

Probleemoplossende therapie

Vraagstelling

Hoe effectief is probleemoplossende therapie voor patiënten met psychische problemen?

Betekenis voor huisarts en patiënt

Behandeling door de huisarts van patiënten met psychische klachten is volgens de NHG-Standaarden Angststoornissen³ en Depressieve stoornis⁴ gericht op voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling en/of verwijzing. Veel huisartsen verwijzen naar een SPV'er, vaak met de gedachte dat deze meer tijd en betere therapeutische vaardigheden heeft. Dit onderzoek laat zien dat de huisarts het zelf zo slecht nog niet doet. Hoewel weinig huisartsen gestructureerde therapie geven, behalen zij dezelfde resultaten als een SPV'er. Wel behaalt een SPV'er wellicht betere resultaten bij patiënten met ernstige depressieve klachten en/of meerdere diagnoses. Als huisarts is het is dus zaak te weten wanneer je moet stoppen met behandelen en moet doorverwijzen.

Korte beschrijving

Inleiding Eenderde van de patiënten in de huisartsenpraktijk heeft angstproblemen en/of depressieve klachten. Vaak ervaren patiënten door hun geestelijke problemen ook lichamelijke klachten, die de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Zij bezoeken het spreekuur vaker en de consulten duren meestal langer dan die van andere patiënten. In deze gevallen is gestructureerde counseling de beste interventie. De huisarts geeft die counseling echter maar zelden, vanwege tijdgebrek en de vaak moeilijke im-

plementatie van de behandeling. In dit onderzoek is nagegaan of patiënten die probleemoplossende therapie krijgen van een getrainde verpleegkundige na drie maanden minder klachten hebben en minder vaak het spreekuur bezoeken.¹ **Patiëntenpopulatie** Aan het onderzoek deden 130 patiënten mee van huisartsenpraktijken in en rond Amsterdam. Inclusiecriteria waren onder andere: 3 of meer spreekuurconsulten in de laatste 6 maanden en een negatieve score op ten minste 3 van de 12 vragen van de General Health Questionnaire (GHQ-12).

Onderzoeksopzet De onderzoeksgroep werd gerandomiseerd in twee groepen. Eén groep kreeg probleemoplossende therapie van een speciaal daarvoor getrainde verpleegkundige. De andere groep, de controlegroep, kreeg de gebruikelijke therapie van de huisarts: psychofarmaca, counseling of verwijzing naar een specialist. Aan het begin van en drie maanden na de interventie vulden de patiënten vragenlijsten in die werden gebruikt bij de analyse.

Primaire uitkomstmaat Reductie van de mate van ernst van de symptomen, gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Secundaire uitkomstmaten waren: reductie van symptomen van de drie meest voorkomende diagnoses, *major depressive disorder*, paniekstoornis en somatisatiestoornis (met de Patient Health Questionnaire), verbetering van probleemoplossende vaardigheden (met de Social Problem Solving Inventory-Revised) en het psychologische en lichamelijke welzijn (Short-Form 36).

Resultaten De mate van ernst van de symptomen was in beide groepen verbeterd. Er was een duidelijke verbetering van de pro-

bleemoplossende vaardigheden. De mate van reductie van symptomen verschilde niet significant tussen beide groepen. Het psychologisch en lichamelijk welbevinden was in de interventiegroep toegenomen; in de controlegroep was er geen duidelijke toename. De frequentie van spreekuurbezoeken nam significant af met 1,5 bezoek in 12 weken, zowel bij de therapiegroep als bij de controlegroep. Onderling was er geen verschil. Er werden post-hoc analyses verricht. Bij patiënten met ernstige depressieve symptomen namen in de therapiegroep de symptomen meer af dan in de controlegroep.

Conclusie van de onderzoekers Probleemoplossende therapie door een gespecialiseerde verpleegkundige heeft weinig toegevoegde waarde ten opzichte van de gebruikelijke behandeling door een huisarts. Bij ernstige depressieve klachten zou probleemoplossende therapie wellicht wel een toegevoegde waarde kunnen hebben.

Bewijskracht Randomised clinical trial (1b).²

Ine Docters van Leeuwen en
Arie Knuistingh Neven

- 1 Schreuders B, Van Marwijk H, Smit J, Rijmen F, Stalman W, Van Oppen P. Primary care patients with mental health problems: outcome of a randomised clinical trial. *Br J Gen Pract* 2007;57:886-91.
- 2 www.infopeoms.com/levels.html.
- 3 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. www.nhg.org.
- 4 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, VanWeel-Baumbgarden EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis. www.nhg.org.

Cochrane-review

Cultuurspecifieke astma-voorlichting

Bailey EJ, Cates CJ, Kruske SG, Morris PS, Brown N, Chang AB. Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma. *Cochra-*

ne Database Syst Rev 2009, Issue 2. CD006580. DOI:10.1002/14651858. CD006580.pub4.

Achtergrond Patiënten uit minderheids-groepen hebben een slechtere astma-instelling en -regulatie dan andere

patiënten en zij bezoeken vaker de afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen. Daarom zijn er specifieke instructieprogramma's ontwikkeld om deze patiënten en hun familie beter toe te rusten voor zelfmanagement bij astma.