twee jongere broers. Bij lichamelijk en bloedonderzoek worden geen afwijkingen geconstateerd. De werkdiagnose is een aanpassingsstoornis met depressieve stemming, slaaptekort en hoge prestatiedrang. Stressoren zijn ruzies tussen haar ouders.



Onvoorspelbaarheid en chronische stress hebben invloed op de ontwikkeling van het kindere brein.

Foto: Shutterstock



Kinderen vanaf 9 jaar zijn al geholpen als de arts die hun vader of moeder behandelt één keer met ze spreekt.

Foto: iStock

33% meer kans, een kind dat twee ouders heeft met psychische problemen, heeft ruim 60% meer kans ten opzichte van kinderen met stabiele ouders.² Die percentages zijn hoger dan bij kinderen van ouders met een ernstige somatische ziekte zoals kanker.³ Het Landelijk Platform KOPP/KVO (kinderen van ouders met psychiatrische problemen/kinderen van verslaafde ouders) organiseert onder auspiciën van het Trimbos-instituut preventie en zorg voor deze groep.

Stress bij kinderen

De impact van psychische ziekte van de ouder op het kind

DE KERN

- Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen hebben zelf ook een sterk verhoogde kans op psychische stoornissen.
- Een gezinsbrede aanpak die bestaat uit behandeling van de zieke ouder, steun aan de gezonde ouder en aan het gezin, en psycho-educatie voor de kinderen, biedt de beste perspectieven.
- Externaliserend of internaliserend gedrag en rolomdraaiing bij het kind zijn signalen van psychische problemen bij een ouder.
- Kinderen vanaf 9 jaar zijn al geholpen door een eenmalig gesprek met de behandelend arts van de ouders.

hangt af van de balans tussen beschermende factoren en andere risicofactoren.³ Niet zozeer de aard van de psychopathologie is daarbij van invloed als wel de chroniciteit en het gebrek aan ‘voldoende ouderschap’.² Als de moeder psychische klachten heeft, heeft dat een grotere impact op kinderen dan als de vader ze heeft. De ziekte maakt dat de ouder minder gevoelig is voor de behoeften van het kind en daaraan minder tegemoetkomt,^{4,5} relationele conflicten tussen de ouders maken dat het gezin een minder veilige omgeving wordt. De

EEN VERMOEIDE TIENER (VERVOLG)

Na het bezoek van het meisje nodigt de huisarts de ouders uit voor een gesprek, vader geeft de voorkeur aan een consult alleen. Door de gesprekken ontstaat ook voor de ouders een samenhangend beeld, beiden schrikken van de impact die de gezinssituatie heeft op hun dochter. Vader spreekt over de problemen die hij zelf heeft met zijn woede-uitbarstingen. Hij zoekt de oorzaken in hoge werkdruk, in zijn karakter en in een conflict met zijn ouders. Drie jaar tevoren is hij hiervoor in behandeling geweest bij een psycholoog, die een ‘persoonlijkheidsstoornis’ niet anderszins omschreven (NAO) overwoog. Moeder spreekt over de ruzies en over haar eigen onmacht; ze vindt de relatie met haar man over het algemeen goed en voelt geen reden tot een breuk. Door deze nieuwe informatie verandert de werkdiaagnose van het meisje: KOPP-vader persoonlijkheidsstoornis NAO, relationele conflicten ouders, milde depressie met hoge prestatiedrang, partnerrol uit loyaliteit naar moeder en een ouderrol naar broertjes. Later blijken de problemen hardnekkig te zijn. Na een rustige, maar geladen fase is een nieuwe escalatie aanleiding tot een melding bij Veilig Thuis. Na intensieve bemoeienis wordt een gezinsbehandeling gestart en gescheiden behandeltrajecten voor beide ouders. De afloop is ongewis.

kwetsbaarheid van het kind wordt mede bepaald door ontwikkelingsfase en karakter.^{6,7} Onvoorspelbaarheid en chronische stress hebben invloed op de ontwikkeling van het kinderbrein en veranderen de werking van het geheugen in de prefrontale cortex, waardoor de basis voor het verwerken van toekomstige ervaringen minder stevig wordt.⁴ Bovendien leidt psychopathologie in een gezin vaak ook tot relationele en sociale problemen, zoals een kleiner netwerk, problemen met geld en huisvesting, die doorwerken in de ontwikkeling van het kind. In reactie op stress kunnen kinderen externaliserend of internaliserend gedrag gaan vertonen. Externaliserend gedrag is bijvoorbeeld boos zijn; internaliserend gedrag komt tot uiting in somatische klachten of emotionele problemen.⁶ Een ander zichtbaar gevolg is rolomdraaiing: kinderen ruilen ten opzichte van hun ouders de rol van kind in voor die van partner of ouder, zoals in de casus.⁷ Volwassen KOPP-kinderen hebben vaker onverklaarde somatische klachten en relatieproblemen, en herhalen vaak ook de pathologie van hun ouders en grootouders.⁸

Planmatige aanpak

De literatuur geeft als vuistregel: ‘Richt de behandeling niet eenzijdig op de patiënt, maar ook op de gezonde partner en kinderen’. De optimale aanpak berust op drie pijlers: (1) behandeling van de zieke ouder, (2) steun aan de gezonde ouder en aan het gezin en (3) psycho-educatie voor de kinderen.⁶ Uit onderzoek blijkt dat interventies door de jeugdzorg die specifiek zijn gericht op het verhogen van de opvoedvaardigheden van ouders een gunstige associatie hebben op de internaliserende klachten van kinderen.⁶ Ook maatschappelijke ondersteuning gericht op huisvesting en hulp bij financiering vermindert de stress in het gezin.⁹ De Databank Effectieve Jeugdinterventies bevat informatie over verschillende interventies, onder andere over een online groeps cursus voor ouders.⁷ Ook babymassage door de zieke ouder kan bijzondere resultaten bereiken: het verhoogt de sensitiviteit van de ouder en lijkt meer effect te hebben dan alleen gesprekken met de ouders. Psycho-educatie is de derde belangrijke pijler in het beleid. KOPP-kinderen hebben vooral behoefte aan informatie over de ziekte van hun ouder, gegeven door de professional die de ouder behandelt.⁶ Kinderen vanaf 9 jaar kunnen zich al geholpen voelen door een eenmalig gesprek met de behandelend arts.³ Jongeren ontvangen het online chatprogramma www.kopstoring.nl positief, maar de klinische effectiviteit is nog onduidelijk.¹⁰ Soms is verwijzing naar specifieke hulpverlening noodzakelijk. En *last but not least*: voor alle kinderen en jongeren is het gunstig als ze op school goed blijven functioneren; voor hun zelfvertrouwen en omdat school zo’n groot deel van het leven en de toekomst van een kind is.

Rol van de arts

Huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen en psychiaters zijn cruciaal in het signaleren van een bedreigde ontwikkeling van een kind. Nascholing over KOPP leidt bij artsen tot significant betere herkenning van deze problematiek en een positievere

aanpak van risicofactoren. Als de arts ouders vraagt naar het wel en wee van hun kinderen, daagt dat hen uit in hun verantwoordelijkheid.³

Het enige specifieke kenmerk van KOPP is de voorgeschiedenis van de ouders

CONCLUSIE

Stress kan bij kinderen somatische en psychische klachten teweegbrengen. Psychische problemen bij de ouders zijn een belangrijke risicofactor in de ontwikkeling van kinderen. Als de hulpverlener zich hiervan bewust is, kan hij met enkele eenvoudige vragen naar de thuissituatie een genuanceerder beeld krijgen van de emotionele klachten van een tiener. Er is voor KOPP geen ander specifiek kenmerk dan de voorgeschiedenis van de ouders. ■

LITERATUUR

1. De Graaf T, Ten Have M, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2010.
2. Goossens FX, Van der Zanden AP. Factsheet KOPP KVO. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2012.
3. Van der Zanden R, Meeuwissen J, Havinga P, Meijer D, Konijn C, Beentjes M, et al. Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.
4. Van Santvoort F, Hosman CMH, Janssens JMAM, Van Doesum KT, Reupert A, Van Loon LM. The impact of various parental mental disorders on children’s diagnoses: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev 2015;18:281-99.
5. Beardslee WR, Gladstone TR, O’Connor EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50:1098-109.
6. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systemic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51:8-17.
7. Havinga P, Van der Zanden R. Databank Effectieve Jeugdinterventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2011. www.nji.nl/jeugdinterventies, geraadpleegd september 2018.
8. Weismann MM, Wickramaratne P, Nomura, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. Arch Gen Psychiatry 2005;62:29-36.
9. Mattejat F, Remschmidt H. The children of mentally ill parents. Dtsch Arztebl Int 2008;105:413-8.
10. Van der Veen C, Van der Zanden R. Procesevaluatie Kopstoring: Een onderzoek naar de preventieve online groeps cursus voor jongeren van 16-25 jaar. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Van Gijssel EA. Let op kinderen van ouders met psychische problemen. Huisarts Wet 2018;61(10):71-3.
Hasselt: E.A. van Gijssel, huisarts, kaderhuisarts ggz, eavangijssel@huisartsvangijssel.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd

Saskia Benthem

Met de invoering van de nieuwe Jeugdwet in 2015 is de jeugdzorg overgeheveld naar de gemeente. Het uitgangspunt is om jeugdigen en gezinnen zo snel en zo dichtbij mogelijk de juiste hulp te bieden, met aandacht voor (kosten)effectiviteit. Hierbij past het inzetten van een praktijkondersteuner-ggz-jeugd (poh-ggz-jeugd). Uit een pilotonderzoek, dat in samenwerking met verschillende gemeenten is uitgevoerd, blijkt dat de poh-ggz-jeugd aan alle verwachtingen voldoet. Toch blijkt daarna de structurele implementatie complex en vol hindernissen.

Zorggroep Syntein beslaat een regio met 90.000 inwoners, verdeeld over zes gemeenten in Limburg en Noord-Brabant. Na het ingaan van de nieuwe Jeugdwet besluiten de betrokken gemeenten de regionale ziekenhuizen niet langer te contracteren voor de medicatiecontroles van kinderen met ADHD. Na de eerste commotie kiest Syntein voor het inrichten van een regionale werkgroep Jeugd. Deze werkgroep bestaat uit professionals die werkzaam zijn binnen de jeugdgezondheidszorg, vanuit onder andere huisartsenpraktijken, GBGGZ, SGGZ, de gemeenten, GGD en ziekenhuizen. De werkgroep besluit



Het implementeren van de poh-ggz-jeugd blijkt zeer ingewikkeld en tijdrovend.

Foto: iStock

de (ouders van) patiënten zijn tevreden, de deelnemende huisartsen zijn blij met de extra ondersteuning en er blijkt een aanzienlijke kostenbesparing te zijn voor de betrokken gemeente.¹

STRUCTURELE IMPLEMENTATIE POH-GGZ-JEUGD

Na het bekend worden van de resultaten, ook van andere succesvolle pilots elders in het land, is de interesse gewekt bij zowel huisartsen als gemeenten in de regio.² In mijn rol als kaderarts-ggz van de zorggroep kreeg ik de opdracht deze nieuwe functie verder uit te rollen. Door diverse factoren blijkt dit echter een zeer ingewikkeld en tijdrovend karwei te zijn. Hieronder zal ik daar nader op ingaan.

VERSCHILLEN IN DRAAGVLAK

Eén van de belemmerende factoren vormen de verschillen in draagvlak onder zowel huisartsen als gemeentelijke partijen. Binnen onze zorggroepregio was er in gemeente A (geanonimiseerd) wel draagvlak onder huisartsen, maar aanvankelijk niet bij de gemeente. In gemeente B wilde de gemeente een proef met een poh-ggz-jeugd, waarvoor een budget beschikbaar was, maar stond de HAGRO niet te springen. In gemeente C wilden sommige – vooral kleine – huisartsenpraktijken niet en andere wel, terwijl de gemeente het eigenlijk al begroot

VOORBEELD 1: FINANCIËLE EN POLITIEKE BELEMNERING

In de gemeente waarin de pilot zo succesvol verliep, kost het de betrokken ambtenaren moeite om de pilot te verlengen. Forse tekorten op de begroting van het sociale domein, wisseling van de verantwoordelijke wethouder en verschuivingen in het politieke klimaat na de gemeenteraadsverkiezingen staan aanvankelijk een verdere investering in een poh-ggz-jeugd in de weg, ondanks de eerdere aanzienlijke en aangetoonde kostenbesparing.

VOORBEELD 2: ONVOLDENDE DRAAGVLAK EN CAPACITEIT

In een andere gemeente die tot de zorggroepregio behoort (met een andere centrumgemeente) vindt een gezamenlijk overleg plaats tussen wethouders en huisartsen over een eventuele invoering van een poh-ggz-jeugd. Hoewel hiervoor gemeentelijk budget beschikbaar is, geven enkele huisartsen van kleinere praktijken te kennen geen 'extra poppetje' te willen, maar meer te zien in een versterking van het Centrum voor Jeugd en Gezin [CJG]. Het is een rommelige bijeenkomst, waarbij gebrek aan afstemming en onbekendheid met elkaars organisatie en professionele autonomie goede besluitvorming in de weg staan.

en bedacht had. Eén grote praktijk was al eerder zo enthousiast dat ze zelf een poh-ggz-jeugd wilde introduceren, maar kreeg de pilot niet van de grond.

Veelgehoorde tegenwerpingen van huisartsen zijn: nog meer verantwoordelijkheid en onvoldoende toegerust zijn voor een regierol in de jeugdzorg. Argumenten van de voorstanders zijn juist taakverlichting en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Over de inhoud en wijze van inzet van de poh-ggz-jeugd lopen de meningen ook behoorlijk uiteen: sommige huisartsen willen dat een poh-ggz-jeugd alleen ADHD-controles doet, terwijl andere vinden dat ze ook voor psychosociale problematiek moeten worden ingezet. Tot slot blijkt de verandingsbereidheid van huisartsen eindig te zijn. Toename van de werkdruk en taakverzwaring zijn doorgaans niet bevorderlijk voor innovatiedrift.³

VERSCHILLENDE VORMEN VAN (POLITIEKE) ORGANISATIE

Na de invoering van de Jeugdwet kregen gemeenten een nieuwe rol. Deze decentralisatie heeft hun nieuwe zorgtaken gegeven, waarvoor ze maar een beperkte voorbereidings-tijd hadden. Per gemeente blijken er grote verschillen te zijn wat betreft de organisatie en samenstelling van lokale teams en deskundigheid van betrokken beleidsmedewerkers en wethouders, zo ondervond ik tijdens het implementatietraject. Bovendien is er rond verkiezingstijd sprake van behoorlijke personeelsswisselingen binnen de gelederen van gemeenten. Het helpt daarbij evenmin dat ongeveer een kwart van de Nederlandse gemeenten kampt met grote financiële tekorten, vooral op het terrein van de jeugdzorg.⁴

VERSCHILLEN IN BELANGEN EN CULTUUR

Huisartsen en gemeenten zijn relatief nieuwe samenwerkingspartners en onderscheiden zich in jargon, attitude, gewoonten en hiërarchie. Deze verschillen in cultuur en belangen komen gedurende de implementatiefase hinderlijk naar voren en staan een inhoudelijke afstemming in de weg.

De overwegend financiële drijfveer van de gemeenten leidt soms tot wrevel bij huisartsen. Andersom stelt een recent rapport evaluatie Jeugdwet dat sommige gemeenten de huisartsen als een knelpunt zien vanwege hun autonome rol bij het verwijzen naar specialistische ggz. Daarentegen zien niet alle huisartsen de meerwaarde van samenwerking met 'het sociale domein', waarbij privacy en communicatie de genoemde hindernissen vormen.⁵ In het [kader] staan twee voorbeelden ter illustratie.

AANBEVELINGEN

- Betrek enthousiaste huisartsen bij de implementatie. Zij kunnen een katalyserende werking hebben bij het creëren van draagkracht voor en het afstemmen van de implementatie van de poh-ggz-jeugd.
- Praktijkoverstijgend denken en werken, bijvoorbeeld met behulp van de zorggroep, vraagt om een andere organisatie van huisartsen, maar kan de besluitvorming stroomlijnen.
- Investeer in het (h)erkennen van de verschillen in belangen en cultuur tussen de eerste lijn en de gemeente.

Hoge werkdruk en taakverzwaring zijn niet bevorderlijk voor innovatiedrift

TOT SLOT

Een poh-ggz-jeugd kan van grote toegevoegde waarde zijn voor de zorg voor jeugdigen binnen de huisartsenpraktijk. Het structureel inpassen en borgen van deze nieuwe functie vergt echter veel diplomatie en doorzettingsvermogen. De toekomst zal leren of het onderbrengen van de jeugdzorg bij de gemeenten tot de beoogde verbeteringen zal leiden. Meer over dit project kunt u lezen op de website van het Instituut voor Briljante Mislukkingen.⁶ ■

LITERATUUR

1. Liebrand S, Benthem S. Resultaten pilot poh-ggz-jeugd. Boxmeer: Syntein, 2017.
2. Magnée T, Verhaak P. Evaluatie pilot 'Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg'. Utrecht: NIVEL, 2015.
3. Dweck C. Mindset. New York: Ballantine, 2006.
4. Cats R. Ruim honderd gemeenten in problemen door grote tekorten op jeugdzorg. Het Financieel Dagblad 2017 Nov 14;Sect A:3.
5. Friele RD, Bruning MR, Bastiaanssen ILW, DE Boer R, Bucx AJEH, De Groot JF, et al. Eerste evaluatie Jeugdwet. Den Haag: ZonMw, 2018.
6. Benthem S. POH-GGZ Jeugd: succesformule maar nog onvoldoende draagkracht. Oostzaan: Instituut voor Briljante Mislukkingen, 2018. <http://www.briljantemislukkingen.nl/nl/2018/05/24/poh-ggz-jeugd/>

Benthem S. Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd. Huisarts Wet 2018;61[11]:74-5.
Zorggroep Syntein, Boxmeer: S. Benthem, huisarts, s.benthem@syntein.nl.
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.



Foto: Margot Scheerder

“Mensen die depressief zijn, moeten leren omgaan met hun ziekte”

Roos Grefkens over haar leven met (zonder) depressie

Tanja Veenstra

Het belang van ervaringskennis dringt steeds meer door in de geneeskunde, zeker in de GGZ. Hoog tijd dus om in H&W een patiënt aan het woord te laten.

Roos Grefkens (58) kreeg ruim 25 jaar geleden de diagnose depressie: “Ik kreeg eindelijk bevestiging van wat ik diep in mezelf altijd al voelde.”

Wie stelde destijds de diagnose depressie?

“Begin jaren negentig kwam ik bij mijn toenmalige huisarts met klachten over somberheid en problemen met de verwerking van ervaringen uit het verleden. Na het tweede bezoek kwam hij met het vermoeden dat ik depressief was. Hij wilde meteen een antidepressivum voorschrijven. Ik had daar grote moeite mee, want ik heb het niet op pillen. Dat komt doordat mijn psychisch instabiele moeder een ‘wandellende apotheek’ was, een schrikbeeld voor mij.

De huisarts zei: ‘Ik wil dat je het toch probeert, want ik denk dat dit middel echt iets voor je kan betekenen.’”

Hoe heeft die diagnose je leven beïnvloed?

“Op een positieve manier, want ik kreeg eindelijk bevestiging van wat ik diep in mezelf altijd al voelde. Zie je wel, dacht ik, er is toch iets aan de hand. Ik was een heel gevoelig kind en ik heb het nodige meegemaakt in mijn jeugd. Het ergste was dat mijn broer zich van het leven beroofde. Je denkt dat je het verwerkt en gaat door met je leven, maar ik kreeg mezelf niet op de rit. Nu snapte ik eindelijk waarom. De oorzaak van mijn somberheid was volgens de huisarts een serotoninetekort. ‘Je hebt in je leven zoveel stress gehad dat je de serotonine, het ‘goedvoelstofje’, hebt opgebruikt. En dat gaan we nu aanvullen.’ Zo simpel legde hij het uit. Dus begon ik met het slikken

van Seroxat, tegenwoordig Paroxetine. Dat was in die tijd hét middel, samen met Prozac. Toen wisten ze nog niet dat het zo verslavend is dat je er nauwelijks vanaf komt...”

Wat waren de gevolgen?

“Eerst merkte ik niks, maar na een week of vier veranderde mijn stemming: ik zat ineens te fluiten op de fiets! Het was een verschil van dag en nacht: ik was vrolijk, kon het leven aan en had bijna geen psychosomatische klachten meer. Als bijwerking sliep ik een tijdje erg veel, maar dat ging vanzelf weer over. Als je eenmaal weet wat je hebt en je krijgt een pilletje dat werkt, ziet het leven er heel ineens heel anders uit. Dan kom je uit je schulp. Zo ging ik zingen en aan theater doen. Een geweldige stap, want dat waren altijd al mijn passies.”

Heb je wel eens geprobeerd te stoppen?

“Zeker, maar dat ging heel snel fout. Ik hoefde maar een week of zelfs korter te stoppen en meteen veranderde mijn stemming: ik werd enorm emotioneel en moest voortdurend huilen. Alles wat ik op tv zag was verschrikkelijk, ik kon geen tegenslag meer incasseren. Het was niet te doen. “Nou,” zei de huisarts, “dan moet je het in godsnaam maar blijven slikken.” En dat heb ik heel lang gedaan, altijd met dezelfde dosering: 20 milligram. Om mij heen was het middel trouwens enorm populair, zo kun je het gerust noemen. Er werd ook veel over geschreven en gepraat. Iedereen was er euforisch over! Dat hielp om te accepteren dat ik dat medicijn nu eenmaal nodig heb.”

Heb je wel eens een ander antidepressivum uitgeprobeerd?

“Ja, toevallig een paar maanden geleden, maar dat bleek een heel slecht idee. Sinds ik tien jaar geleden in de overgang kwam, heb ik slaapproblemen, waarvoor ik bij een slaapkliniek loop. De arts daar stelde voor om een ander antidepressivum uit te proberen. Ik dacht er niet zo bij na en zei ja. Mijn huisarts schreef toen Wellbutrin voor. De Paroxetine moest ik meteen daardoor vervangen, dus niet eerst afbouwen. Ik wist niet wat me overkwam. De eerste en tweede dag merkte ik niks, maar de derde dag was ik als donderslag bij heldere hemel zwaar depressief. Ik dacht: wat moet ik nog, is dit het nou? Ik moest mijn uiterste best doen om mezelf nog enigszins aan te sturen en contact op te nemen met de huisarts. Na overleg met de apotheek adviseerde ze me het middel direct stop te zetten en weer te beginnen met Paroxetine. ‘s Ochtends nam ik het in en je gelooft het niet: ‘s avonds was ik weer de oude. Ik snap heel goed dat depressieve mensen bij wie antidepressiva niet aanslaan euthanasie willen: het is elke dag vechten tegen enorm sombere gevoelens, jezelf afvragen of en hoe je verder moet. Dat is ondraaglijk lijden!”

Maar daar had je zelf dus al die jaren geen last meer van gehad?

“Natuurlijk maakte ik nog wel eens iets vervelends mee, maar dan ging ik niet meer zo diep. Tegenslagen kon ik incasseren, ik viel niet om. Tot een jaar of tien geleden: toen had ik een traumatische ervaring op relatiegebied en zat ik er weer dicht tegenaan, zeker in combinatie met overgang en de slaappro-

blemen die toen begonnen. De Paroxetine hield me een beetje op de been, maar niet genoeg, want ik had ook een dochter voor wie ik moest zorgen. Eerst heb ik toen op eigen initiatief cognitieve therapie gedaan. Dat hielp wel iets, maar ik was er nog niet. De huisarts raadde me aan om EMDR te proberen, wat gelukkig meer effect had. Naast eventuele medicatie en gesprekken met de huisarts of poh-ggz vind ik een passende therapie zeker een aanrader.”

Is depressie in jouw ogen nog steeds een taboe?

“Ja, helaas wel. Nog steeds snappen veel mensen niet dat depressie een ziekte is. Je bent niet eventjes gedeprimeerd omdat je vriend boos is of omdat het niet lekker loopt op je werk. Nee, je bent structureel hondsberoerd, ook lichamelijk: je hebt geen energie en je slaapt slecht. Mensen zeggen vaak: ‘Therapie? Ik ben toch niet gek, zeg!’ Nee, ik ben ook niet gek, maar ik vind het niet fijn om beroerd rond te lopen. Onder

“Ik zat ineens te fluiten op de fiets! Het was een verschil van dag en nacht”

jongeren is depressie helemaal taboe, terwijl we weten dat veel jonge mensen ermee kampen en dat het aantal suicides onder hen toeneemt. Ik vind dat ervaringsdeskundigen op elke middelbare school moeten vertellen over depressie en wat je eraan kunt doen. We moeten er zo open over worden dat de schaamte er vanaf gaat. Dat je net zo makkelijk naar de huisarts gaat met psychische als met lichamelijke klachten. Want de behoefte aan hulp op dit vlak neemt alleen maar toe.”

Welke tips heb je voor huisartsen en praktijkondersteuners?

“Pillen werden en worden nog steeds nogal makkelijk voorgeschreven. Het zou fijn zijn als de huisarts ook uitlegt dat je eraan verslaafd kunt raken, patiënten stimuleert er tijdig weer mee te stoppen en daarbij regelmatig de vinger aan de pols aan de pols houdt. Verder zou ik meer informatie willen over mogelijke therapieën en duidelijke uitleg daarover. Hoe meer informatie, hoe beter. Ook over de vraag of er ervaringen zijn met die therapieën. Daar moet meer onderzoek naar komen, niet alleen naar het effect van pillen. Want als ik hoor dat er bewijs is voor het positieve effect van EMDR bij trauma's, helpt mij dat over de streep. Tot slot vind ik het belangrijk dat mensen die depressief zijn – mits ze ertoe in staat zijn en over enige zelfreflectie beschikken – leren omgaan met hun ziekte. Geef ze handvatten, geef ze tools en informatie waarmee ze zichzelf kunnen helpen. ‘Dit is waar ik last van heb; dit kan er met mij gebeuren. Wat kan ik zelf doen?’ Help mensen dat helder te krijgen. Als je veel weet over wat er vanbinnen met je gebeurt, ben je al een heel eind op weg.” ■

Samenwerking tussen huisarts en poh-ggz in de praktijk

Tanja Veenstra

Huisarts Lilian Gruppings en poh-ggz Anita van Ingen zijn respectievelijk huisarts en poh-ggz in aanpalende praktijken in de Achterhoek. Daarnaast werken ze als kaderhuisarts en consulent ggz. Doel is de samenwerking tussen huisarts en poh-ggz in de regio beter op de kaart te zetten, nu de geestelijke gezondheidszorg steeds meer bij de huisarts terechtkomt. Waar lopen zij tegenaan? Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat is jullie rol in de transitie van de ggz, van tweede naar eerste lijn?

Gruppings: “Wij denken mee met onze regio-organisatie over hoe we die een zachte landing kunnen geven en zijn betrokken bij inhoudelijke beslissingen, bijvoorbeeld over invoering van de poh-Jeugd, vervoer van verwarde personen en wachtlijsten. We zitten aan tafel met partijen als gemeente, politie en tweede lijn. Daarbij zijn we woordvoerder voor de huisartsen en poh's-ggz en geven aan wat voor hen wel en niet haalbaar is. We vangen ook noodkreten op van huisartsenpraktijken en koppelen zo nodig terug naar de tweede lijn. We organiseren verder scholing en intervisie voor huisartsen en poh's-ggz. En we houden contact met de huisartsenpraktijken door ze jaarlijks te bezoeken.”

Van Ingen: “We geven ook vorm aan de consultatie, dus we regelen contracten met derden, zoals psychologen en psychiaters, met wie huisartsen kunnen samenwerken of die ze kunnen raadplegen. Een belangrijke taak die op mijn bordje ligt, is de implementatie van e-health en ondersteuning daarbij. Daar geven we regelmatig scholing over. Onze rol is kortom vooral faciliterend.”

Hoe ervaren jullie die transitie, welke geluiden komen er uit het veld?

Gruppings: “Het algemene beeld is dat de huisarts overbelast is. Die heeft het gevoel er wéér iets bij te krijgen. Daar voelen we dus veel weerstand. Maar als je een en ander in goede banen weet te leiden, levert het juist werkvermindering op. Daarom streven we sterk naar de juiste patiënt op de juiste plek. Gelukkig lukt het redelijk om dat uit te

leggen: als huisarts en poh-ggz ben je prima in staat om stabiele ggz-patiënten te begeleiden, maar als iemand een crisis heeft of de medicatie moet worden gewijzigd, dan is het van belang om korte lijntjes te hebben met de specialistische ggz. In die korte lijnen zijn we fors aan het investeren en dat begint zijn vruchten af te werpen. Wat daarbij helpt, is dat iedereen elkaar hier kent en er maar weinig ggz-partijen zijn: het is allemaal heel kleinschalig.” Van Ingen: “Mij valt op dat er veel diversiteit is onder poh's-ggz. Het zijn allemaal professionals die prima hun rol kunnen vervullen in de huisartsenpraktijk, maar met name voormalig sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV) hebben – vanuit hun grote kundigheid en ervaring – weleens de neiging om ‘tweedelijns’ te blijven denken.” Gruppings: “De poh-ggz wordt soms ten onrechte gezien als een aparte entiteit. Daar sturen we continu op, want zulke ontwikkelingen zijn niet wenselijk. Je hoort wel geluiden over de poh-ggz als zelfstandig beroep, maar dat lijkt ons geen goed idee: je creëert daarmee alleen een extra laag tussen huisarts en tweede lijn. De kaderhuisartsen van de PsyHAG zijn daarom druk bezig om samen met de beroepsorganisaties voor de poh-ggz te zorgen dat we samen één koers blijven varen. Je wilt geen kamers verhuren in je praktijk: je wilt dat de poh-ggz fungeert als een verlengde arm van de huisarts.”

Hoe zorg je ervoor dat je samenwoont in plaats van dat je alleen kamers verhuurt?

Gruppings: “Allereerst moet de huisarts de deur voor de praktijkondersteuner steeds open hebben staan. Dat promoten wij voortdurend, want vaak is het overleg met de poh-ggz het sluitstuk van de agenda. Juist omdat praktijkondersteuning zo'n vak is waarin je heel zelfstandig werkt. We horen overigens ook terug dat de poh-ggz zich vaak – professioneel – eenzaam voelt, vooral in de kleine praktijken. In groepspraktijken, waar meer poh's-ggz werken, gaat dat beter.”

Van Ingen: “Essentieel is in elk geval dat huisarts en poh-ggz intensief samenwerken: ze moeten een geolied team vormen.”



Anita van Ingen: “Een goede poh-ggz is een allrounder, met een brede achtergrond en een dito blik”



Lilian Gruppings: “Het belangrijkste vind ik dat je als huisarts en poh-ggz goed bij elkaar past, een team vormt”

Foto's: Margot Scheerder

Gruppings: “Dat betekent overleg, overleg en nog eens overleg. Structureel, maar ook gewoon regelmatig tussendoor. Een tip is om in de middagpauze samen te wandelen. Je hebt meteen je beweging, het praat makkelijk en je wordt niet gestoord door de telefoon. Verder kun je de elektronische agenda gebruiken voor eenvoudige vragen: ‘Wil je meneer Jansen nog even attenderen op zijn medicijngebruik?’ Of de praktijkondersteuner schrijft: ‘Deze patiënt wil ik eigenlijk verwijzen naar de psycholoog, ben je akkoord?’ Zo weet je altijd van elkaar welke acties je onderneemt, dat werkt heel efficiënt.” Van Ingen: “Wat daarnaast helpt, is dat we de intervisie voor poh's-ggz de afgelopen twee jaar hebben geprofessionaliseerd. Voorheen betekende dat vooral netwerken, nu werken we met groepjes van vier poh's uit verschillende huisartsengroepen en een supervisor van het NHG uitsluitend aan persoonlijke ontwikkeling. Het gaat niet langer om vragen als: ‘Heb jij nog een adres voor iemand met een verstandelijke beperking die steeds aanloopt tegen depressie?’ Daarvoor organiseren we nu aparte netwerkbijeenkomsten. Want het blijft natuurlijk belangrijk dat we elkaar goed weten te vinden en elkaars expertise kunnen aanspreken.”

Wat vind je van het huidige profiel van de poh-ggz?

Gruppings: “Welk profiel? De praktijkondersteuners in deze regio waren aanvankelijk grotendeels afkomstig uit de tweede lijn, maar tegenwoordig weten steeds meer mensen uit het maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologie hun weg naar de huisartsenpraktijk te vinden. Dat daarmee een soort smeltkroes ontstaat, ervaar ik niet als een probleem. Integendeel, want net als de huisarts heeft de poh-ggz een basispakket te bieden. Daarbovenop komt de achtergrond en de persoonlijkheid, het soort hulpverlener dat iemand is. Verreweg het belangrijkste vind ik dat je als huisarts en poh-ggz goed bij elkaar past, een team vormt. Daarnaast zorgen scholing, intervisie en netwerkbijeenkomsten voor stroomlijning.” Van Ingen: “In mijn ogen is een goede poh-ggz een allrounder: iemand met een brede achtergrond en een dito blik. Dat zou voor elke huisartsenpraktijk een basisvoorwaarde moeten zijn, net als – minimaal – een hbo-opleiding in de ggz plus een opleiding poh-ggz. We werken intussen hard aan een professionaliseringsslag en volgen de landelijke ontwikkelingen. Zo is straks de accreditatie de poh-ggz verplicht. Daarmee zal het aantal eisen waaraan je moet voldoen zeker toenemen.”

Welke ggz-zorg hoort thuis in de huisartsenpraktijk en welke niet? Zijn daar richtlijnen voor?

Gruppig: “Landelijk zijn er wel richtlijnen, maar regionaal moeten we die nog inkleuren. Zo voeren we momenteel gesprekken met de psychiaters van het FACT-team (*Flexible Assertive Community Treatment*). Dat zijn degenen die de moeilijke casuïstiek krijgen. We willen een experiment doen waarbij iemand uit dat team, een spv’er of maatschappelijk werker, meedenkt met een huisartsengroep. Een huisarts die aanloopt tegen problematiek die vragen of twijfels oproept, kan die persoon dan snel consulteren. Of voorstellen dat het FACT-team de patiënt tijdelijk in zorg neemt, totdat hij weer stabiel is. We willen snel actie kunnen ondernemen, zoals je de wijkagent kunt bellen als je hangjongeren voor je deur hebt. En dat dan graag zonder verwijfsbrieven, want dat vertraagt het proces en je weet dan niet waar je patiënt blijft. Het gaat kortom steeds om korte lijnen: alles staat of valt bij het elkaar kennen van professionals. Maar ook om het vertrouwen van de zorgverzekeraar in ons, de huisarts en poh-ggz. Wij kunnen een goede inschatting maken naar complexiteit, ernst, risico en beloop. Dat zijn precies de richtlijnen waar het om gaat.”

Van Ingen: “We hebben hier heel veel problematiek achter de voordeur en lange wachttijden voor de specialistische ggz. Tegelijkertijd is er dus die neiging van de poh-ggz om veel binnenboord te houden. Alleen daarom al is het noodzakelijk dat we duidelijker definiëren waar de grens ligt tussen wat wel en niet in de huisartsenpraktijk thuishoort. Dat is een proces waar we in deze regio middenin zitten. Gelukkig hebben we er wat generalistische basis-ggz bij gekregen. Veel problematiek kan daarheen in plaats van naar de psychiater of een andere tweedelijnsvoorziening.”

Dat moet dan wel kunnen, want je hoort veel over wachttijden in de ggz, zelfs bij de praktijkondersteuner...

Gruppig: “Ja, zelfs dat laatste komt helaas voor. Dat heeft alles te maken met de wachttijden in de specialistische en zelfs de basis-ggz: daardoor kan de praktijkondersteuner niet doorverwijzen en houdt zij patiënten langer in behandeling dan de bedoeling is (gemiddeld 5 consulten). Maar het komt ook voor dat praktijken te weinig ondersteuning inhuren. Voor huisartsen die merken dat er bovengemiddeld veel ggz-problematiek langskomt, is het de moeite waard om dat bespreekbaar te maken bij de zorggroep. Soms kan er dan wat meer worden ingekocht. Want twee weken wachttijd is wel de grens.”

Van Ingen: “Bovendien moet je altijd ruimte houden voor crisis- of spoedgevallen. En voor mensen die niet lang kunnen wachten met de intake.

Gruppig: “Ja, we moeten te allen tijde laagdrempelig blijven. Spoedgevallen zijn natuurlijk acuut en die verwijfs je meteen door naar een crisisdienst, maar je moet er wel zijn voor mensen met een tijdelijke terugval. In mijn praktijk regelen we in zo’n geval snel een ‘aai-over-de-bol-gesprek’. Daarmee kun je veel ellende voorkomen; zo iemand moet je niet op een wachtlijst zetten.”

Heeft die laagdrempeligheid zelf niet ook een aanzuigende werking?

Van Ingen: “Dat denk ik wel. Ik merk dat patiënten het heel fijn vinden om snel bij de huisarts en de praktijkondersteuner terecht te kunnen. In de praktijk waar ik zelf werk zie ik mensen na jaren af en toe kort terug, want ze weten je te vinden! Dat is natuurlijk hartstikke fijn voor ze, want meestal kunnen ze snel weer zelfstandig verder. Je hoeft dan niet te verwijzen. En daar ligt precies de kracht van de tandem huisarts-poh-ggz. Maar tegelijkertijd de valkuil. De grens daartussen moet iedere poh-ggz, samen met de huisarts, goed bewaken.”

Samenvattend: wat gaat goed en wat kan beter?

Van Ingen: “Typisch Achterhoeks is dat er bij elke verandering veel weerstand is. Maar op een zeker moment komt de omslag en dan kan het nieuwe plan niet meer stuk. Zoals Achterhoekers ook afwachtend kunnen zijn in contact met anderen, maar op een dag ben je ineens vrienden voor het leven. Zover zijn we wel: we hebben 100 procent poh-bezetting in de praktijken. En het ‘kortelijnsbeleid’ werkt steeds beter, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk.”

Gruppig: “Wat ook goed gaat, is de intentie van alle partijen om samen te werken: we weten elkaar te vinden. Wat beter kan, is de mindset van huisartsen. Het moet tot ons doordringen dat we veel meer kunnen betekenen voor de ggz dan we zelf denken. ‘Onbewust bekwaam’ noemen we dat. Dat is echt een verbeterpunt. Gelukkig zie ik dat jonge huisartsen de ggz meer als onderdeel van het huisartsenvak beschouwen. Een ander verbeterpunt is de communicatie in het verwijzen en terugverwijzen. We moeten af van die verzuiling en de verplichte screeningslijsten in de specialistische ggz. Die blokkeren niet alleen de doorstroom, maar demotiveren patiënten en hulpverleners. Bovendien is ggz-zorg niet het soort zorg dat je kunt of wilt meten. Sowieso zitten de voorwaarden en de papierwinkel in de weg, want zowel in de eerste als de tweede lijn willen mensen echt wel, maar zijn ze vaak aan handen en voeten gebonden. Terwijl we het hier hebben over een heel kwetsbare groep mensen, die je snel wilt kunnen helpen.”

Nog een tip?

Van Ingen: “Tegen de poh’s-ggz zeg ik: schroom niet om te blijven vragen en delen. Houd contact met je huisarts en collega-poh’s en voorkom dat je een eilandje wordt!”

Gruppig: “Huisartsen, wees niet bang voor de ggz. Het is een interessant vakgebied en het hoort absoluut bij ons werk, dus houd vooral de regie!” ■

Lilian Gruppig is zelfstandig gevestigd als huisarts in Aalten en is daarnaast kaderhuisarts ggz. Anita van Ingen is poh-ggz in een huisartsenpraktijk in Lichtenvoorde, met gezondheidswetenschappen als achtergrond (specialisme: arbeid en gezondheid), en is daarnaast consulente ggz. Beiden werken een dag per week voor de coöperatie HuisartsenZorg Oost-Achterhoek (HZOA), die valt onder de regio-organisatie HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland (HOOG).

NHG-Standaard Overspanning en burn-out

NHG-werkgroep Overspanning en burn-out

INLEIDING

De NHG-Standaard Overspanning en burn-out geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met overspanning en burn-out. De standaard is geschreven voor de huisarts en praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). De hoge incidentie van overspanning en burn-out en de behoefte van huisartsen aan handvatten bij de diagnostiek en behandeling hebben geleid tot het besluit deze standaard te ontwikkelen. Omdat de wetenschappelijke onderbouwing voor het beleid beperkt is, zijn veel aanbevelingen gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Overspanning hangt vaak samen met overbelasting door te veel verplichtingen (werk, privé), ingrijpende levensgebeurtenissen of levensfaseproblematiek, waarbij de coping onvoldoende toereikend is. Burn-out is een bijzondere vorm van overspanning, waarbij de klachten langdurig aanwezig zijn en moeheid en uitputting op de voorgrond staan. De diagnostiek en het beleid bij overspanning en burn-out zijn voor een groot deel identiek. Belangrijkste verschil is dat bij de behandeling van burn-out meer nadruk moet liggen op het beïnvloeden van de copingstijl en op de neiging tot somatiseren. Door de onvoldoende toereikende coping en daardoor langere genezingsduur van burn-out is een verwijzing naar de ggz eerder op-

NHG-werkgroep Overspanning en burn-out. NHG-Standaard Overspanning en burn-out, www.nhg.org/standaarden. De werkgroep bestond uit (in alfabetische volgorde): Van Avendonk M, Oeij S [NVAB], Seelerman J [LV POH-ggz], Starmans R, Terluin B, Wewerinke A, Wiersma Tj.

Deze NHG-Standaard berust op de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen (inclusief overspanning en burn-out) en de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, beide ontwikkeld binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

portuun. Bij overspanning en burn-out is het beleid voornamelijk gericht op het herstel van functioneren en verbetering van de stresshantering op basis van de behoeften van de patiënt. Waar het voor het handelen niet uitmaakt of er sprake is van overspanning of burn-out, gebruiken we voor de leesbaarheid de term ‘overspanning’. Als er beleidsverschillen zijn, wordt dat expliciet benoemd. Deze NHG-Standaard berust op de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen (inclusief overspanning en burn-out) en de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, beide ontwikkeld binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.¹

ACHTERGRONDEN Begrippen Overspanning (surmenage)

- De volgende vier criteria zijn vereist:
- Spanningsklachten
Ten minste drie van de volgende klachten: moeheid, gestoorde, onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel en concentratieproblemen/vergeetachtigheid.
 - Controleverlies
Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon heeft het gevoel de grip te verliezen.
 - Disfunctioneren
Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
 - De spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.²

Burn-out
Dit is een bijzondere, ernstige vorm van

- KERNBOODSCHAPPEN**
- Overspanning en burn-out zijn het gevolg van overbelasting door een of meer stressoren waarbij de stresshantering (coping) onvoldoende toereikend is. Het beloop kan worden ingedeeld in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.
 - In de crisisfase kan een beperkte periode van rust zinvol zijn; uitval en verzuim van langere duur moeten worden vermeden.
 - De initiële behandeling bestaat altijd uit het stimuleren van de patiënt tot het aannemen van een actieve, probleemoplossende houding, het geven van voorlichting en het stimuleren van dagstructurering.
 - Volg het herstel actief en intervenieer op een wijze die past bij de fase waarin de patiënt zich bevindt.
 - Stagnatie in een van de fasen zonder verklaring is reden voor verwijzing naar de generalistische basis-ggz.

overspanning waarbij voldaan is aan de volgende drie criteria:

- Er is sprake van overspanning.
- De klachten zijn meer dan zes maanden geleden begonnen, waarbij beperkingen in het functioneren korter aanwezig kunnen zijn.
- Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.³

Burn-out verschilt van overspanning door de langere klachtenduur en het meer op de voorgrond staan van mentale moeheid (verminderde werkgeheugencapaciteit en volgehouden aandacht) en ervaren uitputting. Het benoemen van burn-out in plaats van overspanning

heeft nut, omdat een langere duur van minder effectieve copingstijlen en een neiging tot somatiseren (moeheid en uitputting) specifieke aandacht in de behandeling vragen. Werkgerelateerdheid is geen noodzakelijk kenmerk van burn-out.

Overspanning vertoont veel overeenkomsten met het begrip ‘aanpassingsstoornis’ in het DSM-classificatiesysteem. Vanwege de beperkte bruikbaarheid en grote overlap met overspanning wordt gebruik van dit begrip in de huisartsenpraktijk ontraden.⁴

Epidemiologie

Betrouwbare cijfers naar het voorkomen van overspanning en burn-out in de eerste lijn zijn niet voorhanden. In 2013 waren volgens de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn de incidentie en prevalentie van het verwante klachtenbeeld crisis/voorbijgaande reactie (ICPC-code P02) respectievelijk 8,1 en 9,1 per 1000 patiënten. Van neurasthenie/surmenage (ICPC-code P78) waren de incidentie en prevalentie respectievelijk 7,0 en 12,3 per 1000 patiënten. De man-vrouwverhouding is voor beide codes 1:2.⁵

Etiologie

Risicofactoren zijn onder andere:⁶

- een voorgeschiedenis met een reeks van stressoren
- kwetsbaarheid (bijvoorbeeld blijkend uit eerdere episode(s) met overspanning of hoge medische consumptie)
- moeite hebben met complexe en veeleisende maatschappij
- beperkt steunsysteem
- veel ziekteverzuim in het voorafgaande jaar (onafhankelijk van een lichamelijke verklaring)
- passieve of vermijdende copingstijl, ‘goed willen doen voor anderen’, ‘geen nee kunnen zeggen’

Risicogroepen:^{7,8}

- mensen met een chronische of levensbedreigende somatische aandoening
- mensen ouder dan 50 jaar
- mensen met een lage sociaal-economische status
- migranten

- thuiswerkers
- alleenstaanden

Bij overspanning wordt doorgaans een stressor verondersteld. Deze is niet altijd duidelijk aanwijsbaar of wordt door de patiënt niet als zodanig herkend. Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die ervaren worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht. Voorbeelden zijn een echtscheiding, een chronische ziekte (patiënt, partner, kind), rouw, problemen op of verlies van werk, financiële problemen, veeleisende opvoedtaken, het volgen van een veeleisende studie of intensieve mantelzorg. Vaak is er sprake van een combinatie van factoren. Overspanning kan het gevolg zijn van langdurige lichtere stressoren of van een korte en hevige stressor. Beide kunnen leiden tot identieke spanningsklachten en disfunctioneren.⁹

Beloop

- Het beloop kan worden ingedeeld

in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.

- In de crisisfase is de patiënt zodanig ontregeld dat hij niet meer goed kan functioneren en het zaak is tot rust te komen. Deze fase duurt normaliter enkele weken.
- Daarna volgt de probleem- en oplossingsfase, waarin gewerkt kan worden aan het in kaart brengen van de problemen en het bedenken en bespreken van oplossingen.
- Ten slotte volgt de toepassingsfase, waarin de patiënt de oplossingen in de praktijk uitprobeert en toepast.

Het beleid van de huisarts is erop gericht het doorlopen van de drie fasen te bevorderen, de voortgang te monitoren en in te grijpen bij stagnatie (zie *Richtlijnen beleid*). De tijdsduur per fase is indicatief en geen absoluut criterium voor stagnatie. Kennis over de duur van het herstelproces is schaars en overwegend afkomstig uit arbeidsverzuimonderzoek. Overspanning is een belangrijke oorzaak van

ARBEID

Bij gezondheidsklachten met werkverzuim stelt de Wet Verbetering Poortwachter de werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor passende re-integratie en het zo snel mogelijk beperken van verzuim. De werkgever moet bereid zijn om aard en omstandigheden van werk [waaronder werktijden] aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De werknemer moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren [mits binnen zijn vermogens]. Elke werkgever is wettelijk verplicht zich bij de verzuimbegeleiding te laten bijstaan door een arbodienst of bedrijfsarts en binnen één week de verzuimmelding door te geven. De werknemer heeft dan recht op advies van een bedrijfsarts. In de praktijk kennen werknemers vaak hun rechten bij verzuim niet en worden bedrijfsartsen nauwelijks geïnformeerd. Vaak komt er pas een consult als het verzuim langer bestaat en de werkgever een plan van aanpak op moet gaan stellen. Die verplichting geldt na acht weken verzuim. In de vernieuwde Arbowet heeft iedere werknemer het recht de bedrijfsarts via een open spreekuur te bezoeken [arbeidsomstandighedensprekuur]. Dit geldt ook voor de werknemer die nog niet verzuimt of geen gezondheidsklachten heeft en is ook van toepassing voor tijdelijke krachten, stagiaires en zelfstandigen zonder personeel [zzp'ers] die op de locatie van de werkgever aan het werk zijn. In het algemeen hebben zzp'ers die niet op een locatie van de opdrachtgever werken geen reguliere bedrijfsarts. De primaire arbeidsgelateerde zorg voor zelfstandigen en vrijwilligers ligt bij de huisarts en praktijkondersteuner ggz. Zij kunnen adviseren om advies in te winnen bij een bedrijfsarts, omdat deze meer kennis heeft over de mogelijke relatie tussen arbeid en gezondheidsklachten. Een aantal arbeidsongeschiktheidsverzoekers voor zzp'ers voorziet in een betaalde mogelijkheid hiervoor.

werkverzuim. Psychische problematiek is verantwoordelijk voor circa 30% van de verzuimgevallen. De verzuimduur bij overspanning is doorgaans lang: gemiddeld circa elf weken met een grote spreiding.¹⁰

De kans op een langduriger herstelproces is verhoogd bij een leeftijd hoger dan 50 jaar, een langere klachtenduur op het moment van het eerste contact met de zorgverlener en als er uitval is op meerdere domeinen (privé, werk).

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De (waarschijnlijkheids)diagnosen overspanning en burn-out zijn doorgaans in het eerste contact al snel duidelijk. Vaak vermoedt de patiënt de diagnose zelf. Een deel komt alleen met somatische klachten. Wees alert op de aanwezigheid van psychische (co)morbiditeit zoals een depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis of problematisch alcohol- en drugsgebruik.

Signalen

Denk ook bij de volgende klachten aan overspanning:

- aanhoudende moeheid of wisselende lichamelijke klachten zonder voldoende somatische verklaring
- aanhoudende specifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, piekeren, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, slaapproblemen, problematisch alcohol- of drugsgebruik

Anamnese

Klachtexploratie

Exploreer bij een vermoeden van overspanning de klachten. Naast een algemene exploratie kan het acroniem SCEGS helpen om na te gaan of alle omstandigheden of gebeurtenissen (bevorderend of beschermend voor het ontstaan van overspanning) zijn verkend.¹¹ SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies. Gebruik bij migranten bij voorkeur een andere volgorde: SGSC. Begin met de minst bedreigende vragen: bij hen de somatische dimensie. Als laatste komen meningen en gevoelens aan bod.

Vraag naar:

- oorzaak/aanleiding en duur van de klacht(en)
- moeheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren (waarover?), gejaagd gevoel, concentratieproblemen, gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid
- somberheid of angst: welke klacht was er eerder (angst, somberheid of spanningsklachten), suïcidale gedachten/plannen
- beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren en werkverzuim
- onderhoudende factoren, zoals huisvestings- en financiële problemen, en gebruik van alcohol en drugs
- coping: wat heeft de patiënt zelf gedaan om de klachten te verminderen:¹²
 - actief oplossen
 - verdoving zoeken (meer drinken, roken, eten of in warm bad)
 - vermijden (doen alsof er geen probleem is)
 - sociale steun zoeken
 - passief zijn (machteloos, problemen op de loop laten gaan, niets ondernemen)
 - expressie van emoties (spanningen afreageren)
 - geruststellende gedachten ('het komt goed', 'na regen komt zonneschijn')
- eerdere vergelijkbare klachten en behandelingen

Overweeg gebruik te maken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL, www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/download/4dkl_voor_nhg_2014.pdf of www.4dsq.eu voor vertalingen) als:

- er een vermoeden is van een angststoornis, depressie of SOLK. De lijst inventariseert angst-, depressieve en spanningsklachten (*distress*) en somatisatie (veel lichamelijke klachten). Bij overspanning scoren met name de spanningsklachten hoog. Als andere subschalen hoog scoren, is dit aanleiding te beoordelen of er sprake is van de aanwezigheid van een depressie, angststoornis of SOLK (zie de desbetreffende NHG-Standaarden);

- de patiënt moeite heeft om de klachten te verwoorden. Aan de hand van de lijst kunnen aspecten van de klachten worden besproken. Bied zo nodig, bij onvoldoende vaardigheden, aan om deze samen in te vullen.¹³

Lichamelijk en aanvullend onderzoek
Niet geïndiceerd.

Evaluatie en gezamenlijke probleemdefinitie

Formuleer voor zover mogelijk in dit stadium samen met de patiënt de (voorlopige) probleemdefinitie: een samenvatting van de klachten, beïnvloedende factoren, gevolgen en de gewenste verandering.

Ga na of aanleiding en klachtenpatroon zijn samen te vatten onder de noemer *Overspanning* (P78):

- spanningsklachten;
- controleverlies: niet meer kunnen hanteren van stressoren; de grip verliezen;
- disfunctioneren: significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren;
- de spanningsklachten, het controleverlies en het disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Burn-out (Z29.01)

Overspanning waarbij:

- de klachten minstens zes maanden aanwezig zijn;
- gevoelens van moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan.

Houd differentieeldiagnostisch rekening met (eventueel gelijktijdige aanwezigheid van):

- depressie: somberheid en interesseverlies staan op de voorgrond (zie NHG-Standaard Depressie);
- angststoornis: ongewoon heftige of langdurige angst staat op de voorgrond (zie NHG-Standaard Angst);
- problematisch alcoholgebruik (zie NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik) of gebruik van drugs;
- persoonlijkheidsproblematiek.

RICHTLIJNEN BELEID

De behandeling is gericht op het herstel van de balans tussen draaglast en draagkracht. Daarbij is het stimuleren van de patiënt tot een actieve probleemoplossende houding noodzakelijk.

- Ga zoveel mogelijk uit van de zelfredzaamheid van de patiënt.
- Moedig de patiënt aan acties te ondernemen om de stress en de gevolgen ervan te verminderen, passend bij de door de patiënt gewenste verandering.
- Adviseer de werkende patiënt die reeds verzuimt eventueel een beperkte periode rust.
- Adviseer de werkende patiënt die niet verzuimt (gedeeltelijk) te blijven participeren.

Geef altijd voorlichting en wijs op het belang van het (be)houden van dagstructuur. De overige behandeling is afhankelijk van het beloop en moet passen bij de fase van herstel waarin de patiënt zit [tabel].¹⁴

Overweeg het gebruik van principes van motiverende gespreksvoering bij de patiënt die moeilijk te motiveren is gedrag te veranderen dat bijdraagt aan het ontstaan van de overspanning.¹⁵ Pas de behandeling aan bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, aangezien sommige interventies een beroep doen op het abstractievermogen van een patiënt of omdat er gebruikgemaakt wordt van schriftelijke en digitale hulpbronnen (zie hiervoor www.huisarts-migrant.nl).

Voorlichting

Algemeen

- Overspanning en burn-out zijn het gevolg van overbelasting door stressgevend omstandigheden of gebeurtenissen waardoor iemand niet meer in staat is stress te hanteren, met als gevolg controleverlies en onvermogen nog normaal te functioneren (in noot metaforen en modellen die de uitleg kunnen ondersteunen).¹⁶
- Lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn van een reactie op de overbelasting.
- Overspanning komt regelmatig voor en is doorgaans van voorbijgaande aard.

Herstelproces

- Het volledige herstelproces bij overspanning duurt vaak enkele maanden en kan worden ingedeeld in een crisisfase, een probleem- en oplossingsfase en een toepassingsfase.
- Het herstel duurt bij burn-out doorgaans langer.
- De crisisfase duurt meestal enkele weken. In die fase is het zaak te werken aan rust en ontspanning en te komen tot acceptatie van de overspanning en onderliggende oorzaken. Na een ingrijpende gebeurtenis is men vaak behoorlijk ontregeld. Voor sommige mensen kan een beperkte periode rust goed zijn, maar meestal is (gedeeltelijk) blijven participeren beter voor het gevoel van controle en het herstel van functioneren. Rust

zorgt bij burn-out vaak voor een tijdelijke verslechtering.

- In de probleem- en oplossingsfase, als de patiënt voldoende tot rust is gekomen, wordt de problematiek in kaart gebracht en kan er nagedacht worden over oplossingen. Daarna, in de toepassingsfase, werkt de patiënt aan het weer oppakken van sociale rollen en herstel van functioneren.

Behandeling

- De behandeling is gericht op het hervinden van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht, waarbij de draagkracht wordt vergroot (zoals sociale steun, (fysieke) ontspanning) en de draaglast soms (tijdelijk) moet worden beperkt (timemanagement).

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijst naar de informatie over overspanning en burn-out op www.thuisarts.nl.

Niet-medicamenteuze behandeling

Vul de weg naar herstel zo concreet mogelijk in; schets het doel en de tussentappen met een zo concreet mogelijk begeleidingsplan. Dit zorgt bij de patiënt voor een gevoel van beheersbaarheid. Deel het herstelproces dat de patiënt moet doorlopen daartoe in fasen in [tabel]. Dit geeft een structuur waarin de ‘taken’ die de patiënt per fase moet vervullen, worden geëxpliciteerd. In de loop van de begeleiding kan dit steeds verder worden concreetiseerd.

Tabel

Overzicht van interventies gerangschikt naar fase van herstel

Fase	Hersteltaken	Doel	Behandeling en begeleiding	Stagnatie
Crisis [gemiddeld 3 weken]	■ Acceptatie ■ Rust en ontspanning ■ Dagstructuur	■ Begrip en inzicht ■ Zicht bieden op herstel ■ Voorkomen [volledige] uitval van rollen	■ Voorlichting ■ Dagstructuur en activiteitenplanning ■ Praatadviezen ■ Piekeropdrachten ■ Ontspanningsoefeningen	Heroverweeg de uitgangspunten: ■ Probleemoriëntatie aanvullen? ■ Diagnose wijzigen? ■ Interventies aanpassen? Keuze uit ■ Doorloop opnieuw de fase [+ bijbehorende taken]
Probleem en oplossing [gemiddeld 3-6 weken]	In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen	Van oriëntatie op problemen naar oriëntatie op oplossingen	■ Probleem- en stressorenlijst ■ Fysieke activiteit ■ Mindfulness	■ Interventies ter aanvulling in de huisartsenpraktijk [bijlage]
Toepassing [gemiddeld 6 weken]	Oriëntatie op toepassen van oplossingsstrategieën	Oppakken van alle rollen en taken Herstel van functioneren		■ Overleg met bedrijfsarts ■ Verwijzing voor psychologische behandeling

Crisisfase (gemiddeld 3 weken)

Hersteltaken: acceptatie, rust en ontspanning en dagstructurering.

- Adviseer regelmatig afwisselend activerende en ontspannende activiteiten om problemen te relativeren en klachten te verminderen.
- Adviseer behoud van of het aanbrengen van structuur in dagelijkse activiteiten: voldoende nachtrust, op vaste tijden naar bed gaan, opstaan en gezonde maaltijden en geen alcohol en drugs.

De volgende adviezen kunnen aanvullend behulpzaam zijn:

- Praatadviezen
Adviseer patiënten die te kennen geven de problemen alleen te verwerken, met mensen in hun omgeving te praten.¹⁷ Praten levert vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor patiënten die sterk op één aspect gefocust zijn.
- Schrijf- en piekeropdrachten
Voor patiënten die gemotiveerd zijn te schrijven:
 - Adviseer patiënten bij wie piekeren op de voorgrond staat gedachten en gevoelens te noteren, omdat dit mogelijk bijdraagt aan het verwerken van stresserende gebeurtenissen en gevoelens.
 - Adviseer op te schrijven wat bij hem bovenkomt of waar hij over piekert.
 - Vraag bij het vervolgconsult naar het ‘huiswerk’ om na te gaan of de patiënt er baat bij heeft.
 - Lees zo mogelijk steekproefsgewijs enkele passages om een indruk te krijgen van de problematiek van de patiënt.
 - Wijs patiënten op websites die hierbij behulpzaam kunnen zijn.

Voor patiënten die niet kunnen lezen of schrijven of niet gemotiveerd zijn te schrijven:

- Adviseer om alleen op een bepaalde en gelimiteerde periode van de dag (bijvoorbeeld een of twee keer een half uur per dag) te piekeren om te voorkomen dat het piekeren ongestructureerd over de hele dag plaatsvindt.

- Ontspanningsoefeningen
Bespreek dat ontspanningsoefeningen kunnen helpen om spanningsklachten te verminderen.¹⁸ Geef aan dat de voor- en nadelen van deze behandeling onzeker zijn en bespreek de interesse en motivatie van de patiënt.

Wijs gemotiveerde patiënten op websites en apps met oefeningen en tips hoe om te gaan met spanningsklachten (www.huisarts-emh.nl of www.thuisarts.nl).

Probleem- en oplossingsfase (gemiddeld 3-6 weken)

Hersteltaken: in kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen.

Problemen

- Bespreek welke problemen een rol spelen, hoe beïnvloedbaar ze zijn en wat er moet gebeuren/veranderen.
- Start met het oriënteren op de (coping)problemen die hebben geleid tot de overspanning (bijvoorbeeld geen ‘nee’ kunnen zeggen, anderen willen plezieren).
- Moedig de patiënt met een sterk catastroferende stijl van denken (‘Dat kan ik nooit; als ze dat van me vragen raak ik overspannen’) aan een positievere interne dialoog te voeren (‘Waarom zou ik dat niet kunnen? Het heeft me altijd wel veel moeite gekost, maar ik heb het nooit echt af laten weten’; ‘Als het niet zou lukken, wat zou er dan in het ergste geval gebeuren?’).

Oplossingen

- Bespreek welke oplossingen denkbaar zijn, hoe wenselijk en realistisch ze zijn en hoe deze (geleidelijk) kunnen worden toegepast in de dagelijkse activiteiten (werk, thuis, sociaal).
- Bespreek de aanpak in vergelijkbare moeilijke situaties waarbij de coping wel goed ging.
- Help bij het benoemen en bewust worden van persoonlijke kracht en energiebronnen. Bespreek de dingen die wel goed gaan in het leven van de patiënt.
- Help positief te herinterpreteren (heretiketteren): benadruk positieve

eigenschappen die onbedoeld aan de klachten hebben bijgedragen, zoals verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen en mantelzorg geven.

- Stimuleer de werkende patiënt de problematiek te bespreken met de werkgever en bedrijfsarts. Informeer de patiënt over zijn wettelijke recht op (vroeg) contact met en advies van de bedrijfsarts. Vermeld dat een bedrijfsarts geheimhouding kent en uitsluitend arbeids(on)mogelijkheden en werkadviezen mag terugkoppelen aan de werkgever en niet de diagnose of inhoud van de klachten. De bedrijfsarts onderzoekt welke rol werk speelt bij de klachten en hoe (aanpassing in) werk kan bijdragen aan herstel. Langdurig verzuim (langer dan drie maanden) vermindert de kans op succesvolle werkhervatting en vergroot de kans op verlies van werk.

- Motiveer de patiënt met een arbeidsconflict om dit op de werkplek op te lossen. Dring er bij de patiënt op aan om zo snel mogelijk contact op te nemen met de bedrijfsarts. Overleg met de bedrijfsarts als het conflict na interventie een ongewenste ontwikkeling heeft, mits de patiënt daarvoor toestemming geeft.

Aanvullende adviezen

- Problemen/stressoren- en oplossingenlijst
Motiveer en begeleid de patiënt die na de crisisfase een diffuus gevoel heeft van ‘er niet meer tegenop kunnen’ tot het opstellen van een gestructureerde lijst van concrete probleemsituaties met daarbij horende oplossingsrichtingen. Dit kan de patiënt helpen meer inzicht in zijn problematiek te krijgen en kan het gevoel van beheersbaarheid en controle vergroten.¹⁹

Fysieke activiteit

- Bespreek dat fysieke activiteit kan bijdragen aan vermindering van de klachten en sowieso bijdraagt aan een betere conditie. Houd rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid,

Lichttherapie niet alleen voor winterdepressie

Anne Bakker, Antonette Smelt

Lichttherapie is een reguliere behandeling van winterdepressie. De laatste jaren is er ook veel onderzoek gedaan naar de effecten van lichttherapie bij diverse andere stemmingsstoornissen. Deze CAT laat zien dat lichttherapie ook bij niet-seizoensgebonden depressie effectief kan zijn en veilig kan worden toegepast. Het bewijs daarvoor is weliswaar beperkt, maar de bijwerkingen zijn mild. Daarom is lichttherapie bij depressie in elk geval te overwegen.

Lichttherapie kan bij winterdepressie de klachten doen afnemen, omdat hierdoor de biologische klok wordt 'gereset'. Aangezien bij vrijwel alle depressieve patiënten het bioritme is verstoord, vroegen de auteurs zich af of lichttherapie de depressieve klachten ook kan verminderen bij volwassenen met een niet-seizoensgebonden lichte of matig ernstige depressie.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

De auteurs doorzochten op 13 april 2018 PubMed met de volgende zoektermen: ('depression'[Mesh] OR 'depressive disorder'[Mesh] OR 'nonseasonal depression'[tiab] NOT 'seasonal affective disorder'[Mesh]) AND ('phototherapy'[Mesh] OR 'light therapy'[tiab]), met voor beide onderdelen synoniemen als vrije tekst. Vervolgens zochten zij specifiek naar meta-analyses. Die zoektocht leverde 19 resultaten op, waarvan 3 relevante meta-analyses uit 2015. Verder vonden zij nog een relevante RCT van later datum.

De volledige meta-analyse was van Perera et al.¹ Zij includeerden 20 RCT's met in totaal 881 volwassenen met een ernstige depressie, dysthymie, bipolaire stoornis of klinisch significante niet-seizoensgebonden depressieve klachten. De interventiegroep kreeg lichttherapie, eventueel in combinatie met psycho- of farmacotherapie. De controlegroep kreeg placebo lichttherapie of alleen psycho- of farmacotherapie. De meeste trials hadden een hoog risico op bias, vaak was de manier van randomiseren niet duidelijk en ontbrak een powerberekening. Aangezien verschillende depressievragenlijsten werden gebruikt, werd een gestandaardiseerd gemiddeld verschil berekend en gebruikt als uitkomstmaat. De onderzoekers vonden een klein, maar significant verschil tussen de interventie- en controlegroep: SMD = -0,41 (95%-BI -0,64 tot -0,18; p = 0,0004). In een subgroepanalyse vergeleken zij klinische en poliklinische patiënten met elkaar. In de poliklinische subgroep was een significant verschil tussen de interventie- en controlegroep: SMD = -0,50 (95%-BI -0,81 tot -0,20, p = 0,001). De RCT van Chojnacka onderzocht het effect op lichttherapie als aanvulling op farmacotherapie versus placebo met farmacotherapie. De 95 geïncludeerde patiënten met een recente uni- of bipolaire depressie gebruikten diverse psychofarmaca, die ten minste vier weken onveranderd moest zijn. Middels

ANOVA werd geen significant verschil gevonden in Hamilton depressiescores tussen de lichttherapie- en controlegroep (p = 0,20). In alle onderzoeken waren de bijwerkingen mild en in beide groepen gelijk.

VEILIG EN EFFECTIEF

De meta-analyse is volledig en van goede kwaliteit (AMSTAR-score 10/11), maar de meeste geïncludeerde onderzoeken hadden een hoog risico op bias. Er was sprake van klinische en statistische heterogeniteit (I² = 60%; p = 0,0003). Door subgroepanalyses uit te voeren, gingen de onderzoekers de invloed na van bijvoorbeeld tijdstip van lichttherapie en mate van ernst van depressie. Veelbelovend voor de huisartsenpraktijk is het positieve effect van lichttherapie bij poliklinische patiënten, deze subgroep komt het meest overeen met onze populatie.

De kwaliteit van de RCT is matig, met name gezien de uitval van 8% (12/95) van de deelnemers, het niet behalen van de berekende power en de follow-up van slechts twee weken. Bovendien werd een vijftal depressievragenlijsten afgenomen en slechts één (Hamilton Depression Rating Scale) voor analyses gebruikt.

De auteurs concluderen dat er aanwijzingen zijn dat lichttherapie ook bij niet-seizoensgebonden depressie effectief is. De kwaliteit van bewijs is echter laag doordat er veelal kleine onderzoeken zijn gedaan van lage tot matige methodologische kwaliteit. De huidige NHG-Standaard Depressie adviseert alleen bij een winterdepressie te verwijzen voor lichttherapie, maar dit valt ook bij een niet-seizoensgebonden depressie te overwegen. Met name bij veel bijwerkingen van medicatie, onvoldoende effect van de reguliere behandeling of bij contra-indicaties (zoals zwangerschap) kan lichttherapie uitkomst bieden. Gezien de milde bijwerkingen kan het veilig worden toegepast. ■

LITERATUUR

1. Perera S, Eisen R, Bhatt M, Bhatnagar N, De Souza R, Thabane L, et al. Light therapy for non-seasonal depression: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*; 2016;2:116-26.
2. Chojnacka M, Antosik-Wójcińska AZ, Dominiak M, Bzinkowska D, Borzym A, Sokół-Szawłowska M, et al. A sham-controlled randomized trial of adjunctive light therapy for non-seasonal depression. *J Affect Disord* 2016;203:1-8.

Bakker A, Smelt A. Lichttherapie niet alleen voor winterdepressie. *Huisarts Wet* 2018;61(11):87. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: A. Bakker, huisarts-in-opleiding; dr. A.F.H. Smelt, huisartsdocent, a.f.h.smelt@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een critically appraised topic (CAT), waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

maar ook met de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

Mindfulness

- Bespreek dat mindfulness kan helpen om spanningsklachten te verminderen. Geef aan dat de voor- en nadelen van deze behandeling onzeker zijn en bespreek de interesse en motivatie van de patiënt.²⁰

Toepassingsfase (gemiddeld 6 weken)

Hersteltaken: toepassen van oplossingen en oppakken van rollen en taken.

- Stimuleer de patiënt de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe te passen en zijn functioneren in de diverse rollen te hernemen (thuis, werk, sociaal).
- Start met het toepassen van eenvoudige oplossingen, omdat het slagen hiervan tot positieve ervaringen leidt.

Voorkom langdurig werkverzuim; (gedeeltelijk) participeren bevordert het gevoel van controle en het herstel van functioneren.

Medicamenteuze behandeling

Medicatie is niet geïndiceerd. Tijdens de crisisfase kunnen kortdurend (maximaal twee weken) symptomatische middelen worden voorgeschreven om ernstige slaapproblemen of functionele lichamelijke klachten, pijn en maag-darmklachten, te bestrijden (zie NHG-Standaarden Slaapproblemen en slaappmiddelen en SOLK). Het bezwaar van medicatie is dat de patiënt voor verbetering gaat vertrouwen op geneesmiddelen in plaats van op zijn eigen kracht en acties en bovendien is er het risico op langdurig onnodig gebruik.

Controles

- Nodig de patiënt en indien toestemming van de patiënt ook zijn naaste uit voor controle op het spreekuur.
- Controleer de patiënt met relatief korte intervallen om de voortgang (en eventuele stagnatie) van het proces te monitoren. In de crisisfase

vindt de eerste controle na een tot twee weken plaats. Daarna volgen controles om de minimaal drie tot vier weken totdat u samen vaststelt dat de patiënt voldoende is hersteld.

- Bepaal het interval tussen de controles aan de hand van de ernst van de klachten, de lijdensdruk, het disfunctioneren en de wens van de patiënt.

Beoordeel de voortgang van het herstelproces door hier bij elk consult specifiek naar te vragen. Stel daarbij vast in welke fase de patiënt zich bevindt en of er vooruitgang is geboekt in het hanteren van de problematiek en het zicht krijgen op oplossingen. Stagnatie wordt het beste zichtbaar door de situatie van de patiënt bij opeenvolgende controles met elkaar te vergelijken. Bij burn-out verloopt het herstelproces doorgaans trager dan bij overspanning.

- Kan de patiënt zich niet ontspannen en overziet hij zijn problemen niet (crisisfase)?
- Krijgt de patiënt al zicht op oplossingen (probleem- en oplossingsfase)?
- Slaagt de patiënt erin de oplossingen toe te passen en is er (deels) herstel van functioneren (toepassingsfase)?

Bij geen voortgang in het herstelproces na drie tot zes weken (afhankelijk van fase):

- Vraag de patiënt hoe hij hierover denkt: zijn er stressoren niet aan bod gekomen, spelen er nieuwe dingen? Zo ja, doorloop de fasen opnieuw.
- Zijn somatische oorzaken voldoende uitgesloten?
- Is er sprake van een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie of angststoornis?
- Overleg met de bedrijfsarts om diagnose en beleid af te stemmen en te achterhalen of er werkgerelateerde factoren zijn die de situatie in stand houden.
- Start, afhankelijk van het disfunctioneren en de lijdensdruk, een aanvullende interventie in de huisartsenpraktijk [bijlage] of verwijs naar de ggz (zie Verwijzing).

VERWIJZING

- Overweeg een verwijzing naar het sociale wijkteam, algemeen maatschappelijk werk, Centrum Jeugd en Gezin (vaak onderdelen van een sociaal wijkteam), bedrijfsmaatschappelijk werk (bij werkgerelateerde problemen) of andere welzijnsorganisaties bij vragen op het gebied van welzijn en jeugdzorg en bij complexe, met elkaar verweven problemen, zoals sociaal-materiële problemen, bijvoorbeeld huisvesting en financiën, ontbreken van dagbesteding, eenzaamheid, relatie- en opvoedingsproblemen.
- Overleg en stem af met de bedrijfsarts, wanneer werkgerelateerde factoren het herstel(proces) en/of de werkhervatting belemmeren.
- Consulteer of verwijs naar ggz of verslavingszorg bij:
 - stagnatie in het herstelproces zonder heldere verklaring waarbij:
 - interventies om deze op te heffen geen effect hebben;
 - de stagnatie langer dan drie tot zes weken duurt;
 - er ernstig disfunctioneren en lijdensdruk bestaat.
 - (vermoeden van) psychiatrische (co)morbiditeit zoals suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornis, stoornis in het gebruik van middelen.

Verwijzing naar de ggz vanwege overspanning of burn-out wordt niet vergoed vanuit het basispakket.

© 2018 Nederlands Huisartsen Genootschap

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

Zie voor het document Totstandkoming en methoden de webversie van deze standaard op www.nhg.org.

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.nhg.org, rubriek NHG-Standaarden.

Nieuw onderzoek naar beloop van SOLK

Hieke Barends

Onderzoeken naar het langetermijnbeloop van SOLK zijn schaars. Beter zicht op het beloop en de in stand houdende mechanismen kan helpen patiënten met risico op langdurige SOLK eerder op te sporen en te begeleiden. Amsterdamse onderzoekers zijn daarom gestart met een cohortonderzoek waarin zij 325 patiënten met SOLK gedurende vijf jaar volgen.

SOLK-patiënten komen vaak bij de huisarts.¹ Persisterende SOLK gaat vaak gepaard met een hoge ziektelast en ernstige beperkingen in het functioneren.² De NHG-Standaard SOLK uit 2013 baseert de indeling voor stapsgewijze behandeling op de duur, het aantal klachten en de ernst van de functionele belemmeringen. SOLK persisteert in 10 tot 30% van de gevallen. De meeste onderzoeken naar het beloop van SOLK hebben echter een korte follow-upduur (6 tot 15 maanden).³ Bij analyse van het tweejaarsbeloop van het cohort bleek al dat er grote schommelingen werden gerapporteerd in ernst van de klachten en functioneren.⁴ Ook na initieel herstel komt terugval regelmatig voor. Beter zicht op het langetermijnbeloop van SOLK en onderhoudende factoren is van belang om behandelrichtlijnen te kunnen verfijnen. Bij de niet-medicamenteuze behandeling van SOLK heeft specifieke voorlichting een belangrijke rol, waarbij de huisarts gebruik kan maken van verschillende verklaringsmodellen. Er zijn drie modellen, die de NHG-Standaard ook noemt, waarover we in ons cohort gegevens hebben verzameld in relatie tot het beloop. Het gaat om: de somatosensorische amplificatietheorie, het individuele ontwikkelingsmodel en het draagkracht/draaglast-model. Hoewel deze modellen steeds meer in de klinische praktijk worden gebruikt om uit te leggen waarom SOLK-klachten persisteren, is de empirische basis beperkt.⁵ Ook is niet bekend of sommige modellen bij specifieke subpopulaties een rol spelen, bijvoorbeeld bij mensen met bepaalde klachtenclusters. In de toekomst kan de keuze voor een bepaald verklaringsmodel zo wellicht beter worden afgestemd op de individuele patiënt. De gegevensverzameling van dit onderzoek wordt in 2020 voltooid. ■

LITERATUUR

1. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.
2. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of Bodily Distress Syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med* 2017;79:345-57.



Het is nodig beter zicht te krijgen op het langetermijnbeloop van SOLK en de onderhoudende factoren. Foto: iStock

3. Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PLBJ, Van de Laar FA, Speckens AE, Van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychos Res* 2009;66:363-77.
4. Claassen-Van Dessel N. Getting a grip on the unexplained: classification, course, predictors and treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2018.
5. Van Ravenzwaaij J, Olde Hartman T, Van Ravesteijn H, Eveleigh R, Van Rijswijk E, Lucassen P. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Ment Health Fam Med* 2010;7:223-31.

Barends H. Nieuw onderzoek naar beloop van SOLK. *Huisarts Wet* 2018;61(11):88. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde: H. Barends, aioto, h.barends@vumc.nl.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Psychische problemen bij kinderen in de eerste lijn

Nynke Koning

Bijna de helft van de kinderen met psychische problemen wordt niet herkend in de eerste lijn. Hoe kan de huisarts deze kinderen beter herkennen? En wat is de toegevoegde waarde van aanvullende informatie van de jeugdgezondheidszorg? Met deze vragen in het achterhoofd ontwikkelen Leidse onderzoekers een model dat het risico op het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen in het komende jaar voorspelt.

Psychische problemen bij kinderen komen relatief vaak voor (10 tot 20%) en deze hebben vaak langdurig effect.^{1,2} Zo is bekend dat kinderen met psychische problemen een twee- tot zesmaal verhoogde kans hebben op een DSM-diagnose op latere leeftijd en dat ze het minder goed doen op school en op de arbeidsmarkt.^{3,4} Gelukkig kunnen een tijdige herkenning en begeleiding deze langdurige gevolgen verminderen.⁵ Maar hoewel kinderen regelmatig door een eerstelijns professional worden gezien, wordt bijna de helft van de kinderen met psychische problemen niet herkend.^{1,2} Huisartsen en jeugdartsen hebben een centrale rol in de zorg voor de Nederlandse jeugd.⁶ De huisarts en de jeugdarts hebben ieder hun eigen taak en beschikken over elkaar aanvullende informatie over het kind en het gezin.⁶ Deze elkaar aanvullende informatie kan de herkenning van psychische problemen ten goede komen. Uit recent onderzoek blijkt echter dat de samenwerking tussen huisarts en jeugdarts niet optimaal is en dat zij relevante informatie niet op een gestructureerde wijze uitwisselen.^{6,7} Het doel van het Leidse onderzoek is om een model op te stellen dat het risico op het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen in het aankomende jaar voorspelt. De onderzoekers bekijken of beschikbare informatie uit het huisartsendossier zoals karakteristieken van kind (leeftijd, geslacht, comorbiditeit), familie (familieanamnese, scheiding) en zorggebruik (aantal contacten) voorspellende kenmerken zijn voor psychische problemen. Vervolgens gaan ze na of het koppelen van relevante informatie van de jeugdgezondheidszorg, zoals informatie over schoolprestaties en uitkomsten van psychosociale screeningsinstrumenten, meerwaarde heeft. Het onderzoek loopt tot eind 2021. De eerste resultaten worden verwacht in 2018. ■

LITERATUUR

1. Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:462-9.



Psychische problemen bij kinderen komen vaak voor, maar worden vaak niet herkend. Foto: Getty Images

2. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract* 2005;22:498-506.
3. Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:182-9.
4. Veldman K, Reijneveld SA, Almansa Ortiz J, Verhulst FC, Bultmann U. Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:588-93.
5. Vallance AK, Kramer T, Churchill D, Garraalda ME. Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Prim Health Care Res Dev* 2011;12:301-9.
6. Buiting E, Van Eijck SRA, Timmermans AE. Handreiking samenwerking huisarts Jeugdgezondheidszorg. Utrecht: LHV, 2008.
7. Koning NR, Van der Schriek LMM, Van der Kooij MJ, Büchner FL, De Wilde JA, Numans ME, et al. Samenwerking tussen huisarts en jeugdarts – ruimte voor verbetering. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2576.

Koning NR. Psychische klachten bij kinderen in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2018;61(11):91. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: N.R. Koning, aioto, N.R.Koning@lumc.nl.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

DE DSM EN HET LEVENSVERRHAAL

Wang S, Nussbaum AM. Psychische klachten bij ouderen. Diagnose en behandeling. Amsterdam: Boom uitgevers, 2017. 336 pagina's. ISBN 9789024409112. Prijs € 42,95.



Dit naslagwerk werd oorspronkelijk uitgegeven door de American Psychiatric Association. Dat is merkbaar: de DSM-classificatie krijgt veel aandacht, net als antidepressiva, ook bij (beginnende) dementie. De casuïstiek is uitgebreid en persoonlijk en vergroot de nieuwsgierigheid naar ouderen met psychisch lijden.

Het boek bevat drie delen en een voorwoord van Arjan

Videler, psychotherapeut en redacteur van deze Nederlandstalige editie. Het eerste deel gaat over de huisartsenpraktijk en het 15- en 30-minutenonderzoek (typisch voor de Amerikaanse psychiatrische setting). Hoofdstuk 2 behandelt de DSM-5 bij ouderen en hoofdstuk 3 biedt aanvullende instrumenten en

eerste behandeling. De cover vermeldt dat het boek geschikt is voor verpleegkundigen, huisartsen, psychologen en psychiaters, maar de auteurs beschrijven meestal de multidisciplinaire, psychiatrische setting. Zo wordt vaak gesproken over verwijzen naar de neuropsycholoog, de cognitief gedragstherapeut of naar 'de kliniek'. De veelgenoemde vragenlijsten die zijn gerelateerd aan de DSM passen niet bij de huisartsenpraktijk. De beschreven casuïstiek is echter wel interessant voor de huisarts en poh-ggz. De patiënten worden bij de voornaam genoemd en niet alleen hun diagnose maar ook hun levensverhaal, inclusief vroege trauma's, staat centraal. Naast depressie en dementie passeren ook andere veelvoorkomende stoornissen de revue zoals agressie, zelfbeschadiging en seksuele stoornissen. De auteurs benadrukken meerdere keren dat relaties, ook therapeutische relaties, tot stand komen door verhalen. Er staan mooie voorbeeldvragen in ('wie kunt u vertrouwen?'), ook voor diagnostiek volgens de DSM. Verder bevat het boek handige schema's voor op- en afbouwen van antidepressiva en antipsychotica voor senioren. Dit boek is niet alleen geschikt voor psychologen en psychiaters, maar ook voor huisartsen, verpleegkundigen en POH's die interesse hebben in de DSM 5 en psychofarmaca bij ouderen. ■

Lidewij Broekhuizen

WAARDERING: ●●●●●

SLACHTOFFERS VAN GEWELD HEBBEN VAAK LEVENSLANG

Fedia Jacobs. Van daar naar nu. Beter contact tussen geweldslachtoffers en hun naasten. Amsterdam/Amstelveen: Totemboek, 2017. 200 pagina's. ISBN 9789491683299. Prijs € 24,99.



Van daar naar u is een zeer verhelderend boek over de wijze waarop geweld diepe sporen nalaat in de belevingstoestand van het slachtoffer en de manier waarop dit de relaties met anderen kan beïnvloeden.

Psychiater Fedia Jacobs beschrijft hoe geweld dat slachtoffers wordt aangedaan – zoals gijzeling, marteling, oorlog, seksueel geweld of kindermis-

handeling – een blijvende invloed kan hebben op de belevingstoestand van het slachtoffer. Het gaat hierbij expliciet om slachtoffers van zogenoemd *man-made disaster*, geweld

uitgevoerd door andere mensen. Emoties en gedragingen die functioneel waren ten tijde van het geweld kunnen nog lang na het doorgemaakte trauma aanwezig blijven en zodoende relaties met anderen, zoals partners of kinderen, beïnvloeden en een goed contact met deze naasten in de weg staan. De illustraties met legopoppetjes visualiseren zowel het trauma (*daar*) als de belevingstoestand van het slachtoffer en de wijze waarop deze belevingstoestand de relaties met hun naasten in het *nu* beïnvloedt. Deze relaties kunnen worden verbeterd door behandeling van het slachtoffer en diens naasten. De behandeling is onder andere gericht op traumaverwerking en op het inzichtelijk maken van de belevingstoestand van het slachtoffer in de relaties met anderen (opstellingen met legopoppetjes). Het boek is helder van opbouw, met veel praktijkvoorbeelden en illustraties die de materie inzichtelijk en concreet maken. Helaas biedt het boek geen wetenschappelijke onderbouwing. Voor de huisarts of poh-ggz geeft het boek vooral inzicht in wat er kan gebeuren in relaties met naasten als mensen ernstig zijn getraumatiseerd, maar het is zeker geen 'handleiding' over de therapie, eerder een kennismaking. Dit boek nodigt uit tot verdere verdieping. ■

Sanne Nooteboom

WAARDERING: ●●●●●

ONTWIKKELINGEN EN DILEMMA'S IN DE PSYCHIATRIE

Frans Zitman. Knippen in de ziel. Amsterdam: Boom uitgevers, 2018. 288 pagina's. ISBN paperback 9789024419241, e-book 9789024421503. Prijs paperback € 24,95, e-book € 15,95.



Frans Zitman, emeritus hoogleraar psychiatrie, beschrijft ruim een eeuw psychiatrie vanuit filosofisch perspectief. De relatie tussen hersenen en geest staat hierbij centraal. Het boek biedt een goed overzicht van de ontwikkelingen in de psychiatrie en van de dilemma's door de tijd heen. Vele aspecten komen aan de orde, zoals het biomedisch model, de psychosomatiek, de antipsychiatrie, de narratieve psychiatrie en de nieuwe ggz.

De bloeiende psychiatrie is in crisis. Terwijl de zorgvraag toeneemt, kunnen psychiaters het maar moeilijk eens worden

over de visie op hun vak. De psychiatrie kent verschillende richtingen waarvan de vertegenwoordigers allemaal op hun eigen manier aankijken tegen mensen met psychiatrische ziekten. Ontstaan deze door hersenafwijkingen of gaat het om een zieke geest? Of is er helemaal geen sprake van een zieke en ligt de oorzaak in de maatschappij? Ook over de vraag waarom iets wel of niet werkt, bestaat nog veel onduidelijkheid. Pillen, psychotherapie, of beide? Of is het juist de empathische relatie die therapeutisch werkt? De crisis in de psychiatrie weerspiegelt zich in de praktijk, vooral in de verschillende visies op effectieve interventies. Onderzoeken hiernaar passen vaak binnen één stroming en laten weinig ruimte voor relativering. Volgens Zitman is dat een gemiste kans. Hij stelt: 'Tussen wat je hersenen doen en wat je subjectief ervaart bestaat een kloof die de discussie tussen de richtingen voedt. Erken deze "explanatory gap", ga de dialoog aan en werk samen.' Zitman neemt ons mee terug in de tijd en laat zien hoe filosofen van invloed zijn geweest op de psychiatrie. De filosofische beschouwingen zijn boeiend en helpen ons de achtergrond van de psychiatrie beter te begrijpen. In het boek ontbreken aanknopingspunten voor de dagelijkse praktijk, maar voor de liefhebbers is het een zeer interessant, makkelijk leesbaar boek dat tot nadenken stemt. ■

Ietje de Vries

WAARDERING: ●●●●●

BOEIENDE CASUS? STUUR 'M IN!

Komt u weleens een casus tegen waarvan u denkt: het zou wel aardig zijn om deze ervaring te delen met collega's? Waar een leerpunt in zat of een eyeopener? Schrijf de casus dan op en stuur het stuk naar Huisarts en Wetenschap via redactie@nhg.org.

Uitgangspunt is een klacht van een patiënt die u beschrijft. Vervolgens beschrijft u wat er gedaan is aan onderzoek en hoe de casus afleiep. Daarna volgt het leerpunt of de eyeopener. Wat ging goed? Wat kan beter of anders? Het kan om een zeldzame, maar zeker ook om een veelvoorkomende presentatie of aandoening gaan.

Kijk voor verdere auteursinstructies op www.henw.org/casuistiek. En vergeet niet uw camera bij de hand te houden voor foto's die de casus kunnen illustreren. Denk daarnaast ook aan het gebruik van tabellen of figuren.

Wij zien uw bijdrage graag tegemoet!

Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W

H&W
Huisarts en Wetenschap



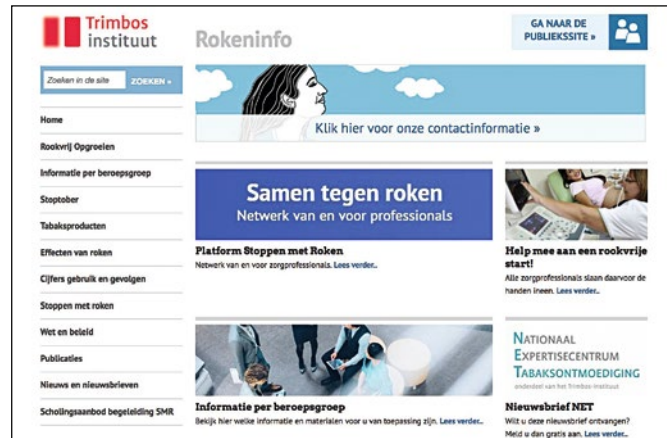
Webtip Trimbos-instituut over alcohol, drugs en roken

Annet Sollie en Bart Timmers

Deze webtip bevat maar liefst drie sites van het Trimbos-instituut die de moeite waard zijn om even te bekijken en toe te voegen aan uw favorietenlijstje.

Naast de algemene website www.trimbos.nl zijn voor de huisarts vooral www.drugsinfo.nl en www.rokeninfo.nl interessant. De eerste site biedt veel achtergrondinformatie en resultaten van recent relevant wetenschappelijk onderzoek. De twee sites over drugs en roken bieden meer praktische en hapklare informatie over verslavingsproblematiek. Net nieuw is de site <https://expertisecentrumalcohol.trimbos.nl>, met allerhande info over alcoholproblematiek. De site www.alcoholinfo.nl biedt eveneens de nodige informatie, maar die staat groten-deels ook in de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.

De sites bevatten veel handige en gemakkelijk vindbare informatie die de huisarts zelf of samen met een patiënt kan bekijken. Wij leerden weer nieuwe dingen, namelijk dat er meer dan 600 coffeeshops zijn in Nederland, dat GHB ongeveer 4 euro kost voor 5 ml, en dat bij stoppen met roken de insuline-dosering vaak naar beneden moet worden bijgesteld. Op de site www.drugsinfo.nl staat een drugs-ABC met per drug relevante informatie zoals werking, risico's (ook bij zwangerschap), aantoonbaarheid in het bloed en een prijsindicatie. Op de site www.rokeninfo.nl (let op: ga naar de versie voor professionals) staat informatie over alle tabaksprodukten, dus ook de e-sigaret, de shisha-pen en de waterpijp. Tevens vindt



u er cijfers en informatie over vergoedingen bij stoppen met roken (publieksversie). Kijk vooral ook naar de mogelijke interacties tussen (stoppen met) roken en geneesmiddelengebruik. ■

Naam:	www.trimbos.nl , www.drugsinfo.nl , www.rokeninfo.nl
Maker	Trimbos-instituut
Doel:	Geestelijke gezondheid verbeteren door delen van kennis
Prijs	Gratis
Oordeel:	●●●

COLOFON

Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

Redactie

Ivo Smeele [hoofdredacteur], Marian van den Brink, Ben Crul, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

De gastredactie van dit themanummer over ggz bestond uit:

Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees en Marian Oud.

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder (web- en eindredactie), Susan Umans (bladmanagement), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder, Wendy Westerhof (beeldredactie). Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383874.

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070

bohn
stafleu
van loghum

mvw
media voor vak
& wetenschap

nhg



PGO

De persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), een app of een website waarin de patiënt gezondheidsgegevens kan verzamelen en gebruiken, staat ter discussie. Zorgverleners zouden er niet veel van verwachten; de ontwikkeling kost veel geld, in het buitenland valt het gebruik tegen; er zijn onwaarschijnlijke verwachtingen van kostenbesparingen beschreven. Zorg leveren kan handiger en daarbij kan de persoonlijke gezondheidsomgeving helpen: je kunt relevante informatie voor het consult en voor zorg daarna verzamelen en patiënten meer regie geven over hun eigen gezondheid.

Je hoeft niet tijdens het consult de door

de patiënt verzamelde gegevens uit te vragen en te bekijken, de patiënt levert ze vooraf via de PGO aan: bloeddruk, bloedsuikermetingen, gewicht, rookgedrag, mate van bewegen, voeding en CCQ. Dit bespaart ons niet alleen tijd, maar betreft de patiënt ook meer bij de zorg. Verdieping, uitleg, voorlichting en persoonlijk contact geef je uiteraard tijdens het consult. Uitleg en Thuisarts.nl-links stuur je naar de PGO, zodat de patiënt deze rustig kan nalezen. De PGO zal de zorg misschien niet goedkoper maken. Eerst zal die waarschijnlijk meer gezondheidsvragen gaan opleveren, maar ook een ander soort vragen, door een beter geïnformeerde patiënt.

We willen meer tijd voor een goed gesprek met de patiënt. Enerzijds door meer tijd per consult – en dat is hard nodig. Maar

we kunnen ook de tijd anders besteden. Heb je de benodigde gegevens waar mogelijk voorafgaand aan het consult verzameld dan blijft tijdens het consult meer tijd over voor aanvullende vragen, onderzoek, en het gesprek over de conclusies en de betekenis daarvan voor de patiënt en de behandeling. De PGO kan zorgen voor beter bestede tijd van huisarts en patiënt, maar vooral de rol van de patiënt veranderen. Ik ben ervoor. ■

Rob Dijkstra



Geef uw mening over toekomst huisartsenzorg

Met welke kernwaarden en kerntaken gaan de huisarts en de huisartsenzorg de toekomst in? Met deze vraag startte het NHG samen met LHV, InEen, HRMO, LOVAH, IOH, LHOV en VPHuisartsen het project 'Toekomst Huisartsenzorg'.

Op basis van ruim zestig denksessies is een enquête samengesteld over de kernwaarden en kerntaken van de huisarts. De enquête is bedoeld voor alle huisartsen en aios. Het NHG vindt het belangrijk dat alle huisartsen en aios hun stem laten horen, ook als u al aan een denksessie heeft deelgenomen. U kunt de enquête nog invullen tot 4 november, via toekomsthuisartsenzorg.nl. Alvast bedankt voor uw input.

Afbouwen antidepressiva

Door gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing geven de bestaande richtlijnen weinig houvast voor de wijze van afbouwen van antidepressiva. Wel is bekend dat het afbouwen niet altijd eenvoudig is. Zowel patiënten als artsen en apothekers hebben grote behoefte aan handvatten voor antidepressiva afbouwen. Beroepsverenigingen NHG, KNMP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en patiëntenkoepel MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid hebben een document opgesteld voor het afbouwen van een aantal antidepressiva. Het document benoemt risicofactoren, geeft voorbeelden van afbouwschema's, en doet



aanbevelingen voor goede voorbereiding en begeleiding tijdens het afbouwen. Meer informatie op www.nhg.org. Nieuws van 26 september.

Kom naar de
**ALGEMENE
LEDENVERGADERING**

6 DECEMBER 2018



Aanpassing herregistratie-eisen 'Expliciet reflecteren'

Huisarts Jan Dirk Beugelaar is lid van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) dat in 2016 eisen voor herregistratie herzag voor specialisten, dus ook voor huisartsen: 'Behalve uren maken moet je vanaf 2020 ook reflecteren op de kwaliteit van je werk.' Het NHG ontwikkelde het visitatieprogramma om aan een van de eisen te voldoen. Gespreksleider Cor Vernooij vertelt wat u bij het visitatiegesprek kunt verwachten.

Beugelaar, vier dagen per week praktiserend huisarts: 'Herziening van herregistratie-eisen was nodig door snelle ontwikkelingen in de maatschappij. Er zijn straks niet alleen kwantitatieve eisen, zoals het aantal uren werken als huisarts; je moet ook bewust bezig zijn met je eigen kwaliteit. Zo besloten we dat je minimaal eens per vijf jaar je individuele functioneren evalueert in een gesprek met iemand die daarin is getraind.'

EXPLICIETER

Beugelaar: 'De nieuwe werkwijze betekent explicieter werken aan je ontwikkeling dan voorheen, meer conform wat de opleidingen nu doen. Je geeft zelf een vragenlijst aan een aantal patiënten en collega's, en evalueert wat daaruit komt. Je bepaalt zelf wie: collega-huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeut, psycholoog: als het maar een diverse groep is. In je persoonlijke ontwikkelplan beschrijf je je eigen concrete ontwikkeldoelen: niet alleen medisch-inhoudelijke vaardigheden, zoals effectief verwijzen naar andere specialismen, maar ook je samenwerking of je communicatie.'

AANPASSING VISITATIEPROGRAMMA

NHG en IQ healthcare evalueerden het individuele visitatieprogramma vorig jaar op haalbaarheid en toepasbaarheid, om de feedback voor huisartsen te verbeteren. Zo zijn zowel de vragenlijst voor collega's als de patiëntenvragenlijst geactualiseerd en vereenvoudigd. Voor waarnemende huisartsen zal de patiëntenvragenlijst beter aansluiten op de werksituatie. De nieuwe versies zijn vanaf 2019 beschikbaar.



Jan Dirk Beugelaar

Foto: KNMG

Jaarlijks sta je stil bij de voortgang in die doelen, maar dat doe je zelfstandig, op je eigen manier. Ik heb mezelf net weer aangemeld voor de visitatie en kijk ernaar uit om de feedback te bespreken met een gespreksleider en doelen te formuleren voor de komende jaren. Ik kan me van huisartsen met een solopraktijk en waarnemend huisartsen

'Evaluatiesysteem gaat uit van vertrouwen'

goed voorstellen dat het praktisch gezien meer moeite kost om die feedback te organiseren. Maar de verdieping die je daarmee bereikt is nuttig. Er is overigens niet vastgelegd wat je met de resultaten van de evaluaties moet doen; de regels gaan nog steeds uit van vertrouwen in de beroepsgroep. Bij dat vertrouwen



Cor Vernooij

Foto: Dagmar Lap

hoort wel dat je regelmatig bij je eigen functioneren stilstaat. Welke methode je daarvoor gebruikt, hebben we als CGS overgelaten aan NHG en LHV.'

GESPREKSLEIDER

We vroegen een visitatie-gespreksleider, begeleidingskundige Cor Vernooij, wat huisartsen van visitatie vinden. Vernooij: 'Na het gesprek formuleer je leerdoelen waarmee je direct aan de slag kunt. De meeste huisartsen vinden het prettig om hun functioneren te bekijken, een klein deel is afwachtend en een enkeling ziet het als verplichting. De evaluaties zijn bijna altijd positief, de gesprekken ervaren huisartsen als prettig en zinvol. Patiënten zijn regelmatig zeer uitgesproken in hun feedback, zoals: "Ik heb het helemaal gehad met die dokter!" De betreffende huisarts zei laconiek: "Die moet een andere huisarts zoeken." Ik bespreek dan wel: "Hoe ga je daarover communiceren met zo'n patiënt?" Huisartsen denken soms dat we alle uitspraken van patiënten en collega's gaan nalopen. Soms is dat zo, maar het belangrijkste is terugkijken naar en vooruitblikken op de huisartsenrol.'

Zie mijnvisitatie.nl en het nieuwsbericht op NHG.org: [RGS informeert huisartsen over nieuwe herregistratie-eisen](#).

Uitgelichte post HAwed Ledenforum Doelmatig voorschrijven



Heeft u ook een vraag?
Plaats een oproep op HAwed Ledenforum!



Margriet Bouma

Margriet Bouma, NHG: 'Doelmatigheid is een speerpunt in NHG-richtlijnen; door die te volgen kies je doelmatig. Het NHG-Standpunt *NHG-Werkwijze keuze geneesmiddelen* maakt duidelijk hoe we dat doen. Voor de praktijk raden wij aan, gebruik het [NHG-Formulierum](#), bij meer dan 60% van de huisartsen beschikbaar via hun HIS en voor leden gratis als NHG-Rx-app, waarin de NHG-richtlijnen verwerkt zijn tot concrete geneesmiddelkeuzes. Niet alle recepten initieert de huisarts zelf; hoe krijg je inzicht in het voorschrijfgedrag van de praktijk? Bespreek je eigen voorschrijfcijfers in het FTO. Of bekijk je eigen voorschrijfcijfers in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van Vektis. Die geeft weer hoe jouw voorschrijven zich verhoudt tot de NHG-Standaarden en de landelijke gemiddelden. Recentelijk startten LHV en Zorgverzekeraars Nederland het project *Formulierumgericht Voorschrijven*: hoeveel van de door jou voorgeschreven geneesmiddelen komen voor in het formulierum? NIVEL bekijkt daarbij hoe je dat uit je HIS kunt halen.'

Beste collega's, hebben jullie tips voor doelmatig voorschrijven? De apotheker gaf een lijstje met aandachtspunten en kan in een database zien waarin we afwijken van het gemiddelde. Schrijven jullie altijd voor via EVS? Hebben jullie cijfers over jullie voorschrijfgedrag zodat je weet waarop je moet letten? En waar zijn die cijfers beschikbaar?

Huisarts in Ederveen

Als FTO behandelen we in elke bijeenkomst 1 tot 3 groepen medicijnen uit de doelmatig-voorschrijvenlijst van de zorgverzekeraar. De apotheker geeft informatie over wie welke medicatie voorschrijft en hoe vaak en dat bespreken we. Patiënten lopen we handmatig langs en nodigen we zo nodig uit.

Huisarts in Amersfoort

Vanwege een GeBu-artikel over middelen die je beter niet kan voorschrijven heb ik een uitdraai gemaakt: 14 van de 3800 patiënten gebruiken een of meer van deze middelen. Sommigen middelen kende ik niet eens, allemaal gestart door de specialist en sommige patiënten zijn daar inmiddels uit controle ontslagen.

Huisarts in Veenendaal

Ook hier hebben we als beroepsgroep weer een zinloze opdracht gekregen, om wat bij te kruidenieren in ons inkomen, vanuit ons eigenlijke budget. Het kost tijd, de uitkomst zegt *niets* over kwaliteit; het biedt wel werk aan bureaucratische controleurs.

Huisarts in Rotterdam

► De teksten zijn bewerkt; zie HAwed Ledenforum voor de volledige teksten.

RICHTLIJNEN, ACHTERGRONDEN EN NASCHOLING

Het NHG helpt bij geneesmiddelenkeuze en doelmatig voorschrijven:

- [NHG-Rx-app](#), zie ook NHG.org/formularium
- [NHG-Werkwijze keuze geneesmiddelen](#), zie www.nhg.org/standpunten
- [FTO-module Generieke substitutie](#)
- [FTO-module Antibioticaresistentie](#), zie NHG.org, [FTO-modules over antibiotica](#)
- [FTO-module Antibiotica bij luchtweginfecties](#)

Huisarts & Wetenschap:

- [Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?](#) H&W november 2017, p. 588-90
- [Generieke geneesmiddelen, wat vinden we ervan?](#) H&W augustus 2015, p. 447-7
- [Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven?](#) H&W juni 2008, p. 340-5

INTERVIEW

met Ietje de Vries, ggz-vraagbaak voor de provincie Friesland

In deze rubriek portretteren we huisartsen die iets bijzonders doen. Ietje de Vries, kaderhuisarts in het Friese dorp Beetsterzwaag, is vraagbaak ggz voor de gehele provincie Friesland. Ook landelijk is ze actief, als opleider, als boekauteur en in talloze samenwerkingsverbanden.

‘Poh-ggz jeugd goede positie geven in Friesland’



Ietje de Vries is apothekhoudend huisarts in een groepspraktijk in Beetsterzwaag en kaderhuisarts ggz. Ze maakt zich sterk voor de ggz in de huisartsenpraktijk, de positionering van de poh-ggz en de poh-ggz jeugd, en samenwerking met ggz-organisaties en gemeenten.

Foto: Hendrika Lageveen

Waarom ging je de kaderopleiding doen?

Ietje de Vries: ‘Ik was al lang huisarts en had behoefte aan verdieping. Psychische gezondheid interesseerde me altijd al. Mensen komen op het spreekuur meestal met lichamelijke klachten; vaak is er een relatie met problemen op psychisch of psychosociaal gebied. Andersom hebben ziekten effect op de patiënt en diens omgeving. Ik was al lang betrokken bij de werkgroep suïcidepreventie en bij de organisatie van nascholingen in Friesland. Ik zat met Ellen Kerseboom in de werkgroep deskundigheidsbevordering poh-ggz. Zij was de enige kaderhuisarts ggz in Friesland en zij vertrok uit de provincie. Door haar ben ik geïnteresseerd geraakt in de kaderopleiding.’

Wat doe je als kaderhuisarts?

‘In mijn opleiding tot kaderhuisarts deed ik een project dat leidde tot het Kwaliteitskader voor de poh-ggz in Friesland. Je rolt als kaderhuisarts van het een in het ander en wordt betrokken bij allerlei ggz-projecten in de huisartspraktijk. In het begin was ik veel bezig met de deskundigheidsbevordering en positionering van de poh-ggz in Friesland. Bijna alle huisartsen in Friesland hebben ondertussen naar tevredenheid een poh-ggz. We zijn nu druk bezig de poh-ggz jeugd een goede positie in de huisartspraktijk te geven. Dit is ingewikkeld omdat de gebiedsteams een belangrijke rol hebben gekregen nu de gemeentes verantwoordelijk zijn voor de jeugd-ggz. We willen samenhang tussen huisartsenpraktijk en gebiedsteam en dus goede afspraken tussen de partijen over de taak en de rol van de poh-ggz jeugd, vooral ook: hoe leg je de verbinding van huisartspraktijk naar het gebiedsteam en andersom? Dit is nu vaak per gemeente en per huisartspraktijk verschillend georganiseerd. Samen met de ROS en andere partijen hebben we het addendum op het Kwaliteitskader voor de jeugd geformuleerd. De Friese Huisartsen Vereniging heeft dit geaccordeerd. We zijn nu bezig met de uitwerking.’

Wat zijn je successen?

‘Persoonlijk succes in onze Hagro is een goed functionerende

poh-ggz jeugd sinds drie jaar, en een goede samenwerking met de gemeente. Verder hebben we in onze praktijk al jaren een consultatiefunctie met een psycholoog en een psychiater en prettig korte lijnen in onze eigen praktijk met poh's-ggz. Provinciaal ben ik namens de Friese Huisartsen Vereniging actief betrokken bij afspraken over de samenwerking tussen huisartsen en ggz. Er was veel onrust onder huisartsen dat er zonder overleg chronische patiënten vanuit de ggz naar de huisarts werden terugverwezen. Op de huisartsenpost was de zorg voor acute ggz-patiënten in de ANW-diensten niet goed geregeld. Huisartsen vonden dat ze ten onrechte mensen met

acute psychiatrisch problemen moesten beoordelen om lichamelijke problemen uit te sluiten terwijl duidelijk was dat de ggz-crisisdienst ingeschakeld moest worden. Het bleek dat sommige patiënten allang bekend waren bij een andere ggz-instelling zonder ANW-bereikbaarheid, en dat de overdracht

tussen de ggz-instellingen niet goed was geregeld. Momenteel is er overleg over het provinciale Plan van aanpak inzake personen met verward gedrag.

Landelijk ben ik met Marian Oud coördinator van de kaderopleiding ggz vanuit het UMCG, en sinds kort ben ik secretaris van de expertgroep van kaderhuisartsen, de PsyHAG. Vanuit de PsyHAG zit ik in de organisatie van Samen Sterker, de landelijke nascholingsdag voor huisartsen en hun poh-ggz. Samen met Kees Wallis verzorg ik via de LHV Academie de workshop Juridische grenzen van de poh-ggz. In 2015 heb ik actief meegewerkt aan *Handboek POH-GGZ*.

Kaderopleiding ggz: zie NHG.org. Zie ook nhgcongres.nl.

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets [tekst] en Margot Scheerder [foto's en beeldredactie]. Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau. Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van *Huisarts & Wetenschap*: blader vier pagina's terug.