

Samenvatting



Hoofdstuk 1 is de algemene introductie over de inhoud van dit proefschrift. Depressie en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen en brengen een grote ziektelast met zich mee. Zij leiden tevens tot enorme economische kosten als gevolg van gezondheidszorggebruik maar vooral door het verlies van productiviteit op het werk. Een groot percentage van deze patiënten vraagt hulp voor zijn of haar psychische klachten bij de huisarts. Hoewel er behandelingen, waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond (evidence-based), en klinische richtlijnen beschikbaar zijn voor de behandeling van depressie en angststoornissen, is de inzet van deze behandelingen nog niet optimaal. Voor het verbeteren van de behandeling van angst en depressie in de huisartsenpraktijk, zijn verscheidene zorgmodellen ontwikkeld. Een daarvan is het stepped care model. De introductie van een stepped care model in de eerstelijns zorg is een mogelijke oplossing voor het optimaliseren van de zorg. Binnen stepped care krijgen patiënten de kortste/minst intensieve behandeling aangeboden en alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert, wordt er over gegaan op een meer intensieve behandeling. Dit proefschrift beschrijft een studie naar de effectiviteit van (begeleide) zelfhulp binnen een stepped care model en de effectiviteit van het stepped care model als geheel voor de behandeling van depressie en angststoornissen in de huisartsenpraktijk. Verder wordt beschreven wat er in een stepped care model aangeboden zou moeten worden en hoe dit zou moeten worden gedaan: of psychologische behandeling voor angststoornissen in de huisartsenpraktijk effectief is en de mogelijke invloed van persoonlijkheidskenmerken op de ervaren behoefte aan psychische hulp in de huisartsenpraktijk.

Hoofdstuk 2 beschrijft het protocol van het gerandomiseerde stepped care onderzoek. Doel van dit onderzoek is na te gaan of een stepped care model in de huisartspraktijk effectiever is dan de gangbare zorg. De stepped care interventie bestaat uit 4 stappen die evidence-based zijn: (1) *watchful waiting* - een deel van de patiënten met psychische klachten herstelt spontaan. (2) *bibliotherapie* - Gesprek met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)/psycholoog + bibliotherapie; bij bibliotherapie (via boek of Internet) werken patiënten zelfstandig en gestructureerd aan hun problemen. (3) *Problem-solving Treatment (PST)* - 6 Gesprekken met SPV/psycholoog: het betreft een korte gedragsmatige interventie die bestaat uit motivational interviewing, activity scheduling en PST. (4) *medicatie en/of doorverwijzing naar de tweede lijn* (geestelijke gezondheidszorg). De studiepopulatie bestaat uit patiënten uit de huisartsenpraktijk tussen 18-65 jaar die zijn geworven door middel van screening. Alle patiënten die in de afgelopen twee maanden op consult zijn geweest ontvangen een screeningsvragenlijst. Patiënten met een van de volgende DSM-IV stoornissen worden geïncludeerd: major depressie, dysthymie, paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis, evenals patiënten met een minor depressie of angststoornis. Belangrijkste uitkomstmaat is de reductie van depressieve (IDS) en angstklachten (HADS). Beide groepen worden gemonitord na iedere stap in de 8^{ste}, 16^{de} en 24^{ste} week.

Hoofdstuk 3 geeft aan hoe stepped care zou moeten worden aangeboden en wat er precies aangeboden kan worden in de eerstelijns gezondheidszorg. Wij stellen een stepped care model voor voor patiënten met subthreshold klachten, milde en matige depressies. De eerste stap bestaat uit psycho-educatie en watchful waiting omdat de helft van alle depressies spontaan herstellen binnen een aantal weken. De tweede stap, zelfhulp, wordt beschouwd als het belangrijkste element van het stepped care model. Het is effectief bewezen voor depressie, het is laagdrempelig (met name wanneer het wordt aangeboden via Internet) en de kosten zijn relatief

laag. Als derde stap wordt een kortdurende face-to-face psychotherapie aangeboden en als laatste stap antidepressiva of verwijzing naar gespecialiseerde hulp. Een essentieel element in een stepped care model is de monitoring van de voortgang van de patiënten. Eén persoon, een zorgmanager of praktijkondersteuner, moet verantwoordelijk zijn voor het toezicht (monitoring), voor het nemen van beslissingen met betrekking tot het overstappen naar een volgende behandeling en voor de continuïteit van de zorg. Dit illustreert het zelfcorrigerende karakter van stepped care: patiënten krijgen alleen een intensievere behandeling wanneer dat nodig is.

Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van (begeleide) zelfhulp, de tweede stap van het stepped care programma na de watchful waiting periode. We vergeleken patiënten die (begeleide) zelfhulp kregen met de gebruikelijke zorg voor patiënten met depressie en/of angst in de huisartsenpraktijk. De onderzoekspopulatie bestond uit 120 patiënten uit de huisartsenpraktijk in de leeftijd van 18-65 jaar met ten minste één depressieve en/of angststoornis. De primaire uitkomstmaat is de vermindering van depressieve- en angstklachten. We boden twee verschillende zelfhulpcursussen aan. Eén zelfhulpcursus is gebaseerd op probleemoplossende therapie (problem solving therapy; PST) en de tweede is specifiek voor patiënten met een fobie en is gebaseerd op blootstelling (exposure). De aangeboden zelfhulpcursussen duurden 6 weken. De zelfhulpgroep liet iets betere resultaten zien dan de gebruikelijke zorg maar deze resultaten waren niet significant: $d = -0.18$ (95% betrouwbaarheidsinterval (BHI) = -2.29 tot 7.31) voor depressiesymptomen en $d = -0.20$ (95% BHI = -0.74 tot 2.29) voor angstsymptomen. Voor patiënten met alleen een (of meerdere) angststoornis(sen), verminderden de symptomen van angst significant ten opzichte van de gebruikelijke zorg ($d = -0.68$; 95% BHI = 0.25 tot 4.77). Zelfhulp lijkt het slechts zeer beperkt beter te doen dan de gebruikelijke zorg en is daarom misschien geen effectief instrument voor in de huisartsenpraktijk. Het gebrek aan resultaten kan daarentegen ook worden veroorzaakt door de werving van patiënten (via screening) of de selectie van de huisartsen (met interesse in psychiatrische stoornissen).

Hoofdstuk 5 geeft de effecten van het totale stepped care model weer. Het studieprotocol is eerder beschreven in hoofdstuk 2. Wij rekruteerden (via screening) 120 patiënten in de leeftijd van 18-65 jaar met ten minste één minor of major DSM-IV depressie en/of angststoornis. We randomiseerden 60 patiënten naar de stepped care groep en 60 patiënten naar de gebruikelijke zorg. Angst en depressieve symptomen verminderden aanzienlijk na verloop van tijd voor beide groepen. Er was echter geen statistisch significant verschil tussen de twee groepen (IDS: $P = 0.35$ en HADS: $P = 0.64$). Het grootste, maar nog steeds niet significante, effect ($d = -0.21$) werd gevonden voor angstsymptomen op de laatste meting (6 maanden). In beide groepen was ongeveer 48% van de patiënten vrij van hun DSM-IV diagnose op de laatste meting. We konden niet aantonen dat stepped care voor depressie en angst in de huisartspraktijk effectiever was dan de gebruikelijke zorg.

Hoofdstuk 6 beschrijft een meta-analyse naar de effectiviteit van psychologische behandeling van angststoornissen in de eerstelijnszorg. Daarnaast onderzochten we welke aspecten van de behandeling (bijv. het type behandeling of de behandelaar) gerelateerd waren aan het effect. De databases van Cochrane (centrale register van gecontroleerde trials), EMBASE, Medline, PsycINFO en Pubmed werden doorzocht in juli 2010. Manuscripten die een beschrijving gaven van psychologische behandeling van angststoornissen in de eerstelijns gezondheidszorg werden

geïnccludeerd mits het een gerandomiseerde gecontroleerde trial was en de psychologische behandeling werd vergeleken met een controlegroep (wachtrij, placebo of gebruikelijke zorg). In totaal werden 1343 abstracts geïdentificeerd. Hiervan voldeden twaalf manuscripten aan de inclusiecriteria. De meest studies waren gericht op het behandelen van gegeneraliseerde angststoornis of paniekstoornis, en de meest voorkomende behandeling hiervoor is cognitieve gedragstherapie (CGT). De gepoolde gestandaardiseerde-effect grootte voor de reductie van angstsymptomen na de interventie was $d = 0.57$ (95% betrouwbaarheidsinterval (BHI): 0.29 - 0.84, $P = 0.00$; het number-needed-to-treat (NNT): 3.18). Dit kan gezien worden als een matig groot effect. Verschillende aspecten, zoals type therapie (CGT) en wie de therapie gaf, waren gerelateerd aan effect-grootte. Gezien de chroniciteit en het terugkerende karakter van angststoornissen zijn er meer studies nodig om de effecten op lange termijn te evalueren.

Hoofdstuk 7 onderzoekt de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de ervaren zorgbehoefte bij patiënten met angst en depressie in de eerstelijns gezondheidszorg. De data komen uit de cross-sectionele data van de Nederland Studie naar Depressie en Angst (NESDA). In totaal werden 762 patiënten, met één of meer DSM-IV diagnose(s), gerekruteerd uit de eerstelijnszorg. De uitkomsten werden gecorrigeerd voor de ernst van de depressieve en angstklachten. We vonden aanwijzingen dat persoonlijkheidskenmerken, in het bijzonder neuroticisme en 'openheid voor ervaringen', invloed hebben op de ervaren zorgbehoefte. Patiënten die neurotischer zijn hebben vaker een zorgbehoefte, ongeacht of aan deze behoefte werd voldaan (OR = 1.06; 95% BHI = 1.01 tot 1.10; $P = 0.01$) of niet (OR = 1.05; 95% BHI = 1.01 tot 1.09; $P = 0.01$) en ongeacht de ernst van de symptomen, dan minder neurotische mensen. Patiënten die hoger scoorden op 'openheid voor ervaringen' hadden eerder een onvervulde zorgbehoefte (OR = 1.04; 95% BHI = 1.01 tot 1.08; $P = 0.02$). De persoonlijkheidskenmerken extraversie, meegaandheid en consciëntieusheid waren niet gerelateerd aan de ervaren zorgbehoefte. Veel patiënten hadden een onvervulde zorgbehoefte en voor comorbide stoornissen liep dit op tot 70%. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of deze waargenomen onbevredigde behoefte is gerechtvaardigd: is waargenomen behoefte aan zorg ook per se nodig?

Hoofdstuk 8 is de algemene discussie van dit proefschrift. Het bevat de belangrijkste resultaten van de beschreven studies en koppelt die aan eerdere, relevante, bevindingen. Daarnaast worden, gebaseerd op de belangrijkste bevindingen, klinische implicaties en aanbevelingen voor de praktijk gepresenteerd. De belangrijkste beperkingen van de studies worden bediscussieerd en er worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.