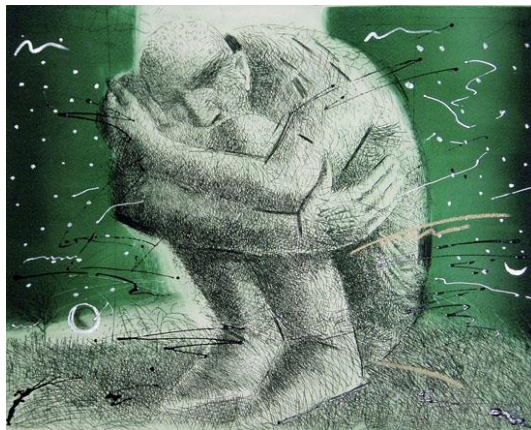


De invloed van *collaborative stepped care* op toepassing van behandeling conform de richtlijn bij angststoornissen in de eerste lijn: Evaluatie onderzoek binnen een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek



Master:	Klinische en Gezondheidspsychologie
Naam student:	B. Palland
Studentnummer:	3161102
Datum:	Juni 2011
Begeleidster vanuit Trimbos-instituut:	A. D. T. Muntingh, MSc
Begeleider vanuit de Universiteit Utrecht:	Dr. S. Doosje



Voorwoord

In februari 2011 startte ik mijn onderzoek op de afdeling diagnostiek en behandeling bij het Trimbos-instituut te Utrecht. Ik ben dankbaar dat ik hier als stagiaire kon werken aan mijn thesis voor de Master Klinische en Gezondheidspsychologie. Ik heb op de afdeling diagnostiek en behandeling kennis kunnen maken met de verschillende aspecten van het werk van een onderzoeker. Ik heb veel geleerd van het werk voorafgaand aan het onderzoek, het interviewen van huisartsen en het werken met SPSS. Ik heb genoten van het contact met collega's en wil hen bedanken voor hun interesse in mijn onderzoek en tips tijdens het schrijven van mijn thesis. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar Anna Muntingh, mijn begeleidster vanuit het Trimbos-instituut, voor haar feedback op mijn werk, zinvolle suggesties en begeleiding gedurende mijn werkzaamheden bij het Trimbos-instituut. Mijn laatste dankwoorden gaan uit naar Sibe Doosje, mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, voor zijn bezoek aan het Trimbos-instituut, feedback, stimulerende woorden en tips aangaande mijn thesis.

De invloed van *collaborative stepped care* op toepassing van behandeling conform de richtlijn bij angststoornissen in de eerste lijn: Evaluatie onderzoek binnen een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

Berdien Palland^{*1}, Anna D. T. Muntingh^{2,3,4}, Sibe Doosje⁵, Herman J. Adèr⁶, and Christina M. van der Feltz-Cornelis^{2,4,7}

¹*Trimbos-instituut, studente Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland*

²*Trimbos-instituut, Afdeling Diagnostiek en Behandeling, Utrecht, Nederland*

³*VU Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland, Afdeling van huisartsen en EMGO + Instituut voor Gezondheidszorg Onderzoek*

⁴*Universiteit van Tilburg, Tilburg, Nederland, Afdeling Ontwikkelings-, Klinische en Cross-culturele Psychologie*

⁵*Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland, afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie.*

⁶*Johannes van Kessel Adviseur, Huizen, Nederland*

⁷*GGz Breburg, Tilburg, Nederland*

**Auteur. Tel. +31 64 080 9267; E-mail adres: berdienpalland@gmail.com*

Samenvatting

Doel Het evalueren van de invloed van *collaborative stepped care* (CSC) in vergelijking tot de gebruikelijke zorg (GZ) op de mate van toepassing van 'evidence-based' richtlijnen in de behandeling van paniekstoornis (PS) en gegeneraliseerde angststoornis (GAS) in de eerstelijns zorg in Nederland.

Onderzoeksopzet Dit was een evaluatie onderzoek binnen een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van CSC versus GZ. Om de geboden zorg te meten werd een checklist afgenomen bij huisartsen en *care managers*. Correcte toepassing van de richtlijnen was gedefinieerd door middel van een algoritme die gebaseerd was op de richtlijnen voor angststoornissen van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Resultaten Van 153 van de 180 patiënten konden de gegevens worden achterhaald. 97 patiënten zaten in de CSC groep en 57 patiënten in de GZ groep. In de CSC groep ontvingen de meeste patiënten psychologische behandeling in de vorm van optimale begeleide zelfhulp (66%). In de CSC groep hadden significant meer patiënten cognitieve gedragstherapie (CGT) ontvangen dan in de GZ groep en significant minder patiënten suboptimale antidepressieve medicatie. Daarnaast was voor een groot deel van de patiënten CGT niet meer nodig (48,5%) omdat er sprake was van remissie nadat begeleide zelfhulp was geboden. In de GZ groep ontvingen de meeste patiënten optimale antidepressieve medicatie (28,6%) of verwijzing (57,4%). Het aantal verwijzingen naar een GGZ-instelling was lager, echter niet significant lager, in de CSC groep (9,3%) dan in de GZ groep (19,6%). In de CSC groep werden bij significant meer patiënten de richtlijnen correct toegepast.

Conclusie CSC is mogelijk een veelbelovende interventie voor angststoornissen in de eerstelijns zorg in Nederland. CSC leidt tot een toename in toepassing van 'evidence-based' richtlijnen door de huisartsen in de eerstelijns zorg. Daarnaast kunnen patiënten effectief behandeld worden met relatief weinig zorg (zoals begeleide zelfhulp).

Abstract

Objective To investigate the influence of collaborative stepped care (CSC) in comparison to care as usual (CAU) on general practitioners' adherence to evidence-based guidelines in treatment of panic disorder (PD) and generalized anxiety disorder (GAS) in primary care in The Netherlands.

Study design This study evaluates a CSC intervention program for PD and GAS in Dutch primary care. Information on the management of these disorders was gathered from general practitioners and care managers. Guideline adherence was measured by an algorithm, based on the Dutch national guidelines for general practitioners.

Results Information was collected from 153 from 180 patients. 97 patients received CSC and 57 CAU. In the CSC group most patients received optimal guided self-help (66%). More patients in the CSC group received cognitive-behavioral therapy en less patients received suboptimal antidepressants than in the CAU group. Furthermore, cognitive-behavioral therapy was not always necessary for a large amount of patients (48,5%) in the CSC group. In the CAU group most patient received optimal antidepressants (28,6%) or were referred (57,4%). Reference to a clinical health institution was lower, not significant lower though, in the CSC group (9,3%) than in the CAU group (19,6%). In the CSC group significant more patients received treatment according to the guidelines.

Conclusions

CSC may be a promising intervention for anxiety disorders in the Dutch primary health care system. CSC leads to more adherence to evidence-based guidelines by general practitioners in primary care. Furthermore, patients can be treated effectively by low-intensive treatment (like guided self-help).

Key words: *Collaborative stepped care, richtlijnen, behandeling conform de richtlijn, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, huisartsen, care manager, eerstelijns zorg*

1. Inleiding

Hoewel in Nederland de richtlijnen bij de behandeling van angststoornissen in de eerstelijns huisartspraktijken best goed worden toegepast ten opzichte van andere landen in Europa, gebeurt dit toch nog te weinig (Andrews et al., 2003; Bauer, 2002; Weinmann, Janssen & Gaebel, 2005). Zo'n 10 procent van de patiënten in de eerste lijn lijdt aan angststoornissen (Ormel, Von Korff & Ustun, 1994) en vier tot zeven procent heeft een paniekstoornis (PS) of gegeneraliseerde angststoornis (GAS) (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007; Roy-Byrne & Wagner, 2004; Roy-Byrne, Wagner, & Schraufnagel, 2005; Wittchen & Hoyer, 2001). Wanneer er geen adequate behandeling wordt toegepast in de eerste lijn bij deze patiënten blijven angstklachten vaak bestaan of worden patiënten eerder doorverwezen naar de tweede lijn (Meijer & Verhaak, 2004) waar de wachtlijsten steeds langer worden. Een adequate behandeling in de eerste lijn voor deze patiënten is dus noodzakelijk.

In de richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen zijn verschillende vormen van een adequate behandeling opgenomen. Zowel niet-medicamenteuze behandeling in de vorm van psycho-educatie, begeleide zelfhulp (Boeijen et al., 2007) of cognitieve gedragstherapie (CGT), als medicamenteuze behandeling worden als een goede eerste keuze aanbevolen voor het behandelen van PS en GAS (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2004; Terluin, Grol, Pijnenborg, & Goudswaard, 2005) waarbij het resultaat van CGT als meest duurzaam wordt beschreven (Andrews, Oakley-Browne, Castle, Judd, & Baillie, 2003; Hendriks, 2004; Hollon et al., 2005). Deze behandelingen lijken kosteneffectief ten opzichte van gebruikelijke zorg (GZ) en kunnen de klinische zorg verbeteren (Adli, Bauer & Rush, 2006; Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004; Bauer, 2002; van Boeijen et al., 2007; van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008).

In Nederland worden de richtlijnen en bijbehorende behandelingen echter nog niet voldoende toegepast. In de eerste lijn krijgt slechts 23 % (Fernandez et al., 2007) tot circa 31 % (Smolders, Laurant, Wensing & Grol, 2008) van de patiënten met een angststoornis deze behandeling conform de richtlijn. In de eerste lijn wordt medicatie vaak niet volgens de juiste duur toegepast en van CGT wordt te weinig gebruik gemaakt (Stein et al., 2004; Young, Klap, Sherbourne & Wells, 2001). Huisartsen geven als bezwaren aan dat met name gebrek aan tijd hen belemmert in het behandelen van geestelijke gezondheidsproblemen (Hutton & Gunn, 2007). Psychologische behandeling is tijdrovend en daarnaast is een opleiding van de therapeut vereist (van Boeijen et al., 2007; Roy-Byrne & Wagner, 2004). Vanwege het chronische karakter (Yonkers, Bruce, Dyck, & Keller, 2003) passen angststoornissen niet in het huidige model van de eerstelijns zorg (Roy-Byrne, Wagner, & Schraufnagel, 2005) die is ingericht op acute zorg.

Er is in de eerste lijn een kloof tussen de zorg die chronische ziekte moet verbeteren en de zorg die de patiënten daadwerkelijk krijgen (Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry & Wagner, 1997). Om die kloof te overbruggen en patiënten met PS en GAS een behandeling conform de richtlijnen te

kunnen bieden is enkel het ontwikkelen en rondsturen van richtlijnen niet voldoende (Leentjens & Burgers, 2008; Nauta, Manders & Hulshof, 2007). Er zal verandering in het huidige zorgmodel plaats moeten vinden om behandeling conform de richtlijnen te stimuleren.

Collaborative care (CC) (Roy-Byrne & Wagner, 2004) zou een dergelijke verandering van zorgmodel kunnen zijn. Deze zorginnovatie is een chronisch-ziektemodel gericht op samenwerking tussen een huisarts, een *care manager* (eerstelijns psycholoog, maatschappelijk werker of sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en een psychiater met het doel zorg gericht op chronische klachten te verbeteren (Feltz-Cornelis, 1999; Katon et al., 1995; Rollman et al., 2005). CC laat positieve resultaten zien in vergelijking met de GZ bij PS (Rollman et al., 2005; Roy-Byrne, Katon, Cowley, & Russo, 2001) en GAS (Rollman et al., 2005). Om patiënten optimaal te kunnen behandelen in de eerste lijn wordt een *stepped care* model (Roy-Byrne, Katon, Cowley, & Russo, 2001; Von Korff, 2000) ingevoegd. Nadat een lichte vorm van behandeling eerst is toegepast wordt pas een intensievere en dus kostbaardere behandelvorm toegepast. Bij een mildere vorm van angststoornis kan enkel begeleide zelfhulp al voldoende zijn (van Boeijen et al., 2007) en is verwijzing niet nodig. Daarnaast kunnen patiënten die geen medicatie prefereren zo toch een passende behandeling, zoals begeleide zelfhulp (Boeijen et al., 2007) of CGT, ontvangen. Er wordt op deze manier rekening gehouden met de individuele verschillen tussen patiënten (Katon et al., 1999; Tiemens, 1999). In de gecombineerde zorginnovatie *Collaborative Stepped Care* (CSC) staat een multidisciplinaire samenwerking centraal waarbij de patiënt in standaardvolgorde eerst begeleide zelfhulp (van Boeijen et al., 2007), dan cognitieve gedragstherapie en vervolgens medicatie in stappen aangeboden krijgt in de eerste lijn (Van der Feltz-Cornelis, van Oppen, Adèr, & van Dyck, 2006). Verwijzing wordt pas aangeboden wanneer de behandeling niet effectief is. Mogelijk bevordert CSC behandeling in de eerste lijn, worden patiënten minder snel doorverwezen naar de tweede lijn en wordt het bezwaar van de huisartsen over tijdsgebrek ondervangen zodat behandeling conform de richtlijn wordt gestimuleerd.

CSC is in vergelijking tot de GZ effectief gebleken (Muntingh et al., *in druk*) maar er is nog geen zicht op de toegepaste behandelingen en de mate van verwijzing binnen het CSC model. Er is tevens nog geen onderzoek verricht naar de invloed van CSC op de toepassing van behandeling conform de richtlijnen in vergelijking tot de GZ. Het doel van dit onderzoek is een beeld te geven van de behandeling die wordt aangeboden in CSC bij patiënten met PS of GAS, te onderzoeken of patiënten in een CSC interventie minder snel doorverwezen worden naar de tweede lijn in vergelijking met de patiënten in de GZ en in welke mate CSC de toepassing van 'evidence-based' klinische richtlijnen van angststoornissen beïnvloedt. In dit onderzoek staan dan ook de volgende onderzoeksvragen centraal: 1. Welke behandelingsvormen worden in de CSC en GZ toegepast? 2. Worden er in CSC minder patiënten doorverwezen naar de tweede lijn (een geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling) dan in GZ? 3. Welke interventie (CSC of GZ) leidt tot zorg die het meest overeenkomt met de richtlijnen? De hypothesen van dit onderzoek luiden dat in de CSC

groep meer patiënten CGT ontvangen dan in de GZ groep en minder patiënten suboptimale antidepressiva, minder patiënten doorverwezen worden naar een GGZ-instelling en dat CSC leidt tot zorg die meer overeenkomt met de richtlijnen dan de GZ.

2. Methodes

2.1. Ontwerp

Het onderzoek was een evaluatie onderzoek binnen een twee-armig cluster gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Het ontwerp van deze gerandomiseerde studie is uitgebreid beschreven in het onderzoek van Muntingh et al. (2009). Medisch Ethisch Toetsingcommissie van de Vrije Universiteit Medisch Centrum en de Commissie Medische Ethiek van de Universiteit Leiden hebben toestemming gegeven voor het onderzoek.

2.2. Huisartsen

Er zijn verschillende huisartsen van een grote GGZ-instelling (Rivierduinen) in het gebied van Leiden en omstreken benaderd voor het uitvoeren van het onderzoek. Via een uitnodiging per brief en via telefonisch contact werden zij door de onderzoeker gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. In totaal zijn 384 huisartsen benaderd voor deelname aan het onderzoek waarvan er 63 akkoord gingen. De deelnemende huisartsen waren gevestigd in 43 huisartspraktijken. De deelnemende instellingen bepaalden welke psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of sociaal werker de rol van *care manager* ging vervullen. Wanneer er geen *care manager* aanwezig was kon deze geboden worden door de regionale GGZ-instelling. Op het niveau van de *care manager* vond clusterrandomisatie plaats. De randomisatie resulteerde in het plaatsen van 16 *care managers* (uit 23 huisartspraktijken) in een CSC groep en 15 *care managers* (20 huisartspraktijken) in een GZ groep. Huisartspraktijken en huisartsen werden in de CSC- of GZ groep geplaatst in overeenstemming met de randomisatie van de *care manager* die zij kozen. De *care manager* en huisartsen waren na randomisatie niet blind voor de toewijzing aan de groepen.

2.3. Patiënten

2.3.1. Screening fase

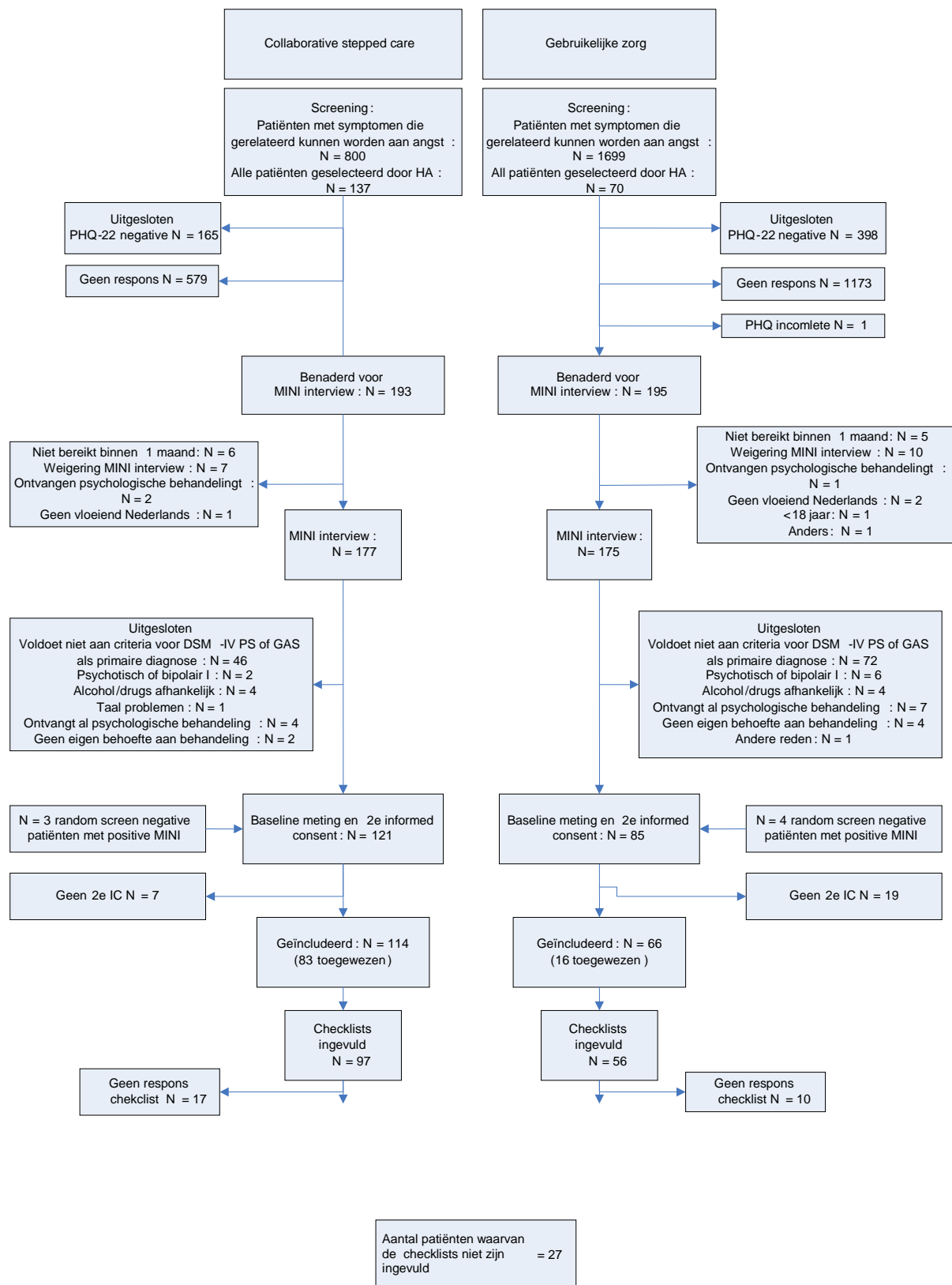
In deze studie werden patiënten toegelaten met een primaire diagnose van PS met of zonder agorafobie en/ of een primaire diagnose van GAS volgens de criteria van de DSM IV (American Psychiatric Association, 2001). Patiënten met suïcidale klachten, dementie of andere ernstige cognitieve stoornissen, psychotische stoornis, bipolaire stoornis, afhankelijkheid van drugs of alcohol, een instabiele ernstige medische conditie of met onvoldoende kennis van de Nederlandse taal om de vragenlijsten in te kunnen vullen, werden uitgesloten. Patiënten die al intensieve psychologische behandeling kregen (>2 contacten per maand met een psycholoog of psychiater) en patiënten onder

de 18 jaar werden ook uitgesloten van het onderzoek. Om de onderzoeksbevindingen te kunnen generaliseren naar de algemene bevolking zijn geen andere uitsluitingcriteria gebruikt.

Patiënten ontvingen een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek wanneer zij geselecteerd waren uit het elektronisch patiënten dossier (EPD) of waren toegewezen door de huisartsen. Patiënten die waren toegewezen door de huisarts werden aangevuld met patiënten die geselecteerd waren uit het EPD (Farrin, Russell, Torgerson, & Underwood, 2005) om een selectiebias bij werving van de patiënten te voorkomen (Puffer, Torgerson, & Watson, 2003). Patiënten waren geselecteerd op basis van de volgende, aan angststoornissen gerelateerde (Roy-Byrne et al., 2008; Kroenke, Jackson, & Chamberlin, 1997) klachten en criteria: pijn in spieren of gewrichten, vermoeidheidsklachten, hyperventilatie, flauwvallen, buikpijn, hoofdpijn, hartklachten en psychologische of sociale problemen. Patiënten werden enkel geselecteerd bij een leeftijd boven de 18 jaar. De op het EPD gebaseerde geselecteerde patiënten ontvingen een informatiebrief, een toestemmingsformulier en de 'Patient Health Questionnaire anxiety subscale' (PHQ22, Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). Huisartsen konden patiënten toewijzen aan het onderzoek door ze dezelfde formulieren te overhandigen. Wanneer een patiënt positief scoorde op de PHQ22 (aanwezigheid van minstens vier symptomen voor PS of minstens één symptoom voor GAS) werd hij of zij als geschikt beschouwd voor het onderzoek.

2.3.2. Diagnostische fase

Een getrainde onderzoeksassistent die blind was voor het randomisatieschema (zie daarvoor Muntingh et al., 2009) nam contact op met de screenpositieve patiënten om een diagnostisch interview bij hen af te nemen. Er werd gebruik gemaakt van het MINI-PLUS International Neuropsychiatric Interview (van Vliet & de Beurs, 2007), een semi-gestructureerd interview dat vaak wordt gebruikt voor de DSM-IV classificatie (American Psychiatric Association, 2001). Bij onzekerheid over de diagnose kon een psychiater, ook blind voor de status van de randomisatie, benaderd worden. Patiënten met een primaire diagnose van PS en/of GAS en die voldeden aan de juiste criteria, werden geïnccludeerd in het onderzoek. Zij ontvingen hieraan voorafgaand een tweede informatiebrief, de 'baseline' vragenlijsten en een tweede toestemmingsformulier. Uiteindelijk werden 180 patiënten geïnccludeerd in het onderzoek, waarvan 114 in de CSC groep en 66 in de GZ groep. In figuur 1 is een schematische representatie van de verschillende stadia in het proces weergegeven.



Figuur 1. Schematische representatie van de verschillende stadia in het proces van werving van de participanten. HA = Huisarts, CM = care manager, PHQ22 = Patient Health Questionnaire anxiety sub-scale, MINI-interview = MINI-International Neuropsychiatric Interview.

2.4. Interventie

2.4.1. Interventiegroep (CSC)

Huisartsen in de interventiegroep volgden een training van drie uur in het herkennen van angststoornissen, het motiveren van patiënten voor behandeling, CC en het medicatie algoritme. De *care managers* volgden een training van drie dagen over angststoornissen, CC, begeleide zelfhulp en CGT. De psychiaters ontvingen twee uur training in CC, medicatie voor PS en/of GAS en het geven van consultaties in eerstelijns zorg. De behandeling werd geboden door een team van een huisarts, een *care manager* en een psychiater. Wanneer een patiënt was geïncludeerd in het onderzoek werd hij uitgenodigd voor een consult met de *care manager*. De *care manager* gaf korte uitleg over de symptomen en diagnose en de patiënt werd actief betrokken bij het behandelplan. De CSC interventie bestond uit vier stappen: begeleide zelfhulp, CGT, antidepressiva volgens het medicatiealgoritme, optimalisering van medicatie in eerstelijns zorg of verwijzen naar tweedelijns zorg.

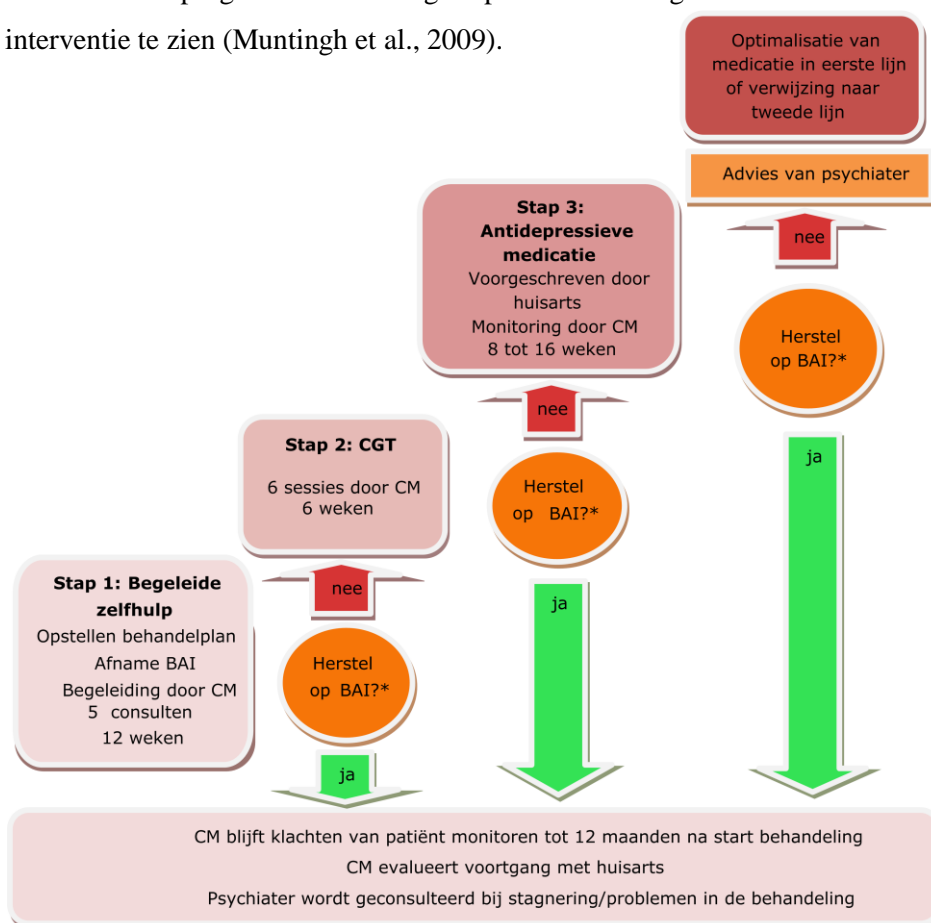
De begeleide zelfhulpmethode was gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes en effectief bevonden in een '*randomized controlled trial*' met patiënten met PS en/of GAS (van Boeijen et al., 2007). De patiënt werkte in twaalf weken door een zelfhulphandboek, met informatie over angststoornissen, automatische gedachten, ontspanningsoefeningen en exposure *in vivo* (van Boeijen et al., 2007). In vijf korte gesprekken, verspreid over 12 weken, informeerde de *care manager* de patiënt over de inhoud van het handboek, beloofde hij wat de patiënt bereikt had en motiveerde hij de patiënt. De patiënt werd aangemoedigd om een helper te vinden, een vriend of naaste, die hem zou kunnen stimuleren om vast te houden aan het programma.

De tweede stap bestond uit zes sessies CGT, die 45 minuten duurden. De sessies werden verzorgd door de *care manager*. Voor de CGT, een effectief gebleken behandeling bij PS en GAS (van Balkom et al., 1997; Clark, 1989; Hunot, Churchill, Silva, & Teixeira, 2007), was een protocol ontwikkeld dat gebaseerd was op de (inter)nationale richtlijnen en handboeken voor de behandeling van angststoornissen (Clark, 1989; Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004; Otto & Deveney, 2005). Voor PS en GAS werd, afhankelijk van de diagnose, elk een apart behandelprotocol gebruikt. De belangrijke thema's voor PS waren psycho-educatie, registratie van paniekaanvallen, interoceptieve exposure, herkenning en modificatie van angstopwekkende gedachten en gedragsexperimenten. In het GAS protocol lag de focus op psycho-educatie, herkenning en modificatie van angstopwekkende automatische gedachten en meta-cognities (Wells, 2007). In beide protocollen waren huiswerkopdrachten opgenomen.

De derde stap, medicatie, werd verzorgd door de huisarts. Hij werd aangemoedigd om te werken volgens een algoritme om het voorschrijven van antidepressiva te optimaliseren. De keuze voor antidepressiva was gebaseerd op de (inter)nationale richtlijnen. Het algoritme bestond allereerst uit het toedienen van twee dagelijkse doses (gedurende twee weken), vervolgens uit tijd om hierop te reageren (na vier weken gedeeltelijke of totale remissie) en uit opstapcriteria en methoden (bij gedeeltelijke respons: 'verhogen van dosis', bij geen respons: 'van medicatie wisselen'). De *care*

manager hield de toepassing van de medicatie in de gaten, lette op ongunstige resultaten en de respons op behandeling met behulp van de Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). De huisarts en de *care manager* schakelden een psychiater in wanneer nodig. Wanneer de cliënt voldeed aan de criteria voor remissie, werd de medicatie doorgezet tot twaalf maanden na de start van de medicatie behandeling. Wanneer de patiënt niet goed reageerde op de medicatie of niet therapietrouw was, werden, in overleg met de psychiater, andere opties besproken. Wanneer verdere behandeling in de eerste lijn niet passend was kon de patiënt doorverwezen worden naar een tweedelijns instelling. Voor doorverwijzing konden tevens andere redenen zijn: onzekerheid over de diagnose, aanwezigheid van complexe psychosociale klachten, opkomende ernstige psychopathologie, lage respons op de behandeling of een voorkeur van de patiënt voor een andere behandeling.

In de CSC interventie werd na elke stap de BAI afgenomen om te meten of er sprake was van afname in de score op de BAI. Wanneer een patiënt niet voldeed aan criteria van herstel, namelijk vijftig procent vermindering in score op de BAI, die in ieder geval elf of lager moet zijn (Muntingh et al., 2009a), ging de patiënt door naar de volgende stap of werd de patiënt doorverwezen wanneer dit nodig was. Wanneer een patiënt wel voldeed aan de criteria voor herstel, stroomde deze door naar een programma van terugval preventie. In Figuur 2 is het behandelalgoritme van de CSC interventie te zien (Muntingh et al., 2009).



Figuur 2. Behandelalgoritme van CSC interventie

BAI = Beck Anxiety Inventory; CGT = cognitieve gedragstherapie; CM = care manager

2.4.2. Controlegroep (GZ)

Ongeveer de helft van de huisartspraktijken functioneerde als een controlegroep. De huisartsen en *care manager* ontvingen geen training en zij boden hun zorg zoals gebruikelijk aan patiënten. Voor alle huisartsen voor de behandeling van angststoornissen in de eerstelijnszorg was een Nederlandse richtlijn (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2004) beschikbaar. De GZ bevatte het voorschrijven van antidepressiva, maar ook verwijzing naar een *care manager*, eerstelijns psycholoog of tweedelijns hulp.

2.5. Metingen

2.5.1. Dataverzameling

Om de daadwerkelijk geboden zorg te meten werd een checklist afgenomen bij huisartsen waarin de toegepaste behandeling van de patiënt werd uitgevraagd. Dit werd gedaan door middel van een telefonisch interview van de huisarts die gegevens op basis van het EPD had verzameld. Tevens waren verschillende checklists schriftelijk ingevuld. In de CSC groep waren de checklists voornamelijk door de *care managers* ingevuld. Gegevens van de huisartsen/ *care managers* stonden centraal omdat deze de kennis bezaten over de wijze van behandeling die zij hadden toegepast en zij inzicht hadden in het EPD waar de toegepaste behandeling werd geregistreerd. Naast de huisartsgegevens werd er gebruik gemaakt van patiëntgegevens om de objectiviteit van de resultaten te vergroten (Adams, Soumarai, Lomas & Degnan, 1999). De patiënten kregen aan het begin, tijdens en aan het eind van hun behandeling vragenlijsten opgestuurd met enkele vragen over de medicatie die zij hadden gebruikt. Uiteindelijk waren er 153 patiënten waarvan de checklists verzameld konden worden (zie figuur 1 op pagina 7) en werden er van de 180 patiënten 153 patiënten geïncludeerd in het onderzoek (97 participanten in de CSC groep en 56 in de GZ groep).

2.5.2. Geboden zorg

Voor het beschrijven van de gebruikte zorg in de CSC- en GZ groep golden de verschillende ondernomen stappen binnen de behandeling als uitkomstwaarden. Er werd in beide groepen bekeken welk percentage van de patiënten begeleide zelfhulp (in de CSC groep) of psychologische steun (in de GZ groep), cognitieve gedragstherapie, antidepressiva en/ of verwijzing had ontvangen. Het ontvangen van een vorm van psychologische behandeling werd gedefinieerd als het hebben ontvangen van psychologische steun of begeleide zelfhulp, cognitieve gedragstherapie of verwijzing. Als laatste werd het aantal patiënten dat benzodiazepine had ontvangen berekend. Om inzicht te geven in de kwaliteit van de behandeling zijn de behandelingsvormen als volgt geoperationaliseerd.

2.5.2.1 Begeleide zelfhulp/ psychologische steun

Begeleide zelfhulp in de CSC groep werd gedefinieerd als het bespreken van de klachten, aanbieden van een zelfhulpwerkboek en het voeren van begeleidende gesprekken aan de hand van het zelfhulpwerkboek. Psychologische steun in de GZ groep werd gedefinieerd als het aanbieden van psychologische steun op regelmatige basis, samen met het bespreken van de klachten. Er was sprake

van optimale begeleide zelfhulp in de CSC groep of psychologische steun in de GZ groep als er tenminste 5 gesprekken waren geboden op regelmatige basis binnen 15 weken. Er was sprake van suboptimale begeleide zelfhulp of psychologische steun wanneer er 1-4 gesprekken binnen 15 weken hadden plaatsgevonden, al dan niet op regelmatige basis.

2.5.2.2 CGT

CGT werd gedefinieerd als het aanbieden van CGT binnen de huisartspraktijk. CGT werd in de CSC groep als niet meer nodig gedefinieerd wanneer er sprake was van remissie in klachten na de begeleide zelfhulp.

2.5.2.3 Medicatie

Antidepressieve medicatie werd gedefinieerd als het voorschrijven van antidepressiva volgens de richtlijnen. Deze richtlijnen waren gebaseerd op de indicatoren uit onderzoek van Smolders et al. (2009) en de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2004). Er werd optimale antidepressieve medicatie geboden wanneer de bijwerkingen en het effect binnen zes weken met de cliënt waren besproken en de behandeling minstens zes maanden duurde of werd stopgezet na zes weken, bij geen effect. Daarnaast was, gebaseerd op de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2004), er enkel sprake van een optimaal gebruik van medicatie wanneer de juiste dosis was toegepast. Antidepressieve medicatie was suboptimaal wanneer er niet aan de criteria was voldaan. Benzodiazepine medicatie werd gedefinieerd als optimaal wanneer deze medicatie enkel aan het begin van de behandeling aangeboden was, bijwerkingen en effect binnen zes weken waren besproken, de behandeling maximaal zes weken duurde en de juiste dosis werd toegepast. Er was sprake van suboptimale benzodiazepine medicatie wanneer niet aan deze criteria werden voldaan.

2.5.2.4 Verwijzing

Verwijzing werd gedefinieerd als het algemeen verwijzen naar een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker of psychiater. Daarnaast werd ook gemeten welk percentage van de patiënten specifiek naar een eerstelijns psycholoog of GGZ-instelling werd verwezen.

2.5.3. Kwaliteit van zorg

Om de hypothese, dat de behandeling binnen de CSC groep bij een groter aantal patiënten voldeed aan de richtlijnen dan de behandeling bij de GZ groep, te toetsen, werd een algoritme opgesteld. De algoritmen uit dit onderzoek zijn gebaseerd op de indicatoren die gebruikt zijn door Smolders et al. (2009) en op de aanbevelingen van het Nederlandse Huisartsen Genootschap met betrekking tot de nationale 'evidence-based' klinische angstrichtlijnen (Terluin, Grol, Pijnenborg, & Goudswaard, 2005). De toepassing van de richtlijnen werd gedefinieerd zoals weergegeven in Box 2.

Box 2

Algoritme voor *correcte* toepassing van richtlijnen

Optimale psychologische steun/ begeleide zelfhulp *Of* CGT *Of* Optimale antidepressieve medicatie *Of*
Verwijzing naar behandelaars met ervaring in cognitieve gedragstherapie: eerstelijns psycholoog, GGZ-
instelling, psychiater

Aangezien er voor verschillende diagnoses verschillen in de richtlijnen bestaan zijn naast de al genoemde criteria enkele criteria aan de behandelingsstappen toegevoegd (zie Box 3). Zo waren tevens diagnose specifieke richtlijnen opgesteld.

Box 3

Algoritme voor *correcte* toepassing van diagnose specifieke richtlijnen

Optimale psychologische steun/ begeleide zelfhulp *Of* CGT *Of* Optimale antidepressieve medicatie *Of*
Verwijzing naar behandelaars met ervaring in cognitieve gedragstherapie: eerstelijns psycholoog, GGZ-
instelling, psychiater

CGT was verplicht bij PS zonder agorafobie

Antidepressieve medicatie was verplicht bij een comorbide depressie

Een combinatiebehandeling van CGT en antidepressieve medicatie was verplicht bij PS met agorafobie

Een gedeeltelijke toepassing van de richtlijnen was gedefinieerd als het ontvangen van suboptimale psychologische steun / begeleide zelfhulp *of* suboptimale medicatie (zie Box 4). Er was dus sprake van gedeeltelijke toepassing van de richtlijnen wanneer behandeling wel werd geboden maar niet correct werd toegepast. Wanneer er rekening gehouden werd met de diagnose van de cliënt gold hetzelfde algoritme met hieraan toegevoegd dat er ook gedeeltelijk aan de richtlijnen was voldaan wanneer wel een behandeling was geboden maar deze niet passend was bij de diagnose.

Box 4

Algoritme voor *gedeeltelijke* toepassing van richtlijnen

Suboptimale psychologische steun/ begeleide zelfhulp *Of* Suboptimale antidepressieve medicatie

Er werd berekend bij welk percentage van de patiënten geheel, gedeeltelijk of niet voldaan werd aan de richtlijnen.

2.6. Analyse

Om de toegepaste behandeling en het gemiddelde prestatieniveau van de toepassing van richtlijnen bij beide groepen (CSC groep en GZ groep) met elkaar te vergelijken werd een Chi-kwadraat toets toegepast. Het percentage patiënten in de CSC groep die een behandeling geheel of gedeeltelijk

conform de richtlijnen had gekregen werd vergeleken met het percentage patiënten in de GZ groep die een behandeling geheel of gedeeltelijk conform de richtlijnen had gekregen. Missende waarden werden niet geïmputeerd in het onderzoek. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen voor de medicatiegegevens, en de medicatiegegevens te valideren voor de gegevens van huisartsen en patiënten, is Cohen's kappa gebruikt. Statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS versie 15.0 software pakket (SPSS Inc., 2006).

3. Resultaten

De volgende onderzoeksvragen werden gesteld: 1. Welke behandelingsvormen worden in de CSC en GZ toegepast? 2. Worden er in CSC minder patiënten doorverwezen naar de tweede lijn (een GGZ-instelling) dan in GZ? 3. Welke interventie (CSC of GZ) leidt tot zorg die het meest overeenkomt met de richtlijnen? De eerste twee onderzoeksvragen worden beantwoord in paragraaf 3.2 en de derde onderzoeksvraag in paragraaf 3.3.

3.1. Patiëntgegevens

In tabel 1a en 1b zijn de demografische en klinische kenmerken van de participanten weergegeven. De gemiddelde leeftijd was 46,61 (SD 14,9) en de meerderheid van de patiënten was vrouw (66%). Bijna alle respondenten hadden een Nederlandse nationaliteit (97,4 %). Er zijn significante verschillen gevonden in de gemiddelde leeftijd en het gebruik van psychologische behandeling in het verleden bij aanvang van het onderzoek. Patiënten in de CSC groep hadden bij aanvang van het onderzoek een significant lagere gemiddelde leeftijd (44,3) dan participanten in de GZ groep (50,7). Daarnaast hadden in de CSC groep significant minder patiënten in het verleden psychologische behandeling gehad (55,9%) dan in de GZ groep (73,1%).

Tabel 1a. Demografische en klinische kenmerken bij aanvang

	GZ		CSC		Totaal		p-waarde χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Leeftijd, gemiddeld (SD)		50,71 (14,70)		44,25 (14,46)		46,61 (14,90)	0,009*
Geslacht							0,160
Man	23	41,1	29	29,9	52	34	
Vrouw	33	58,9	68	70,1	101	66	
Geboorteland							0,469
Nederland	51	91,1	86	89,6	137	90,1	
Ander Europees land	1	1,8	4	4,2	5	3,3	
Land buiten Europa	1	1,8	3	3,1	4	2,6	
Nationaliteit							0,125
Nederlands	55	100	92	95,8	174	97,4	
Anders	0	0	4	4,2	4	2,6	

GZ = Gebruikelijke zorg; CSC = Collaborative stepped care ; * $p < .05$

Tabel 1b. Demografische en klinische kenmerken bij aanvang

	GZ		CSC		Totaal		p-waarde χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Onderwijsniveau							0,974
Basisonderwijs	4	7,1	6	6,2	10	6,5	
Middelbaaronderwijs	32	57,1	56	57,7	88	57,5	
Hogeronderwijs	20	35,7	35	36,1	55	35,9	
Betaalde baan							0,260
Ja	31	55,4	59	60,8	90	58,8	
Nee	25	44,6	38	39,2	63	41,2	
Burgelijke status							0,279
Gehuwd/ samenwonend	38	67,9	57	59,4	95	62,5	
Primaire diagnose							0,906
PS	26	46,4	42	43,3	68	44,4	
GAS	15	26,8	26	26,8	41	26,8	
PS en GAS	15	26,8	29	29,9	44	28,8	
Leeftijd ontstaan van primaire diagnose, gemiddeld (SD)							
PS	38	32,45 (13,45)	68	29,41 (12,99)	106	30,50 (13,17)	0,257
GAS	27	37,74 (17,43)	50	31,64 (14,78)	77	33,78 (15,92)	0,109
Comorbiditeit depressie							0,573
Ja	18	32,1	27	27,8	45	29,4	
Nee	38	67,9	70	72,2	108	70,6	
Aantal psychiatrische diagnoses, gemiddeld (SD)							0,073
		2,12 (1,11)		2,57 (1,54)		2,41 (1,41)	
Psychologische behandeling in het verleden							0,041*
Ja	38	73,1	52	55,9	90	62,1	
Nee	14	26,9	41	44,1	55	37,9	
Aantal chronische condities (SD)							0,156
	56	1,66 (1,53)	97	1,30 (1,50)	153	1,43 (1,52)	

GZ = Gebruikelijke zorg; CSC = Collaborative stepped care ; * $p < .05$

3.2. Geboden zorg

1. De verschillende behandelingsvormen die volgens huisartsen en *care managers* aan patiënten in de CSC- en GZ groep waren geboden zijn te vinden in Tabel 2. In de tabel is te zien dat in de CSC groep de meeste patiënten optimale begeleide zelfhulp hadden ontvangen. In de CSC groep was voor een groot deel van de patiënten CGT niet meer nodig omdat er sprake was van remissie nadat begeleide zelfhulp was geboden. In de GZ groep waren de meeste patiënten verwezen of hadden optimale antidepressiva of suboptimale psychologische steun ontvangen. Wanneer beide groepen met elkaar vergeleken werden bleek dat in de CSC groep significant meer patiënten begeleide zelfhulp hadden ontvangen dan het aantal patiënten wat psychologische steun had ontvangen in de GZ groep. Daarnaast hadden meer patiënten in de CSC groep CGT en minder patiënten suboptimale antidepressieve medicatie ontvangen dan in de GZ groep. Niet beschreven in de tabel maar wel meegenomen in de resultaten was het percentage patiënten die volgens de huisarts benzodiazepine

hadden ontvangen. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen ($p = 0,169$). In de GZ groep had 5,4% optimale benzodiazepine medicatie ontvangen, 21,4% suboptimale en 73,2% geen benzodiazepine medicatie. In de CSC groep had 3,3% optimale benzodiazepine medicatie ontvangen, 11% suboptimale en 85,7% geen benzodiazepine medicatie.

2. In de CSC groep waren significant minder patiënten doorverwezen naar de eerstelijns psycholoog; bij GGZ-instellingen werd zo'n verschil niet gevonden.

Tabel 2. Toegepaste zorg

	GZ (N = 56)		CSC (N = 97)		Totaal (N = 153)		p-waarde χ^2
	N	%	N	%	N	%	
<i>Psychologische steun/ begeleiding zelfhulp %</i>							0,000*
Optimale psychologische steun/ begeleiding zelfhulp	11	19,6	64	66*	75	49	
Suboptimale psychologische steun/ begeleiding zelfhulp	17	30,4	25	25,8	42	27,5	
Geen psychologische steun/ begeleiding zelfhulp	28	50	8	8,2 *	36	23,5	
<i>Cognitieve gedragstherapie %</i>							0,000*
Cognitieve gedragstherapie	1	1,8	10	10,3*	11	7,2	
Cognitieve gedragstherapie niet nodig (in CSC)			47	48,5	47	30,7	
Geen cognitieve gedragstherapie	55	98,2	40	41,2*	95	62,1	
<i>Antidepressiva %</i>							0,002*
Optimale antidepressiva	16	28,6	20	21,1	36	16,9	
Suboptimale antidepressiva	9	16,1	2	2,1*	11	15,2	
Geen antidepressiva	31	55,4	73	76,8*	104	68,9	
<i>Verwijzing %</i>							
Verwijzing algemeen	31	57,4	13	13,5*	44	29,3	0,000*
Geen verwijzing	23	42,6	83	86,5*	106	70,7	0,000*
Verwijzing naar eerstelijns psycholoog	16	28,6	3	3,1*	19	12,4	0,000*
Verwijzing naar GGZ-instelling	11	19,6	9	9,3	20	13,1	0,067
<i>Vorm van psychologische behandeling geboden %</i>							0,000*
Psychologische behandeling	40	72,7	91	93,8*	131	86,2	
Geen psychologische behandeling	15	27,3	6	6,2*	21	13,8	
<i>Contact van huisarts met psychiater %</i>							0,045*
Wel contact	1	2	11	11,5*	12	8,2	
Geen contact	50	98	28	29,2*	78	53,0	
Niet van toepassing			57	59,4	57	38,8	
<i>Gebruik klachtenlijst %</i>							0,000*
Klachtenlijst gebruikt	3	6	69	98,6*	72	60,0	
Geen klachtenlijst gebruikt	47	94	1	1,4*	48	40,0	

GZ = Gebruikelijke zorg; CSC = Collaborative stepped care ; * $p < .05$

Validatie met patiëntgegevens

De rapportage van het gebruik van antidepressiva volgens huisartsen en patiënten leken voldoende tot goed met elkaar overeen te komen ($k = 0.701$).

3.3. Kwaliteit van zorg

3. Bij ongeveer 70 % van alle patiënten is behandeling volgens de richtlijnen toegepast (Tabel 3). In de CSC groep werden de richtlijnen bij significant meer patiënten toegepast dan bij de GZ groep. Daarnaast werden bij significant minder patiënten in de CSC groep de richtlijnen helemaal niet toegepast dan in de GZ groep.

Tabel 3. Toepassing van de richtlijnen

	GZ		CSC		Totaal		p-waarde χ^2
	N	%	N	%	N	%	
<i>Toepassen van richtlijnen %</i>							0,002*
Correcte toepassing van richtlijnen	31	56,4	75	77,3*	106	69,7	
Gedeeltelijke toepassing van richtlijnen	14	25,5	19	19,6	33	21,7	
Geen toepassing van richtlijnen	10	18,2	3	3,1*	13	8,6	

GZ = Gebruikelijke zorg; CSC = Collaborative stepped care ; * $p < .05$

Wanneer de diagnose (comorbiditeit van depressie en PS met of zonder agorafobie) werd meegenomen had 47,4 % van alle patiënten behandeling volgens de richtlijnen ontvangen (Tabel 4). In beide groepen werd in gelijke mate de richtlijnen correct toegepast. In de CSC groep werden bij significant minder patiënten de richtlijnen helemaal niet toegepast.

Tabel 4. Toepassing van de richtlijnen, rekening houdend met diagnose

	GZ		CSC		Totaal		p-waarde χ^2
	N	%	N	%	N	%	
<i>Toepassen van richtlijnen %</i>							0,004*
Correcte toepassing van richtlijnen	26	47,3	46	47,4	72	47,4	
Gedeeltelijke toepassing van richtlijnen	19	34,5	48	49,5	67	44,1	
Geen toepassing van richtlijnen	10	18,2	3	3,1*	13	8,6	

GZ = Gebruikelijke zorg; CSC = Collaborative stepped care ; * $p < .05$

4. Discussie

4.1. Conclusie

De huidige studie onderzocht de invloed van *collaborative stepped care* (CSC) in vergelijking met de gebruikelijke zorg (GZ) op de mate van toepassing van behandeling conform de richtlijnen bij patiënten met gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en paniekstoornis (PS) in huisartspraktijken in Nederland. Het doel van dit onderzoek was te bepalen 1. welke behandelingsvormen in de CSC en GZ werden toegepast, 2. in welke mate patiënten werden doorverwezen naar de tweede lijn (geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling) binnen CSC in vergelijking met de GZ en 3. welke behandeling (CSC of GZ) leidde tot zorg die het meest overeenkwam met de richtlijnen. De hypothesen van het onderzoek luiden dat in de CSC groep meer patiënten cognitieve gedragstherapie (CGT) zouden

ontvangen dan in de GZ groep en minder patiënten suboptimale antidepressiva, minder patiënten doorverwezen zouden worden naar een GGZ-instelling en dat de CSC interventie leidde tot zorg die het meest overeen zou komen met de richtlijnen. De resultaten indiceerden dat in de CSC groep de meeste patiënten optimale begeleide zelfhulp hadden ontvangen. In de CSC groep was voor een groot deel van de patiënten CGT niet meer nodig omdat er sprake was van remissie nadat begeleide zelfhulp was geboden. In de GZ groep waren de meeste patiënten verwezen of hadden optimale antidepressiva of suboptimale psychologische steun ontvangen. Wanneer beide groepen met elkaar vergeleken werden bleek dat in de CSC groep significant meer patiënten begeleide zelfhulp hadden ontvangen dan het aantal patiënten wat psychologische steun had ontvangen in de GZ groep. Daarnaast hadden meer patiënten in de CSC groep CGT ontvangen en minder patiënten suboptimale antidepressieve medicatie dan in de GZ groep. Verder was er een trend te zien in doorverwijzing naar een GGZ-instelling waarbij binnen de CSC groep minder patiënten waren doorverwezen naar een GGZ-instelling. Als laatste indiceerden de resultaten dat in de CSC groep significant meer patiënten behandeling conform de richtlijnen hadden ontvangen en in de CSC groep significant minder patiënten een behandeling hadden ontvangen die in zijn geheel niet conform de richtlijnen was aangeboden. Wanneer diagnose specifieke richtlijnen werden gevolgd waren er tussen beide groepen geen significante verschillen meer aanwezig in het correct toepassen van de richtlijnen. In de CSC groep en GZ groep hadden hetzelfde percentage patiënten behandeling conform de richtlijn ontvangen. Wel hadden ook nu in de CSC groep minder patiënten een behandeling ontvangen die helemaal niet conform de richtlijnen was aangeboden.

De resultaten kwamen grotendeels overeen met de hypothesen. In de CSC groep was zoals verwacht bij meer patiënten CGT toegepast dan in de GZ groep en bij minder patiënten suboptimale antidepressiva. Dat daarnaast voor een groot deel van de patiënten enkel begeleide zelfhulp al voldoende was, bevestigden eerdere resultaten (Boeijen et al., 2007), waarin bleek dat patiënten in de eerste lijn goed behandeld kunnen worden middels begeleide zelfhulp. In tegenstelling tot de hypothese waren er niet significant minder patiënten in de CSC groep verwezen naar een GGZ-instelling in vergelijking met het aantal patiënten in de GZ groep. Wel waren er in de CSC groep significant minder patiënten verwezen naar een eerstelijns psycholoog. Dat er een groter verschil was te vinden in verwijzing naar een eerstelijns psycholoog dan in verwijzing naar een GGZ-instelling lijkt overeen te komen met eerdere resultaten uit onderzoek van Meijer, Zantinge & Verhaak (2004). Dat er geen significant verschil is gevonden in verwijzing naar GGZ-instellingen kan verschillende redenen hebben. In dit onderzoek waren enkel praktijken geïnccludeerd die korte lijnen hadden met eerstelijns instellingen. Waarschijnlijk werden er in beide groepen in ieder geval al veel patiënten doorverwezen naar een eerstelijns psycholoog en dus minder patiënten naar een GGZ-instelling. Tevens hadden mogelijk vooral patiënten met lichte tot matige klachten, die normaal gesproken naar een eerstelijns psycholoog verwezen zouden worden, baat bij CSC. Voor hen was het niet meer nodig verwezen te worden omdat de behandeling van de *care manager* voldoende was. Patiënten met meer

chronische klachten, die eerder naar een GGZ-instelling verwezen worden, moesten daarentegen na het volgen van de verschillende behandelingsstappen mogelijk alsnog verwezen moeten worden.

Als laatste viel op aan de resultaten dat het verschil tussen beide groepen in percentage van patiënten waarbij de richtlijnen correct waren toegepast niet meer aanwezig was wanneer de diagnose (comorbiditeit van depressie en PS met of zonder agorafobie) werd meegenomen in de analyses. Wanneer er rekening gehouden werd met de comorbiditeit van depressie sloot het CSC model niet meer aan op de behandeling zoals deze in de richtlijnen wordt aanbevolen. In het CSC model werd medicatie pas als derde stap aangeboden terwijl dit in de richtlijnen als eerste stap wordt aanbevolen. Ondanks dat op deze manier niet volgens de richtlijnen van angststoornissen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2004) werd gehandeld bleek deze behandeling toch effectiever (Muntingh et al., *in druk*). In het onderzoek waren enkel patiënten geïnccludeerd waarbij angstklachten duidelijk voorop stonden. Mogelijk waren depressieve klachten in zo'n kleine mate aanwezig dat het niet genoodzaakt was medicatie te gebruiken. Een andere mogelijkheid is dat medicatie niet direct als eerste stap noodzakelijk is bij patiënten met angstklachten met een comorbide depressie.

4.2. Zwakke punten van het onderzoek

In het huidige onderzoek was geen rekening gehouden met de invloed van een al dan niet geregistreerde diagnose op de toepassing van de richtlijnen. Uit de checklists bleek dat in de GZ groep de diagnose PS of GAS niet altijd bekend was voor de huisarts en dus niet geregistreerd was, ondanks dat patiënten geïnccludeerd waren in het onderzoek en voldeden aan de kenmerken voor angststoornis. Wanneer de diagnose bij de huisarts niet bekend was zou dit een belemmering kunnen zijn voor het toepassen van de richtlijnen (Smolders et al., 2009) en zou dit het verschil in het correct toepassen van de richtlijnen tussen de CSC- en GZ groep groter gemaakt kunnen hebben. De verwachting is dat de al dan niet door de huisarts geregistreerde diagnose geen grote invloed heeft op de resultaten, aangezien maar bij een klein deel van de patiënten de diagnose niet bekend was voor de huisarts. Daarnaast werden zelfs, in vergelijking met patiënten met angststoornis waarbij de diagnose bekend was (Smolders et al., 2009), in de CSC groep de richtlijnen in ruimere mate toegepast. Het CSC model lijkt dus een toegevoegde waarde te hebben.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat in de GZ groep significant meer patiënten in het verleden psychologische behandeling hadden ontvangen en dan in de CSC groep. Bij de patiënten die in het verleden psychologische behandeling hadden gehad was er mogelijk sprake van een meer ernstige stoornis. Mogelijk werden zij daarom sneller doorverwezen dan patiënten zonder psychologische behandeling in het verleden. Hetzelfde gold voor de patiënten in de GZ groep waarvan de gemiddelde leeftijd hoger lag dan in de CSC groep. Aangezien er geen significant verschil was in gemiddelde leeftijd waarin de klachten ontstonden waren in de GZ groep klachten langere tijd aanwezig. Ook dit zou geleid kunnen hebben tot een groter aantal verwijzingen in de GZ groep en een overschatting van de verschillen tussen het aantal verwijzingen in de CSC en GZ groep. De

verwachting is niet dat het verschil in psychologische behandeling in het verleden en de gemiddelde leeftijd tussen beide groepen van invloed is geweest op het resultaat in toepassing van de richtlijnen. De ernst van symptomen lijkt hier namelijk geen invloed op te hebben (Smolders et al., 2009).

4.3. Sterke punten van het onderzoek

Dit onderzoek is niet eerder uitgevoerd (Adli et al., 2006) wat maakt dat het vernieuwende resultaten oplevert en het een bijdrage levert aan het algehele onderzoek naar CSC. Het CSC model lijkt de bezwaren over tijdsgebrek van de huisartsen te ondervangen aangezien er in de CSC groep meer patiënten behandeling conform de richtlijnen kregen en minder patiënten een behandeling waar de richtlijnen helemaal niet waren toegepast dan in de GZ. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat het onderdeel was van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. De resultaten zijn daarnaast generaliseerbaar naar patiënten met PS en GAS in de praktijk aangezien patiënten werden geworven in de huisartspraktijken en onderzoek binnen de praktijk zelf plaats vond. De angststoornissen werden in dit onderzoek valide gediagnosticeerd met een structureel psychiatrisch interview.

Er valt te discussiëren over het gebruik van huisartsgegevens in huidig onderzoek. Mogelijk noteren huisartsen de toegepaste behandeling niet altijd even nauwkeurig in het dossier (Rethans, Martin & Metsemaker, 1994). Huisartsen hebben daarentegen wellicht wel beter zicht op het daadwerkelijk aantal gegeven behandelingen dan patiënten, omdat patiënten dit doorgaans niet bijhouden. Het gebruik van huisartsgegevens kan dus ook als sterk punt benaderd worden. Omdat er alleen afspraken meetelden die gingen over de psychologische klachten, en de huisarts/ *care manager* hier het beste zicht op heeft, werd de kans op overschatting van het aantal afspraken bij de huisarts/ *care manager* verkleind. Omdat de gegevens voor medicatie gevalideerd waren aan de hand van patiëntgegevens werd daarnaast de objectiviteit van de resultaten vergroot.

4.4. Aanbevelingen

In de toekomst zou men onderzoek naar de invloed van CSC op toepassing van de richtlijnen kunnen combineren met onderzoek naar de invloed van de bekendheid van de diagnose bij de huisarts op toepassing van de richtlijnen. Mogelijk wordt de invloed van CSC op toepassing van de richtlijnen beïnvloed door het stellen van een diagnose (Smolders et al., 2009). Daarnaast zou er in volgend onderzoek, bij het opstellen van een algoritme voor correcte toepassing van de richtlijnen, rekening gehouden kunnen worden met de ernst van de diagnose (Trimbos-instituut, 2009). Deze zou bij aanvang van het onderzoek bepaald kunnen worden. De ernst van de comorbide depressieve klachten zou inzicht kunnen geven in de juistheid van de toepassing van de behandelingsvormen. Een laatste aanbeveling is om onderzoek te doen naar de relatie tussen correcte toepassing van de richtlijnen en effectiviteit van CSC. Hier is nog maar weinig onderzoek naar gedaan (Adli et al, 2006). Uit eerder onderzoek is CSC een effectieve behandeling gebleken (Muntingh et al., 2009) en uit het huidige onderzoek is gebleken dat CSC het correct toepassen van de richtlijnen bevordert. Mogelijk is de

correcte toepassing van de richtlijnen dat wat de effectiviteit vergroot en is het een belangrijke factor die de effectiviteit van CSC bepaalt.

CSC lijkt veel toe te kunnen voegen aan de huidige zorg. Door middel van het CSC model vindt er meer communicatie plaats tussen de huisarts en psychiater en wordt er meer gehandeld conform de richtlijnen en minder gehandeld zonder de richtlijnen te volgen. De bezwaren over tijdsgebrek van de huisartsen lijken ondervangen te worden aangezien het CSC model behandeling conform de richtlijn, die effectief is gebleken, stimuleert. Daarnaast zorgt het CSC model mogelijk voor vermindering van kosten in de eerstelijns zorg. Omdat in de CSC groep patiënten effectief behandeld konden worden door middel van begeleide zelfhulp werden mogelijk de kosten van CGT of medicatie bespaard.

Afkortingen

CC	Collaborative care
CSC	Collaborative stepped care
GZ	Gebruikelijke zorg
PS	Paniekstoornis
GAS	Gegeneraliseerde angststoornis
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiënten dossier
PHQ22	Patient Health Questionnaire anxiety subscale
BAI	Beck Anxiety Inventory

Referentie Lijst

- Adams, A. S., Soumerai, S. B., Lomas, J. & Ross-Degnan, D. (1999). Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 187- 92.
- Adli, M., Bauer, M.S., & Rush, J. (2006). Algorithms and collaborative care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biological Psychiatry*, 59, 1029-1038.
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Andrews, G., Oakley-Browne, M., Castle, D., Judd, F., & Baillie, A. (2003). Summary of guideline for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian Psychiatry*, 11 (1), 29-33.
- Balkom, van, A. J. L. M., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 510-516.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Boeijen, van, C. A., Oppen, van, P., Boeke, J., Visser, S., Kempe, P., Blankenstein, N. et al. (2007). Angststoornissen in de eerste lijn vaak goed te behandelen. Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 50, 315-320.

- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In Hawton, K., Salkovskis, P. M. & Clark, D. M. (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Dijk, van, M., Verbraak, M., Oosterbaan, D. B. & Balkom, van, A. J. L. M. (2008). Implementatie van richtlijnen: Het bepalen van belemmerende en bevorderende factoren door middel van een vragenlijst. *Psychopraxis*, 5, 202-208.
- Farrin, A., Russell, I., Torgerson, D., & Underwood, M. (2005). Differential recruitment in a cluster randomized trial in primary care: the experience of the UK back pain, exercise, active management and manipulation (UK BEAM) feasibility study. *Clinical Trials*, 2, 119-124.
- Feltz-Cornelis, van der, C. M. (1999). De psychiater in de huisartspraktijk. *Neuropraxis*, 3, 40-42.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J. et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Feltz-Cornelis, van der, C. M., Oppen, van, P., Adèr, H., & Dyck, van, R. (2006). Collaborative care voor lichamelijk onverklaarde klachten in de huisartsenpraktijk. Uitkomst en opbrengst voor de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 49, 342-347.
- Hendriks, G. J. (2004). De medicamenteuze behandeling van angststoornissen. *Bijblijven*, 20, 58-67.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomen, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. I., Freeman, B. B. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva, d. L., & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, CD001848.

- Hutton, C. & Gunn, J. (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BioMedicalCentral Health Service Research*, 7, 71.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J. & Hendriks, G. J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie. In Keijsers, G. P. J., Minnen, van, A. & Hoogduin, C. A. L. *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Katon, W., Korff, von, M., Lin, E., Simon, G. E., Bush, T., Robinson, P. et al. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 1026-1031.
- Katon, W., Korff, von, M., Lin, E., Simon, G. E., Walker, E., Unützer, J., Bush, T., Russo, J., & Ludman, E. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression a randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1109- 1115.
- Kroenke, K., Jackson, J. L., & Chamberlin, J. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *The American Journal of Medicine*, 103, 339-347.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Leentjens, A. F. G. & Burgers, J. S. (2008). Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 6, 329-335.
- Meijer, S. A. & Verhaak, P. F. M. (2004) *De eerstelijns GGZ in beweging: Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking eerstelijns GGZ"*. Utrecht: NIVEL.

- Meijer, S. A., Zantinge, E. M. & Verhaak, P. F. M. (2004) *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eertelijns GGZ te evalueren*. Utrecht: NIVEL.
- Muntingh, A. D. T., van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Assendelft, W. J. J., de Waal, M. W. et al. (2009). Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BioMedicalCentral Health Services Research*, 9, 159.
- Muntingh, A. D. T., van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Assendelft, W. J. J., de Waal, M. W. et al. (in druk). Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2004). NHG Standaard Angststoornis. Verkregen op 23 februari, 2011 van:
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M62_svk.htm
- Nauta, N., Manders, J. & Hulshof, C., Werken met professionele richtlijnen, ervaringen uit de bedrijfsgezondheidszorg. *Psychopraxis* , 9, 60-65.
- Ormel J., Korff, von, M., Ustun T. B., Pini S., Korten A. & Oldehinkel T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *The Journal of American Medicine Association*, 272, 1741-8.
- Otto, M. W. & Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Supplement 4, 28-32.
- Puffer, S., Torgerson, D., & Watson, J. (2003). Evidence for risk of bias in cluster randomised trials: review of recent trials published in three general medical journals. *British Medical Journal*, 327, 785-789.

- Rhetans, J-J., Martin, E. & Metsemaker, J. (1994). To what extent do clinical notes by general practitioners reflect actual medical performance? A study using simulated patients. *British Journal of General Practice*, 44, 153-156.
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Zhu, F., Gardner, W. et al. (2005). A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1332-1341.
- Roy-Byrne, P. P., Katon, W., Cowley, D. S., & Russo, J. (2001). A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58, 869-876.
- Roy-Byrne, P. P. & Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Supplement 13, 20-26.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, G.M., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D. & Sherbourne, C. D. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioural therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290-298.
- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W., & Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Supplement 4, 16-22.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L. et al. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.
- Smolders, M., Laurant, M., Wensing, M. & Grol, R. (2008) Appropriateness of general practice care for patients with depression and anxiety: (preliminary) results. *Centre for Quality of Care research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre, The Netherlands.*

- Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, van, M., Marwijk, van, H. M., Penninx, B. Wensing, M. & Grol., R. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry, 31*, 460-469.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Journal of the American Medical Association, 282* (18), 1737-1744.
- SPSS Inc. (2006). SPSS 15.0 for Windows [Computer software]. Chicago.
- Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M.G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W, Sullivan, G. & Roy-Byrne, P. P. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2230-2237.
- Terluin, B., Grol, M. H., Pijnenborg, L., & Goudswaard, A. N. (2005). Samenvatting van de standaard Angststoornissen (eerste herziening) van het Nederlandse Huisgenootschap. *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 149*, 22, 1211.
- Tiemens, B. (1999). *Management of mental health problems in primary care: the doctor, the patient and the medical model*. Groningen: University of Groningen.
- Trimbos-instituut (2009). Multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen (eerste revisie): versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vliet, van, I. M. & Beurs, de, E. (2007). Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 49*, 393-397.
- Korff, von, M. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine, 172*, 133-137.
- Weinmann, S., Janssen, B., & Gaebel, W. (2005). Guideline adherence in medication

management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 18-25.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.

Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Supplement 11, 15-19.

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness-course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.

Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55-61.