

Effectiviteit van psychosociale interventies door de huisarts

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayck CP. *The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners (Cochrane review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2003*. Oxford: Update Software.

Achtergrond Veel patiënten die bij de huisarts komen, hebben psychosociale problemen. Het is zinvol gebleken aan deze problemen aandacht te besteden. Het meeste onderzoek is gericht op interventies door andere hulpverleners dan de huisarts. In deze review gaat het om de effectiviteit van psychosociale interventies die huisartsen zelf kunnen verrichten.

Methode Literatuuronderzoek naar trials op dit gebied in het CCDAN-trials register, Cochrane Library en referentielijsten op het gebied van psychosociale interventies door huisartsen voor verschillende soorten problemen. Twee reviewers scoorden de methodologische kwaliteit van de onderzoeken met behulp van gestandaardiseerde beoordelingslijsten. Ze drukten de gevonden bewijskracht in *levels of evidence* uit.

Resultaten Acht onderzoeken werden gevonden: twee over depressie, twee over somatisatie, twee over roken en twee over overmatig alcoholgebruik.

Depressie. Het staat vrijwel vast dat *problem solving treatment* (PST) niet minder effectief is dan antidepressiva. Er is enig bewijs dat PST effectiever is dan placebo en dat PST door de huisarts effectiever is dan PST door de praktijkverpleegkundige of combinatiebehandeling.

Somatoforme stoornissen. Voor somatoforme stoornissen wordt beperkt bewijs gevonden dat 'reattributie' door de huisarts (een vorm van cognitieve therapie) effectiever is dan standaardzorg. Dit geldt ook voor het effect van cognitieve gedragstherapie in een groep die geleid wordt door een huisarts.

Stoppen met roken. Er is beperkt of tegenstrijdig bewijs dat counseling effectiever is dan óf een minimale interventie óf counseling plus nicotiekauwgum óf counseling plus spirometrie.

Alcoholgebruik. Er is beperkt bewijs voor het effect van een cognitief-gedragsmatige interventie vergeleken met eenzelfde interventie door een praktijkverpleegkundige of een kort adviesgesprek. Hetzelfde geldt voor een gedragmatig veranderprogramma vergeleken met een kort adviesgesprek.

Commentaar

Dat de reviewers een belangrijk onderwerp uit de huisartsgeneeskunde bij de kop hebben gepakt, is evident. Aan echt eenduidige bewijzen ontbreekt het echter, zo concluderen zij ook. Slechts acht onderzoeken konden geïncludeerd worden en dat is wel erg weinig.

Er is een heldere keuze gemaakt om alleen die interventies in te sluiten die door huisartsen zelf uitgevoerd werden. In deze tijd waarin huisartsen steeds eerder doorverwijzen naar GGZ-instellingen of AMW lijkt het goed om te kijken wat zij zelf kunnen en hoe effectief hun interventies zijn. Bij de keuze van het type interventie is het jammer dat 'counseling' alleen bij roken is meegenomen. Dat is nu juist een psychosociale interventie die huisartsen veel gebruiken, maar waar veel tijd in gaat zitten. Informatie over de effectiviteit bij andersoortige problemen zou dan ook interessant zijn. Onlangs is er wel een review¹ over counseling verschenen en besproken in het EBM-magazine *Bandolier* dat op internet verschijnt.² De uitkomst was dat counseling op korte termijn een redelijke verbetering van de klachten opleverde. Op de lange termijn verdween dat effect weer. In die review blijft het onduidelijk wie de counseling deed en wat de klachten van patiënten waren: depressie, angst, onverklaarbare lichamelijke klachten, alcoholproblemen?

Huibers et al. zijn duidelijk niet in die valkuil gestapt. Ze hebben een heldere keuze gemaakt voor vier problemen. De aandoeningen zijn wel nogal divers van karakter. Depressie en somatoforme stoornissen enerzijds en alcoholproblematiek en rookverslaving anderzijds hebben wel met elkaar te maken, maar zijn niet echt nauw verwant. In de meeste

onderzoeken worden enkelvoudige aandoeningen bestudeerd.

Het leuke van de insteek van de reviewers is dat we wel kunnen kijken of er in effectieve interventies gemeenschappelijke elementen zitten, zeker als er in de toekomst meer onderzoeken verschijnen in een update van deze review.

We kennen als huisartsen allemaal patiënten die de ene keer met depressieve klachten komen, een paar maanden later met onverklaarbare lichamelijke klachten en een jaar later met bijvoorbeeld slaapstoornissen of paniekaanvallen. En tegelijkertijd rookt en drinkt de patiënt gewoon door.

Met die effectieve elementen zou een soort algemene benaderingswijze geconstrueerd kunnen worden voor de aanpak van psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk. Aan die algemene aanpak kunnen dan zo nodig specifiekere elementen worden toegevoegd, bijvoorbeeld instructies aan een patiënt met paniek-aanvallen in de supermarkt om toch geleidelijk aan zelf boodschappen te gaan. Voor de praktiserende huisarts zou dat een welkome aanvulling en ondersteuning kunnen zijn die misschien ook nog haalbaar is, want aparte cursussen over *problem solving*, reattributietherapie en gedragstherapie zijn wel erg veel van het goede.

Eric van Rijswijk

1 Bower P, *The clinical effectiveness of counselling in primary care; a systematic review and meta-analysis*. *Psychol Med* 2003;203-15.

2 *Bandolier*: www.jr2.ox.ac.uk

Oestrogenen bij vrouwen met urine-incontinentie

Moehrer B, Hextall A, Jackson S. *Oestrogens for urinary incontinence in women (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2003*. Oxford: Update Software.

Achtergrond De afname van de oestrogenen na de overgang speelt mogelijk een rol bij het ontstaan van urine-incontinentie.

Doel De effectiviteit vaststellen van een