

Cognitieve gedragsinterventie door de poh-ggz bij SOLK

Kate Sitnikova, Stephanie Leone, Harm van Marwijk, Jos Twisk, Henriëtte van der Horst, Hans van der Wouden

Huisartsen zien veel patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). We onderzochten de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie uitgevoerd door de praktijkondersteuner ggz bij patiënten met SOLK die minstens een half jaar klachten hadden met een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial in 85 huisartsenpraktijken. De interventie leidde tot minder pijn en beter fysiek functioneren, vooral bij patiënten die minder lang klachten en een beperkt aantal bijkomende aandoeningen hadden. Bij mensen met langer bestaande klachten en meerdere somatische aandoeningen was de interventie niet effectief.

Aanhoudende somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen veel voor in de huisartsenpraktijk.^{1,2} Deze klachten kunnen spontaan overgaan, maar een deel van de mensen heeft er jarenlang last van. Dit gaat vaak gepaard met een grote ziektelast, een slechte kwaliteit van leven, beperkt functioneren, angst en depressie. Met niet-farmacologische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), kunnen patiënten hun functioneren verbeteren en de ernst van de symptomen verminderen.³ Veel patiënten hebben er moeite mee om voor hun lichamelijke klachten naar een ggz-instelling te worden verwezen. Tegenwoordig kunnen ze echter ook terecht bij huisartsenpraktijken, die steeds vaker beschikken over een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). Deze voert meestal kortdurende interventies uit bij patiënten met psychosociale problemen. De expertise van poh's-ggz op het gebied van CGT varieert. Volgens de NHG-Standaard SOLK kan de poh-ggz een rol spelen bij de behandeling van patiënten met milde tot matig ernstige klachten.⁴ Een gestandaardiseerde behandeling voor deze patiënten, uitgevoerd door de poh-ggz, is nog niet eerder onderwerp van onderzoek geweest. Daarom onderzochten we de effectiviteit van een dergelijke kortdurende, cognitieve gedragstherapeutische interventie, uitgevoerd door de poh-ggz bij patiënten met SOLK, en vergeleken we deze met de gebruikelijke zorg.

METHODE

Opzet en deelnemers

We voerden een clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit waarbij we een CGT-interventie (eventueel aangevuld met gebruikelijke zorg) vergeleken met alleen gebruikelijke zorg. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksopzet, clusterdefinitie, berekening van de groepsgrootte, statistische analysemethoden, een aanvullende analyse en een samenvatting van de procesevaluatie het onderzoeksprotocol en het originele artikel.^{5,6}

We hebben de deelnemers geworven in huisartsenpraktijken in verschillende delen van ons land. Ze moesten 18 jaar of ouder zijn en voldoen aan de criteria voor een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (OSS) volgens de DSM-IV, de bij het ontwerpen van het onderzoek vigerende versie.⁷ Er moest sprake zijn van ten minste één onverklaarde fysieke klacht die de patiënt last bezorgde en minstens een half jaar aanwezig was. In termen van de NHG-Standaard ging het om matig-ernstige tot ernstige SOLK-klachten. Exclusiecriteria waren een aandoening die de klachten verklaarde, een ernstige psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een psychotische stoornis of verslaving), momenteel psychologische hulp voor OSS, en taalbarrières of fysieke beperkingen die het invullen van vragenlijsten of het meedoen aan de interventie in de weg stonden.

We vroegen de deelnemende huisartsen in hun huisartsinformatiesysteem te zoeken naar patiënten die de voorgaande drie maanden ten minste twee keer op het spreekuur waren geweest voor klachten die zouden kunnen wijzen op SOLK. De huisartsen controleerden de lijst met geselecteerde patiënten op exclusiecriteria. De overgebleven patiënten kregen een brief van hun huisarts

Dit is een bewerkte vertaling van: Sitnikova K, Leone SS, Van Marwijk HWJ, Twisk J, Van der Horst HE, Van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: results from the CIPRUS cluster randomized controlled trial in primary care. *J Psychosom Res* 2019;127:109745.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen zien veel patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).
- Cognitieve gedragstherapie is in eerder onderzoek effectief gebleken bij de behandeling van SOLK.

WAT IS NIEUW?

- Een CGT-interventie door de poh-ggz bij patiënten met SOLK blijkt effectief, vooral bij patiënten met minder dan vijf jaar klachten en/of beperkte comorbiditeit.

met informatie over het onderzoek en een korte vragenlijst over de ernst van de klachten (PHQ-15). Mensen met een score van ten minste vijf punten op de PHQ-15 (minstens milde klachten) die geïnteresseerd waren in deelname ontvingen uitgebreidere informatie. Vervolgens belde een van de daartoe getrainde onderzoekers om in een klinisch-diagnostisch interview de criteria voor OSS uit te vragen. Patiënten die aan deze criteria voldeden ondertekenden voorafgaand aan het onderzoek een informed consent-formulier.

Interventie

De interventie bestond uit zes individuele sessies van elk dertig minuten met de poh-ggz en bevatte een combinatie van twee CGT-technieken: het gevolgenmodel en *problem solving treatment* (PST). Het gevolgenmodel wordt geregeld toegepast bij mensen met somatoforme stoornissen.⁸ Het richt zich op het bespreken van de gevolgen of problemen die door de klachten ontstaan. De gevolgen of problemen worden vervolgens aangepakt met behulp van PST, met als doel de patiënt te steunen bij het ontwikkelen van strategieën om beter met de klachten en de gevolgen daarvan om te gaan.

We hebben een handboek ontwikkeld waarin elke sessie in detail staat beschreven. In sessie 1 introduceerde de poh-ggz de behandeling en vertelde de patiënt over zijn lichamelijke klachten en de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven. In sessie 2 legde de poh de doelen en stappen van de PST uit. In sessies 3 tot 6 besprak de poh steeds een van de gevolgen, om deze vervolgens met PST aan te pakken. Doel was de patiënt te stimuleren om te oefenen met probleemoplossende vaardigheden, en deze niet alleen toe te passen op de gevolgen van de lichamelijke klachten, maar ook op andere problemen in het dagelijks leven. De patiënten kregen schriftelijke instructies om er ook thuis aan te werken.

Alle poh's-ggz namen deel aan twee trainingssessies van elk 3 tot 3,5 uur, geleid door een klinisch psycholoog die is gespecialiseerd in CGT voor de behandeling van somatoforme aandoeningen. Tijdens de onderzoeksperiode kregen de poh's-ggz supervisie van deze psycholoog.

De controlegroep kreeg alleen de gebruikelijke zorg van hun huisarts of andere hulpverleners in geval van verwijzing.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was verbetering in fysiek functioneren, gemeten met de Physical Component Summary (PCS) van de RAND-36.⁹ Daarnaast berekenden we de Mental Component Summary (MCS)-score en de acht subschalen van de RAND-36; angst en depressie (HADS); en de ernst van de klachten (PHQ-15). We namen de vragenlijsten af bij baseline, en na twee (halverwege de interventie), vier (aan het eind van de interventie) en twaalf maanden.

Statistische analyse

We berekenden dat elke groep uit minimaal 106 deelnemers moest bestaan. De primaire analyse verliep volgens het 'intention to treat'-principe, met de gegevens van alle deelnemers met ten minste één follow-upmeting, door middel van *linear mixed models*. We corrigeerden voor baselinewaarden, demografische kenmerken en diverse confounders [tabel]. Om een indruk te krijgen van de klinische relevantie van de verschillen tussen de groepen berekenden we de effectgrootte (Cohen's d). Een vuistregel is dat een effectgrootte van 0,20 staat voor een klein effect en 0,50 voor een middelmatig effect; vanaf 0,80 spreken we van een groot effect.

We voerden van tevoren gedefinieerde subgroepanalyses uit op basis van klachtenduur en comorbiditeit.

RESULTATEN

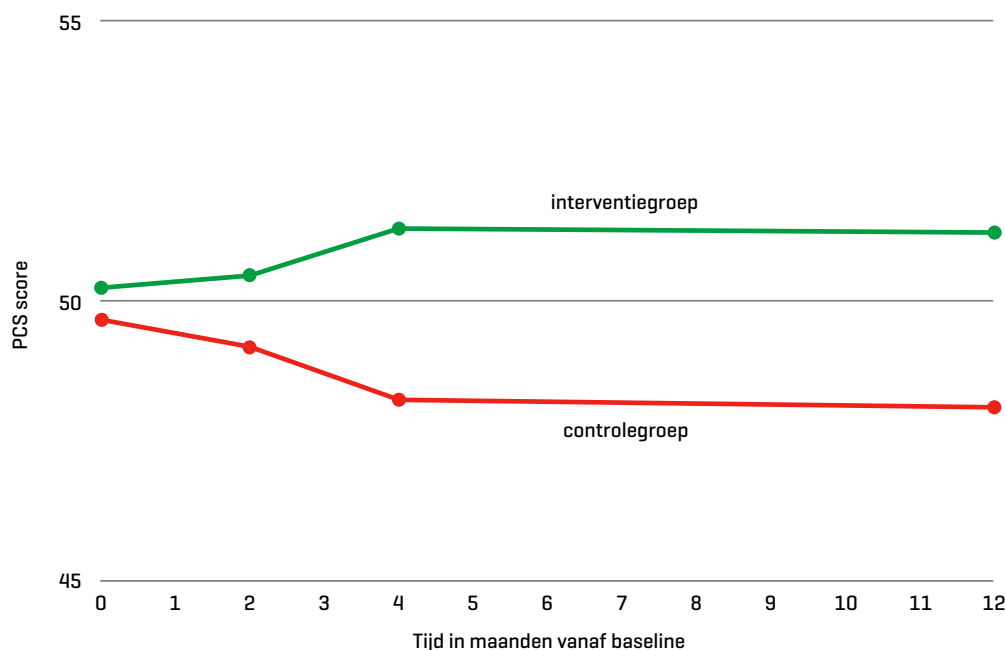
De werving van patiënten vond plaats van augustus 2015 tot maart 2017 en stopte toen informed consent was verkregen van 213 deelnemers. [Online figuur 1] geeft een overzicht van de inclusieprocedure en follow-up.

De [online tabel] vermeldt enkele kenmerken van de deelnemers per groep. De gemiddelde leeftijd was 51,5 jaar en driekwart was vrouw. De mediane klachtenduur was 5,7 jaar: 50% procent van de deelnemers had meer dan 5,7 jaar klachten. Klachten van het bewegingsapparaat werden het meest gemeld. De controlegroep bevatte verhoudingsgewijs meer vrouwen en het opleidingsniveau was iets lager.

Van 97/111 (87,4%) van de deelnemers in de interventie- en 75/87 (86,2%) in de controlegroep was ten minste één follow-upmeting beschikbaar. [Figuur 2] laat het verloop in de tijd van het functioneren (PCS) zien, onze primaire uitkomstmaat. Over de periode van twaalf maanden bleek het verschil in verandering in functioneren 2,24 punten (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,51 tot 3,97; $p = 0,011$; Cohen's $d = 0,23$). Beperkingen in het functioneren lieten een verschil van 10,82 punten zien (95%-BI 2,14 tot 19,49; $p = 0,015$; Cohen's $d = 0,33$) en lichamelijke pijn een verschil van 5,08 punten (95%-BI 0,58 tot 9,57; $p = 0,027$; Cohen's $d = 0,23$). Voor de overige domeinen van kwaliteit van leven, angst, depressie en ernst van de symptomen vonden we geen verschil tussen de twee groepen. Voor de deelnemers met minder dan 5,7 jaar klachten (de mediane klachtenduur) en voor deelnemers met minder dan drie comorbide fysieke aandoeningen vonden we een groter effect op de primaire uitkomstmaat, dat zowel statistisch significant als klinisch relevant was (Cohen's d respectievelijk 0,39 en 0,33). Ook

Figuur 2

Belooft van het fysiek functioneren over twaalf maanden [RAND-36 Physical Component Summary-score]



zagen we verbetering op verschillende andere uitkomstmaten. Bij deelnemers met een langere klachtenduur en/of meer comorbiditeit vonden we op geen van de uitkomstmaten verbetering.

BESCHOUWING

Vergeleken met de gebruikelijke zorg leidde onze CGT-interventie tot verbeteringen op fysiek functioneren, pijn en beperkingen als gevolg van de klachten. Dit bleek uitsluitend het geval bij patiënten met klachten die minder dan 5,7 jaar (de mediane klachtenduur) bestonden en die minder comorbide somatische aandoeningen hadden.

Ons onderzoek laat zien dat een relatief korte en weinig intensieve interventie in de huisartsenpraktijk geschikt is voor patiënten met SOLK bij wie de klachten nog niet heel lang aanwezig zijn. De interventie lijkt niet geschikt voor mensen met langer bestaande klachten, die op sommige uitkomstmaten zelfs leken te verslechteren. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat patiënten met langduriger klachten, die toch al moeilijker voor gedragsverandering te motiveren zijn, ontmoedigd waren na (weer een) behandeling zonder resultaat. De verschillen tussen beide groepen waren, hoewel statistisch significant, mogelijk toch van beperkte klinische betekenis (2 punten bij een gemiddelde PCS-beginscore van 50). In de groep met kortdurende klachten en minder comorbiditeit was het gemiddelde effect groter: de gevonden waarden voor Cohen's d lagen tussen klein en middelmatig.

In eerdere onderzoeken onder SOLK-patiënten werden de psychologische interventies uitgevoerd door psychotherapeuten en huisartsen.^{4,9} In ons onderzoek voerden poh's-ggz de behandeling uit.

Onze resultaten komen overeen met die van eerdere RCT's

van psychologische interventies voor SOLK en somatoforme stoornissen, die kleine tot middelmatige effectgrootten vonden op het functioneren en de kwaliteit van leven.³ RCT's van interventies in de eerste lijn voor mensen met stemmings- en angststoornissen vonden effecten van vergelijkbare omvang.^{10,11} Dit is het eerste onderzoek naar de effecten van een korte CGT-interventie toegepast door de poh-ggz bij patiënten met SOLK, vergeleken met gebruikelijke zorg, en met een relatief lange follow-up van twaalf maanden. Subgroepanalyses wezen uit dat de aanpak vooral effectief is bij mensen die minder dan vijf jaar met klachten kampen, dan wel weinig comorbide aandoeningen hebben.

De uitval tijdens het onderzoek was groter dan verwacht. Dit is mogelijk het gevolg van onze selectiemethode: motivatie om gedrag te veranderen maakte geen deel uit van onze inclusiecriteria. Gedragsinterventies laten vaak een kleiner effect zien bij mensen die minder gemotiveerd zijn.

Van de mensen die een uitnodiging van de huisarts kregen reageerde slechts 30%. Deze hoge non-respons heeft mogelijk te maken met onze manier van werven. Hoewel deze mensen de afgelopen drie maanden de huisarts hadden bezocht met een klacht die op SOLK kan wijzen, is het mogelijk dat deze klacht inmiddels verdwenen was. Ook gebrek aan motivatie om aan een CGT-interventie deel te nemen kan een rol hebben gespeeld.

CONCLUSIE

Een kortdurende CGT-interventie uitgevoerd door de poh-ggz in de huisartsenpraktijk bij mensen met SOLK liet gunstige effecten zien vergeleken met gebruikelijke zorg, vooral bij mensen die minder dan vijf jaar klachten en weinig comorbiditeit hadden. ■

LITERATUUR

1. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6.
2. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011;52:263-71.
3. Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(11):CD011142.
4. Olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar a, Bentz van den Berg D, Van der Horst A, Arnold I, et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;56:222-30.
5. Sitnikova K, Leone SS, Zonneveld LNL, Van Marwijk HWJ, Bosmans JE, Van der Wouden JC, et al. The CIPRUS study, a nurse-led psychological treatment for patients with undifferentiated somatoform disorder in primary care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2017;18:206.
6. Sitnikova K, Leone SS, Van Marwijk HWJ, Twisk J, Van der Horst HE, Van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: results from the CIPRUS cluster randomized controlled trial in primary care. *J Psychosom Res* 2019;127:109745.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Zorgstandaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018.
9. Van der Zee KI, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 2012.
10. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169:790-804.
11. Kroenke K, Unutzer J. Closing the false divide: sustainable approaches to integrating mental health services into primary care. *J Gen Intern Med* 2017;32:404-10.

Sitnikova K, Leone SS, Van Marwijk HWJ, Twisk J, Van der Horst HE, Van der Wouden JC. Cognitieve gedragsinterventie door de poh-ggz bij SOLK. *Huisarts Wet* 2020;63(3):31-8. DOI:10.1007/s12445-020-0520-1.

Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde en Amsterdam Public Health Research Institute: K. Sitnikova, psycholoog; prof. dr. H.E. van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent: j.vanderwouden@amsterdamumc.nl. Afdeling Epidemiologie en Biostatistiek en Amsterdam Public Health Research Institute: prof. dr. J. Twisk, hoogleraar epidemiologie en biostatistiek. Trimbos Instituut, Utrecht: dr. S. Leone, psycholoog. Brighton and Sussex Medical School, Department of Primary Care and Public Health, Brighton, VK: prof. dr. H.W.J. van Marwijk, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

