

# De huisarts-patiëntrelatie heeft een additief effect bij psychosociale interventies

Eric van Rijswijk, Nathalie Donders

Vermoeide werknemers, je treft ze regelmatig in je spreekkamer. De een noemt het burn-out, de tweede heeft eigenlijk een arbeidsconflict, de derde wil snel bloedonderzoek want hij is ervan overtuigd dat zijn klachten een lichamelijke oorzaak hebben. Huibers et al. rapporteren op de vorige pagina's een onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij vermoeide werknemers. Wij reageerden in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* al eerder op hun resultaten,<sup>1</sup> maar omdat we een wezenlijk probleem met de opzet van dergelijk onderzoek hebben, doen we dat hier graag nog eens.

Huibers et al. toonden al eerder aan dat vermoeide verzuimende werknemers sneller herstellen naarmate hun algemeen ervaren gezondheid groter is, ze de klachten toeschrijven aan psychologische factoren en minder cognitieve moeilijkheden hebben. Vermoeide werknemers die hun vermoeidheidsklachten aan een chronischevermoeidheidssyndroom toeschrijven, herstellen langzamer dan hun collega's die de klachten als burn-out betitelen.<sup>2,3</sup> Ook hier lijken de cognities over de klacht weer samen te hangen met de prognose. Huibers onderbouwt hiermee het idee om vermoeide werknemers met CGT te behandelen. Dat doet hij ook in zijn Cochrane-review over de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen bij psychosociale problemen.<sup>4</sup> Een van ons besprak deze review twee jaar geleden in dit tijdschrift.<sup>5</sup> Huibers concludeert dat *problem solving treatment* een effectieve behandeling van depressie is. Voor andere aandoeningen is het bewijs beperkt en niet eenduidig: 'reattributie' door de huisarts lijkt effectiever dan standaardzorg bij somatisatie; counseling lijkt effectief bij stoppen met roken en een cognitief-gedragsmatige interventie werkt bij alcoholproblemen.

Volgens Huibers et al. krijgen vermoeide werknemers CGT onder 'ideale omstandigheden': 9 speciaal getrainde huisartsen behandelden 76 werknemers met vermoeidheidsklachten, die vanwege deze klachten verzuimden. De behandeling bestond uit 5-7 sessies CGT gericht op klachtreductie, werkhervatting en herstel. De controlegroep kreeg de gebruikelijke zorg van de eigen huisarts. Ook de patiënten in de therapiegroep konden gebruikmaken van

de zorg door hun eigen huisarts. De deelnemers werden gerekruteerd via regionale Arbo-diensten. Er waren geen significante verschillen op klinische uitkomstmaten tussen de 2 groepen. Opvallend was dat de deelnemers die gedragstherapie kregen zelfs iets vaker naar hun eigen huisarts gingen dan deelnemers uit de controlegroep.

Huibers staat uitgebreid stil bij het gebrek aan aantoonbare werkzaamheid van CGT door huisartsen bij vermoeidheidsklachten: de behandelende huisartsen hadden niet voldoende ervaring kunnen opdoen; veel patiënten in beide groepen konden spontaan zijn hersteld; de interventie was wellicht niet specifiek of intensief genoeg of op te veel doelen gericht. Hij concludeert dat '...zelfs onder ideale omstandigheden onze onderzoekshuisartsen geen effectieve CGT (konden) leveren. Wij verwachten dat de effecten op vermoeidheid dezelfde waren geweest als we patiënten met onverklaarde vermoeidheid in de huisartsenpraktijk hadden geïnccludeerd.'

Deze gevolgtrekking gaat ons te ver. Huibers legt de gebrekkige werkzaamheid van de interventie 'onder ideale omstandigheden' nogal eenzijdig uit vanuit een onderzoekersperspectief en niet vanuit het perspectief van huisartsgeneeskundige zorgverlening. Hij gaat voorbij aan een kernkwaliteit van huisartsenzorg: de persoonlijke en continue zorg en de kennis van de context van de patiënt. Het is voldoende bekend dat een substantieel deel van het effect van behandelingen toegeschreven kan worden aan niet-specifieke factoren. De werkzaamheid hiervan kan bij behandeling door de eigen huisarts wel eens veel gunstiger zijn dan bij behandeling door een andere huisarts.<sup>6</sup> Onderzoekstechnisch een lastig probleem, maar de omstandigheden in de vertrouwde praktijk zijn een stuk idealer. We vragen ons ook af of psychosociale interventies door de huisarts altijd wel complex moeten zijn bij het merendeel van de patiënten in de huisartsenpraktijk. Het lijkt ons voldoende en haalbaar een algemene benaderingswijze voor psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk te ontwikkelen en op werkzaamheid te toetsen. Die kan dan zo nodig aangevuld worden met enkele specifieke elementen. Huibers' eigen Cochrane-review geeft daar duidelijk aanwijzingen voor.

Huibers vindt dat complexe interventies als cognitieve gedragstherapie niet bij de huisarts horen. Wij vinden dat huisartsen vermoeidheidsklachten al in een vroeger stadium adequaat kunnen benaderen, attributies op het spoor kunnen komen en corrigeren. Specialistische cognitieve gedragstherapie is dan vaak helemaal niet meer nodig.

## Auteursgegevens

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; E. van Rijswijk, arts-onderzoeker; afdeling Sociale Geneeskunde; Nathalie Donders, onderzoeker-docent Arbeid & Gezondheid.

Correspondentie: H.vanRijswijk@HAG.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Literatuur

- 1 Van Rijswijk E, Donders N. Boekbespreking: Fatigue among employees; treatment in primary care and associations with chronic fatigue syndrome. *MGv* 2004;59:774-6.
- 2 Huibers M, Beurskens A, Prins J, Kant IJ, Bazelmans E, Schayk C van, et al; Fatigue, burnout and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup Environ Med* 2003;60 suppl 1; i26-i31.
- 3 Huibers M, Bleijenberg G, Van Amelsvoort L, Beurskens A, Schayk C van, Bazelmans E et al; Predictors of outcome in fatigued employees on sick leave: results from a randomised trial. *J Psychosom Res* 2004;57:443-9.
- 4 Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayck CP. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners: a Cochrane Review. In: *The Cochrane Library*. Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 5 Van Rijswijk E. Effectiviteit van psychosociale interventies door de huisarts. *Huisarts Wet* 2003;46:579.
- 6 Van Dulmen S. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001;44:490-4.

# Het is niet bewezen dat de huisarts-patiëntrelatie een additief effect heeft bij psychosociale interventies

Marcus Huibers, André Knottnerus, Daniëlle van der Windt, Casper Schoemaker

In huisartsgeneeskundig behandelonderzoek is het gebruikelijk dat deelnemende huisartsen hun eigen patiënten rekruteren en behandelen. Toch komt het in dit soort onderzoeken regelmatig voor dat 'onderzoeks'-huisartsen de interventies uitvoeren bij patiënten die zij vanuit het onderzoek toegewezen krijgen en die niet uit hun eigen praktijk afkomstig zijn.

In ons eigen onderzoek randomiseerden we de deelnemers over twee condities: kortdurende cognitieve gedragstherapie door een (onbekende) onderzoekshuisarts die de interventie verzorgde uit naam van het onderzoek, of gebruikelijke zorg door de eigen huisarts. Deze aanpak had een aantal voordelen: een klein aantal huisartsen kon een grote groep deelnemers behandelen en we konden deze huisartsen makkelijker trainen en begeleiden. Bovendien konden we de deelnemers via verschillende kanalen (advertenties, registratiesystemen) werven, wat zowel de huisarts ontlast als de instroom ten goede kwam.<sup>1</sup> Dit laatste punt houdt direct verband met een van de grootste struikelblokken in huisartsgeneeskundig onderzoek, ook wel de Wet van Lasagna<sup>2</sup> genoemd: de instroom van patiënten voldoet nooit aan de verwachtingen, waardoor veel

onderzoeksprojecten ernstig in de problemen raken.<sup>3</sup>

Maar er kleven ook nadelen aan deze opzet. Het belangrijkste bezwaar is dat de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar de praktijk onder druk komt te staan. Onderzoekshuisartsen verschillen immers van huisartsen in de reguliere praktijk: ze hebben een bovenmatige interesse in het onderzoeksonderwerp, zijn zeer gemotiveerd, ze krijgen de tijd vaak vergoed, ontvangen intensieve training en begeleiding en worden zo als het ware specialisten in de interventie die onderzocht wordt. Om die reden spreken we ook wel van efficacy-onderzoek, oftewel onderzoek dat onder 'ideale' omstandigheden wordt uitgevoerd.

Kortdurende cognitieve gedragstherapie door onderzoekshuisartsen bleek in ons onderzoek niet effectiever dan gebruikelijke zorg door de eigen huisarts, die in de praktijk vaak neerkomt op geruststellen en afwachten. Van Rijswijk en Donders vragen zich hierboven af of de omstandigheden wel zo ideaal zijn als een onderzoekshuisarts in plaats van de eigen huisarts de interventie uitvoert. Het is een begrijpelijk argument van met name huisartsen: de relatie tussen de huisarts en zijn patiënt heeft een unieke meerwaarde die bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Het negeren van deze relatie in onderzoek zou niet alleen de vertaling naar de praktijk belemmeren, maar zou tevens een onderschatting van het behandel-effect kunnen geven. De inbreng van de eigen huisarts zou namelijk een additief, helend effect kunnen hebben.<sup>4</sup> Maar geeft dat aanleiding om te verwachten dat een onderzoekshuisarts minder effectief is in het bieden van zorg dan een reguliere huisarts die de deelnemer als patiënt al kent? We weten dat eenvoudigweg niet. Eerder deden we literatuuronderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen. Het bleek dat onderzoeken waarin een klein aantal (onderzoeks)huisartsen participeerde, meer effect lieten zien dan

## Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. M.J.H. Huibers, universitair docent; Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde; EMGO-instituut VUmc Amsterdam, vakgroep Huisartsgeneeskunde: dr. D.A.W.M. van der Windt, universitair hoofddocent; centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven: dr. C.G. Schoemaker, senioronderzoeker  
Correspondentie: m.huibers@dmkep.unimaas.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.