

## Problem Solving Treatment, een kortdurende interventie door GGZ-verpleegkundigen

**Juist alledaagse moeilijkheden kunnen mensen met psychische problemen zwaar vallen. Problem Solving Treatment leert hun om op een gestructureerde maar simpele manier naar oplossingen te zoeken. GGZ-verpleegkundigen zijn bij uitstek geschikt om deze methode toe te passen – bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk.**

- Esther is 35 jaar, heeft twee kinderen van vijf en twee jaar, en werkt parttime als receptioniste. Ze voelt zich de laatste tijd steeds vaker somber en angstig. Ze heeft het gevoel dat ze geleefd wordt en geen tijd meer heeft voor zichzelf. Ze is veel moe en slaapt slecht. Dit komt ook omdat haar kinderen niet goed slapen. 's Nachts heeft ze af en toe paniekaanvallen en dan is ze bang om dood te gaan. De relatie met haar man lijdt onder hun drukke bestaan, ze doen nauwelijks meer dingen samen. Ze gaat vaak naar de huisarts, altijd met kleine kwaaltjes. Die constateert dat Esther steeds slechter functioneert en mogelijk een depressie ontwikkelt. Samen besluiten ze dat Esther Problem Solving Treatment zal krijgen van de GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

In de jaren negentig ontwikkelden onderzoekers in Oxford een kortdurende vorm van hulpverlening, PST, om emotionele klachten te behandelen in de eerste lijn (Mynors Wallis, 1996; Gath & Catalan, 1986). Ze baseerden zich op principes van de *problem solving therapy* (D'Zurilla & Godfried, 1971) die in de

jaren zeventig was ontwikkeld op basis van de cognitieve gedragstherapie. Het uitgangspunt van PST is dat niet de grote levensgebeurtenissen, maar juist alledaagse problemen kunnen leiden tot psychische klachten. De interventie is oplossingsgericht. De aard en herkomst van problemen worden niet uitgediept, maar de patiënt leert om zelf oplossingen te zoeken en uit te proberen. Hij of zij moet weer grip op eigen leven krijgen door dagelijkse problemen te leren oplossen. Daardoor verminderen de emotionele klachten, ook al worden niet alle problemen opgelost. De patiënt leert hoe hij of zij zelf de relatie tussen de dagelijkse problemen en de emotionele klachten kan beïnvloeden.

- De eerste afspraak met de verpleegkundige duurt een uur. De verpleegkundige legt de behandeling uit. Daarna vertelt Esther over haar klachten. Ze denkt dat die verband houden met haar drukke werkzaamheden. In samenspraak met de verpleegkundige distilleert ze drie problemen: ze heeft te weinig tijd voor zichzelf, zij en de kinderen slapen slecht, en ze doet te weinig leuke dingen met haar echtgenoot. Ze besluit om met het derde probleem te beginnen.

#### Werkwijze

Aan het begin van de eerste sessie legt de behandelaar de structuur van de gesprekken uit en wijst hij of zij op de samenhang tussen de klachten en de dagelijkse problemen. Samen met de patiënt inventariseert hij of zij alle klachten en problemen. Daarna kiezen ze één probleem, dat ze vervolgens uitwerken aan de hand van zeven stappen (zie figuur 1). Stap 1 en 2 vinden eenmalig plaats, de derde stap, het actief uitwerken van de problemen, wordt in de volgende sessies steeds herhaald. De behandeling duurt maximaal zes bijeenkomsten van gemiddeld een half uur (Mynors-Wallis, 2005; Barrett, 1999).

PST vraagt een actieve rol van de patiënt. Hij of zij dient in staat te zijn om te reflecteren op dagelijkse problematiek. Deze methode is vooral effectief gebleken bij het behandelen van depressieve klachten in de eerste lijn (Mynors Wallis, 2000)

- Esther besluit dat ze de komende week een keer een uitstapje wil maken met haar man. De verpleegkundige moedigt haar aan om zo veel mogelijk leuke dingen te verzinnen. Alles wat Esther te binnen schiet begroet ze enthousiast; het kan niet gek genoeg zijn. Wanneer Esther niets meer kan verzinnen, doet de verpleegkundige nog een

- suggestie waar Esther niet op was gekomen. Zo verzamelt Esther de volgende ideeën: naar de bioscoop, wandelen langs het strand, een etentje, naar de sauna, en een vakantie naar Florida. Nadat ze de voor- en nadelen van deze mogelijkheden hebben doorgenomen, kiest ze voor de bioscoop. Ze spreken huiswerk af: Esther zal op een rustig moment haar plan (en de reden daarvoor) bespreken met haar man. Daarna zullen ze een geschikte avond kiezen en een oppas voor de kinderen vragen.
- Gedurende de volgende sessies pakken ze de andere twee problemen op dezelfde wijze aan. Tijdens de hele behandeling blijft Esther elke week samen met haar man een uitstapje plannen. Dat doet haar goed, en haar man is blij dat hij op deze manier betrokken is bij het oplossen van haar problemen. Geleidelijk ontwikkelt Esther een nieuwe hobby; ze maakt collages en verwerkt die tot Ansichtkaarten. Ze kan dat 's avonds doen, als de kinderen in bed liggen. Daarnaast zoekt ze informatie over de achtergronden van haar slaapproblemen en probeert daar samen met haar echtgenoot iets aan te doen. Geleidelijk merkt ze dat ze weer wat meer energie krijgt en dat haar stemming opknapt.

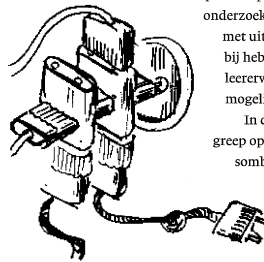
437

#### De doelgroep

De gezondheidszorg wordt tegenwoordig zo veel mogelijk afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. PST past hier heel goed in. De methode prikkelt patiënten om hun eigen mogelijkheden te

onderzoeken, en schept ruimte voor een leerproces. Patiënten met uiteenlopende psychische problemen kunnen er baat bij hebben. Essentieel is dat ze in staat moeten zijn om leerervaringen op te doen en dat ze actief hun eigen mogelijkheden willen onderzoeken.

In de tweede lijn kunnen patiënten dankzij PST weer greep op hun leven krijgen en daarmee klachten van somberheid en lusteloosheid verminderen. Patiënten die in crisis zijn, die niet gemotiveerd zijn of die niet goed in staat zijn om hun eigen problemen te verwoorden (bijvoorbeeld mensen met ernstige, actuele psychotische belevingen of mensen met een persoonlijkheidsstoornis die de oorzaak van hun



problemen vooral buiten zichzelf zoeken), zullen weinig baat hebben bij PST. De effectiviteit van de methode bij deze verschillende groepen is nog niet voldoende onderzocht.

#### De GGZ-verpleegkundige als behandelaar

In 1999 introduceerde het ministerie van vws de Regeling Consultatiegelden, om de eerstelijnszorg te versterken. Sindsdien zien we in steeds meer huisartsenpraktijken een GGZ-verpleegkundige (Bosman & De Lange, 2002) die verschillende taken overneemt, waaronder het zelfstandig, kortdurend behandelen van cliënten. Deze taakverschuiving kan tot onduidelijkheid leiden tussen de verschillende beroepsgroepen, en daarmee ook voor de patiënt. Het advies *Taakheroschikking in de gezondheidszorg* (rvz, 2002) pleit voor een herverdeling van taken waarin niet de beroepsstructuur maar de competentie van de hulpverlener bepaalt welke zorg door wie verleend wordt. Onder competentie wordt dan verstaan: de beroepsgerelateerde combinatie van vaardigheden, kennis en attitude om in de werksituatie effectief te kunnen handelen.

PST sluit goed aan bij de kerntaken en competenties van GGZ-verpleegkundigen. Hun kerntaak is het '...erkennen, herkennen en actief beïnvloeden van menselijke vermogens zodanig dat deze worden benut voor het bevorderen, herstellen en behouden van deze geestelijke gezondheid.' (Venneman, 2002). GGZ-verpleegkundigen hebben altijd te maken met de gevolgen van psychisch lijden voor het dagelijks functioneren van de patiënt en diens omgeving. Door middel van PST vergroten patiënten het gevoel dat ze invloed hebben op hun eigen functioneren, op relaties en omgeving, en dat is weer goed voor hun geestelijke gezondheid. PST beperkt dus de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven.

GGZ-verpleegkundigen hebben specifiekere competenties dan algemeen verpleegkundigen: vaardigheid in het kiezen en plannen van haalbare doelen, het aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt, het begeleiden bij diverse gemoedstoestanden en kennis van symptomen en reacties op psychiatrische ziekte of stoornis. Ook daardoor zijn ze gekwalificeerd voor het bieden van PST.

In de GGZ wordt steeds meer nadruk gelegd op *evidence based practice* (Van Meijel, 2004). PST biedt de GGZ-verpleegkundige een wetenschappelijk instrument om hun handelen te onderbouwen. In verschillende onderzoeken is de effectiviteit van PST voor een aantal doelgroepen al aangetoond (Mynors-Wallis, 1996; Catalan e.a., 1991; Wood & Mynors-Wallis, 1997).

#### PST in de huisartsenpraktijk

Het inzetten van GGZ-verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk houdt een verschuiving van specialistische zorg in. Je kunt je zelfs afvragen of hiermee niet te vroeg, te veel zorg wordt ingezet. Onzes inziens is PST echter bij uitstek een interventie die verwijzing naar de tweede lijn kan voorkomen of de noodzaak daarvan juist duidelijk kan maken. De GGZ-verpleegkundige is toegerust om deze interventie toe te passen. PST kent echter ook beperkingen, vooral door het geprotocolleerde karakter van de interventie: verpleegkundigen kunnen dat als te dwingend ervaren.

439

#### Goede zorg door PST

PST past uitstekend binnen de huidige ontwikkelingen in de huidige GGZ waar individuele behoefte en emancipatie van de patiënt voorop staat. Ze biedt patiënten een behandeling die uitgaat van hun wensen en mogelijkheden. In de eerstelijns gezondheidszorg is ze een laagdrempelige aanvulling op de gebruikelijke zorg. Ook in de tweede lijn lijkt ze mogelijkheden te bieden. Deze methode sluit aan bij de kerntaak en competenties van de GGZ-verpleegkundige: het beïnvloeden van de vermogens van de patiënt om de balans in het dagelijks functioneren te behouden of te herstellen. Ze biedt GGZ-verpleegkundigen zo een extra middel om goede zorg te verlenen en zichzelf als professional zichtbaar te maken.

#### Figuur 1

- 1 Concretiseer het probleem; waar gaat het probleem over, wanneer treedt het op en wie zijn daarbij betrokken? Gecomplieerde problemen worden in kleine problemen opgesplitst.
- 2 Omschrijf haalbare en goed omschreven doelen volgens het SMART principe. Dit wil zeggen: specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdgebonden.
- 3 Bedenk zoveel mogelijk oplossingen met behulp van de brainstorm techniek.
- 4 Loop alle voor- en nadelen van de oplossingen na.
- 5 Kies een oplossing waarbij het probleem het beste wordt opgelost met zo min mogelijk schade.
- 6 Beschrijf de stappen die nodig zijn om de oplossing uit te voeren en geef aan wat iemand wanneer precies gaat doen.
- 7 Bij het begin van de volgende bijeenkomst: evalueer de voortgang en bespreek zo nodig nieuwe pagingen.

**Literatuur**

- Barrett, J.E. (1999). The treatment effectiveness project. A comparison of the effectiveness of paroxetine, problem solving therapy, and placebo in the treatment of minor depression and dystymia in primary care patients: Background and research plan. *General Hospital Psychiatry*, 21, 260-273.
- Bosman, M., & J. de Lange (2002). *De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Catalan, J., D.H. Gath, P. Anastasiades, S. Bond, A. Day & L. Hall (1991). Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychological Medicine*, 21, 1013-1018.
- D'Zurilla, T.J., & M.R. Godfried (1971). Problem solving and behavioral modification. *Journal for Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Gath, D., & J. Catalan (1986). The treatment of emotional disorders in general practice: psychological methods versus medication. *Journal for Psychosomatic Research*, 30, 381-386.
- Meijel, B. van (2004). *De kunst van het verplegen*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt als lector 'Best practice in de GGZ-verpleegkund' aan de Hogeschool InHolland.
- Mynors-Wallis, L. (2005). *Problem solving treatment for anxiety and depression. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Mynors-Wallis, L. D.H. Gath, A. Day e.a. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320, 26-30.
- Mynors-Wallis, L., I. Davies, A. Gray, F. Barbour & D. Gath (1997). A randomised controlled trial of a cost analysis of problem solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 170, 113-119.
- Mynors-Wallis L. (1996). Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 3, 249-262.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg, (2002) *Adviesrapport Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ
- Venneman, B. (2002). *Beroepsdeelfprofiel GGZ-Verpleegkundige*. Dwingeloo: Kavanah.
- Wood, B.E., & L. Mynors-Wallis (1997). Problem solving treatment for patients in palliative care. *Palliative Medicine*, 11, 49-54.

**Summary**

Dozeman, E., B. Schreuders & P. van der Zee 'Problem-solving treatment: A brief intervention for community mental health nurses'

► Problem-solving treatment (PST) is a low-threshold motivational intervention based on cognitive-behavioural principles. It helps patients to alleviate their emotional symptoms by tackling everyday practical problems. Active collaboration with patients is a key principle of the therapy. The intervention complements treatment in general practice. The method is highly suited to application by community psychiatric nurses assisting in general practice settings.

**Personalia**

Drs E. Dozeman (1962) is als GGZ-verpleegkundig specialist verbonden aan GGZ Buitenamstel. Ze neemt deel aan een onderzoeksproject naar PST in de huisartsenpraktijk. Binnen dat project geeft zij ook PST-behandelingen.

Adres: GGZ Buitenamstel, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam, of VUmc vd Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Drs B. Schreuders (1974) is psychologe en cognitief gedragstherapeut i.o. bij GGZ Buitenamstel. Ze doet onderzoek naar de effectiviteit en toepasbaarheid van PST door GGZ-verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.

P. van der Zee (1952) is als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige werkzaam in een huisartsenpraktijk, Gestalttherapeut, en opleider GGZ-verpleegkundig specialist bij GGZ Buitenamstel.