

## 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 Angststoornissen<sup>3</sup> en Depressieve stoornis<sup>4</sup> 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.<sup>1</sup>  
**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).<sup>2</sup>

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](http://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](http://www.nhg.org).
- 4 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, VanWeel-Baumburg EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis. [www.nhg.org](http://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.

De vraag is of deze speciaal voor de doelgroep ontwikkelde interventies, die rekening houden met cultuurspecifieke aspecten, effectiever zijn dan standaard instructieprogramma's of gewone zorg. Ook de kosteneffectiviteit van deze programma's wordt daarbij meegewogen.

**Doel** Onderzoek naar de effectiviteit van cultuurspecifieke instructieprogramma's voor astma-exacerbaties, -klachten en zorgvragen bij kinderen en volwassenen uit migrantengroepen. De effecten op kennis over astma en ervaren kwaliteit van leven zijn eveneens onderzocht.

**Zoekstrategie en insluiting** De auteurs zochten in het Cochrane Register of Controlled Trials, het Cochrane Airways Group Specialised Register, MEDLINE en EMBASE. Zij includeerden gerandomiseerde onderzoeken die standaardinstructie of normale zorg vergeleken met cultuurspecifieke astma-instructie voor migranten (volwassenen en kinderen). Twee onderzoekers doorzochten de literatuur en extraheerden de data. Bij verschil van mening volgde een consensusbespreking. Zo nodig verzochten zij de auteurs om nadere informatie.

**Resultaten** Van de 228 potentieel relevante onderzoeken bleven er na bestudering van de abstracts 29 over. Na selectie bleven er 4 onderzoeken over, met een totaal aantal van 617 patiënten in de leeftijd van 5 tot 59 jaar. Cultuurspecifieke astma-voorlichting scoorde significant hoger op de verbetering van ervaren kwaliteit van leven bij volwassenen (95%-BI 0,09-0,41) en op de verbetering van kennis over astma bij kinderen (95%-BI 1,07-5,53). In één onderzoek werd een afname van astma-exacerbaties bij kinderen (5-12) gevonden ten gunste van de inter-

ventiegroep: relatieve risicoreductie voor opname 0,32 (95%-BI 0,15-0,70) en 0,63 (95%-BI 0,42-0,95) voor SEH-bezoek voor exacerbaties. Hoewel in andere onderzoeken geen significante veranderingen werden gevonden, wezen deze wel in dezelfde richting ten gunste van de cultuurspecifieke instructie.

**Conclusie van de auteurs** Gezien het beperkte aantal onderzoeken is het bewijs wat dun en de resultaten wisselen. Toch lijkt de conclusie verdedigbaar dat cultuurspecifieke astma-instructieprogramma's effectief zijn, maar meer onderzoek (ook bij etnische groepen in het thuisland) is aanbevolen om die effectiviteit goed te beoordelen.

**Commentaar** De kwaliteit van het systematisch literatuuronderzoek lijkt adequaat, zoals van een Cochrane mag worden verwacht. Het aantal onderzoeken, en daarmee het aantal geïnccludeerde patiënten, is echter ronduit teleurstellend. Verder waren de interventies in de vier onderzoeken soms moeilijk vergelijkbaar en mogelijk zelfs niet allemaal echt cultuurspecifiek. Het is de vraag wat de zeggingskracht van het onderzoek is. De wat magere conclusie lijkt dan ook een open deur, zeker als je bedenkt dat er geen programma's zijn vergeleken met voorlichtingsprogramma's in de landen van herkomst, zoals ook de auteurs terecht opmerken. Waarschijnlijk ontbreken daarover simpelweg onderzoek en publicaties in de landen van herkomst. Het lijkt er dus op dat etnisch-specifieke voorlichting weinig is geëvalueerd en misschien ook wel weinig wordt gepraktiseerd. Ondertussen hebben bijna alle etnische groepen een lagere ervaren gezondheid, en vaak ook een daadwerke-

lijk slechtere gezondheid, en dat zegt iets over onze 'care'. Er was binnen de Nederlandse gezondheidszorgsetting helemaal geen literatuur geselecteerd, terwijl het aantal allochtonen toeneemt. Natuurlijk verloopt voorlichting aan etnische groepen vaak moeizaam (veel uitval, minder affiniteit met zelfzorg), maar dat zou juist een reden moeten zijn om te zoeken naar effectieve voorlichting en instructie. Het lijkt erop dat dit echter weinig prioriteit heeft. Dat er ondanks het beperkte aantal geïnccludeerde onderzoeken toch één onderzoek met interessante positieve resultaten werd gevonden (ervaren kwaliteit van leven bij volwassenen, minder SEH-bezoek en opname van kinderen, en toegenomen kennis over astma bij kinderen) smaakt volgens mij naar meer. In de grote steden overtreft het aantal allochtone kinderen het aantal autochtone kinderen. Goede etnisch-specifieke voorlichting hielp volgens dit onderzoek. Uit het oogpunt van goede, efficiënte en eerlijke gezondheidszorg kunnen we deze groepen niet vergeten, te meer daar onder etnische minderheden zelfmanagement van ziekten vaak moeizaam is en er dus veel winst lijkt te behalen. Het opzetten van etnisch-specifieke voorlichting aan en begeleiding van chronisch zieken is daarom een noodzaak. Tegelijkertijd is onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke interventies uiterst gewenst. Deze conclusie mag mager lijken, maar dat maakt haar niet minder waar of minder schrijnend. Misschien kunnen we ons als beroepsgroep eens bezinnen wat daar aan te doen is!

Hans Harmsen

## Proefschrift

### Nieuw geneesmiddel geregistreerd, en dan?

Pieter Stolk. *From new molecules to leads for innovation. Studies on the post-innovation learning cycle for pharmaceuticals* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit

Utrecht, 2008. ISBN: 978-90-393-4876-5.

De doelstelling van het proefschrift van Pieter Stolk was het ontwikkelen van analytische instrumenten om de carrière van geneesmiddelen na registratie

te bestuderen. Het gaat dan vooral over de manier waarop een middel toegang krijgt tot de markt, welke nog onbekende risico's maar ook voordelen nog aan het licht komen en eventuele nieuwe toepassingsmogelijkheden.