

## 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 review<sup>1</sup> over counseling verschenen en besproken in het EBM-magazine *Bandolier* dat op internet verschijnt.<sup>2</sup> 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](http://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

behandeling met oestrogenen bij urine-incontinentie.

**Zoekstrategie** Het register met trials van de Cochrane Incontinentie Groep en de daarin vermelde referenties tot 1-12-2002.

**Insluïting** Alle (quasi-) RCT's waarbij ten minste aan één groep van de onderzoekspopulatie oestrogenen werd voorgeschreven. Het gaat om vrouwen met een symptomatische of urodynamisch vastgestelde diagnose van stress-, urge- of gemengde incontinentie.

**Resultaten** Er werden 20 trials ingesloten met in totaal 2926 vrouwen. Er werden diverse soorten oestrogenen gebruikt met verschillende dosis, duur en follow-up; de uitkomstmaten waren niet uniform.

Voor alle trials samen lijkt het dat ongeveer de helft van de behandelde vrouwen verbeterde of continent werd tegenover 25% van de placebogroep. Het effect lijkt groter bij urge-incontinentie dan bij stressincontinentie. Er werd geen verschil gevonden in klachten zoals frequente mictie, aandrang of nycturie.

**Conclusie** Behandeling met oestrogenen kan de incontinentie verbeteren, vooral bij urge-incontinentie. Bij een combinatie van oestrogenen met progestagenen is het effect weer geringer. Er zijn geen onderzoeken naar de gewenste dosis of duur van het gebruik noch naar het effect als met de oestrogenen wordt gestopt.

## Commentaar

Het is jammer dat de meeste onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingen bij urine-incontinentie maar zo'n korte follow-up hebben. Het belang van een behandeling is nu juist dat de bereikte continence toestand blijft bestaan. Bij het gebruik van oestrogenen klemt dit des te meer omdat bij langdurig gebruik de kans op een endometriumcarcinoom (bij gebruik van alleen oestrogenen) en op een mammacarcinoom (vooral bij gebruik van oestrogenen en progestagenen) aanzienlijk toeneemt.

Bovendien krijgt gemiddeld 1 op de vrouwen last van vaginale bloedingen en 1 op de 5 vrouwen van pijnlijke borsten.

Voor het eerst wordt duidelijk gesteld dat

de gebruikelijke combinatie van oestrogenen en progestagenen bij vrouwen met een uterus ongunstig is voor de incontinentie. Dit beperkt het indicatiegebied van een hormonale behandeling van incontinentie enorm. Gelukkig hoeven vrouwen met incontinentie de risico's van behandeling met oestrogenen niet te lopen, omdat de behandeling met bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining veel effectiever blijkt.

Concluderend: de indicaties om oestrogenen voor te schrijven zijn uiterst beperkt en gelden vooral urge-incontinentie en dan alleen bij vrouwen zonder uterus. Oestrogenen met progestagenen lijken minder effectief en kan men gezien het risico op mammacarcinoom beter niet langer dan 3 tot 6 maanden voorschrijven. Als uit onderzoek zou blijken dat de incontinentie na het stoppen recidiveert, heeft het voorschrijven van oestrogenen bij incontinentie een nog kleiner indicatiegebied.

Toine Lagro-Janssen

## Sympathicomimetica bij stressincontinentie

Alhasso A, Glazener CM, Pickard R, N'Dow J. *Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

**Achtergrond** In de gladde spieren van blaashals en urethra bevinden zich alfa-adrenerge receptoren. Alfa-adrenerge sympathicomimetische effecten zijn onder andere het samentrekken van genoemde spieren. Men kan verwachten dat het stimuleren van deze receptoren gunstig is voor het behoud van continence bij een falend afsluitmechanisme van de blaashals.

Sympathicomimetica worden echter in het algemeen beschouwd als ineffectieve geneesmiddelen bij (stress)incontinentie die veel bijwerkingen geven.

**Doel** Het vaststellen van de effectiviteit van sympathicomimetica bij urine-incontinentie.

**Zoekstrategie** Het register met trials van de Cochrane Incontinentie Groep en de daarin vermelde referenties tot januari 2002.

**Insluïting** Alle (quasi-) RCT's waarbij ten minste aan één groep van de onderzoekspopulatie adrenerge medicatie werd voorgeschreven. Bij de meeste trials werden alleen vrouwen met urodynamisch vastgestelde stressincontinentie geïncludeerd.

**Resultaten** Er werden 15 trials ingesloten met in totaal 832 vrouwen van wie 506 een adrenerge middel gekregen: 11 trials fenylpropanolamide (alfa-adrenerge effect), 2 trials midrodine (alfa-adrenerge effect) en 2 trials clenbuterol (bèta-adrenerge effect). Alle genoemde middelen zijn in Nederland niet (voor incontinentie) op de markt.

De beperkte gegevens wijzen in de richting van een gunstig effect van adrenerge middelen vergeleken met placebo zonder dat enige uitspraak kan worden gedaan over de hoogte van de dosering of van de duur van het effect of van het effect vergeleken met andere behandelingen.

**Conclusie** Er is gering bewijs ten voordele van adrenerge medicatie. Meestal treden milde bijwerkingen op, maar er zijn ernstige bijwerkingen gemeld zoals cardiale aritmieën en hypertensie.

## Beschouwing

De conclusies moeten naar mijn mening veel zwakker geformuleerd; de onderzoeken zijn immers klein (gemiddeld 30 patiënten in de behandelgroep), de cross-overtrials gebruikten in meerderheid geen wash-out-periode, de follow-upduur is erg kort (meestal 2-4 weken) en de meeste uitkomstmaten betreffen verbetering van subjectieve klachten zonder dat de incontinentie verdwijnt.

Adrenerge middelen voor stressincontinentie zijn voorlopig niet aan de orde. Huisartsen kunnen het beste, na een goede inventarisatie van het incontinentieprobleem, patiënten instrueren voor en ondersteunen bij bekkenbodemspieroefeningen al dan niet met hulp van een bekwame fysiotherapeut.

Toine Lagro-Janssen