

De effectiviteit van een interventie door het maatschappelijk werk bij huisartspatiënten die overspannen zijn

Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek

Evelien Brouwers, Bea Tiemens, Berend Terluin, Peter Verhaak

Inleiding

Psychische aandoeningen hebben grote invloed op het welzijn en de kwaliteit van leven. Ze komen veelvuldig voor onder de bevolking, en de huisarts krijgt er dan ook vaak mee te maken.^{1,2} Psychische problemen die het functioneren belemmeren, zorgen voor ongeveer eenderde van het ziekteverzuim in Nederland,^{3,4} en in andere Europese landen is de situatie vergelijkbaar.⁵ In meerderheid gaat het bij dit ziekteverzuim om relatief lichte problematiek, zoals overspanning.⁶ Tot op heden is nog onduidelijk wat de beste remedie is om bij overspanning langdurig ziekteverzuim te voorkomen, het functioneren te herstellen en de symptomen te verlichten. Wij onderzochten de effectiviteit van een

specifiek op overspanning gerichte interventie die bestond uit vijf geprotocolleerde gesprekken met een maatschappelijk werker. De kernvraag was of deze behandeling de klachten van surmenagepatiënten sneller kon verhelpen dan de gebruikelijke huisartsbehandeling, zodat de duur van het ziekteverzuim beperkter zou blijven.

Methoden

Procedure

Zeventig huisartsen in Almere benaderden tussen augustus 2001 en juli 2003 patiënten voor in het onderzoek. De inclusiecriteria waren: (1) overspanning volgens huisarts en patiënt; (2) betaald werk; (3) in de ziektewet door emotionele problemen, maar niet

Samenvatting

Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. De effectiviteit van een interventie door het maatschappelijk werk bij huisartspatiënten die overspannen zijn. Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. *Huisarts Wet* 2007;50(6):238-44.

Doel De effectiviteit bepalen van een activerende interventie, ontworpen om werkhervatting te bespoedigen bij patiënten die wegens overspanning werk verzuimen.

Methode In een anderhalf jaar durend gerandomiseerd onderzoek vergeleken wij twee groepen patiënten die overspannen waren. De interventiegroep (n = 98) kreeg vijf geprotocolleerde gesprekken met een maatschappelijk werker, de controlegroep (n = 96) kreeg gewone huisartszorg (*care as usual*). In de interventiegroep kregen de patiënten een behandeling die erop gericht was de oorzaken van de overspanning te leren herkennen en actief aan een oplossing te werken, zodat zij snel weer aan het werk zouden kunnen. Bij beide groepen keken wij op vier momenten naar het effect van de behandeling: voordat de behandeling begon en drie, zes en achttien maanden later. De uitkomstmaten waren: duur van het ziekteverzuim, angst, depressie, somatisatie, *distress*, lichamelijke gezondheid en functioneren.

Resultaten Er waren geen significante verschillen tussen de groepen, behalve dat de experimentele groep tevredener was. In beide groepen was men gemiddeld binnen drie tot zes maanden weer opgeknapt. De duur van het ziekteverzuim was lang; gemid-

deld begon men het werk pas weer gedeeltelijk te hervatten na 106 dagen (SD 87) in de interventiegroep en na 121 dagen (SD 94) in de controlegroep.

Conclusie Een activerende behandeling van overspanning door eerstelijns maatschappelijk werkers gericht op het terugdringen van ziekteverzuim is niet effectiever dan de gebruikelijke huisartszorg. Een sterke(re) focus op snelle werkhervatting en het oplossen van problemen die dit kunnen belemmeren lijken de duur van het ziekteverzuim effectief te kunnen bekorten.

Tranzo, Universiteit van Tilburg, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg; dr. E.P.M. Brouwers; Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering, Wolfheze; dr. B.G. Tiemens; Vrije Universiteit, EMGO-instituut, vakgroep Huisartsgeeneeskunde, Amsterdam; dr. B. Terluin; NIVEL, Utrecht; dr. P.F.M. Verhaak. Correspondentie: e.p.m.brouwers@uvt.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: BT heeft een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van de onderzochte interventie en hij heeft een vergoeding ontvangen voor een voordracht op een symposium voor bedrijfsmaatschappelijke werkers. Het onderzoeksproject werd financieel mogelijk gemaakt door ZorgOnderzoek Nederland (subsidienummer 2200.0100).

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:223-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ Overspanning is een frequent voorkomend probleem in de huisartsenpraktijk.
- ▶ Overspanning zorgt voor veel en langdurig ziekteverzuim met het risico op verlies van werk en arbeidsongeschiktheid.

Wat is nieuw?

- ▶ Een activerende, geprotocolleerde behandeling van overspanning door maatschappelijk werkers was niet effectiever in het bespoedigen van werkhervatting of het terugdringen van de klachten dan de gebruikelijke huisartsenzorg.
- ▶ De patiënten die de activerende, geprotocolleerde behandeling kregen, waren wel tevredener met de aard van de hulp, inzicht en adviezen die ze kregen dan de patiënten die de gebruikelijke huisartsenzorg kregen.

langer dan 3 maanden (gezien de focus op de preventie van langdurig ziekteverzuim), of van plan zich direct na het consult ziek te melden; (4) tussen 18 en 60 jaar oud; (5) Nederlands sprekend. Omdat het onderzoek zich specifiek richtte op surmenagepatiënten onderzochten de onderzoekers met behulp van de CIDI⁷ of deze patiënten niet een ernstigere stemmingsstoornis of angststoornis hadden zoals gedefinieerd in de DSM-IV⁸ en ICD-10.⁹ Patiënten met een matig ernstige of ernstige depressieve stoornis werden van het onderzoek uitgesloten, evenals patiënten met een agorafobie, paniekstoornis of sociale fobie en patiënten die al onder psychotherapeutische behandeling waren. Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis of een milde depressie konden wel deelnemen aan het onderzoek. Omdat we de interventie wilden testen in een heterogene groep huisartspatiënten, screenen wij hen niet op andere stoornissen dan angst en depressie. Nadat de proefpersonen geïnformeerd waren en schriftelijk verklaard hadden deel te willen nemen, lieten wij hen at random verdelen over een interventie- en een controlegroep door een secretaresse die niets van hen wist en geen contact met hen had. Bij de voormeting en drie, zes en achttien maanden daarna vulden de deelnemers een vragenlijst in. Daarnaast werden zij telefonisch geïnterviewd. De telefonische enquêteurs wisten niet wie welke behandeling kreeg, maar hebben dit mogelijk wel via de patiënt zelf vernomen. Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Trimbos-instituut.

Experimentele en controlebehandeling

Mensen die zich ziek melden vanwege emotionele problemen hebben vaak een 'ontwijkende copingstijl': ze gaan problemen uit de weg. In veel gevallen is die copingstijl juist de reden dat het ziekteverzuim lang duurt en soms zelfs leidt tot het verlies van werk of blijvende arbeidsongeschiktheid. Daarom was een belangrijk doel van de interventie het aanleren van een probleemoplossende copingstijl en het activeren van de patiënt. De interventie bestond uit vijf individuele gesprekken met speciaal in het behandelprotocol getrainde maatschappelijk werkers. De gesprekken duurden vijftig minuten en waren verspreid over tien

weken. Het protocol hield in dat de behandeling zo snel mogelijk begon en drie fasen doorliep. In de eerste fase leert de patiënt de problemen te erkennen en zich bewust te worden dat hij ze zelf actief moet aanpakken. In de tweede fase maakt hij een lijst van alle problemen en helpt de maatschappelijk werker hem probleemoplossende strategieën te ontwikkelen. In de derde fase voert de patiënt deze strategieën ook daadwerkelijk uit. De maatschappelijk werker motiveert de patiënten om werkgerelateerde problemen actief op te lossen, contact op te nemen met de bedrijfsarts, werkhervatting te bespreken en het werk zo snel mogelijk te hervatten. Ook vraagt hij ze een dagindeling te maken en daarin tijd in te ruimen voor rust, ontspanning en lichamelijke beweging, tijd om aan de problemen te werken, bijvoorbeeld door schrijfopdrachten te doen, en tijd voor andere activiteiten, zoals huishoudelijke taken en de zorg voor de kinderen.

De experimentele behandeling werd uitgevoerd door elf maatschappelijk werkers uit Almere, die van de onderzoekers een training kregen van twee dagen en later twee opfrisbijeenkomsten. Maatschappelijk werkers leken geschikte professionals om deze behandeling uit te voeren, omdat zij vaak in de eerste lijn werkzaam zijn en hun werk al voor een groot deel bestaat uit counseling.¹⁰ Na elke sessie met een patiënt vulden de maatschappelijk werkers een vragenlijst in om na te gaan of alle aspecten van de behandeling aan bod waren gekomen (bijvoorbeeld: 'Is er gesproken over werkhervatting, en zo niet, waarom niet?'). Evaluatie van deze vragenlijsten wees uit dat zij zich goed aan het protocol hadden gehouden.¹¹ De onderzoekers hadden ook regelmatig contact met de maatschappelijk werkers om na te gaan of het protocol goed gevolgd werd en of er problemen of vragen waren.

In de controlegroep werden surmenagepatiënten behandeld door huisartsen, die niet wisten waaruit de experimentele behandeling bestond. Hun was gevraagd de patiënt te behandelen op de voor hen gebruikelijke wijze. Meestal bestond deze behandeling uit één of meer gesprekken en eventueel medicatie of verwijzing.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was ziekteverzuimduur, gedefinieerd als de periode tussen de eerste dag van het ziekteverzuim en de eerste dag van de werkhervatting, volledig of gedeeltelijk.

De secundaire uitkomstmaten waren angst en depressie, gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹² en met de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL),¹³ die daarnaast ook distress en somatisatie meet. Het functioneren maten wij met de Short Form Health Survey (SF-36),¹⁴ waarvan wij zowel de acht subschalen als de psychische en fysieke componentscores in onze analyses meenamen. Tot slot maten we de patiënttevredenheid éénmalig, drie maanden na de inclusie, met een korte vragenlijst (Cronbach's alfa = 0,80)¹¹ waarin de patiënten op acht aspecten van de behandeling konden aangeven hoe tevreden ze waren.

Statistische analyse

Wij hebben de data geanalyseerd volgens het intention-to-treat-principe. Voor de overlevingsanalyse van de verzuimduur gebruik-

ten we coxregressie, en kaplan-meiercurves om de werkhervatting over de tijd te illustreren. Met de *multilevel repeated measures*-methode hebben we een longitudinale analyse uitgevoerd van de werkhervatting, de klachten (HADS, 4DKL) en het functioneren (SF-36), met ziekteverzuimduur en scores op de HADS, 4DKL en SF-36 als afhankelijke variabelen. In de analyses onderscheidde we drie niveaus: huisartsen, patiënten en metingen. Leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en patiëntvoorkeur voor een behandeling namen we als covariaten mee. Demografische variabelen en patiënttevredenheid zijn geanalyseerd met chikwadraattoetsen en t-toetsen. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS 11.5 en MLwiN-software. Een powerberekening voorafgaand aan het onderzoek gaf aan dat per groep tachtig patiënten nodig waren om een verschil van 20% in ziekteverzuim te vinden tussen de groepen met een power van 0,80 en een alfa van 0,05.

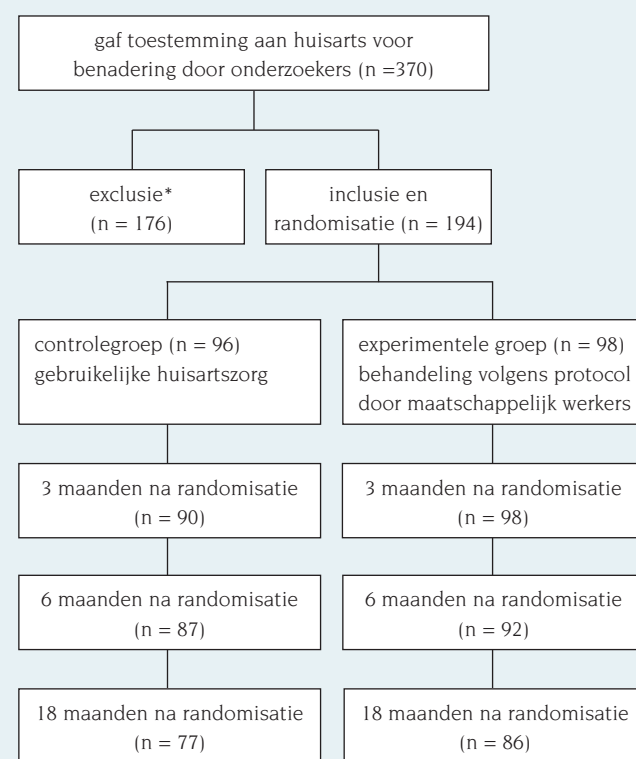
Resultaten

In totaal gaven 370 patiënten te kennen dat de onderzoekers hen mochten benaderen. Zoals in de *figuur* te zien is, deden uiteindelijk 194 mensen aan het onderzoek mee, 98 in de interventiegroep en 96 in de controlegroep.

In *tabel 1* staan de patiëntkenmerken. Aan het begin van het onderzoek verschilden de groepen niet significant van elkaar in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, burgerlijke staat of nationaliteit. Het verschil in deelnemersuitval was niet significant.

De patiënten in de interventiegroep kregen gemiddeld 4,5 sessie (SD 1,0). In de eerste 3 maanden hadden zij gemiddeld 2,4 (SD 2,6) contacten met hun huisarts. De controlegroep had in die periode gemiddeld 2,3 (SD 2,3) contacten met de huisarts. In de controlegroep kregen 34 (35%) patiënten een verwijzing naar een (niet in de interventie getrainde) maatschappelijk werker, psycholoog of psychiater, in de interventiegroep waren dat er 7 (7%). Tijdens de 18 maanden durende onderzoeksperiode kreeg 18,4% van de patiënten in de interventiegroep en 21,9% in de controlegroep psychofarmaca voorgeschreven. Andersoortige medicatie werd

Figuur 1 Stroomdiagram van patiëntenrekrutering en toewijzing behandeling



* Redenen: (matig) ernstige angst- of stemmingsstoornis (n = 113), weigering (n = 30), geen ziekteverzuim (n = 18), ontving al psychotherapeutische behandeling (n = 9), ziekteverzuim > 3 maanden (n = 4), leeftijd > 60 jaar (n = 2).

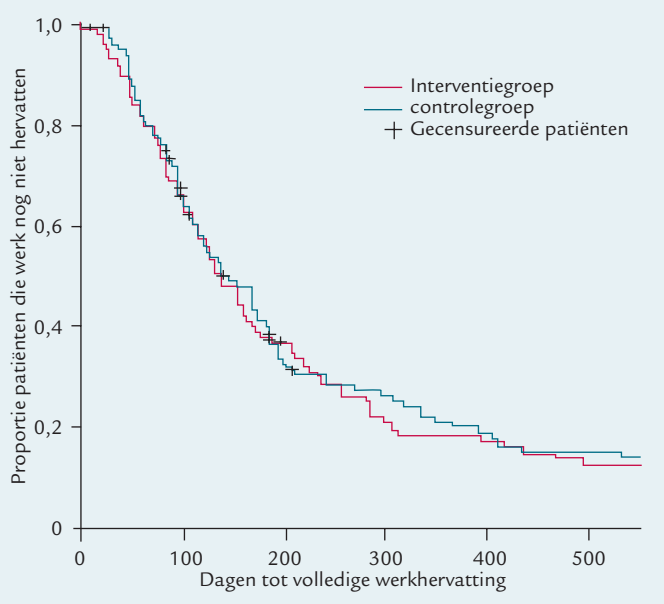
voorgeschreven aan 60,2% van de mensen in de interventiegroep en 50% in de controlegroep. De gemiddelde duur tussen de eerste ziekteverzuimdag en de eerste dag werkhervatting (gedeeltelijk of geheel) was 106 dagen (SD 87, mediaan 86) in de interventiegroep en 121 dagen (SD 94, mediaan 100) in de controlegroep. Het verschil van gemiddeld 15 dagen was niet significant (95%-BI -12,4 - 42,1). De gemiddelde duur tot volledige werkhervatting was

Tabel 1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

	Interventiegroep (n = 98)	Controlegroep (n = 96)
<i>Demografische variabelen</i>		
Leeftijd (gemiddeld, SD)	39,4 (9,1)	40,1 (9,3)
Geslacht (% vrouw)	58,2	60,4
Opleidingsniveau (%)		
- laag	14,4	17,9
- middelbaar	69,1	61,1
- hoog	16,5	21,0
Heeft partner (%)	75,2	75,5
Nederlandse nationaliteit (%)	99	97,9
<i>Psychische gezondheidsvariabelen</i>		
Eerder overspanning of psychische stoornis gehad (%)	33,3	36,5
Had DSM-IV-diagnose op baseline (%) [*]	38,8	47,9
- milde depressieve stoornis	27,1	22,7
- depressieve episode, recidief, mild	5,2	4,1
- bipolair I, eenmalig, mild	0,0	0,0
- bipolair I, manisch mild	0,0	1,0
- dysthymie	1,0	1,0
- gegeneraliseerde angststoornis	21,9	11,3
Geen stoornis (%)	52,1	60,2

^{*} Volgens de criteria van DSM-IV⁸ en ICD-10,⁹ gemeten met de CIDI.⁷ De percentages zijn opgeteld geen 100% omdat patiënten meer dan één stoornis kunnen hebben.

Figuur 2 Proportie patiënten die het werk niet volledig hervatten in de experimentele (n = 98) en de controlegroep (n = 96). Gecensureerde patiënten zijn patiënten die het werk niet hervat hebben tijdens de onderzoeksperiode, of die uitvielen voordat het onderzoek was afgerond.



153 dagen (SD 122, mediaan 120) in de interventiegroep, en 157 dagen (SD 121, mediaan 119) in de controlegroep. Ook dit verschil was niet significant (95%-BI -34,5 - 42,3). Het werkhervattingspatroon was niet verschillend voor de beide groepen (zie *figuur 2*). Coxregressieanalyse leverde een hazardratio op van 1,09 (95%-BI 0,81-1,47) voor gedeeltelijke werkhervatting, en een hazardratio van 1,04 (95%-BI 0,76-1,42) voor volledige werkhervatting.

Tabel 2 presenteert de primaire en secundaire uitkomstmaten. Multiniveauanalyse gaf aan dat er geen significante verschillen waren tussen de groepen in vooruitgang tussen de eerste meting, en drie, zes en achttien maanden later op de HADS, 4DKL of SF-36. Beide groepen verbeterden op alle subschalen van deze tests, waarbij de scores gemiddeld binnen drie tot zes maanden op het normniveau waren van de huisartspopulatie^{13,15} of de algemene bevolking.¹⁶ Bij de eerste meting was de gemiddelde score op de HADS in de interventiegroep 19,3 (SD 6,6) en in de controlegroep 19,9 (SD 7,0), wat vergelijkbaar is met de gemiddelde score van een psychiatrische populatie (20,4, SD 8,9).¹⁵ Drie maanden na de eerste meting waren de scores van de interventie- en de controlegroep gedaald naar respectievelijk 9,9 (SD 7,5) en 10,8 (SD

Tabel 2 Uitkomstmaten van de experimentele en controlegroep op de verschillende meetmomenten

Uitkomstmaten (n)	Interventiegroep (n = 98)		Controlegroep (n = 96)	
Hebben werk verzuimd (%)				
- voormeting* (194)	91,8		89,6	
- 3 maanden na voormeting (185)	35,1		36,4	
- 6 maanden na voormeting (176)	18,7		14,1	
- 18 maanden na voormeting (163)	9,2		14,5	
Heeft het werk gedeeltelijk hervat (%)				
- voormeting	onbekend		onbekend	
- 3 maanden na voormeting (185)	27,8		23,9	
- 6 maanden na voormeting (176)	23,1		23,5	
- 18 maanden na voormeting (163)	5,7		7,9	
Heeft het werk volledig hervat (%)				
- voormeting	onbekend		onbekend	
- 3 maanden na voormeting (185)	37,1		39,8	
- 6 maanden na voormeting (176)	58,2		62,4	
- 18 maanden na voormeting (163)	85,1		77,6	
HADS totaalscore, gemiddelde (SD)				
- voormeting (188)	19,3	(6,6)	19,9	(7,0)
- 3 maanden na voormeting (152)	9,9	(7,5)	10,8	(8,0)
- 6 maanden na voormeting (168)	8,5	(7,3)	9,6	(8,6)
- 18 maanden na voormeting (157)	6,9	(6,5)	8,4	(8,0)
4DKL totaalscore, gemiddelde (SD)				
- voormeting (163)	37,7	(15,8)	41,1	(17,5)
- 3 maanden na voormeting (142)	16,5	(16,8)	21,2	(18,8)
- 6 maanden na voormeting (160)	15,9	(17,5)	16,8	(17,7)
- 18 maanden na voormeting (155)	11,5	(13,1)	15,1	(17,0)
SF-36 Fysieke componentscore, gemiddelde (SD)				
- voormeting (193)	49,2	(8,8)	49,6	(8,6)
- 3 maanden na voormeting (169)	51,6	(8,3)	50,1	(8,8)
- 6 maanden na voormeting (169)	52,0	(8,1)	51,7	(7,8)
- 18 maanden na voormeting (161)	53,6	(7,5)	52,5	(8,1)
SF-36 Psychische componentscore, gemiddelde (SD)				
- voormeting (193)	28,5	(8,9)	25,8	(8,3)
- 3 maanden na voormeting (169)	41,4	(12,4)	39,8	(12,7)
- 6 maanden na voormeting (169)	46,3	(11,1)	44,1	(12,3)
- 18 maanden na voormeting (161)	48,1	(9,2)	46,6	(11,8)

* Dit is geen 100% omdat sommige patiënten het werk hadden hervat tussen de afspraak van de voormeting en de daadwerkelijke voormeting.
HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale¹², 4DKL = Vierdimensionale Klachtenlijst¹³, SF-36 = 36-Item Short Form Health Survey.¹⁴

8,0), wat vergelijkbaar is met de normscores van de Nederlandse huisartspopulatie (9,9, SD 6,1).¹⁵ Alleen de SF-36-subschalen voor fysiek en emotioneel rolfunctioneren bereikten pas rond achttien maanden na de eerste meting de normscores. De covariaten hadden geen significant effect op de uitkomsten.

Het enige aspect waarop de twee groepen significant verschilden, was patiënttevredenheid: de interventiegroep had significant hogere scores op vijf van de acht stellingen (zie tabel 3). De relatieve hoge scores op alle stellingen gaf aan dat patiënten in beide groepen tevreden waren met de ontvangen behandeling.

Beschouwing

Uit het onderzoek bleek dat een activerende behandeling door maatschappelijk werkers het ziekteverzuim bij overspanning niet effectiever terugdrong dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Ook bleek de interventie geen meerwaarde te hebben voor het verhelpen van klachten zoals angst, depressie, distress of somatisatie. In beide groepen was de patiënt gemiddeld binnen drie tot zes maanden weer op normniveau. Het enige verschil was dat patiënten in de interventiegroep significant tevredener waren.

Een beperking van ons onderzoek is dat wij alleen de eerste ziekteverzuimperiode hebben onderzocht en geen gegevens hebben verzameld over het ziekteverzuim in de maanden nadat de patiënt weer aan het werk was gegaan. Ook ontbraken ziekteverzuimgegevens van de tijd voor de inclusie.

Verklaringen

Er zijn verschillende verklaringen voor het geringe verschil tussen de twee groepen mogelijk. Een eerste mogelijkheid is dat de prognose van de geïnccludeerde patiënten zo gunstig was dat patiënten, ongeacht de behandeling, snel opknapten. Dit zou met name het gebrek aan significante verschillen in klachten (secundaire uitkomstmaten) verklaren, maar strookt niet met de bevinding dat de patiënten in beide groepen gemiddeld meer dan honderd dagen volledig thuiszaten alvorens weer gedeeltelijk aan het werk te gaan.

Een andere verklaring kan zijn dat de interventie niet intensief genoeg was of dat de behandeling het protocol niet goed volgde. Hoewel de maatschappelijk werkers na elke sessie met een patiënt in de evaluatieformulieren aangaven dat zij zich goed aan het protocol hadden gehouden, zouden directe observatie

Abstract

Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absenteeism from work in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomised controlled effectiveness trial. Huisarts Wet 2007;50(6):238-44.

Objective To evaluate the effectiveness of an activating intervention designed to reduce sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders.

Method In an 18-month randomised controlled trial 194 patients with minor mental disorders received either an experimental intervention by social workers or usual GP care. The intervention focused on understanding causes, developing and implementing problem-solving strategies and early resumption of work. Outcome measures were duration of sick leave and mental and physical health (questionnaires included HADS, 4DSQ, and SF-36), all measured at baseline and 3, 6 and 18 months later.

Results The groups did not differ significantly on any of the outcome measures, except that the experimental group reported greater satisfaction with the treatment. In both groups, symptoms had decreased to normal levels around 3-6 months after baseline. The mean number of days until patients (partially) resumed work was 106 (SD 87) in the experimental and 121 (SD 94) in the control group.

Conclusion The intervention was not successful in reducing absenteeism duration in patients with emotional distress or minor mental disorders. Programmes aimed at reducing sick leave duration may yield better results if targeted on patients with more severe emotional problems than exclusively emotional distress or minor mental disorders, or if conducted by carers who are closer to the work environment than social workers, such as occupational physicians.

of video-opnamen wellicht betrouwbaardere informatie hebben opgeleverd. De maatschappelijk werkers waren namelijk gewend om op een meer rogeriaanse manier te werken en moesten wennen aan het meer directieve protocol. Tijdens de follow-upbijeenkomsten gaven sommigen van hen aan dat ze het moeilijk vonden om werkhervatting te bespreken. Ze waren niet gewend om actief in te grijpen als de patiënt de neiging vertoonde werkgerelateerde onderwerpen te vermijden. Het is dus mogelijk dat maatschappelijk werkers niet zo directief geweest zijn bij het stimuleren van

Tabel 3 Patiënttevredenheid

	Interventiegroep (n = 98) % mee eens	Controlegroep (n = 96) % mee eens	t	p
De behandelaar begreep mij	98	99	-0,09	0,926
De behandelaar en ik konden goed praten	97	90	1,53	0,128
De behandelaar had tijd voor mij	91	70	3,40	0,001*
De behandelaar vertelde me wat ik moest doen	89	60	3,76	0,000†
Door de behandelaar voelde ik me meer ontspannen	83	71	0,05	0,619
De behandeling heeft me geholpen inzicht te krijgen in de manier waarop ik met problemen omga	82	49	4,81	0,000†
De behandelaar leerde mij hoe ik in de toekomst met problemen moet omgaan	79	41	5,76	0,000†
De behandelaar legde mij uit hoe mijn klachten zich hadden ontwikkeld	79	60	3,19	0,002*

* p < 0,01.

† p < 0,001.

werkhervatting als volgens het protocol de bedoeling was. Waaruit de behandeling van de huisarts precies bestond, hebben wij niet gemeten om deze controlegroep zo min mogelijk te beïnvloeden. Wel weten we dat de controlebehandeling bestond uit gemiddeld twee contacten met de huisarts, terwijl de interventiegroep de huisarts gemiddeld ook tweemaal bezocht, naast de geprotocolleerde gesprekken. De controlegroep heeft dus aanzienlijk minder en vermoedelijk kortere gesprekken gehad. Een derde verklaring voor het geringe verschil in effect is dat de behandeling wellicht te ver van de werkvloer af plaatsvond. De experimentele behandeling richtte zich alleen op de patiënt, maar het overleg over de werkhervatting – en over eventuele aanpassingen op de werkvloer – vindt meestal plaats tussen de patiënt en diens werkgever en/of bedrijfsarts. Van der Klink et al.¹⁷ vonden dat een interventie die sterk leek op onze experimentele interventie wél effectief was in het terugdringen van ziekteverzuim. In hun onderzoek echter voerden bedrijfsartsen de interventie uit, en die staan dicht bij de werkomgeving dan maatschappelijk werkers in de eerste lijn. Bovendien zijn bedrijfsartsen meer gewend op werkhervatting te letten en hebben ze meer ervaring in het bespreken daarvan.

Een vierde verklaring voor het feit dat de experimentele behandeling niet effectiever bleek dan de huisartsbehandeling is dat de huisartsen mogelijk toch beïnvloed zijn door het onderzoek. Terwijl huisartsen normaliter circa 10% van alle patiënten met psychische problemen verwijzen naar gespecialiseerde zorg,^{18,19} verwezen zij in dit onderzoek 35%. Dit kan betekenen dat hun deelname aan dit onderzoek het verwijsgedrag beïnvloedde, maar het kan ook betekenen dat de patiënten in de controlegroep teleurgesteld waren dat ze geen gesprekken kregen en zelf om een verwijzing vroegen.

Mynor-Wallis et al.²⁰ onderzochten of patiënten met emotionele problemen die Problem Solving Therapy (PST) kregen van getrainde verpleegkundigen sneller opknaptten dan patiënten die de gebruikelijke huisartszorg kregen. Zij vonden dat de interventie geen effect had op de symptomen, maar er wel voor zorgde dat de ziekteverzuimduur korter werd. Ongeveer de helft van hun patiënten had echter een (matig) ernstige depressieve stoornis, terwijl wij specifiek hebben gekeken naar mensen met subklinische en milde stoornissen, juist omdat dat ook in deze groepen het ziekteverzuim hoog is. Wellicht zijn interventies zoals PST en de experimentele behandeling uit ons onderzoek vooral effectief bij mensen met ernstigere aandoeningen.

Patiënttevredenheid

De literatuur bevestigt onze bevindingen rond patiënttevredenheid. Patiënten die counseling kregen waren significant tevredener met de behandeling dan patiënten die gewone huisartsenzorg ontvingen,²¹⁻²³ ook al was de counseling niet effectiever in het reduceren van symptomen.^{21,22,24} De bevinding dat in beide groepen klachten snel verdwenen in de eerste paar maanden sluit ook aan bij eerdere onderzoeken die counseling vergeleken met de gebruikelijke huisartszorg.^{17,23,25} Slechts weinig onderzoeken

legden nadruk op het terugdringen van ziekteverzuim, zoals ons onderzoek deed.

Conclusie

Al met al kunnen we stellen dat de experimentele behandeling, uitgevoerd door maatschappelijk werkers, wel tot hogere patiënttevredenheid leidde, maar niet tot een reductie in ziekteverzuimduur of een snellere afname van klachten. De behandeling zal het ziekteverzuim vermoedelijk succesvoller terugdringen wanneer zij zich meer rechtstreeks richt op werkhervatting en op het weg nemen van belemmeringen daarvoor. Tot slot denken we dat huisartsen er verstandig aan doen zich sterk te beperken in het adviseren van rust, en de patiënt juist moeten stimuleren de problemen die ten grondslag liggen aan het verzuim actief aan te pakken. Ook een snelle afspraak met de bedrijfsarts is aan te raden.

Dankbetuiging

Wij willen graag de Almeerse huisartsen, maatschappelijk werkers en patiënten bedanken die in aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

Literatuur

- 1 Verhaak P. Mental disorder in the community and in general practice. Avebury: Aldershot, 1995.
- 2 Angst J, Merikangas KR, Preisig M. Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry* 1997;58:6-10.
- 3 Koopmans GT, Lamers LM. Comparing patients with depressive complaints and patients with chronic medical conditions on their functioning and medical consumption. *J Ment Health Policy Econ* 2001;4: 91-100.
- 4 Cuijpers P, Graaf R, Van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004;79:71-9.
- 5 Henderson M, Glozier N, Holland Elliot K. Long term sickness absence is caused by common conditions and needs managing. *BMJ* 2005;330:802-3.
- 6 Van der Klink JLL. Back in balance: the development and evaluation of an occupational health intervention for work-related adjustment disorders. Amsterdam: Coronel Instituut, 2002.
- 7 World Health Organisation. Composite International Diagnostic Interview Geneva: World Health Organisation, 1990.
- 8 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition); DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- 9 World Health Organisation. International Classification of Disease. Geneva: World Health Organisation, 1990.
- 10 VOG/AMW. Het algemeen maatschappelijk werk in beeld. Utrecht: VOG, 2001.
- 11 Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak P. Patients with minor mental disorders leading to sickness absence: a feasibility study for social workers' participation in a treatment programme. *Br J Soc Work* 2006;36:127-38.
- 12 Zigmond, AS, Snaitch RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- 13 Terluin, B. et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatisation. *BMC Psychiatry* 2006;6:34.
- 14 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute 1993.
- 15 Spinhoven P. et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997;27:363-70.
- 16 Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, San-

- derman R, et al. Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-1068.
- 17 Van der Klink JLL, Blonk RW, Schene AH, Van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised design. *Occup Environ Med* 2003;60:429-37.
- 18 Verhaak PFM, Van der Lisdonk EH, Bor JHJ, Hutschemaekers GJM. GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *Br J Gen Pract* 2000;50:307-8.
- 19 Hemmings A. Counselling in primary care: a review of the practice evidence. *Br J Guid Couns* 2000;28:233-52.
- 20 Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Br J Psychiatry* 1997;170:113-9.
- 21 Hemmings A. Counselling in primary care: A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 1997;32:219-30.
- 22 King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Techn Assess* 2000; 4.
- 23 Friedli K, King MB, Lloyd M, Horder J. Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *Lancet* 1997;350:1662-5.
- 24 Harvey I, Nelson SJ, Lyons RA, Unwin C, Monaghan S, Peters TJ, et al. A randomised controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *Br J Gen Pract* 1998;48:1043-8.
- 25 Ward E, King M, Floyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression.I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383-8.

Invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag

Pauline van Steenwijk-Opdam, Eric Moll van Charante, Edzo Ebbens, Patrick Bindels

Inleiding

Net zoals in Groot-Brittannië¹ en Denemarken² is in de afgelopen jaren het overgrote deel van de kleinschalige huisartsendiensten in Nederland vervangen door centrale huisartsenposten.^{3,4} De overweging bij deze centralisatie was om bij een toenemende

zorgvraag te komen tot een lagere werkbelasting.⁵ Inmiddels zijn er ongeveer 138 huisartsenposten in ons land, met een gezamenlijk bereik van ruim 90% van de Nederlandse bevolking. Sinds de komst van de posten lijkt er behalve een sterke afname van het aantal diensten per huisarts⁵ een taakverschuiving te zijn opge-

Samenvatting

Van Steenwijk-Opdam PCE, Moll van Charante EP, Ebbens EH, Bindels PJE. Invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag. *Huisarts Wet* 2007;50(6):244-7.

Doel Inzicht krijgen in het effect van de introductie van een centrale huisartsenpost (HAP) op de totale huisartsgeneeskundige zorgvraag en op de taakverdeling tussen huisarts en assistente of verpleegkundige.

Method We analyseerden het totale zorggebruik op basis van de contactregistraties gedurende drie maanden in zes opeenvolgende jaren; hiermee werd twee jaar voor de invoering van de HAP begonnen. Per periode berekenden we het percentage afgehandelde hulpvragen per contactsoort en per hulpverlener.

Resultaten Het aantal hulpvragen, binnen en buiten kantooruren, veranderde niet door de komst van de HAP. Met de introductie van de telefonische triage handelde de doktersassistente circa 25% van alle hulpvragen zelfstandig af. Het percentage telefonische consulten door de huisarts daalde al in het eerste jaar

van 31,4% naar 20,2% (verschil 11,5%; 95%-BI 10,3-12,7) en het percentage visites van 16,1% naar 9,1% (verschil 7,1%; 95%-BI 6,1-8,0). Het percentage consulten door de huisarts op de HAP bleef in de hele periode nagenoeg stabiel (ca. 37%). Het percentage contacten met de verpleegkundige is statistisch significant gestegen van 12,7% naar 17% (stijging 4,3%; 95%-BI 3,4-5,3).

Conclusie De reorganisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren heeft niet geleid tot een groter zorggebruik, maar wel tot een taakverschuiving van telefonische adviezen naar de assistente en een duidelijke afname van aantal telefonische contacten en visites door de huisarts.

Zorggroep Almere, Randstad 22-01, 1316 BN Almere: P.C.E. van Steenwijk-Opdam, medisch informatiekundige; E.H. Ebbens, huisarts; Divisie Klinische Methoden & Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde, AMC-Universiteit van Amsterdam: E.P. Moll van Charante, huisarts-onderzoeker, prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: pvansteenwijk@zorggroep-almere.nl.

Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.