

# Minisymposium GGZ in de huisartsenzorg

## Over zin en onzin, of hoe leuk het is

Aan de Algemene Ledenvergadering van het NHG ging een minisymposium vooraf over het thema GGZ in de huisartsenzorg. De resultaten van onderzoeken op het gebied van GGZ werden gepresenteerd. Ook is een korte toelichting gegeven op het NHG-Standpunt GGZ. En tot slot vertelde een kaderhuisarts GGZ met veel ervaring in het toepassen van diverse behandelings-technieken over zijn bevindingen. Ook was er volop gelegenheid voor discussie.

### Gemene deler

‘Het gaat vooral om het vinden van effectieve interventies bij patiënten met psychische klachten. In de afgelopen jaren zijn daar veel leuke onderzoeken naar gedaan.’ Aldus Nelleke Gruijters, huisarts en vice-voorzitter van de NHG-Verenigingsraad, bij de opening van het symposium. ‘Vanmiddag zoeken we naar de “grootste gemene deler” in de diverse interventies.’

Van de vier onderzoeken die deze middag worden gepresenteerd, vonden er drie plaats in het kader van het ZonMw-Programma Alledaagse Ziekten. Het vierde onderzoek – van Nettie Blankenstein – is eveneens interessant op dit gebied, dus is ook zij uitgenodigd voor een presentatie.

*1. Effectiviteit van Problem Solving Therapy (PST) uitgevoerd door verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk bij veelvuldige bezoekers met psychische klachten.*

Harm van Marwijk verzorgde de presentatie van een onderzoek waarin speciaal getrainde verpleegkundigen PST gaven in drie tot zes sessies aan patiënten die de huisarts meer dan driemaal in zes maanden bezochten. In de controlegroep kregen patiënten de gebruikelijke zorg. Een fors probleem was dat maar liefst 64 procent van de patiënten die zijn aangezocht, niet aan het onderzoek wilde meedoen. Uiteindelijk maakten 61 patiënten de PST af (69 in de controlegroep).

Na drie maanden waren de effecten wel positief maar tamelijk gering. Wel vonden

de betrokken verpleegkundigen de werkwijze heel aantrekkelijk. De conclusie van de onderzoekers is toch dat PST wel zinvol is in het ‘stepped care’-model, vooral ook ‘om de patiënt niet los te laten’.

*2. Problem Solving Treatment voor psychische klachten in de huisartsenpraktijk: effectiviteit en haalbaarheid in de huisartsopleiding.*

In deze trial, gepresenteerd door Lieke Hassink-Franke, gaven 37 aios huisartsgeneeskunde PST aan gemiddeld 2,6 patiënten elk. ‘Wij zeggen in de eerste lijn problem solving treatment, en bedoelen daarmee een verkorte vorm van de problem solving therapy uit de tweede lijn’, verheldert ze.

De aios ontvingen een speciale training en tijdens het traject kregen ze supervisie. Ze hielden vier tot zes sessies van maximaal dertig minuten met de patiënten, gericht op het aanleren van vaardigheden om met problemen om te gaan. De aios waren positief over de interventie, behalve waar het de tijdsinvestering betrof.

De conclusie van het onderzoek is dat PST in de huisartsenpraktijk haalbaar is: de aios konden het leren en uitvoeren en waren ook positief, en de patiënten accepteerden het. ‘De generieke elementen passen bij self-management en patient-centeredness’, aldus Hassink. ‘Het is geschikt voor chronische zorg, palliatieve zorg en bij de preventie van psychische stoornissen.’ Ze bepleit dan ook opname van PST in de opleiding.

*3. Onderzoek naar de effectiviteit van een Minimale Interventie Strategie voor Surmenage (MISS) door de huisarts: een pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde trial.*

Ingrid Bakker presenteert dit onderzoek, waarin met behulp van de ‘4DKL’ geselecteerde patiënten met surmenage via de MISS werden gestimuleerd om sneller aan het werk te gaan. ‘Want bij surmenage adviseren we niet meer alleen rust, maar vooral ook het aanpakken van de onderliggende problematiek.’ In het onderzoek bleek dat de patiënten bij wie de MISS werd toege-

past, iets sneller aan het werk gingen dan de controlegroep. Het gebruik van de 4DKL had een positieve invloed op het herkennen surmenage. Aangezien het advies luidt om al na drie tot vier weken te verwijzen als er geen enkele verbetering zichtbaar is, waren er wel meer verwijzingen.

Ondanks de matig positieve resultaten werd geconcludeerd dat de huisarts slechts een geringe factor vormt bij de genezing van surmenage. ‘Het staat of valt met de leidinggevende. Als die niet deugt, wordt het niets, welke interventie je ook toepast.’

*4. Reattributie bij somatiserende patiënten.*

De resultaten van het onderzoek van Nettie Blankenstein zijn verwerkt in de NHG-cursus Cognitief-gedragstherapeutische technieken (CGT) bij lichamelijk onverklaarde klachten. Aan de hand van de SCEGS (somatic, cognities, emoties, gedrag, sociale invloed) legt de huisarts aan de patiënt de ‘vicieuze cirkel’ uit en bespreekt een plan om die te doorbreken. ‘Met behulp van SCEGS kun je je aanpak richten op het aspect waar het misgaat bij de patiënt.’ Vervolgens worden reattributie met een klachtendagboek en vervolgtechnieken toegepast.

In een RCT zijn patiënten gevolgd die de huisarts zeer frequent consulteerden met uiteenlopende somatisatieklachten. Het effect op korte termijn was matig, maar na twee jaar juist erg groot, behalve bij het middelengebruik. Het ziekteverzuim nam zeer sterk af. Echter in andere trials in huisartsenpraktijken bleek reattributie juist niet effectief. En desgevraagd gaven patiënten aan bang te zijn dat de huisarts zich nu niet meer zou richten op hun lichamelijke klachten. Daarom bepleit Blankenstein: ‘Geen reattributie zonder bredere aanpak!’

### Discussie met de zaal

De discussie over deze vier onderzoeken spitst zich vooral toe op de geringe resultaten die de diverse interventies lijken te hebben. De aanwezigen in de zaal spelen

daarbij graag voor advocaat van de duivel.

Bijvoorbeeld:

- 'Je wilt patiënten behandelen zonder hulpvraag.'
- 'Er is geen duidelijk ziektebeeld en we doen toch een RCT. Dit terwijl de ziektebeelden vaak uitwisselbaar zijn en veel factoren worden gemist.'
- 'Misschien is de gebruikelijke zorg beter dan we denken en geven die speciale interventies maar weinig meerwaarde.'
- 'Zoeken we geen aandoeningen bij een therapie? En zijn al die interventies niet vooral leuk voor de huisarts?'

Dan valt echter op dat de onderzoekers alle vier wel degelijk voorstander zijn van de interventies.

- 'De technieken zijn het beste wat huisartsen op dit moment kunnen bieden. Het gaat om gedragsverandering en dat toon je niet aan met strakke RCT's.'
- 'In de opleiding waren de aiOS erg blij met de PST. Ze zeiden dat ze heel veel patiënten zagen met psychische klachten en dat ze nu eindelijk een handvat hadden bij de aanpak daarvan.'
- 'Als mensen psychische klachten krijgen, zit 20 procent van hen na een jaar nog in de ziektewet. Misschien kunnen de interventies in die cijfers niet veel veranderen, maar als ze ervoor zorgen dat de overige 80 procent sneller beter is, is dat ook een heel goed resultaat.'
- 'Het onderzoek van Hassink gaf wel positieve effecten te zien!' 'En misschien geeft zo'n ouderwetse RCT geen resultaten te zien, het onderzoek van Bakker gaf wel degelijk een beeld van een positieve uitwerking.'
- 'En antidepressiva werken ook niet zo best!'

*Koppeling tussen resultaten van bovenstaande onderzoeken en het NHG-Standpunt 'GGZ in de huisartsenpraktijk'.*

Richard Starmans is kaderhuisarts GGZ en stond mede aan de wieg van het NHG-Standpunt waarover hij nu de belangrijkste principes vertelt.

- Bij de taakdelegatie wordt gestreefd naar iemand van minstens het niveau van een SPV'er.
- In het 'basisaanbod' van de huisart-



Foto: Corbis

senvoorziening moet de zorg voor de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses alsmede levensfaseproblematiek opgenomen worden. In het aanvullende aanbod kunnen korte interventies en begeleiding van specifieke problematiek een plaats krijgen.

- Als huisartsen de begeleiding van psychische klachten op zich nemen, moeten daarvoor wel randvoorwaarden komen, bijvoorbeeld op het gebied van financiën, scholing en taakdelegatie.
- De kwaliteit van de zorg moet worden gewaarborgd, bijvoorbeeld met behulp van intervisie. Wellicht is het mogelijk om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en de GGZ onderdeel te maken van de NHG-Praktijkaccreditering.

De huisarts zelf zal de triage moeten doen en de regie over de zorg houden. Huisartsen kunnen zelf diverse therapieën geven, mits nader wordt onderzocht wat effectieve interventies zijn. Wetende dat de zorg rond astma/COPD en diabetes is verbeterd met de komst van de praktijkondersteuner, is het echter misschien beter om ook ggz-taken te delegeren.

*Ervaringen met PST in de huisartsenpraktijk.*

Als laatste krijgt Ron Glotzbach het woord, die als huisarts veel ervaring heeft met zowel CGT en PST alsook met RET (Rationeel-Emotieve Therapie). GGZ-problemen komen zeer veel voor bij de huisarts: zo'n 25 tot 40 procent van de consulten heeft een GGZ-component, van stemmingsstoornissen tot seksuele problematiek. De huisarts vindt het vaak prettig om wat meer houvast te krijgen bij de begeleiding van

psychische klachten. En de patiënt vindt het meestal prettiger als de hulp door de huisarts wordt gegeven en er geen verwijzing nodig is. Het is dus voor beide partijen heel bevredigend als die zorg succesvol kan worden verleend door de huisarts en dat is in de praktijk zeer wel mogelijk. Daarbij heeft Glotzbach wel wat aanbevelingen. Bijvoorbeeld:

- zorg voor voldoende tijd ('Ik plan het aan het eind van de dag');
- zorg voor voldoende kennis en vaardigheid, en volg dus goede cursussen;
- volg intervisie ('Je loopt tegen dingen aan en het is goed om daarover te kunnen praten');
- begin goed voorbereid;
- beperk je tot één methode (bijvoorbeeld CGT of RET);
- zorg voor voldoende succes! ('Vertil je niet, weet wat wel en niet kan').

Glotzbach vindt dat als huisartsen meer moeten gaan doen op het gebied van de GGZ, ze daarvoor ook moeten worden betaald. 'Dat is ook goedkoper voor de zorgverzekeraars.' Bovendien: 'Een goed gesprek draagt meer bij tot het welzijn dan een scherp ingestelde HbA1c.'

### Stellingen in de zaal

Tot slot is er een geanimeerde discussie met de zaal over stellingen als: 'Pillen of praten. Maar kun je met een huisarts wel praten?' Een opmerkelijke uitspraak uit de zaal over deze stelling is: 'Mensen die ik goed heb geholpen met hun psychische problemen, raakte ik als patiënt kwijt. Die wilden niet meer met hun snotneusje naar iemand die hen in hun diepste ellende heeft gezien. Laten we dus gewoon goede gesprekken voeren in plaats van therapie geven.' Dit wordt wel herkend in de zaal. Maar: 'Misschien is het niet zo erg als iemand overstapt als je hem hebt kunnen helpen. Het kan voor de patiënt toch een stapje verder in het leven zijn.'

Al met al is er over de GGZ in de huisartsenpraktijk veel meer te zeggen dan in één symposium kan worden uitgewisseld. Het onderwerp zal dan ook vast nog wel vaker op agenda's verschijnen.

*Ans Stalenhoef, eindredacteur*