

VU Research Portal

Dealing with medically unexplained physical symptoms in primary care

Sitnikova, E.V.

2020

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Sitnikova, E. V. (2020). *Dealing with medically unexplained physical symptoms in primary care: Exploring measurement issues, current care and the effectiveness of nurse-led psychological care*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

DUTCH SUMMARY/NEDERLANDSE SAMENVATTING

In **hoofdstuk 1** worden somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) uitgelegd, het meten ervan, het huidige beleid in de eerste lijn en de kosten ervan. SOLK komt veel voor en hoeft niet tot problemen te leiden. Echter, last hebben van SOLK in diverse orgaansystemen kan wijzen op 'somatisatie'. Somatisatie is een neiging om stress lichamelijk te ervaren en te uiten, en onverklaarde klachten toe te schrijven aan een lichamelijke ziekte en hier medische hulp voor te zoeken. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het aantal klachten het beloop van SOLK voorspelt. Daarnaast beschrijven we in het eerste hoofdstuk de achtergronden van de onderzochte interventie en overwegingen voor de implementatie ervan. Tot slot beschrijven we de onderzoeksvragen die in dit proefschrift worden beantwoord. De onderzoeksvragen zijn:

- 1) Wat is het beste self-report meetinstrument om somatisatie in de eerste lijn de meten?
- 2) Wat houdt het huidige beleid voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) in de Nederlandse huisartsenpraktijken in?
- 3) Wat is de effectiviteit van een cognitief gedragsmatige interventie voor patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis uitgevoerd door de praktijkondersteuner van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)?
- 4) Is de nieuwe cognitief gedragsmatige interventie kosteneffectief vergeleken met gebruikelijke zorg?
- 5) Hoe hebben de POH's-GGZ en patiënten de cognitief gedragsmatige interventie voor ongedifferentieerde somatoforme stoornis ervaren en hoe beoordelen ze die?

Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van een systematische review van klinimetrische eigenschappen van zelf gerapporteerde vragenlijsten die somatisatie meten in volwassen eerstelijns patiënten. Wij onderzochten de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies aan de hand van de COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) checklist. Wij includeerden 24 artikelen over 9 vragenlijsten. De meeste studies gingen over de somatische symptoomernst schaal van de Patient Health Questionnaire 15-item (PHQ-15) en de somatisatie-subschaal van de 4-dimensionele klachtenlijst (4DKL). Deze twee vragenlijsten scoorden het best op diverse meeteigenschappen (interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid, structurele validiteit en constructvaliditeit). De PHQ-15 had goede

criteriumvaliditeit, en de 4DKL is gevalideerd in verschillende talen. Een aantal andere vragenlijst (Bodily Distress Syndrome checklist, Physical Symptom Checklist en de somatisatiesubschaal van de Symptom Check-list) lieten veelbelovende resultaten zien, maar waren slechts in een klein aantal studies onderzocht, waardoor er geen robuuste conclusies getrokken konden worden. Voor het meten van somatisatie in de eerste lijn, raden wij daarom het gebruik van de somatische symptoomernst schaal van de PHQ-15 aan of de somatisatiesubschaal van de 4DKL.

Hoofdstuk 3 geeft een gedetailleerde beschrijving van de opzet van de CIPRUS studie, een cluster gerandomiseerd gecontroleerde trial naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een kortdurende cognitieve gedragsinterventie voor ongedifferentieerde somatoforme stoornis, uitgevoerd door de POH-GGZ, vergeleken met de gebruikelijke zorg. De interventie bestond uit 6 sessies van 30 minuten en was gebaseerd op het 'gevolgenmodel' en Problem-Solving Treatment (PST). In het 'gevolgenmodel' wordt in behandeling de nadruk niet op de oorzaak, maar op de gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven van de patiënten gelegd. Middels PST worden de negatieve gevolgen stuk voor stuk aangepakt en worden patiënten over het algemeen vaardiger in het oplossen van problemen. In dit hoofdstuk worden verder de primaire en secundaire uitkomstmaten, de keuze van potentieel modererende factoren en de verschillende statistische analyses gepresenteerd. Het beschrijft waarom we voor 0, 2, 4, 8 en 12 maanden follow-up hebben gekozen en beoogd hebben om 212 volwassen patiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken te werven.

In **hoofdstuk 4** geven we de resultaten weer van een observationele studie over het huidige beleid voor SOLK binnen Nederlandse huisartsenpraktijken. In 2013 publiceerde het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) een nieuwe richtlijn voor SOLK. Wij waren benieuwd in hoeverre de Nederlandse huisartsen zich aan de richtlijn houden en of er veranderingen zijn in de tijd. In deze observationele studie zijn gegevens over beleid uit de huisartsinformatiesystemen (HIS) van 77 patiënten in 30 huisartsenpraktijken gehaald, die deelnamen aan de controlegroep van de CIPRUS studie. Gegevens over het beleid van huisartsen waren verzameld over de afgelopen 5 jaar en ingedeeld in diagnostisch en behandelbeleid. Resultaten lieten zien dat het vaakst gebruikte diagnostisch beleid lichamelijk onderzoek (24,5%) en aanvullend onderzoek binnen de praktijk (11,1%) was. Het meest voorkomend behandelbeleid was: medicatie voorschrijven (24,6%) en uitleg geven (11,2%). Naarmate de klachten langer duurden, hadden de huisartsen de neiging om medicatie aan te passen, de voortgang vaker te bespreken en vaker controleafspraken in te plannen. Tegen onze verwachting in, waren het exploreren van klachten aan de hand van diverse klachtdimensies (niet alleen somatisch, maar ook cognitief, emotioneel,

gedragmatig en sociaal), zoals geadviseerd in de richtlijn, en verwijzingen naar een psycholoog of psychiater, de minst genoteerde beleidsstrategieën (respectievelijk 3,5%, 0,5% en 0,1%). Concluderend geven onze resultaten aan dat het beleid voor SOLK door de huisartsen deels overeenkwam met de richtlijn van het NHG, maar een aantal belangrijke onderdelen ontbraken.

In **hoofdstuk 5** presenteren we de klinische resultaten van onze gerandomiseerde gecontroleerde trial, de CIPRUS studie, waarin de effectiviteit werd onderzocht van een cognitief gedragsmatige interventie voor patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, uitgevoerd door de POH-GGZ. Deelnemers waren at random toegeedeeld aan de interventie- of gebruikelijke-zorggroep. De interventie bestond uit zes sessies met de POH-GGZ. De gebruikelijke-zorggroep kreeg zorg die ze normaal zouden krijgen voor SOLK van de huisarts of andere potentiële zorgaanbieders waar de huisarts mogelijk naar verwees. De primaire uitkomstmaat was fysiek functioneren. Secundaire uitkomstmaten waren diverse onderdelen van kwaliteit van leven, mentaal functioneren, angst, depressie en ernst van lichamelijke klachten. De deelnemers werden een jaar gevolgd. Er deden 111 mensen mee in de interventiegroep en 87 in de gebruikelijke-zorggroep. Vergeleken met de gebruikelijke-zorggroep, hadden de patiënten uit de interventiegroep een hogere mate van fysiek functioneren, minder beperkingen door fysieke problemen en minder pijn over de follow-upperiode van 12 maanden. De effecten waren statistisch significant, maar niet heel groot. De effecten waren groter en relevanter voor patiënten met een kortere duur van klachten en met minder fysieke comorbiditeit. Er waren geen significante effecten op de andere uitkomstmaten. We concluderen daarom dat onze cognitief gedragsmatige interventie effectief was in het verbeteren van fysiek functioneren en verminderen van pijn, met name bij patiënten met een kortere klachtenduur en kleiner aantal comorbide fysieke aandoeningen.

Hoofdstuk 6 geeft de resultaten weer van de kosteneffectiviteit van de CIPRUS studie. We hebben een economische evaluatie uitgevoerd vanuit het maatschappelijk en gezondheidszorgperspectief met 12 maanden follow-up. De uitkomstmaten waren quality-adjusted life-years (QALYs), fysiek functioneren, ernst van de lichamelijke klachten, angst en depressie. Over een periode van 12 maanden, waren de gemiddelde gezondheidszorgkosten in de interventiegroep significant lager dan in de gebruikelijke-zorggroep. Bij een bereidheid om 0 € voor een extra eenheid van effect te betalen, was de kans dat de interventie kosteneffectief was 0,93 voor de QALYs, en 0,92 voor fysiek functioneren, ernst van de lichamelijke klachten, angst en depressie. De interventie was dus kosteneffectief vergeleken met de gebruikelijke zorg. Dit betekent dat het

implementeren van deze interventie op grotere schaal zou zorgen voor een afname in gezondheidszorgkosten, maar een grotere inzet van POH-GGZ zou nodig zijn.

In **hoofdstuk 7** beschrijven we de procesevaluatie van de CIPRUS studie, waarin de ervaringen van POH's-GGZ en patiënten met de interventie worden beschreven. POH's-GGZ namen deel aan een semigestructureerd interview met de onderzoeker. Patiënten uit de interventiegroep van de CIPRUS studie vulden schriftelijk een evaluatievragenlijst in. Over het algemeen gaven POH's-GGZ aan dat de interventiehandleiding hen bruikbare handvatten gaf om met patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis te werken. POH's-GGZ gaven ook aan dat de interventie effectief leek te zijn voor de patiënten, vooral voor degenen met minder comorbiditeit en psychosociale problemen en patiënten die open waren voor verandering. POH's-GGZ gaven aan dat ze zich over het algemeen hebben gehouden aan de interventiehandleiding, maar dat sommigen af en toe de duur van de sessies aanpasten, aangezien ze 30 minuten te kort vonden. Ze gaven aan behoefte te hebben aan meer flexibiliteit tijdens het gebruik van de handleiding. Verder gaven ze aan dat de interventie niet geschikt leek te zijn voor minstens een derde van de deelnemende patiënten. Redenen waren onder andere psychiatrische comorbiditeit, psychosociale problemen, lager IQ en oudere leeftijd. In het vervolg zouden POH's-GGZ en huisartsen een grotere rol kunnen spelen bij patiëntselectie.

Van de patiënten gaf de helft aan dat de interventie hen minstens enigszins hielp en een derde was positief over het nogmaals volgen van de interventie in de toekomst (indien nodig). Patiënten met een kortere klachtenduur gaven vaker aan dat ze de interventie als helpend hebben ervaren.

In de algemene discussie (**hoofdstuk 8**) presenteren we een terugblik op de hoofdresultaten van het proefschrift. Wij bespreken onze resultaten tegen de achtergrond van de reeds bekende literatuur en discussiëren over methodologische overwegingen, klinische toepassingen en doen aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Samenvattend draagt dit proefschrift bij aan onze kennis over SOLK en specifiek over het meten ervan, het beleid en effectiviteit en kosteneffectiviteit van een cognitief gedragsmatige interventie in de huisartsenpraktijk. Wij hebben onderzocht welke vragenlijsten het meest geschikt zijn voor het meten van SOLK en zijn erachter gekomen dat Nederlandse huisartsen zich deels houden aan de SOLK richtlijn, maar dat er ook belangrijke onderdelen in hun beleid missen. Wij beschrijven het eerste bewijs voor effectiviteit van een interventie voor ongedifferentieerde somatoforme stoornis uitgevoerd door de POH-GGZ, en hebben gevonden dat een kortdurende cognitieve

gedragsinterventie fysiek functioneren verbeterde, en beperkingen door lichamelijke problemen en pijn verminderde, vergeleken met gebruikelijke zorg. Deze interventie was vooral effectief bij patiënten met een kortere duur van klachten en weinig comorbide fysieke aandoeningen. De interventie was ook kosteneffectief vergeleken met de gebruikelijke zorg, dus het lijkt erop dat een grootschalige implementatie ervan tot kostenvermindering zou leiden. Financiële middelen zouden echter anders verdeeld moeten worden. Tot slot was de interventie niet effectief bij patiënten met een langere duur van klachten en een hoger aantal fysieke aandoeningen. Toekomstig onderzoek zou kunnen focussen op uitvinden welke typen interventies wel effectief zijn voor deze patiënten.