

U kunt het zelf!

Behandeling van psychische problemen in de huisartsenpraktijk



Programma Alledaagse Ziekten



ZonMw



Kennissynthese door het Nivel

Uit het ZonMw programma Alledaagse Ziekten kwamen interessante positieve onderzoeken voor de geestelijke gezondheidszorg in huisartsenpraktijken. Om de plaats van deze interventies in de dagelijkse praktijk te bepalen gaf ZonMw aan het Nivel de opdracht voor een kennissynthese. De wetenschappelijke literatuur werd doorzocht naar ggz-interventies die én toepasbaar in de huisartsenpraktijk én bewezen effectief zijn, óók wanneer deze uitgevoerd worden door POH-ggz. Zij zijn op uitvoerbaarheid getoetst in interviews met ervaringsdeskundigen en deskundigen in de huisartsenzorg en in een paneldiscussie. Volledige onderzoeksresultaten en alle effectief gebleken interventies staan in het rapport *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen*. NIVEL, Utrecht 2009.*

De belangrijkste resultaten staan kort en helder in dit boekje. Veel leesplezier en succes met het toepassen van de interventies in uw dagelijkse praktijk.

Nelleke Gruijters, voorzitter begeleidingscommissie Kennissynthese.

*Kijk op www.zonmw.nl/alledaagseziekten onder publicaties.

Inhoud

- 1 **Hulp bij psychische klachten** 3
- 2 **Gerichter signaleren en diagnosticeren** 5
 - Beck Depression Inventory (BDI) 6
 - 4 DKL 7
- 3 **Gedagsverandering stimuleren** 9
 - Gezondheidsvoorlichting 10
 - Motiverende gespreksvoering 11
 - Preventie op maat (POM) voor mantelzorgers 12
- 4 **Stapsgewijs samenwerken aan psychische klachten** 13
 - Reattributie 14
 - Problem Solving Therapy (PST) 16
- 5 **Begeleide zelfhulpprogramma's** 18
 - Visie van de deskundige 19
 - In de put, uit de put 20
- 6 **Online zelfhulpprogramma's** 21
 - Zelfhulp bij problematisch alcoholgebruik 22
 - Kleur je leven 24

1 Hulp bij psychische klachten

Als huisarts of praktijkondersteuner kunt u met de interventies die in dit boekje staan veel psychische klachten bij uw patiënten zelf effectief behandelen. Bang dat u het meer kostbare spreekuurtijd kost hoeft u niet te zijn. Integendeel. Vrijwel altijd verdient de geïnvesteerde tijd zichzelf terug omdat de patiënt wordt aangesproken op het eigen probleemoplossend vermogen en niet steeds met dezelfde klachten terugkomt op uw spreekuur. De interventies helpen u dus betere en bevredigendere zorg te geven.

Psychische gezondheidsproblemen staan na hart- en vaatziekten op de tweede plaats van de gezondheidsaandoeningen in Nederland: één op de vier Nederlanders heeft er last van. Huisartsen krijgen dan ook zeker zo vaak mensen met psychische klachten op hun spreekuur als mensen met diabetes of hoge bloeddruk. Maar huisartsen zijn wel beter toegerust voor de zorg bij lichamelijke klachten. De opleiding biedt nog weinig handvatten om psychische problemen aan te pakken. De neiging kan groot zijn om patiënten met deze klachten te verwijzen naar de tweedelijns ggz of voor specialistisch onderzoek.

Huisartsenpraktijk centraal

Net als andere patiënten hebben mensen met psychische klachten effectieve zorg nodig, die aansluit bij de aard en zwaarte van hun problematiek. Dat betekent lichte behandeling geven waar deze volstaat en de behandeling intensiveren waar dat nodig is: *stepped care*. In deze zorg nemen huisartsen een centrale positie in. Steeds vaker krijgen ze bij de zorgverlening hulp van praktijkondersteuners met als specialisatie ggz. Behalve consultatie maken signalering, begeleiding en behandeling van psychische stoornissen deel uit van het takenpakket van deze POH ggz.

Effectieve instrumenten

Voor de zorg aan mensen met psychische problemen of klachten gebruik bestaat een breed scala aan veelbelovende of bewezen effectieve interventies. Op dit moment worden veel van deze instrumenten in de huisartsenpraktijk mondjesmaat of helemaal niet gebruikt. Vaak komt dat omdat ze nog weinig bekend zijn, soms door tijdgebrek of door financiële barrières bij het gebruik.

In dit boekje wordt een aantal bruikbare interventies beschreven. Beknopt vertellen huisartsen en praktijkondersteuners over de toepassing ervan en lichten deskundigen de achtergronden toe. Bij veel beschreven interventies gaan huisarts of praktijkondersteuner en patiënt samen op zoek naar achtergronden en oplossingen van de problemen. Het behandelbeleid komt zo in samenspraak met de patiënt tot stand, die daardoor des te beter gemotiveerd is om mee te werken.

2 Gerichter signaleren en diagnosticeren

Huisartsen schrijven regelmatig antidepressiva en andere medicatie voor om psychische klachten te behandelen. Dat gebeurt soms ook zonder dat precies vaststaat of de patiënt werkelijk een depressie, angststoornis of andere psychische klacht heeft. Toch hoeft onderzoek naar de werkelijke aard van de klachten weinig tijd te kosten. Er bestaan diverse bewezen effectieve signaleringslijsten die meer zekerheid bieden over het bestaan van een psychische stoornis en die gemakkelijk te gebruiken zijn. De meeste zijn zelfrapportagelijsten. Ze geven snel inzicht in de aard en ernst van de psychische klachten en bieden zo houvast bij de diagnostiek. Ze zijn ook te gebruiken om het verloop van de klachten in de gaten te houden. De uitkomsten bieden aanknopingspunten voor een gesprek met de patiënt over de passende behandeling.

Het NIVEL-rapport biedt een overzicht van diverse zelfrapportagelijsten, om depressie, angst, eetstoornissen en problematisch alcoholgebruik mee op het spoor te komen. Voor dementie worden er vier signaleringslijsten genoemd. Dit zijn geen zelfrapportagelijsten, maar vragenlijsten die de huisarts of praktijkondersteuner met de patiënt samen doorneemt. We lichten er hier twee zelfrapportagelijsten uit die al in veel huisartsenpraktijken hun nut hebben bewezen: de BDI (PC) en de 4DKL.

De Beck Depression Inventory (BDI PC)

In het kort

De BDI Primary Care is een zelfrapportagelijst van zeven vragen, bedoeld voor een korte screening van depressieve klachten. Patiënten beantwoorden de vragen thuis of in de wachtkamer. Er bestaat ook een Beck Anxiety Inventory (BAI PC), voor het bepalen van ernst en aard van angststoornissen. Van beide lijsten bestaat een uitgebreidere versie met 21 items, de BDI en BAI.

Een training om met de lijsten te werken is niet nodig. BIG-geregistreerde zorgverleners kunnen de lijsten bestellen via www.pearson-nl.com.

Uit de praktijk

Een lijst die ordening en inzicht biedt

Gespecialiseerd verpleegkundige Monique Reijnoudt werkt sinds anderhalf jaar als praktijkondersteuner ggz. Ze is in dienst van PoZoB (Praktijk Ondersteuning Zuidoost Brabant), een regionale organisatie van huisartsen om de zorg aan chronisch zieken te verbeteren. In zes kleine praktijken in Zuidoost Brabant ondersteunt ze de huisartsen bij de aanpak van psychische problemen.

Stressklachten

De huisarts stuurt patiënten naar Reijnoudt door met klachten als angst of depressieve gevoelens, en mensen van wie hij vermoedt dat achter hun somatische klachten psychische problemen schuilgaan en die dat willen onderzoeken. Reijnoudt: 'Ik voer een soort anamnesegebesprek met de patiënt en gebruik daarbij vragen- en klachtenlijstenlijsten, zoals de BDI, versie II NL. Die lijst meet de aspecten die bij een depressie voorkomen, zoals somberheid, interesseverlies en een laag gevoel voor eigenwaarde. Er zijn ook vragen over slapen, eetlust en energieniveau. Je vraagt mensen bij het invullen uit te gaan van het gemiddelde in de voorbije twee weken. Op basis van de score kun je onderscheiden of iemand lichte, matige of ernstige depressieve klachten heeft.'

Momentopname

Reijnoudt gebruikt de vragenlijst om inzicht te krijgen in de klachten en als steun bij de diagnostiek. De lijst geeft een ordening aan de klachten en is prettig om mee te werken, zegt ze. 'Je kunt hen ook gebruiken om veranderingen in de klachten te meten. Mensen vullen hem dan opnieuw in. Als hun score naar beneden gaat, zien ze dat er iets verandert.'

De ingevulde lijst is altijd een momentopname, benadrukt ze. Informatie over de sociale context blijft nodig. Ook de combinatie van scores bij de antwoorden geeft informatie. 'Veel symptomen kunnen ook op andere klachten dan depressie wijzen, bijvoorbeeld op overbelasting of rouw. Een patiënt met een burn-out zal hoog scoren op agitatie, prikkelbaarheid en energieverlies, en is misschien gaandeweg ook somber geworden. Maar daarmee is er nog geen sprake van een depressie.'

Psycho-educatie

Reijnoudt bespreekt de resultaten altijd met de patiënt. De verdere aanpak hangt af van de scores en het gesprek. 'Lichte tot matige depressieve klachten behandel ik zelf. Ik geef psycho-educatie: uitleg over de verschijnselen van een depressie en hoe je daarop invloed kunt hebben. En ik stimuleer mensen weer actiever te worden. Als ze bepaalde gebeurtenissen in hun leven moeten verwerken of een ernstige depressie hebben, verwijs ik ze naar een eerstelijns psycholoog of de tweede lijn.'

4DKL

In het kort

De 4DKL is een zelfrapportagelijst voor klachten op het gebied van stress, depressie, angst en somatisatie. De huisarts geeft de lijst mee aan patiënten bij wie hij psychische problematiek vermoedt. Patiënten beantwoorden thuis of in de wachtkamer vijftig vragen. De huisarts scoort de antwoorden handmatig of per computer. Dat kost één minuut. Voor gebruik van de lijst is geen training nodig. De 4DKL is gratis te downloaden op www.emgo.nl/researchtools/4DSQ.asp of via www.spreekuurassistent.nl.

Uit de praktijk

Sneller zicht op klachten en vervolgbeleid

Met de 4DKL inventariseer je klachten, verklaart huisarts Berend Terluin, die de signaleringslijst zelf heeft ontwikkeld. De scores bieden duidelijkheid over aard en ernst daarvan. 'Je haalt de echte depressies en angststoornissen er snel uit.' De uitslag helpt dus een adequate diagnose te stellen. Maar doe dat wel in overleg met de patiënt, adviseert Terluin. 'Met iemand die hoog scoort op depressie kun je het vermoeden bespreken dat hij een depressieve stoornis heeft. Leg uit wat daarvan de kenmerken zijn en vraag of de patiënt zich daarin herkent. Alleen als de patiënt de probleemformulering met je deelt, kom je tot een behandeling waar de patiënt achter staat.'

Winst

Hendrik Vrolijk en zijn collega's uit de Haagse huisartsenpraktijk De Doc gebruiken de 4DKL al een tijd. 'Het is een handig instrument om snel klachten te screenen,' zegt de huisarts. 'De vragen bieden patiënten veel herkenning. Ze beantwoorden ze graag. Dat kost vijf à tien minuten.'

Doordat de huisarts de resultaten met de patiënt bespreekt krijgt deze makkelijker inzicht in zijn klachten, merkt Vrolijk op. 'Als we bijvoorbeeld een hoge score op somatisatie vinden, ziet de patiënt vaak sneller het verband met de buikpijn, rugklachten of ander lichamelijk ongemak waarvoor hij de praktijk bezoekt. Dat is al winst.'

Zelf krijgt de huisarts meer zicht op de volgende stap in de behandeling. Iemand met een hoge score wordt direct doorgestuurd voor intensieve behandeling. Bij een lage score gebeurt er niets, bij een 'grijze' score beantwoordt de patiënt de vragen uit de signaleringslijst na zes weken opnieuw. Scoort hij dan nog altijd 'grijs', dan volgt verwijzing naar de eerstelijns psycholoog of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, die psycho-educatie geeft en nadere diagnostiek verricht. Het instrument geeft namelijk geen uitsluitsel over de soort angststoornis die iemand heeft.

Nauwkeuriger behandelen

Vrolijk ziet veel voordelen in gebruik van de lijst. 'We kunnen beter meten wie we wel en niet moeten behandelen en onze behandeling en verwijsbeleid zijn nauwkeuriger geworden. Het werken met de lijst wordt steeds vanzelfsprekender.'

3 Gedragsverandering stimuleren

Gedragsverandering is vaak een voorwaarde voor het voorkómen of oplossen van gezondheidsproblemen. Hiervoor zijn allerlei instrumenten beschikbaar. Gezondheidsvoorlichting is goed bruikbaar bij psychische problemen en blijkt vruchten af te werpen.

Motiverende gespreksvoering is ook een nuttige interventie om tot gedragsverandering te komen.

Eén in dit hoofdstuk beschreven interventie richt zich op een specifieke doelgroep, mantelzorgers. Het is een groep die een groot risico loopt psychische klachten te krijgen.

Gezondheidsvoorlichting

Er bestaan diverse vormen van gezondheidsvoorlichting voor uiteenlopende doelgroepen en klachten. Gemeenschappelijke noemer is dat de patiënt voorlichting krijgt over gezondheidsrisico's van bepaald gedrag en informatie over mogelijkheden om gezonder te leven.

Een effectieve brief

Een eenvoudige, weinig tijdrovende en directe vorm van gezondheidsvoorlichting bestaat eruit dat men vanuit de huisartsenpraktijk een brief stuurt naar chronische gebruikers van benzodiazepinen. Behalve informatie over de nadelige gevolgen van het gebruik van deze middelen krijgt de aangeschrevene het advies om hiermee te stoppen en een uitnodiging om te komen praten.

De Nederlandse huisartsen die de brief verstuurd kregen eerst een training. Over het uiteindelijke effect konden ze tevreden zijn: ze zagen het aantal gebruikers van benzodiazepinen in hun praktijk afnemen, terwijl de psychische klachten bij deze patiënten niet toenamen. Alleen de meest verstokte gebruikers waren niet gevoelig voor het advies om te stoppen.

Zelfzorgadviezen en geruststelling

Een andere vorm van gezondheidsvoorlichting bestaat uit een boekje dat de huisarts meegeeft aan patiënten die vaak op het spreekuur komen met alledaagse lichamelijke en psychische klachten. Het boekje bevat informatie over de klachten en zelfzorgadviezen. Van de informatie gaat een geruststellende werking uit. De aanpak blijkt tot afname van huisartsenbezoek te leiden. De patiënten vinden het prettig dat ze het boekje thuis kunnen lezen en de informatie aan anderen kunnen laten zien. Nadeel is dat ze zich soms afgescheept voelen.

Motiverende gespreksvoering

In het kort

Bij motiverende gespreksvoering gaat de huisarts of praktijkondersteuner op zoek naar de intrinsieke motivatie van de patiënt voor het werken aan gedragsverandering. De zorgverlener probeert te achterhalen hoe belangrijk mensen het zelf vinden om hun gedrag te veranderen. Met behulp van technieken als empathie en actief luisteren onderzoeken zorgverlener en patiënt samen de voor- en nadelen van het gedrag dat klachten veroorzaakt of in stand houdt en de manieren om dit aan te pakken. De zorgverlener motiveert en stimuleert de patiënt, door aan te haken bij de voordelen van gedragsverandering die deze zelf noemt en de nadelen van het bestaande gedrag uit te vergroten. De patiënt maakt zijn eigen keuzes in de behandeling.

Uit de praktijk

De macht bij de patiënt leggen

Huisartsen vullen soms voor de patiënt die bij hen komt met psychische klachten een probleem en een behandel- (lees: verander-)doel in. Als de behandeling hierop wordt gebaseerd, is de kans groot dat er van de gewenste verandering niets terecht komt. Motiverende gespreksvoering leert de hulpverlener niet in deze valkuil te trappen, vertelt Adrie de Leeuw, spv en praktijkondersteuner ggz bij vijf huisartsenpraktijken in de Achterhoek.

Eigen behandeldoel

Patiënten komen op De Leeuws spreekuur omdat de huisarts hen heeft doorgestuurd. Zelf weten ze soms niet goed wat ze er te zoeken hebben. De Leeuw gaat daarom altijd eerst met hen op zoek naar wat hen het meeste dwars zit. 'Ik vraag die persoon vervolgens wat er zou moeten veranderen om zich weer prettig te voelen en wat ander gedrag kan opleveren. Daarbij loop ik allerlei situaties na: werk, privé, relaties... Bedoeling is dat de patiënt zelf een behandeldoel formuleert.'

Is zo'n doel eenmaal bepaald, dan geeft De Leeuw de patiënt opdrachten mee die daarbij aansluiten. Hij geeft een voorbeeld. 'Een jongen van vijftien kwam aanvankelijk vooral klagen over zijn ouders en zijn leraren. Ik ben met hem op zoek gegaan naar wat hij zelf anders wilde. Zo raakte hij gemotiveerd om zelf dingen te veranderen. Toen hij eenmaal inzag dat hij het gedrag van zijn ouders of leraren niet in de hand had, is hij in samenspraak met mij gedragsalternatieven gaan uitproberen. Dat werkte. Hij doet nu weer leuke dingen met zijn ouders. Op school zijn de problemen ook verminderd. En zijn gevoel voor eigenwaarde is gestegen, omdat hij zijn problemen zelf heeft opgelost.'

Preventie op maat (POM)

In het kort

De interventie POM is gericht op volwassen mantelzorgers en heeft tot doel psychische klachten door overbelasting te voorkomen. De hulpverlener legt zelf het eerste contact met de mantelzorger, bijvoorbeeld via de patiënt. Aan de hand van de EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg)-vragenlijst en een regionale sociale kaart voert de hulpverlener een semigestructureerd gesprek over de situatie van de mantelzorger en diens behoefte aan steun. Na dit gesprek volgt een telefonische evaluatie.

De praktijkondersteuner kan de interventie uitvoeren. In POM staat in de databank *Effectieve interventies in de sociale sector* van Movisie. De vragenlijst is te downloaden van www.expertisecentrummantelzorg.nl.

Uit de praktijk

POM: Gericht en effectief

Mantelzorger zijn, blijkt uit onderzoek, veroorzaakt vaak psychische problemen. Want veel voor iemand in je omgeving zorgen kan zwaar zijn, maar mensen die dit doen vragen uit eigen beweging niet snel steun. POM is een methodiek om overbelasting van deze informele zorgverleners aan te pakken door hen te motiveren tijdig steun te zoeken. 'Door zelf met de mantelzorger van een patiënt contact op te nemen, kun je stimuleren dat deze mantelzorger beter voor zichzelf gaat zorgen. Zo voorkom je dat zij of hij psychische problemen krijgt en uiteindelijk uitvalt,' verklaart Gabriëlle Parel, manager centrum preventieve zorg bij ggz-organisatie Mediant.

Draagkracht en draaglast

De hulpverlener nodigt de mantelzorger via de patiënt uit voor een gesprek. Daarin nemen mantelzorger en hulpverlener samen de EDIZ-vragenlijst door die onderdeel is van POM. De antwoorden leveren een goed beeld op van de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. Parel: 'De mantelzorger krijgt zo meer inzicht in de eigen situatie, gaat vaak beseffen dat doorgaan op de oude weg tot overbelasting kan leiden en krijgt tegelijkertijd informatie over mogelijkheden tot verlichting van de eigen situatie. Zo raakt hij gemotiveerd om steun te zoeken.'

De hulpverlener bespreekt de resultaten van de inventarisatie direct met de mantelzorger en besteedt veel aandacht aan de wensen en behoeften van de mantelzorger om de zorg vol te houden. Daarbij gebruikt hij een sociale kaart van de regio, met de organisaties die er voor deze doelgroep bestaan. De gewenste steun kan op emotioneel vlak liggen, maar ook bestaan uit informatie over een ziektebeeld of uit praktische en financiële hulp, zoals respijtzorg of vergoeding van gemaakte zorgkosten. De gekozen werkwijze garandeert dat het aanbod goed aansluit bij de motivatie van de mantelzorger. Dat is essentieel, omdat de ervaring leert dat deze er anders geen gebruik van zal maken. In Oost- en Midden Twente, de regio van Mediant, passen de praktijkondersteuners deze interventie toe, vertelt Parel.

4 Stapsgewijs samenwerken aan psychische klachten

In dit hoofdstuk staan twee korte, doelgerichte behandelingen centraal: reattributie en Problem Solving Treatment (PST). Beide kan de huisarts gebruiken om stapsgewijs en op een praktische manier bij patiënten de psychische of levensproblemen aan de orde te stellen en te behandelen die vaak verscholen gaan achter lichamelijke klachten. Huisarts en patiënt gaan samen op zoek naar het verband tussen klachten en levensproblemen en naar het best passende behandelbeleid. De interventies zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie.

Reattributie

In het kort

Bij reattributie worden patiënten gestimuleerd hun klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. Dit gebeurt met technieken uit de gedragstherapie. Achterliggende gedachte is dat de manier waarop mensen hun situatie uitleggen van invloed is op hun emoties en gedrag. De tijdsinvestering bedraagt gemiddeld enkele dubbelconsulten. De huisarts voert de behandeling uit. Hiervoor volgt hij eerst een training van twee dagdelen en enkele terugkom-bijeenkomsten. De training is geaccrediteerd en wordt gegeven door het NHG. Ga naar www.nhg.org/scholing.

Uit de praktijk

Samen puzzelen

Iedere huisarts kan zich zó een aantal patiënten voor de geest halen met hardnekkige, onverklaarde lichamelijke klachten. Medische onderzoeken en verwijzingen leveren geen diagnose en geen vermindering van de klachten op. Zo'n patiënt – én de huisarts – kan baat hebben bij de toepassing van reattributie, zegt Nettie Blankenstein, huisarts en onderzoeker bij het VUMC. De huisarts probeert de kijk van de patiënt op zijn klacht daarbij te verbreden naar andere dan lichamelijke factoren en een verband met de leefsituatie te leggen. Essentieel is dat de patiënt zélf het inzicht krijgt. 'De huisarts houdt bij reattributie zijn eigen ideeën voor zich, om de patiënt een kans te geven zelf op zoek te gaan. De openheid van het samen puzzelen is wezenlijk.'

Als eerste stap exploreren huisarts en patiënt samen de klacht. De arts vraagt goed door naar somatische klachten, cognities, emoties, gedrag en sociale aspecten. Vijf tot tien minuten actief luisteren is vaak al voldoende, aldus Blankenstein. Hierna probeert de huisarts emotionele onderwerpen op de agenda te krijgen, zonder het lichamelijke spoor helemaal te verlaten. Zou hij dat wel doen, dan zou hij het vertrouwen van de patiënt ondergraven. In stap drie legt de patiënt het verband tussen klacht en levensomstandigheden, waardoor een oplossing in zicht kan komen. Bij mensen die erg vasthouden aan hun lichamelijke klacht kan het helpen hen als tussenstap een klachtendagboek te laten bij houden.

Verbanden zien

Met een voorbeeld laat Blankenstein zien wat reattributie in de praktijk kan opleveren. 'Een echtpaar kwam op mijn spreekuur. De man had kanker en at slecht, de vrouw wilde niets liever dan hem laten eten, uit angst dat hij dood zou gaan. De volgende keer kwam de man alleen op het spreekuur met de vraag naar een eetlustbevorderend middel of een pilletje. Ik legde uit dat zijn klacht met zijn kanker te maken had en dat hij de diëtiste kon vragen om aanpassing van zijn dieet. De derde keer kwam hij samen met zijn vrouw, die vroeg of hij niet naar de internist moest. Ik besloot reattributie toe te passen. Anders zouden de consulten steeds hetzelfde verlopen, zonder dat duidelijk werd waarom nou juist dit echtpaar het zo moeilijk had met de gebrekkige eetlust van

de man. Wat dachten zij zelf over de klacht? In een apart consult vertelde de vrouw dat de situatie met haar man haar deed denken aan hun dochter die anorexia had gehad. De situatie had voor haar dus een enorme emotionele lading. De man vertelde mij op zijn beurt dat zijn vrouw constant op hem lette. Ze zit mijn eten naar binnen te kijken en ik krijg geen hap meer door mijn keel! Toen het echtpaar de samenhang zag, is die vrouw met een psycholoog gaan praten over het verleden met de anorexia van haar dochter. Daarna kon ze haar man meer met rust laten. 'Inzicht is de poort naar de oplossing, vat Blankenstein samen.

Oefenen!

Het exploreren van de klacht vraagt van de huisarts een gedragsverandering. Hij moet leren luisteren, zonder meteen een eigen mening te geven. Reattributie leer je vooral gebruiken door veel te oefenen, aldus Blankenstein. De kost gaat dus voor de baat uit, maar die baat is wél aangetoond. De huisartsen die Blankenstein voor haar promotie-onderzoek ondervroeg, bleken de tijd die ze in de training investeerden in de volgende twee jaar terug te winnen doordat de patiënt zich minder vaak op hun spreekuur meldde. De consulten worden effectiever en efficiënter, en bovendien bevredigender en leuker. 'Je hebt het nu over de kern van de zaak in plaats van dat je langs elkaar heen praat. En je verwijst niet meer onnodig naar de tweede lijn.' Reattributie past binnen het normale spreekuurschema. 'Als je deze benadering eenmaal in de vingers hebt, ga je hem steeds meer gebruiken,' aldus Blankenstein. 'Vaak is alleen de eerste stap nodig. Als je de exploratie goed toepast en begrijpt wat de patiënt zelf over de klacht denkt, kun je gericht uitleg geven en is daarmee de kous af. Je krijgt dus een vaardigheid in handen waarmee je veel problemen kunt aanpakken.'

Problem Solving Treatment (PST)

In het kort

PST is een korte interventie waarmee patiënten met behulp van cognitieve gedragstherapeutische technieken leren problemen in hun dagelijks leven gestructureerd aan te pakken. PST kan toegepast worden bij volwassenen en ouderen, bij milde en ernstige depressie, dysthymie, angst, spanningen, burn-out, vermoeidheid of slaapproblemen. Met name bij depressie is PST bewezen effectief.

Toepassing vraagt een tijdsinvestering van drie tot zes sessies van een half uur, verspreid over ongeveer twee maanden. De huisarts is de aangewezen persoon om PST toe te passen.

Het NHG biedt een geaccrediteerde tweedaagse training aan om PST te leren toepassen. Op aanvraag kan de training ook op locatie worden gegeven.

Ga naar www.nhg.org/scholing.

Uit de praktijk

Orde scheppen in de chaos

PST is als interventie vooral bruikbaar bij mensen met psychische klachten die samenhangen met problemen in hun dagelijks leven. Dat zegt Lieke Hassink-Franke, die bij het UMC St. Radboud in Nijmegen de effectiviteit en haalbaarheid van PST in de huisartsopleiding onderzoekt, en als huisarts deze interventie toepast. 'Ik vind het een praktisch instrument. Het helpt om orde in de chaos te scheppen. Het is geschikt voor mensen met een breed scala aan psychische klachten. Je leert mensen hoe ze daar zelf iets aan kunnen doen.'

Kopzorgen

Patiënten komen met klachten zoals moeheid, gespannenheid, slecht slapen, buikpijn, hoofdpijn,' schetst Hassink-Franke. Meestal is er een verband met allerlei kopzorgen of problemen in hun leven: deze kunnen de klachten oproepen, in stand houden, of doen toenemen. In de gesprekken focussen we niet op de klachten, maar op die problemen, en zoeken we daar praktische oplossingen voor. Dat doen we heel gedetailleerd, zodat de patiënt meer inzicht in zijn problemen krijgt en tot praktische oplossingen leert te komen. De patiënt gaat met een concreet stappenplan naar huis.'

Het effect van PST valt of staat met de motivatie van de patiënt om op deze manier aan de slag te gaan. Daaraan werken is dan ook stap één. Fysieke oorzaken van lichamelijke klachten moeten natuurlijk worden uitgesloten of behandeld. 'Daarna kun je stapsgewijs gaan kijken hoe de patiënt lekkerder in zijn vel kan komen te zitten. Ik vraag mensen welke problemen er spelen en wat de gevolgen van hun klachten in het dagelijks leven zijn. Vaak vertellen ze dat ze nu juist dat nalaten wat ze graag doen. We stellen dan samen een haalbaar doel op voor wat ze graag weer zouden willen. Vervolgens brainstormen we over mogelijke oplossingen om dat doel te bereiken. De patiënt kiest de beste oplossing en die werken we uit tot een concreet plan, bijvoorbeeld om een bepaalde activiteit weer op te pakken. Patiënten ontdekken vaak

dat ze tijdens die activiteit minder of geen last hebben van hun klachten. Het doen hen goed om weer het heft in handen te nemen en actief te worden.'

Eye opener

Zelf paste Hassink-Franke PST onder meer toe bij een sombere man met rugklachten die al een tijd niet meer werkte. 'Hij weet zijn situatie aan zijn rugpijn. Daarvoor vonden we geen oorzaak. Toen ik hem vroeg wat hij door zijn klachten achterwege liet, zei hij dat hij alleen nog maar op de bank lag. Hij vond zichzelf geen leuke vader meer. Dat probleem hebben we omgezet in het doel iedere week weer minimaal een keer iets leuks met zijn kinderen te doen. Hij is met hen naar de speeltuin gegaan en vertelde voldaan hoe hij daarvan had genoten. Toen ik doorvroeg bleek hij in de speeltuin geen last te hebben gehad van zijn rug. Zo ontdekte hij hoe belangrijk het is om weer dingen te doen waar je plezier in hebt. Zo'n inzicht is vaak een echte eye opener. Na drie sessies kon die man weer verder.'

Training

Hassink-Franke geeft zelf PST-trainingen. Die zijn intensief, beaamt ze, maar leveren ook veel op. 'Huisartsen in opleiding uit ons onderzoek vertelden dat ze door de PST-training een instrument in handen hadden gekregen om te gebruiken nadat ze de diagnose hadden gesteld. Want zij hadden in de opleiding nauwelijks geleerd hoe ze psychische klachten konden aanpakken.'

De aankomende huisartsen zeiden eerlijk dat ze een volledige behandeling van zes maal een half uur te tijdrovend vonden. Maar door de training hadden ze zich een aantal waardevolle vaardigheden eigen gemaakt, zoals problemen concretiseren, patiënten activeren en samen brainstormen over oplossingen. Die konden ze ook in kortere consulten en bij andere dan psychische klachten toepassen. Ook Hassink-Franke zelf kan dankzij PST betere zorg geven aan patiënten met psychische klachten. 'Bovendien geef je patiënten een vaardigheid in handen waarmee ze hun problemen zelf kunnen oplossen.'

5 Begeleide zelfhulp in de huisartsenpraktijk

Gebruik van zelfhulptechnieken kan mensen goed steunen bij de aanpak van hun psychische problemen. Diverse cursussen voor begeleide zelfhulp hebben inmiddels hun effectiviteit bewezen: de klachten van gebruikers nemen af, ze gaan zich gezonder voelen en ze melden zich minder vaak bij de huisarts. Psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken zijn vaste ingrediënten van begeleide zelfhulp, en, afhankelijk van de soort klacht, ontspanningstechnieken, het trainen van sociale vaardigheden of *exposure*.

Begeleide zelfhulpcursussen sluiten aan bij de behoefte van mensen om zeggenschap over hun eigen leven te houden, ook bij de behandeling van psychische problemen. Ze kunnen een aanvulling zijn op de gebruikelijke zorg en ook van nut zijn om de wachttijd voor meer specialistische hulp te overbruggen.

Visie van de deskundige

‘Begin met begeleide zelfhulp’

Huisartsen zetten nu nog zelden begeleide zelfhulp in. Dat is eeuwig zonde, zegt zelfhulpdeskundige hoogleraar Pim Cuijpers. Want onderzoek heeft aangetoond dat begeleide zelfhulp bij depressie, gegeneraliseerde angst, paniek, sociale fobie en specifieke fobieën goed bruikbaar is. De interventie werkt even goed als face to face-contacts. Voor gemotiveerde mensen is begeleide zelfhulp eigenlijk beter. Zodra iemand een depressie of angststoornis heeft waarvoor zo'n behandeling geïndiceerd is, zou je daarmee moeten beginnen. Bij ernstige klachten geef je een gecombineerde behandeling. In alle andere gevallen kun je alleen begeleide zelfhulp inzetten.'

Zelf aan de slag

Er zijn al diverse vormen van begeleide zelfhulp 'op de markt' en er komen er, door de mogelijkheden die internet biedt, steeds meer bij. Voorwaarde voor een verwijzing is dat de patiënt zelf gemotiveerd is. Die moet immers met behulp van een boek of opdrachten via een website zelfstandig aan de slag. Die motivatie is zelden een probleem, zegt Cuijpers. 'Er zijn patiënten die aan persoonlijk contact de voorkeur geven, maar mijn ervaring is dat hulpverleners die behoefte overschatten. Veel mensen vinden het juist prettig dat ze zelf met hun problemen aan de slag kunnen. Patiënten moeten deze vorm van hulp in ieder geval aangeboden krijgen.'

Geen therapeutische relatie

Onbekendheid met de bestaande zelfhulpinstrumenten is een oorzaak van het minimale gebruik in de huisartsenpraktijk, vermoedt Cuijpers. 'De medewerkers weten niet hoe ze met ermee kunnen werken.' De begeleidende rol beperkt zich veelal tot controleren of de patiënt de huiswerkopdracht begrijpt en goed doet en na afloop nagaan of de zelfhulp voldoende aan de zelfhulp heeft gehad. Praktijkondersteuners kunnen die rol prima op zich nemen. 'Belangrijk is het besef dat je met mensen geen therapeutische relatie aangaat.' Begeleiden kan per e-mail, telefoon of face to face. 'Langer dan vijftien of twintig minuten hoeft het niet te duren. En ook de benodigde training kost weinig tijd. Door begeleide zelfhulp te gebruiken kunnen huisartsenpraktijken veel tijd besparen.'

In de put, uit de put

In het kort

In de put, uit de put is een zelfhulp cursus voor mensen met depressieve klachten. Door met behulp van een handleiding opdrachten te maken krijgt de gebruiker inzicht in de eigen klachten en leert hij zichzelf te observeren en te werken aan zelfverandering.

Dat gebeurt door de eigen stemming in de gaten te houden, probleemsituaties te registreren en door meer leuke dingen te ondernemen.

Op gezette tijden bespreekt de begeleider met de gebruiker of deze de handleiding goed toepast. Na een korte training kunnen de huisarts en de praktijkondersteuner ggz deze begeleiding geven.

Bij het Trimbos instituut zijn handboeken verkrijgbaar voor begeleide zelfhulp bij paniekstoornissen, depressie en angststoornissen. Ga naar www.trimbos.nl.

6. Online zelfhulpprogramma's

Steeds vaker verloopt begeleide zelfhulp via internet en e-mail. Tot dusver zijn het vooral tweedelijns ggz-instellingen die deze interventies aanbieden en begeleiden. Maar gebruik van online zelfhulp is ook goed te integreren in de huisartsenzorg. Met online zelfhulpprogramma's kunnen mensen anoniem en op de tijd die hen het beste uitkomt aan hun problemen werken. Dat maakt ze laagdrempelig en breed inzetbaar. Net als bij de andere zelfprogramma's zijn psycho-educatie en werkwijzen uit de cognitieve gedragstherapie belangrijke ingrediënten van de online programma's. Gebruikers moeten wel voor deze vorm van zelfhulp kiezen en uiteraard met internet en de pc overweg kunnen.

Zelfhulp bij problematisch alcoholgebruik

In het kort: minderdrinken.nl

10,4% van de Nederlanders is probleemdrinker. Huisartsen signaleren 10 tot 30 procent van de potentiële probleemdrinkers in hun praktijk. Dit meldt het Trimbos instituut, dat de online interventie MinderDrinken ontwikkelde. Dit is een zelfhulpprogramma voor volwassenen, niet verslaafde, probleemdrinkers (18+), die minder willen gaan drinken of er helemaal mee willen stoppen. Het bestaat uit drie stappen: onderzoek van het eigen drankgebruik en de risico's, voor- en nadelen daarvan in het dagelijks leven, beslissingen nemen en concrete doelen stellen, zoals het besluit te minderen of helemaal te stoppen met drinken, en werken aan het bereiken van het gestelde doel. Dit gebeurt met behulp van een online logboek over het drankgebruik en met oefeningen. Deelnemers loggen in op een eigen, beveiligde homepage. Op een openbaar gedeelte vinden hulpverleners informatie. Zowel de huisarts als de praktijkondersteuner kan de patiënt begeleiden. De interventie is bewezen effectief. Gebruikers gaan minder drinken en houden zich beter aan de richtlijn voor verantwoord drinken. Die effecten zijn ook een jaar later nog zichtbaar.

Uit de praktijk

Minderen met drinken via www.minderdrinken.nl

De huisarts die iemand wil wijzen op MinderDrinken kan eerst met de Five Shot-test uit de NHG-standaard het alcoholgebruik in kaart te brengen. De bezoeker van www.minderdrinken.nl kan dat ook zelf doen, door vragen op deze site te beantwoorden. Dat is ook effectief, vertelt Jeannet Kramer van het Trimbos instituut. 'Zo'n 95 procent van de mensen die naar de website gaan om hun drankgebruik in kaart te brengen, zet de stap naar het stellen van doelen.'

De informatie op de site heeft een lage drempel en is niet belerend van toon. Gebruikers krijgen gaandeweg inzicht in hun drankgebruik en kunnen hun eigen keuzes maken. Kramer: 'Daardoor zijn ze sneller bereid iets aan hun drankgebruik te doen. Als anderen hen daar toe willen brengen, zetten ze eerder de hakken in het zand. De zorgverlener hoeft alleen te wijzen op de site. De gebruiker krijgt inzicht in de consequenties van zijn drankgebruik zonder dat het de huisarts tijd kost.'

Stok achter de deur

Minder drinken of er helemaal mee stoppen kost grote drinkers vaak grote moeite. Aanbeveling is daarom het zelfhulpprogramma minimaal zes weken te volgen. De huisarts kan op gezette tijden met de gebruiker contact hebben om de vorderingen te bespreken. Hij fungeert zo ook een beetje als 'stok achter de deur', zegt Kramer. 'Dat kan nodig zijn omdat mensen bij zo'n online programma makkelijk kunnen afhaken.' Direct na afloop en enige maanden later kan de huisarts de patiënt opnieuw uitnodigen om te bespreken hoe het ervoor staat. Lukt het om minder of niet te drinken, dan is verdere begeleiding niet meer nodig. Zo niet, dan kan de huisarts met de NHG-standaard de volgende stap bepalen en de patiënt bijvoorbeeld verwijzen naar een instelling voor verslavingszorg.

In het kort: drinktest.nl

Op www.drinktest.nl kunnen volwassenen direct en kosteloos hun alcoholgebruik testen. Afhankelijk van het ingevulde gebruik en antwoorden op andere vragen, bijvoorbeeld over de momenten waarop iemand drinkt, krijgen bezoekers een advies op maat over verantwoord alcoholgebruik en over omgaan met drank in lastige situaties. Ze kunnen ook per e-mail vragen stellen aan een deskundige. Begeleiding is niet nodig bij deze interventie. De resultaten van de drinktest kunnen handvatten bieden om het alcoholgebruik in de spreekkamer te bespreken. Mensen die minder willen gaan drinken en daarbij steun willen, kunnen doorgaan met de cursus Minder drinken.

Kleur je leven

In het kort: kleurjeleven.nl

Kleur je leven is een online zelfhulp cursus op internet voor mensen van achttien jaar en ouder met depressieve klachten. Er is een aparte versie voor mensen van 55 jaar en ouder. Het programma is niet geschikt voor mensen met ernstige klachten. De cursus bestaat uit acht lessen van een half uur en één opfrisles. Door op www.kleurjeleven.nl hun postcode in te vullen worden ze doorgeleid naar de dichtstbijzijnde begeleidende ggz-instelling. Voordat de cursist van start kan gaan, vult hij eerst een screeningslijst in: de CES-D. De huisarts of praktijkondersteuner geeft begeleiding op afstand. De cursus is ontwikkeld door het Trimbos instituut en wordt verspreid door Mentalshare. Ga voor meer informatie www.kleurjeleven.nl of naar www.mentalshare.nl.

Uit de praktijk

Waardevolle aanvulling

In een pilot van het Trimbos instituut hebben huisartsen kennis gemaakt met de mogelijkheden van *Kleur je leven* als onderdeel van hun behandeling. Peter Top, huisarts bij Gezondheidscentrum Nederhoven in Zwijndrecht, deed samen met een eerstelijns psycholoog van het centrum aan de pilot mee. Tot dusver heeft hij vier mensen verwezen. Nog geen grote groep, zegt hij zelf. Maar genoeg om de mogelijkheid mensen naar de cursus te verwijzen als een waardevolle aanvulling te zien op zijn eigen behandeling of verwijzing naar de tweedelijnszorg. Voor mensen met licht depressieve klachten die het zonder begeleiding niet redden, kan de cursus heel zinvol zijn, zegt hij. Hij motiveert patiënten door erop te wijzen dat ze deze zelfstandig kunnen volgen. Dat is goed voor hun gevoel voor eigenwaarde.'

Geen wachttijden

Door de opdrachten ontdekken deelnemers hoe ze in het leven staan en hoe dat samenhangt met hun klachten. Ze oefenen ook met de dingen die ze anders willen. Top wees een patiënt op de cursus die al tijden onafgebroken dubbele werkweken maakte. 'Die man zat er echt doorheen. Hij vond niets meer leuk. Stuur je zo iemand naar een psycholoog of psychiater, dan is de kans groot dat hij afhaakt vanwege de tijdsbelasting. Deze cursus kan hij volgen op het moment dat hem het beste uitkomt.' Voordeel van *Kleur je leven* is bovendien dat je niets te maken hebt met de wachttijden bij een psycholoog of psychiater, zegt Top.

Patiënten die hij verwijst kunnen altijd bij hem terecht voor een gesprek. Hij nodigt cursisten ook tussentijds uit om te zien hoe het hen vergaat. Voor de huisarts betekent de verwijzing een ontlasting. En voor de tweedelijnszorg die via internet de begeleiding biedt, is deze online hulp minder intensief dan contact in de spreekkamer.

Colofon

ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Als intermediair tussen maatschappij en wetenschap werkt ZonMw aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw staat voor kennisvermeerdering, kwaliteit en vernieuwing in het gezondheidsonderzoek en de zorg. De organisatie bestrijkt het hele spectrum van fundamenteel gezondheidsonderzoek tot en met de praktijk van de zorg – van preventieve en curatieve gezondheidszorg tot en met de jeugdzorg.

ZonMw heeft als hoofdpoddrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Alledaagse Ziekten kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail alledaagseziekten@zonmw.nl of telefoon 070 349 52 97.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl

1500/03/2010/5
ISBN 978-90-5763-500-7

Tekst

Veronique Huijbregts

De redactie van het boekje bestaat uit:

Mw. Drs. P. (Nelleke) Gruijters - huisarts, lid ZonMw/NHG-programmacommissie Alledaagse Ziekten

Dhr. Dr. R. (Richard) Starmans - huisarts, kaderarts GGZ, epidemioloog

Mw. Drs. J. (Judy) ten Have - stafmedewerker LVG, landelijke coördinator eerstelijns-GGZ

Mw. Dr. A.H. (Nettie) Blankenstein - huisarts, onderzoeker EMGO-instituut

Vormgeving

BoulogneJonkers

Druk

Kapsenberg van Waesberge

Bestelwijze

Via de website van ZonMw: www.zonmw.nl/publicaties

©ZonMw 2010

Nederlandse organisatie
voor gezondheidsonderzoek
en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl