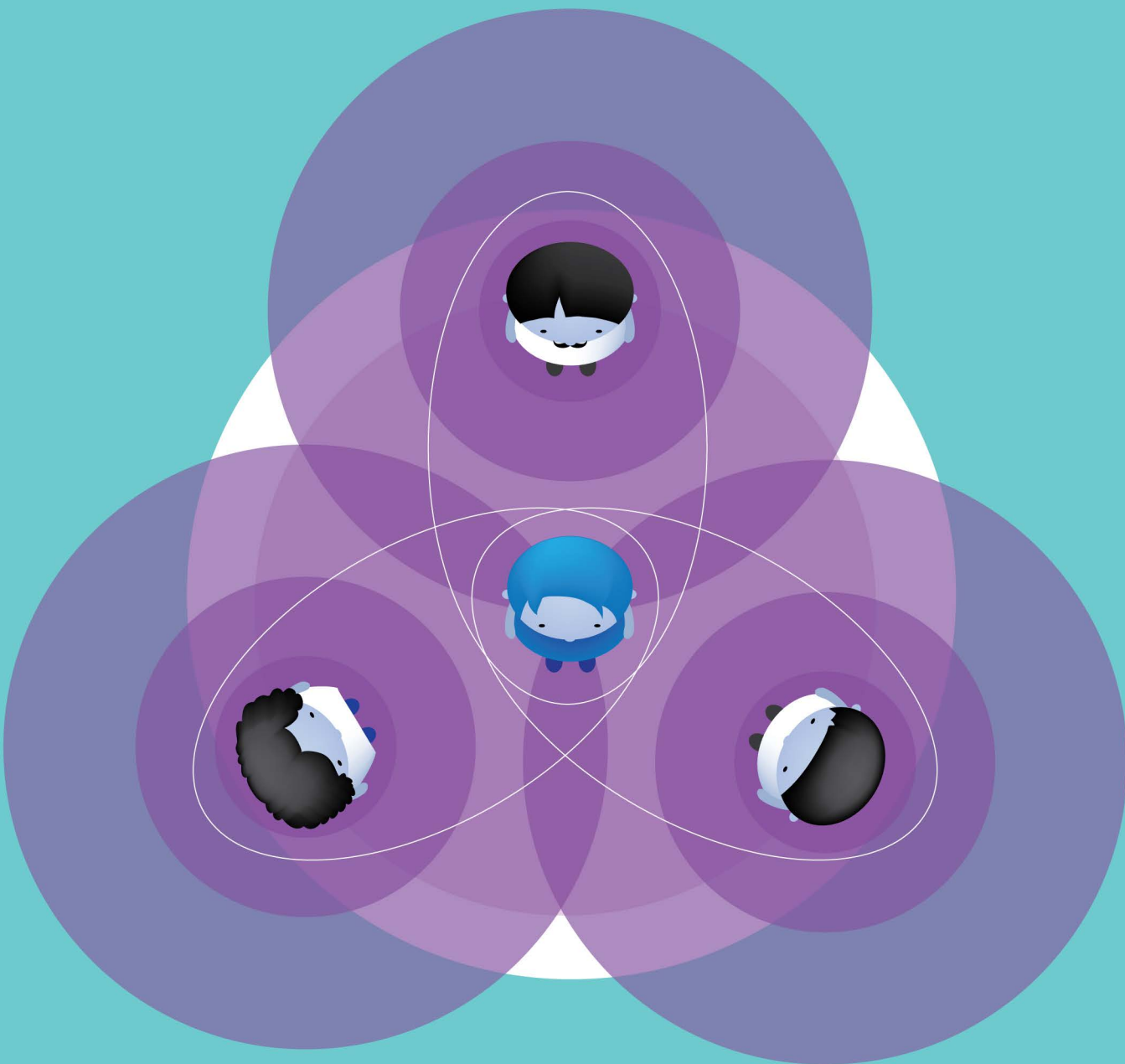


TRANSFORMING PRIMARY CARE FOR ANXIETY DISORDERS THE COLLABORATIVE STEPPED CARE MODEL

Anna Muntingh



Nederlandse samenvatting

Inleiding

Angststoornissen komen veel voor

Stress, spanning en angstklachten komen veel voor. Er is sprake van een angststoornis als iemand zoveel last heeft van de angstklachten dat die hem of haar beperken in het dagelijks leven. Ongeveer één op de vijf Nederlanders krijgt eens in zijn leven een angststoornis (de Graaf *et al.* 2010). Vaak houden angstklachten lang aan, of komen in periodes terug. Dit is niet alleen nadelig voor de persoon zelf, maar ook voor de maatschappij, omdat iemand met een angststoornis zich vaker ziek meldt en meer gebruik maakt van zorgvoorzieningen.

De zorg voor mensen met een angststoornis is niet optimaal

Angststoornissen kunnen in principe goed behandeld worden met gesprekstherapie of met medicatie. Volwassenen met angstklachten komen over het algemeen eerst terecht bij hun huisarts. Hoewel de huisartspraktijk een goede plek lijkt voor de behandeling van angstklachten –laagdrempelige zorg dichtbij huis– blijkt het lastig om in de huisartspraktijk mensen met angststoornissen goed te behandelen. Hier zijn verschillende redenen voor: huisartsen zijn niet altijd voldoende ervaren in gesprekstherapie of hebben hiervoor te weinig tijd, patiënten kunnen bezwaren hebben tegen medicatie of tegen een doorverwijzing naar de psycholoog en contacten tussen hulpverleners of instellingen zijn niet altijd goed geregeld (van Marwijk 2004; Prins *et al.* 2009; Van Rijswijk *et al.* 2009; Muntingh *et al.* 2012).

Leren van de zorg voor chronische ziekten

Hoewel angststoornissen niet per definitie chronisch verlopen, bestaan de klachten vaak langdurig, of komen ze in periodes terug. Daarom is het nodig om de zorg voor patiënten met angststoornissen anders in te richten dan voor kortdurende kwalen. Voor patiënten met een angststoornis is het belangrijk dat de zorg erop gericht is hen zo goed mogelijk zelf om te leren gaan met de klachten (zelfmanagement), dat verschillende hulpverleners (zoals huisartsen en psychologen) goed met elkaar samenwerken en dat de klachten van de patiënt regelmatig worden geëvalueerd

Addendum

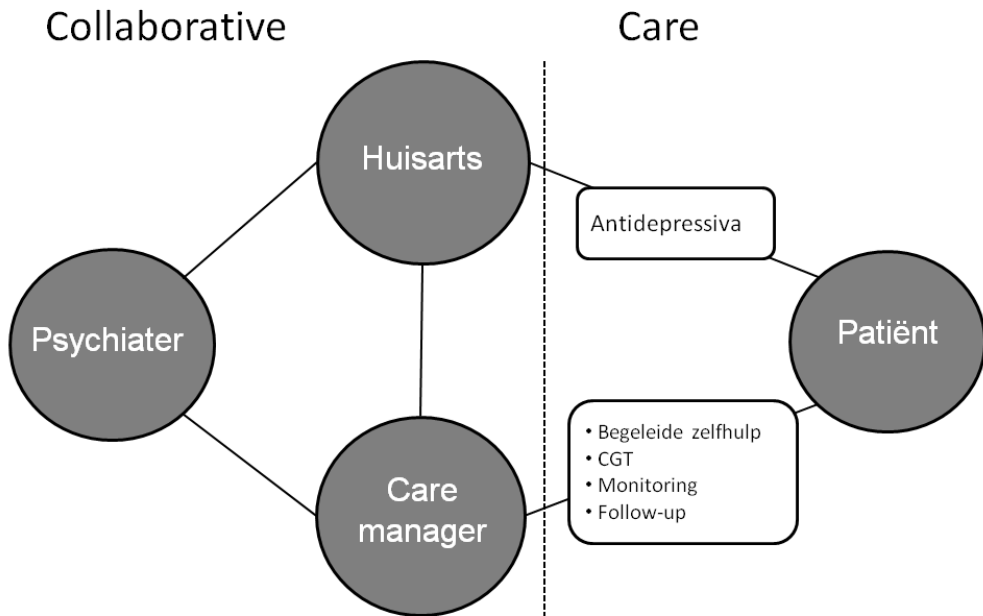
(monitoren). De huidige zorg voor patiënten met een angststoornis ziet er nog niet zo uit. We kunnen hierin leren van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten. De zorg voor chronische ziekten wordt tegenwoordig zo georganiseerd dat de patiënt een vaste hulpverlener heeft (de praktijkondersteuner) die hem of haar ondersteunt in het omgaan met de ziekte in samenwerking met de huisarts, waarbij er vaste controlemomenten zijn en goede afspraken met andere zorgverleners. Het *collaborative care model* is een behandelmodel voor psychische stoornissen dat sterk lijkt op het hierboven beschreven model voor chronische zorg. In het collaborative care model werken verschillende hulpverleners samen (huisarts, verpleegkundige, psychiater), wordt er gewerkt met wetenschappelijk onderbouwde behandelingen, en worden de klachten van de patiënt regelmatig geëvalueerd (Katon *et al.* 2010).

Het collaborative care model

Bij collaborative care wordt de huisarts doorgaans ondersteund door een *care manager* (meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of psycholoog), die nauw samenwerkt met de huisarts. De care manager geeft de patiënt uitleg over de klachten en de behandeling, verleent psychologische zorg met behulp van wetenschappelijk onderbouwde protocollen en evalueert de voortgang van de behandeling met de patiënt. De huisarts en care manager kunnen advies vragen aan een psychiater over de patiënt of de behandeling (Figuur 1). Collaborative care heeft goede resultaten geboekt bij de behandeling van depressie (Gilbody *et al.* 2006; Thota *et al.* 2012), met name in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland (Huijbregts *et al.* 2012). Ook voor angststoornissen lijkt het collaborative care model veelbelovend (Smolders *et al.* 2008; Roy-Byrne *et al.* 2010), maar hier is tot nu toe nog weinig onderzoek naar gedaan.

Stepped care en collaborative care

Om de zorg betaalbaar te houden, is het belangrijk dat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar niet meer dan dat. Hier sluit het principe *stepped care* op aan: mensen krijgen eerst een lichte vorm van zorg. Alleen als het nodig is krijgen zij een meer intensieve behandeling (Davison 2000). Hoewel dit een logisch en aantrekkelijk idee lijkt, is er nog geen sterk bewijs dat stepped care bij angststoornissen beter werkt



Figuur 1: Schematische weergave van collaborative care bij angststoornissen
 © Meere & Muntingh, 2009

of goedkoper is dan de huidige huisartsenzorg (Bower & Gilbody 2005). Het collaborative stepped care model kan een goede methode zijn om stepped care toe te passen: met een *care manager* die de voortgang goed in de gaten houdt en een psychiater op de achtergrond die kan ingrijpen wanneer nodig.

Paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis

De paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis zijn twee typen angststoornissen waarvoor collaborative stepped care goed zou kunnen werken. Beide stoornissen komen regelmatig voor, mensen hebben vaak gedurende langere tijd of in periodes last van de klachten en er zijn kortdurende, wetenschappelijk onderbouwde behandelingen beschikbaar voor toepassing in de eerste lijn, die echter onvoldoende worden toegepast.

Collaborative stepped care voor huisartspatiënten met paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis

Samengevat kan worden gesteld dat het *collaborative stepped care* model een veelbelovende methode lijkt om de zorg voor patiënten met een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis te verbeteren. Door het plaatsen van een *care manager* in de huisartspraktijk, die kortdurende behandelingen uitvoert, de klachten van de patiënt gedurende langere tijd in de gaten houdt en regelmatig overlegt met de huisarts en eventueel de psychiater wordt het zorgsysteem verbeterd wat tot betere behandelresultaten moet leiden. Echter, de effectiviteit van een dergelijk *collaborative stepped care* model bij paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis is nog niet onderzocht. Daarom komen in dit proefschrift de volgende vraagstellingen aan de orde:

- Wat is de effectiviteit van *collaborative care* voor angststoornissen wereldwijd? (Hoofdstuk 2)
- Wat is de effectiviteit van *collaborative stepped care* bij patiënten met een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis in de huisartspraktijk ten opzichte van de gebruikelijke zorg? (Hoofdstuk 3)
- Hoe verhouden de kosten en baten van *collaborative stepped care* zich met die van de gebruikelijke zorg? (Hoofdstuk 4)
- Hoe kunnen vragenlijsten bijdragen aan het herkennen van een angststoornis door de huisarts en het vaststellen van de ernst van angstklachten in de eerste lijn? (Hoofdstuk 5)

Systematische literatuurstudie naar gerandomiseerd onderzoek over collaborative care voor angststoornissen

In hoofdstuk 2 werd het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van collaborative care bij angststoornissen onderzocht. In wetenschappelijke databases werd gezocht naar artikelen die de resultaten beschreven van gerandomiseerde, gecontroleerde studies die een collaborative care behandeling vergeleken met een andere behandeling voor angststoornissen in de huisartspraktijk. Er werden vijf studies gevonden die aan deze criteria voldeden, met in totaal 1931 deelnemende patiënten. Vier studies waren uitgevoerd in de Verenigde Staten en één in Duitsland.

Alle studies vergeleken collaborative care met gebruikelijke huisartsenzorg. De resultaten van de vijf studies werden statistisch samengevat in een meta-analyse. Hieruit bleek dat de collaborative care interventies effectiever waren dan de gebruikelijke zorg, zeker voor patiënten met een paniekstoornis. Er werd geconcludeerd dat collaborative care waarschijnlijk een effectieve interventie is voor angststoornissen in de eerste lijn, maar dat er nog meer studies nodig zijn van buiten de Verenigde Staten en die betrekking hebben op andere angststoornissen dan de paniekstoornis.

Een Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van collaborative stepped care bij angststoornissen

Opzet onderzoek

Hoofdstuk 3 beschrijft de opzet en resultaten van een Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van collaborative stepped care bij angststoornissen. Aan dit clustergerandomiseerde, gecontroleerde onderzoek namen 43 huisartspraktijken en 31 praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POHs-GGZ) deel. De POHs-GGZ waren allen verbonden aan één of twee huisartspraktijken. De POHs-GGZ werden via loting ingedeeld in één van twee groepen: de collaborative stepped care groep (16 POHs-GGZ) of de gebruikelijke zorg groep (15 POHs-GGZ). De POHs-GGZ en de huisartsen die in de collaborative stepped care groep werden ingedeeld, werden getraind in de collaborative stepped care interventie. Deze getrainde POHs-GGZ vervulden de functie van care manager. Er waren zes psychiaters beschikbaar die advies konden verlenen aan de care managers en de huisartsen in de collaborative stepped care groep.

Inhoud collaborative stepped care interventie

De collaborative stepped care interventie bestond uit drie stappen: 1) Begeleide zelfhulp, 2) Cognitieve gedragstherapie, 3) Medicatie (Figuur 2). De begeleide zelfhulp bestond uit een zelfhulpboek met begeleiding in vijf korte consulten door de care manager. Er stond informatie in het boek over angstklachten en er stonden oefeningen in uit de cognitieve gedragstherapie, zoals het leren herkennen van angstige gedachten en het opzoeken van moeilijke situaties (van Boeijen 2007). Stap 2

Addendum

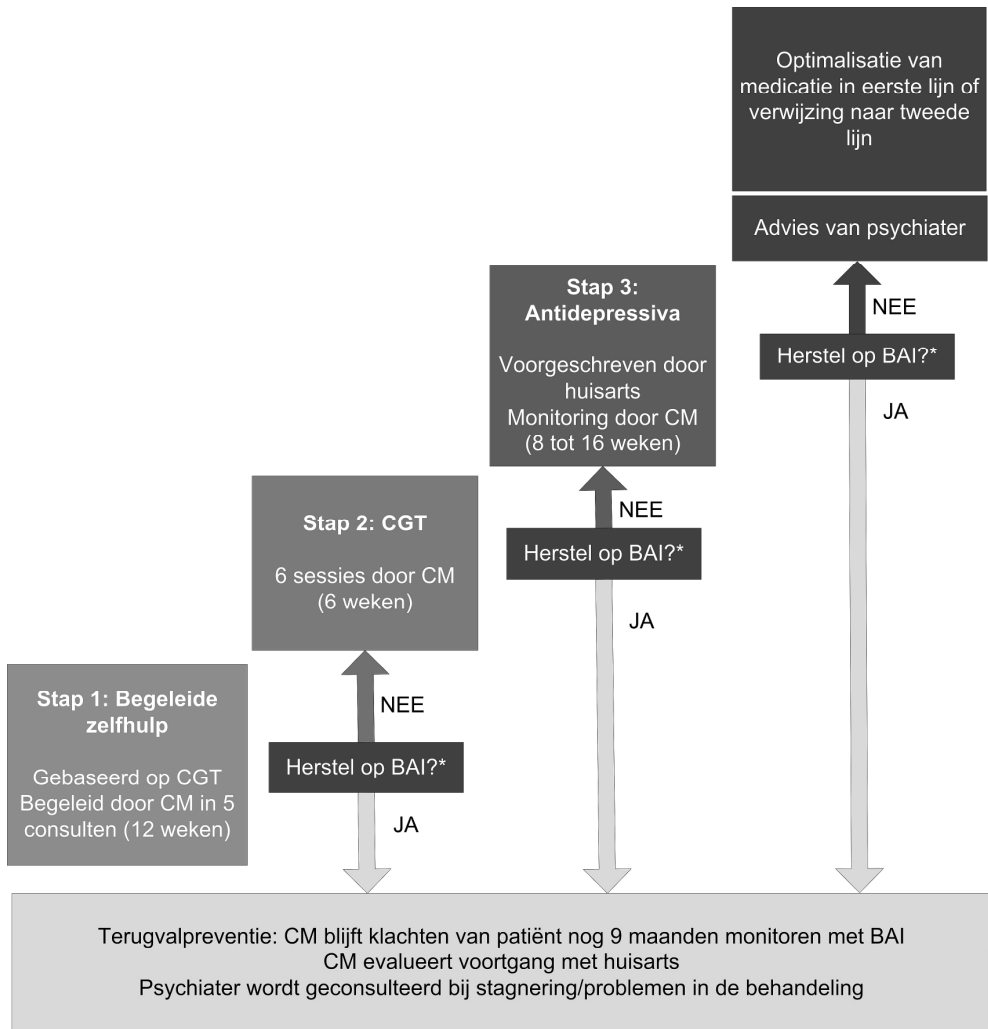
bestond uit zes sessies cognitieve gedragstherapie, gegeven door de care manager op basis van een protocol. In stap 3, medicatie, werden antidepressiva voorgeschreven door de huisarts op basis van wetenschappelijke richtlijnen. Het effect van de behandeling werd na elke stap geëvalueerd met behulp van een angstvragenlijst (de Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck *et al.* 1988)) door de care manager. Het doel was hierbij om een "normale" angstscore (herstel) te bereiken. Als een patiënt niet herstelde, werd de volgende stap ingezet. Was een patiënt wel hersteld, dan werd hij na de behandeling nog een aantal keer opgebeld door de care manager, om terugval in de klachten te voorkomen.

Inhoud gebruikelijke zorg

De gebruikelijke zorg verliep via de huisartsen in de gebruikelijke zorg groep. Deze huisartsen hadden alle opties tot hun beschikking die zij normaal gesproken ook hebben, zoals het zelf voeren van een aantal gesprekken, medicatie voorschrijven of verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog of een GGZ instelling. Daarnaast konden zij patiënten verwijzen naar de POH-GGZ (die niet aanvullend getraind was).

Werven van deelnemers en analyses

Huisartsen uit beide groepen konden patiënten met een vermoedelijke angststoornis aanmelden voor het onderzoek. Daarnaast werden er patiënten geselecteerd uit het elektronisch dossier van de deelnemende huisartsen op basis van risicofactoren voor angststoornissen. Alle patiënten die aan de onderzoekscriteria voldeden en wilden meewerken aan het onderzoek kregen een diagnostisch interview om vast te stellen of er sprake was van een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis. Uiteindelijk werden er 180 patiënten geworven voor het onderzoek: 114 in de collaborative stepped care groep en 66 in de gebruikelijke zorg groep. Deze mensen werden 12 maanden lang gevolgd en zij vulden in totaal vijf keer een vragenlijst in (om de drie maanden). Met behulp van deze vragenlijst werden onder andere de angstklachten en het zorggebruik gemeten. Statistische analyses (multilevel regressie analyses) werden gebruikt om verschillen tussen de groepen te meten.

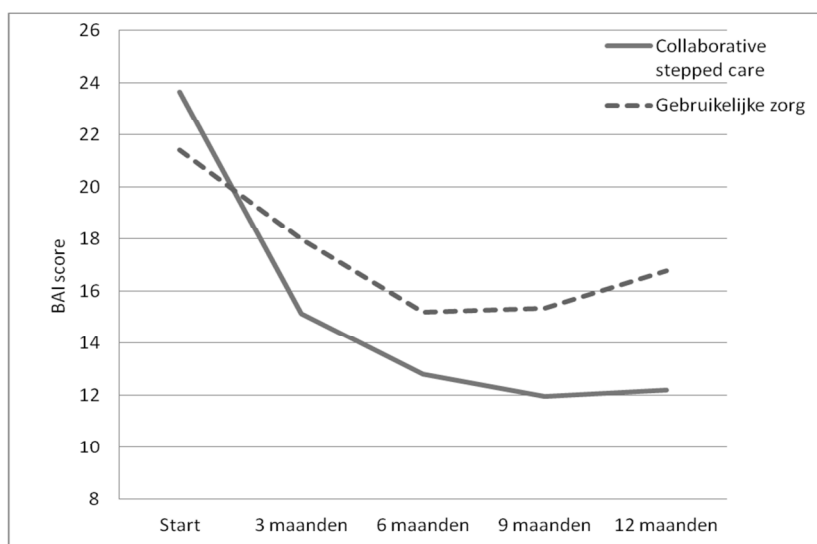


*Herstel: score op BAI vragenlijst is ≤ 11 . BAI=Beck Anxiety Inventory. CM=care manager.

Figuur 2. Het collaborative stepped care programma.

Resultaten

Zowel bij de patiënten in de collaborative stepped care groep als bij de patiënten in de gebruikelijke zorg groep namen de angstklachten af bij de vervolgmetingen (zie Figuur 3). Bij de collaborative stepped care groep was deze daling significant sterker dan in de gebruikelijke zorg groep. Daarom werd er geconcludeerd dat collaborative stepped care een effectieve methode is om patiënten met een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis te behandelen in de huisartspraktijk.



Figuur 3. Het verloop van de angstklachten (BAI score) gedurende een jaar in de collaborative stepped care groep en de gebruikelijke zorg groep.

Kosten-effectiviteit van collaborative stepped care

In een aparte analyse (**hoofdstuk 4**) werden de kosten en baten van de collaborative stepped care behandeling afgezet tegen de kosten en baten van de gebruikelijke zorg. De gemiddelde zorgkosten werden berekend per patiënt en ook de kosten die werden gemaakt door ziekteverzuim of door verminderde productiviteit werden meegenomen. De baten werden uitgedrukt als de toegenomen kwaliteit van leven bij de patiënten over een jaar gemeten. Uit deze analyse bleek dat de zorgkosten voor patiënten die de collaborative stepped care behandeling kregen gemiddeld €351,- hoger waren dan voor patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. Echter, de kwaliteit van leven van

patiënten die de collaborative stepped care behandeling kregen nam ook sterker toe (verschil van 0,05 QALY). De kosten voor ziekteverzuim en verminderde productiviteit waren gemiddeld €955,- lager in de collaborative stepped care groep dan in de gebruikelijke zorg groep. Dit betekent dat de collaborative stepped care behandeling kosten-effectief is ten opzichte van de gebruikelijke zorg voor patiënten met een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis.

Bijdrage van vragenlijsten aan het herkennen en vaststellen van de ernst van angstklachten in de eerste lijn

In **hoofdstuk 5** worden twee studies beschreven over vragenlijsten. In de eerste studie werd onderzocht of een screeningsvragenlijst (de angstschaal van de Patient Health Questionnaire, PHQ) waarde toevoegt bij het herkennen angststoornissen bij twee patiëntgroepen: 1) huisartspatiënten die een hoog risico hebben op een angststoornis (hoog-risico patiënten) en 2) patiënten bij wie de huisarts het vermoeden heeft op een angststoornis (patiënten met een vermoedelijke angststoornis). Er namen 170 hoog-risico patiënten en 141 patiënten met een vermoedelijke angststoornis deel aan het onderzoek. Zij vulden de PHQ in en kregen een telefonisch diagnostisch interview om een angststoornis vast te stellen. Het bleek dat bij de hoog-risico patiënten het gebruik van twee screeningsvragen van de PHQ een betere voorspelling gaf dan het gebruik van de volledige PHQ. De conclusie was dat de PHQ goed gebruikt kan worden om angststoornissen op te sporen bij hoog-risico groepen en om een vermoedelijke angststoornis te bevestigen, maar dat de PHQ niet gebruikt mag worden om het bestaan van een angststoornis uit te sluiten bij patiënten bij wie de huisarts een angststoornis vermoedt. In de tweede studie uit **hoofdstuk 5** werd onderzocht of de Beck Anxiety Inventory (een korte angstvragenlijst) de ernst van de angst kon meten bij patiënten met verschillende typen angststoornissen. Er werd gebruik gemaakt van data van 1601 huisartspatiënten die deelnamen aan het NESDA onderzoek (the Netherlands Study of Depression and Anxiety). Dit cohort van huisartspatiënten bestaat uit patiënten zonder angststoornis of depressie (N=984) en patiënten met een angststoornis en/of een depressie (N=617). Bij alle patiënten werd een diagnostisch interview en de Beck Anxiety Inventory (BAI) afgenomen. De gemiddelde score op de BAI van verschillende groepen patiënten werd vergeleken: patiënten zonder

Addendum

angststoornis of depressie, patiënten met één angststoornis (paniekstoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis of agorafobie), patiënten met meerdere angststoornissen, patiënten met een depressie en patiënten met een angststoornis en een depressie. De patiënten met een angststoornis scoorden gemiddeld hoger dan patiënten zonder een angststoornis of depressie, waarbij de patiënten met een paniekstoornis met agorafobie het hoogst scoorden. Patiënten met meerdere angststoornissen scoorden weer hoger dan patiënten met één angststoornis. Opvallend was dat er geen verschil werd gevonden in gemiddelde score tussen patiënten met een depressie en patiënten met een angststoornis. Er werd geconcludeerd dat de BAI goed gebruikt kan worden om de ernst van de angst te meten bij huisartspatiënten met verschillende typen angststoornissen, maar dat de score op de BAI geen onderscheid maakt tussen een angststoornis of een depressie.

Discussie

In de discussie (**Hoofdstuk 6**) worden de resultaten van de verschillende studies en de aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek besproken.

De kosten- effectiviteit van collaborative stepped care

Uit **Hoofdstuk 3** bleek dat collaborative stepped care een effectieve behandeling is ten opzichte van de gebruikelijke zorg. De toegevoegde elementen van collaborative stepped care – gestructureerde behandelstappen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, het actief monitoren van klachten en terugvalpreventie, care managers die supervisie kregen en samenwerkten met de huisarts – hebben waarschijnlijk bijgedragen aan deze hogere effectiviteit. Dit resultaat komt redelijk overeen met de resultaten van Amerikaans onderzoek naar de effectiviteit van collaborative care (Roy-Byrne *et al.* 2001; Roy-Byrne *et al.* 2005; Rollman *et al.* 2005; Roy-Byrne *et al.* 2010). De Amerikaanse studies vonden echter een groter effect van de collaborative care behandeling dan wij in onze studie gedurende de eerste 9 maanden. Een belangrijke verklaring hiervoor lijkt te zijn dat onze stepped care behandeling in het begin minder intensief was dan de combinatie van medicijnen en cognitieve gedragstherapie die meestal werd ingezet in de Amerikaanse studies. In vergelijking met een Nederlandse stepped care studie (Seekles *et al.* 2011) vonden wij juist een groter effect, wat

verklaard zou kunnen worden door de grotere rol van de *care manager* en de samenwerking met de huisarts en psychiater in ons onderzoek. De hogere zorgkosten van de collaborative stepped care behandeling vergeleken met de gebruikelijke zorg werden voor het grootste deel verklaard door de inzet van de care manager. De extra zorgkosten van de collaboratie stepped care interventie werden echter op andere gebieden (gezondheid en arbeidsproductiviteit) "terugverdiend".

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van het effectonderzoek (hoofdstuk 3) is dat de behandeling werd uitgevoerd door professionals die in de praktijk werken, waardoor de resultaten de dagelijkse praktijk goed benaderen. Daarnaast werden er statistische analyses gebruikt die geschikt zijn voor het analyseren van groepen (multilevel analyse). Er zijn ook een aantal beperkingen van het onderzoek te noemen. Wij hebben in dit onderzoek gekozen voor cluster randomisatie: POHs-GGZ en hun huisartspraktijken werden ingedeeld in een interventie- en een controlegroep. Dit is gedaan om de interventies strikt gescheiden te houden: de zorgverleners in de interventiegroep gaven de collaborative stepped care interventie en de hulpverleners in de controlegroep verleenden de gebruikelijke zorg. Echter, het probleem ontstond dat huisartsen in de interventiegroep meer patiënten aanmeldden voor de studie dan de huisartsen in de controlegroep. Huisartsen in de controlegroep waren wellicht minder gemotiveerd om patiënten aan te melden voor de studie omdat zij hun patiënten niets "nieuws" konden bieden. Daarentegen hadden huisartsen in de interventiegroep wellicht een verhoogde aandacht voor patiënten met angststoornissen door het werken met de nieuwe methode. Behalve dat er meer patiënten deelnamen aan de interventiegroep bleken er ook inhoudelijk verschillen te bestaan tussen patiënten in de interventie- en controlegroep bij de start van het onderzoek (baselinemeting). Voor deze verschillen is gecorrigeerd in de analyses. Echter, voor vervolgonderzoek is het wellicht beter om de patiënten in plaats van de hulpverleners random toe te wijzen aan een interventie.

Verbeteren van de collaborative stepped care interventie

Hoewel de collaborative stepped care interventie goed resultaat had, werkte het niet voor alle patiënten even goed. Een deel van de patiënten maakte ofwel de eerste stap



Addendum

van de behandeling (begeleide zelfhulp) niet af (22%) of ging niet door met de tweede stap terwijl ze nog niet volledig hersteld waren van de angststoornis (18%). Dat veel mensen van verdere behandeling afzagen na stap 1 kan worden gezien als een goed resultaat: veel mensen gaven aan voldoende handvatten te hebben om verder te kunnen. Echter, uit onderzoek weten we dat onvolledig herstel een hoger risico geeft op terugval in de angstklachten. Het is daarom belangrijk om de deze patiënten goed in de gaten te blijven houden en een andere interventie aan te bieden wanneer nodig. De betrokkenheid van patiënten bij de behandeling zou verder verhoogd kunnen worden door hen een keuze tussen behandelingen aan te bieden in plaats van een vast behandelprogramma. Vervolgonderzoek zou inzicht kunnen geven in welke patiënten voldoende baat hebben bij begeleide zelfhulp en welke niet. Een andere mogelijke verbetering is het gebruik van een digitaal communicatie systeem inclusief gedeeld patiëntendossier om de samenwerking tussen professionals (en daarmee de kwaliteit van zorg) nog verder te verhogen.

Gebruik van vragenlijsten voor het opsporen van angststoornissen en het vaststellen van de ernst van de angst

Voor het aanbieden van collaborative stepped care is het eerst nodig dat er een diagnose van een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis wordt gesteld. Daarom is in hoofdstuk 5 onderzocht of vragenlijsten een goede toevoeging kunnen zijn aan het diagnostisch proces in de huisartspraktijk. Het gebruik van vragenlijsten wordt aanbevolen, maar altijd als onderdeel van een gesprek met de patiënt. Er moeten nog strategieën worden gevonden die ervoor zorgen dat huisartsen die het lastig vinden om angststoornissen op te sporen hierbij te ondersteunen. Selectieve screening van hoog-risicopatiënten kan hierbij een optie zijn, maar alleen als de huisartspraktijk beschikking heeft over laagdrempelige behandelingen, zoals begeleide zelfhulp of internetinterventies.

Aanbevelingen voor onderzoek

Het is belangrijk om te onderzoeken of collaborative stepped care ook kosten-effectief is voor patiënten met andere angststoornissen, zoals sociale fobie. Daarnaast moet er onderzocht worden hoe de zorg voor patiënten die meerdere aandoeningen

tegelijkertijd hebben (co- of multimorbiditeit) het beste ingericht kan worden. Uiteindelijk is er een geïntegreerd pakket nodig aan interventies, *tools* (zoals vragenlijsten) en samenwerkingsverbanden die huisartsen kunnen gebruiken om de vraag naar hulp bij psychische klachten goed op te kunnen vangen.

Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Collaborative stepped care zal niet vanzelf zijn weg vinden naar de huisartspraktijk. Hier is niet alleen scholing van huisartsen en *care managers* voor nodig, maar ook financiële en praktische ondersteuning. Een belangrijke stap in de goede richting is dat de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) een grotere rol krijgt in de eerstelijnszorg omdat deze professional de rol van *care manager* op zich kan nemen. Daarnaast zou het goed zijn als psychiaters en andere professionals op basis van een consulttarief advies konden bieden aan eerstelijns hulpverleners en als er geld beschikbaar komt voor de implementatie van collaborative stepped care.

Conclusie

Collaborative stepped care is een veelbelovende, kosten-effectieve interventie voor de behandeling van angststoornissen in de huisartspraktijk. Vervolgonderzoek is wenselijk, maar op basis van dit proefschrift kan gesteld worden dat collaborative stepped care het waard is om brede toepassing te vinden in de Nederlandse huisartspraktijk.

REFERENCES

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* **56**, 893-897.
- Bower, P. & Gilbody, S.** (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry* **186**, 11-17.
- Davison, G. C.** (2000). Stepped care: doing more with less? *Journal of Clinical Psychology* **68**, 580-585.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S.** (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten [Mental health in the Dutch general population. Design and results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2) In Dutch].
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D. & Sutton, A. J.** (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern.Med* **166**, 2314-2321.
- Huibregts, K. M., de Jong, F. J., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Ader, H. J., Hakkaart-van, R. L., Unutzer, J. & van der Feltz-Cornelis CM** (2012). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord*.
- Katon, W., Unutzer, J., Wells, K. & Jones, L.** (2010). Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen.Hosp.Psychiatry* **32**, 456-464.
- Muntingh, A. D. T., Hermens, M., Franx, G., Van Splunteren, P., & Nuyen, J.** (2012). Hoe verhouden de werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg zich tot elkaar? Resultaten van een verkennend onderzoek in de huisartspraktijk. *Trendrapportage GGZ. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit.* (ed. J. Nuyen). Trimbos-instituut: Utrecht.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F., Van der Meer, K., Penninx, B. W. & Bensing, J. M.** (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord* **119**, 163-171.
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Zhu, F., Gardner, W., Reynolds, C. F., III, Schulberg, H. C. & Shear, M. K.** (2005). A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* **62**, 1332-1341.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., Bystritsky, A., Welch, S. S., Chavira, D. A., Golinelli, D., Campbell-Sills, L., Sherbourne, C. D. & Stein, M. B.** (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* **303**, 1921-1928.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D. & Sherbourne, C. D.** (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* **62**, 290-298.
- 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. *Arch Gen Psychiatry* **58**, 869-876.

- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H. & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials* **12**, 171.
- Smolders, M., Laurant, M., Roberge, P., Van Balkom, A., Van Rijswijk, E., Bower, P. & Grof, R. (2008). Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry* **53**, 277-293.
- Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., Chapman, D. P., Abraido-Lanza, A. F., Pearson, J. L., Anderson, C. W., Gelenberg, A. J., Hennessy, K. D., Duffy, F. F., Vernon-Smile, M. E., Nease, D. E., Jr. & Williams, S. P. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* **42**, 525-538.
- van Boeijen, C. A. Handboek Begeleide Zelfhulp: Overwinnen van angstklachten (*Handbook guided self help: Overcoming anxiety*). 2007. Apeldoorn.
- van Marwijk, H. (2004). How to improve mental health competency in general practice training?-- a SWOT analysis. *Eur J Gen Pract* **10**, 61-65.
- Van Rijswijk, E., van Hout, H., van de Lisdonk, E., Zitman, F. & Van Weel C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract* **10**, 52.