Cognitieve gedragsinterventie door de poh-ggz bij SOLK

Article (Accepted Version)

Sitnikova, Kate, Leone, Stephanie, van Marwijk, Harm, Twisk, Jos, van der Horst, Henriëtte and van der Wouden, Hans (2020) Cognitieve gedragsinterventie door de poh-ggz bij SOLK. *Huisarts en Wetenschap*, 63. pp. 31-38. ISSN 0018-7070

This version is available from Sussex Research Online: <http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/101835/>

This document is made available in accordance with publisher policies and may differ from the published version or from the version of record. If you wish to cite this item you are advised to consult the publisher's version. Please see the URL above for details on accessing the published version.

Copyright and reuse:

Sussex Research Online is a digital repository of the research output of the University.

Copyright and all moral rights to the version of the paper presented here belong to the individual author(s) and/or other copyright owners. To the extent reasonable and practicable, the material made available in SRO has been checked for eligibility before being made available.

Copies of full text items generally can be reproduced, displayed or performed and given to third parties in any format or medium for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes without prior permission or charge, provided that the authors, title and full bibliographic details are credited, a hyperlink and/or URL is given for the original metadata page and the content is not changed in any way.

Effectiviteit van een cognitieve gedragsinterventie door de POH-GGZ voor patiënten met SOLK:
een clustergerandomiseerde RCT

Hoofdtypekst

1498 woorden (inleiding – discussie), 2 figuren, 1 tabel.

drs. Kate Sitnikova (1,2), dr. Stephanie Leone (3), prof.dr. Harm W.J. van Marwijk (4),
prof.dr. Jos Twisk (2,5), prof.dr. Henriëtte E. van der Horst (1,2), dr. Johannes C. van der
Wouden (1,2)

1. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde.
2. Amsterdam Public Health research institute.
3. Trimbos Instituut, Utrecht.
4. Brighton and Sussex Medical School, Department of Primary Care and Public Health.
5. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek.

Dit is een bewerkte vertaling van: Sitnikova K, Leone SS, van Marwijk HWJ, Twisk J, van der Horst HE, van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: results from the CIPRUS cluster randomized controlled trial in primary care. J Psychosom Res, in press.
Publicatie geschiedt met toestemming van de uitgever.

SAMENVATTING

Inleiding

De huisarts ziet veel patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). We onderzochten de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie uitgevoerd door de POH-GGZ bij patiënten met SOLK die minstens een half jaar klachten hadden.

Methode

Clustergerandomiseerde gecontroleerde trial in 85 huisartsenpraktijken bij patiënten met SOLK met klachten die langer dan zes maanden bestonden. In de interventiepraktijken kregen patiënten zes sessies cognitieve gedragstherapie door de POH-GGZ, in de controlepraktijken ontvingen ze gebruikelijke zorg. Primaire uitkomstmaat was fysiek functioneren (RAND-36), secundaire uitkomstmaten waren mentaal functioneren, subschalen van de RAND-36, angst en depressie en ernst van de symptomen. Metingen vonden plaats bij baseline en na 2, 4, en 12 maanden.

Resultaten

Vergeleken met gebruikelijke zorg (n=87) rapporteerden patiënten in de interventiegroep (n=111) een verbetering van fysiek functioneren (gemiddeld verschil 2,24 (95%-BI 0,51 tot 3,97; $p = 0,011$)), afname van beperkingen door fysieke problemen (gemiddeld verschil 10,82 (95%-BI 2,14 tot 19,49; $p = 0,015$)) en van pijn (gemiddeld verschil 5,08 (95%-BI 0,58 tot 9,57; $p = 0,027$)), over 12 maanden. We vonden geen verschillen voor angst, depressie en ernst van de symptomen. Grotere en klinische relevante effecten vonden we bij patiënten met recentere klachten (< 5,7 jaar, de mediaan) en minder dan drie somatische aandoeningen.

Conclusie

De interventie leidde tot minder pijn en beter fysiek functioneren, met name voor patiënten die minder lang klachten hadden en een beperkt aantal bijkomende aandoeningen.

Bij mensen met langer bestaande klachten en meerdere somatische aandoeningen was de interventie niet effectief.

INLEIDING

Persisterende somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen veel voor in de huisartsenpraktijk. (1,2) Klachten kunnen ook na langere tijd spontaan over gaan, maar een deel van de mensen houdt jarenlang klachten. Dit gaat vaak gepaard met een grote ziektelast, een slechte kwaliteit van leven, beperkt functioneren, angst en depressie. Met niet-farmacologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) kunnen patiënten hun functioneren verbeteren en de ernst van hun symptomen verminderen. (3) Veel patiënten hebben er moeite mee om voor hun lichamelijke klachten naar een GGZ-instelling te worden verwezen. De meeste huisartsenpraktijken beschikken echter tegenwoordig over een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Deze voert meestal kortdurende interventies uit bij patiënten met psychosociale problemen. De expertise van POHs-GGZ met betrekking tot CGT varieert. De NHG-Standaard SOLK ziet een rol voor de POH-GGZ bij patiënten met milde tot matig ernstige klachten. (4) Een gestandaardiseerde behandeling voor deze patiënten, uitgevoerd door de POH-GGZ is echter nog nooit onderzocht.

We onderzochten de effectiviteit van een dergelijke kortdurende, cognitieve gedragstherapeutische interventie, uitgevoerd door de POH-GGZ bij patiënten met SOLK vergeleken met gebruikelijke zorg.

METHODE

Opzet en deelnemers

We voerden een clustergerandomiseerde RCT uit waarbij een CGT-interventie (eventueel aangevuld met gebruikelijke zorg) werd vergeleken met alleen gebruikelijke zorg. Het protocol en het originele artikel bevatten een gedetailleerdere beschrijving van onderzoeksopzet, clusterdefinitie, berekening van de groepsgrootte, de statistische analysemethoden, aanvullende analyse en een samenvatting van de procesevaluatie. (5,6) Deelnemers werden geworven in huisartspraktijken in verschillende delen van ons land. Ze moesten 18 jaar of ouder zijn en voldoen aan de criteria voor een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (OSS) volgens de DSM IV, de bij het ontwerpen van de studie vigerende versie (7). Er moest sprake zijn van tenminste één onverklaarde fysieke klacht die de patiënt last bezorgt en tenminste een half jaar aanwezig is. In termen van de NHG-Standaard ging het om matig-ernstige tot ernstige SOLK-klachten. Exclusiecriteria waren: een aandoening die de klachten verklaarde; een ernstige psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een psychotische stoornis of verslaving); momenteel psychologische hulp voor OSS; taalbarrière of fysieke beperkingen die het invullen van vragenlijsten of het meedoen aan de interventie in de weg stonden.

In het huisartsinformatiesysteem werd gezocht naar patiënten die de laatste drie maanden tenminste twee keer de huisarts hadden bezocht voor klachten die zouden kunnen wijzen op SOLK. De huisarts controleerde de lijst met geselecteerde patiënten op exclusiecriteria. De overgebleven patiënten kregen een brief van hun huisarts met informatie over het onderzoek en een korte vragenlijst over de ernst van de klachten (PHQ-15). Mensen met een score van minstens 5 punten op de PHQ-15 (tenminste milde klachten) die geïnteresseerd waren in deelname ontvingen uitgebreidere informatie. Vervolgens belde één van de daartoe getrainde onderzoekers om in een klinisch-diagnostisch interview de criteria voor OSS uit te vragen. Patiënten die hieraan voldeden ondertekenden een informed consent formulier alvorens het onderzoek startte.

De interventie

De interventie bestond uit zes individuele sessies van elk 30 minuten met de POH-GGZ, en bevatte een combinatie van twee CGT-technieken: het gevolgenmodel en problem solving treatment (PST). Het gevolgenmodel wordt regelmatig toegepast bij mensen met somatoforme stoornissen. (8) Het richt zich op het bespreken van de gevolgen of problemen die ontstaan door de klachten. De gevolgen of problemen worden vervolgens aangepakt met behulp van PST, met als doel de patiënt te steunen bij het ontwikkelen van strategieën om beter met de klachten en de gevolgen daarvan om te gaan.

We hebben een handboek ontwikkeld waarin elke sessie in detail werd beschreven. In sessie 1 introduceerde de POH-GGZ de behandeling en vertelde de patiënt over zijn/haar lichamelijke klachten en de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven. In sessie 2 werden de

doelen en stappen van de PST uitgelegd. In sessies 3 tot 6 werd steeds één van de gevolgen besproken en met PST aangepakt. Doel was de patiënt te stimuleren om te oefenen met probleemoplossende vaardigheden, en ze niet alleen toe te passen op de

gevolgen van hun lichamelijke klachten, maar ook op andere problemen in het dagelijks leven. De patiënten kregen schriftelijke instructies om er ook thuis aan te werken.

Alle POHs-GGZ namen deel aan twee trainingssessies van elk 3-3,5 uur, geleid door een klinisch psycholoog gespecialiseerd in CGT voor de behandeling van somatoforme aandoeningen. Tijdens de onderzoeksperiode kregen de POHs-GGZ supervisie van deze psycholoog.

De controlegroep ontving geen andere zorg dan de gebruikelijke zorg van hun huisarts of andere hulpverleners in geval van verwijzing.

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaat was verbetering in fysiek functioneren, gemeten met de physical component summary (PCS) van de RAND-36 (9). Daarnaast berekenden we de mental component summary (MCS) score en de acht subschalen van de RAND-36; angst en depressie (HADS); en de ernst van de klachten (PHQ-15). Vragenlijsten werden afgenomen bij baseline en 2 maanden (halverwege de interventie), 4 maanden (aan het eind van de interventie), en 12 maanden.

Statistische analyse

We berekenden dat we 106 deelnemers per groep nodig zouden hebben. De primaire analyse was volgens het intention to treat (ITT) principe, met de gegevens van alle deelnemers met tenminste één follow-up meting, door middel van linear mixed models. We corrigeerden voor baselinewaarden, demografische kenmerken en diverse confounders (zie tabellen). Om een indruk te krijgen van de klinische relevantie van de verschillen tussen de groepen berekenden we de effect size (Cohen's d) door het verschil tussen de groepen te delen door de gepoolde standaarddeviatie bij baseline. Een vuistregel is dat een effect size van 0.20 staat voor een klein effect, 0.50 voor een middelmatig effect en vanaf 0.80 spreken we van een groot effect.

We voerden van te voren gedefinieerde subgroepanalyses uit op basis van klachtenduur en comorbiditeit.

RESULTATEN

De werving van patiënten vond plaats van augustus 2015 tot maart 2017 en stopte toen informed consent was verkregen van 213 deelnemers. Figuur 1 geeft een overzicht van de inclusieprocedure en follow-up.

In tabel 1 staan enkele kenmerken van de deelnemers per groep vermeld. De gemiddelde leeftijd was 51,5 jaar en driekwart was vrouw. De mediane klachtenduur was 5,7 jaar: 50% procent van de deelnemers had meer dan 5,7 jaar klachten. Klachten van het bewegingsapparaat werden het meest gemeld. De controlegroep bevatte verhoudingsgewijs meer vrouwen, het opleidingsniveau was iets lager.

Van 97/111 (87,4%) van de deelnemers in de interventiegroep en 75/87 (86,2%) in de controlegroep was tenminste één follow-up meting beschikbaar. Figuur 2 laat het verloop in de tijd van het functioneren (PCS), onze primaire uitkomstmaat, zien. Over de periode van 12 maanden bleek het verschil in verandering in functioneren 2,24 punten (95%-BI 0,51 tot 3,97; $p = 0,011$; Cohen's $d = 0,23$). Beperkingen in functioneren liet een verschil van 10,82 punten zien (95%-BI 2,14 tot 19,49; $p = 0,015$; Cohen's $d = 0,33$) en lichamelijke pijn een verschil van 5,08 punten (95%-BI 0,58 tot 9,57; $p = 0,027$; Cohen's $d = 0,23$). Voor de overige domeinen van kwaliteit van leven, angst, depressie en ernst van de symptomen vonden we geen verschil tussen de twee groepen.

Voor de deelnemers met minder dan 5,7 jaar klachten (de mediane klachtenduur) en voor deelnemers met minder dan drie comorbide fysieke aandoeningen vonden we een groter effect op de primaire uitkomstmaat, dat zowel statistisch significant als klinisch relevant was (Cohen's d respectievelijk 0,39 en 0,33). Ook zagen we verbetering op verschillende andere uitkomstmaten. Bij deelnemers met langere klachtenduur en meer comorbiditeit vonden we op geen van de uitkomstmaten verbetering.

BESCHOUWING

Vergeleken met gebruikelijke zorg leidde onze CGT interventie tot verbeteringen op fysiek functioneren, pijn en beperkingen als gevolg van de klachten. Dit bleek uitsluitend met name het geval bij patiënten met klachten die minder dan 5,7 jaar (de mediane klachtenduur) bestonden en bij wie er minder comorbide somatische aandoeningen aanwezig waren. Ons onderzoek laat zien dat een relatief korte en weinig intensieve interventie in de huisartsenpraktijk geschikt is voor patiënten met SOLK, bij wie de klachten nog niet heel lang aanwezig zijn.

De interventie lijkt niet geschikt voor mensen met nog langer bestaande klachten, die op sommige uitkomstmaten zelfs leken te verslechteren. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat patiënten met langduriger klachten, die toch al moeilijker te motiveren voor gedragsverandering zijn, ontmoedigd waren na (weer een) behandeling zonder resultaat. De verschillen tussen beide groepen waren, hoewel statistisch significant, mogelijk toch van beperkte klinische betekenis (2 punten bij een gemiddelde PCS beginscore van 50). In de groep met kortdurende klachten en minder comorbiditeit was dat echter wel het geval: de gevonden waarden voor Cohen's d vielen in de range klein tot middelmatig.

In eerder onderzoek naar psychologische interventies bij SOLK-patiënten werden deze uitgevoerd door psychotherapeuten en huisartsen. (4,9) In ons onderzoek werd de behandeling uitgevoerd door POHs-GGZ.

Onze resultaten komen overeen met die van eerdere RCTs van psychologische interventies voor SOLK en somatoforme stoornissen, waarin kleine tot middelmatige effect sizes werden gevonden op functioneren en kwaliteit van leven.(3) Ook RCTs van interventies in de eerste lijn voor mensen met stemmings- en angststoornissen vonden effecten van vergelijkbare omvang.(10,11)

Sterke punten

Dit is het eerste onderzoek naar de effecten van een korte CGT interventie toegepast bij patiënten met SOLK door de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk vergeleken met gebruikelijke zorg, met een relatief lange follow-up van twaalf maanden. Subgroepanalyses wezen uit dat de aanpak met name effectief is bij mensen die minder dan vijf jaar klachten hebben dan wel weinig comorbide aandoeningen.

Beperkingen

De uitval tijdens het onderzoek was groter dan verwacht. Dit is mogelijk het gevolg van onze selectiemethode: motivatie om gedrag te veranderen maakte geen deel uit van onze inclusiecriteria. Gedragsinterventies laten vaak minder effect zien bij mensen met minder motivatie.

Van de mensen die een uitnodiging van de huisarts ontvingen reageerde slechts 30%. Deze hoge non-respons heeft mogelijk te maken met onze manier van werven. Ofschoon deze mensen de afgelopen drie maanden de huisarts hadden bezocht met een klacht die op SOLK zou kunnen wijzen, kan deze klacht inmiddels verdwenen zijn. Ook gebrek aan motivatie om aan een CGT interventie deel te nemen kan een rol hebben gespeeld.

Conclusie

Een kortdurende CGT-interventie uitgevoerd door de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk bij mensen met SOLK liet gunstige effecten zien vergeleken met gebruikelijke zorg, met name bij mensen die minder dan 5 jaar klachten hadden en weinig comorbiditeit.

Referenties

1. de Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
2. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011; 52: 263-71.
3. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(11):CD011142.
4. olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar a, Bentz van den Berg D, van der Horst A, Arnold I, et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013; 56: 222-30.
5. Sitnikova K, Leone SS, Zonneveld LNL, van Marwijk HWJ, Bosmans JE, van der Wouden JC, van der Horst HE. The CIPRUS study, a nurse-led psychological treatment for patients with undifferentiated somatoform disorder in primary care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2017;18:206.
6. Sitnikova K, Leone SS, van Marwijk HWJ, Twisk J, van der Horst HE, van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: Results from the CIPRUS cluster randomized controlled trial in primary care. *J Psychosom Res.* 2019 Jun 24:109745 (Epub ahead of print).
7. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994 (DSM-IV).
8. Zorgstandaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018.
9. van der Zee KI, Sanderma R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 2012.
10. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169:790-804.
11. Kroenke K, Unutzer J. Closing the false divide: sustainable approaches to integrating mental health services into primary care. *J Gen Intern Med* 2017;32:404-410.

Tabel 1. Kenmerken deelnemers bij aanvang

Kenmerk	Interventiegroep (n=111)	Controlegroep (n=89)
Leeftijd, gemiddelde (sd)	53,0 (15,5)	49,7 (17,1)
Vrouwelijk geslacht	78 (70,3%)	71 (79,8%)
Beide ouders geboren in Nederland	90 (81,1%)	72 (80,9%)
Hoogste voltooide opleiding		
Geen	2 (1,8%)	2 (2,3%)
Basisschool	6 (5,5%)	5 (5,7%)
Middelbaar onderwijs	58 (52,3%)	54 (62,1%)
Hoger onderwijs	35 (31,8%)	23 (26,4%)
Universitair	9 (8,2%)	3 (3,4%)
Werksituatie a		
Betaald werk	43 (38,7%)	36 (40,4%)
Werkeloos	5 (4,5%)	7 (7,9%)
Onbetaald of vrijwilligerswerk	8 (7,2%)	4 (4,5%)
Huisvrouw/huisman	20 (18,0%)	11 (12,4%)
Schoolgaand of studerend	2 (1,8%)	4 (4,5%)
Langdurig ziek thuis	16 (14,4%)	16 (18,0%)
Met pensioen	22 (19,8%)	14 (15,7%)
Anders	19 (17,1%)	14 (15,7%)
Woonsituatie		
Met partner (en evt. kinderen)	67 (60,0%)	53 (59,5%)
Met kinderen	12 (10,8%)	8 (9,0%)
Alleen	28 (25,2%)	23 (25,8%)
Anders	4 (4,0%)	5 (5,6%)
Duur van de klachten in jaren (zelf-rapportage), mediaan (IQR)	5,2 (2,8-15,5)	6,1 (2,7-16,1)

a Meer dan één antwoord mogelijk, dus aantallen tellen niet altijd op tot 100%. Voor baselinewaarden van de uitkomstmaten: zie hoofdartikel (6).