

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/174348>

Please be advised that this information was generated on 2019-01-22 and may be subject to change.

# Adequaatheid van de behandeling bij chronische angst en depressie; verkennende studie naar de behandelpraktijk

A. SMIT, A. KEMPS, M. ZOUN, J. SPIJKER

**ACHTERGROND** Veel cliënten die met angst of depressie in zorg zijn bij de specialistische ggz herstellen niet goed. Recidivering en chronisch beloop komen veel voor. De vraag is of de geboden behandeling adequaat is.

**DOEL** Inzicht krijgen in behandelpraktijk bij cliënten met chronische angst of depressie.

**METHODE** Voor een landelijk onderzoek werden bij 12 ggz-instellingen deelnemers geworven die twee jaar of langer in zorg waren en bij wie betwijfeld werd of verdere behandeling in deze setting meerwaarde had. Er werd informatie verzameld over cliëntkenmerken, diagnose en behandelgeschiedenis.

**RESULTATEN** Er werden 268 cliënten aangemeld, van wie 65% vrouw. 67% van de cliënten werd aangemeld met de diagnose depressieve stoornis, 25% wegens een angststoornis en 8% wegens comorbide angst- en depressieve stoornis. Gemiddeld was men zes jaar in zorg. Bij ruim een derde was sprake van niet-adequate behandeling: psychotherapie en/of farmacotherapie waren niet conform richtlijnen uitgevoerd.

**CONCLUSIE** De praktijk is voor verbetering vatbaar, met name farmacotherapie voor depressieve stoornis blijft achter. Langer lopende behandelingen moeten minstens elk half jaar worden geëvalueerd.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7, 422-426

**TREFWOORDEN** angst, behandelbeleid, chroniciteit, depressie



ARTIKEL



Veel cliënten die met een depressieve of angststoornis in zorg komen bij de specialistische ggz (sggz) herstellen niet goed. Recidivering en chronisch beloop komen bij deze aandoeningen veel voor. Bij een depressieve stoornis ontwikkelt zich bij rond de 20% van de patiënten een chronisch beloop (Spijker e. a. 2002) en bij een angststoornis zou dit bij zo'n 30% het geval zijn (Hendriks e.a. 2013). De vraag is dan of de behandeling adequaat is geweest, dat wil zeggen volgens de geldende richtlijnen. Schattingen over de mate waarin dat in Nederland het geval is, variëren (Fernandez e.a. 2007; Bet e.a. 2013; van Dijk e.a. 2013). Juist voor patiënten met een angst- en depressieve stoornis die in de sggz als 'uitbehandeld' worden beschouwd, is de

vraag of 'adequate behandeling' heeft plaatsgevonden relevant.

Op basis van informatie verzameld in het kader van een studie naar een zelfmanagementtraining voor een chronische angst- en depressieve stoornis (ZemCAD; Muntingh e.a. 2016, Zoun e.a. 2016) hebben we kenmerken en behandelgeschiedenis onderzocht van cliënten die langdurig in zorg blijven in de sggz. De hoofdvraag van deze deelstudie betreft de toereikendheid van de behandeling.

## METHODE

ZemCAD (Zelfmanagement bij chronische angst en depressie) is een landelijk onderzoek waarvoor bij 12 ggz-instel-

lingen deelnemers zijn geworven. Aan behandelaars werd gevraagd cliënten (> 18 jaar) te selecteren die voldeden aan de volgende criteria: een chronische angst- en/of depressieve stoornis volgens de DSM-IV-criteria; ten minste 2 jaar in zorg; huidige ambulante behandeling, bestaande uit begeleidend contact met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en medicatiecontacten bij een psychiater; verwachting van het behandelteam dat voortgezette specialistische behandeling geen meerwaarde heeft. Belangrijkste exclusiecriteria waren de aanwezigheid van een psychotische of bipolaire stoornis, middelenafhankelijkheid en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Met een screeningslijst werd systematisch informatie verzameld over de behandelgeschiedenis. Om in aanmerking te komen voor deelname moest sprake zijn geweest van 'voldoende' curatieve behandeling volgens de richtlijnen, dat wil zeggen: voor depressie minimaal drie medicatiestappen (antidepressiva inclusief lithiumadditie) en één *evidence-based* psychotherapie (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie); voor angst ook ten minste drie medicatiestappen (waaronder 2 met een SSRI) en ten minste één *evidence-based* psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, EMDR). Wanneer bleek dat er nog behandelopties over waren, vielen cliënten in principe buiten de doelgroep, daar de zelfmanagementtraining bedoeld is als sluitstuk van de specialistische zorg.

Voor deze deelstudie werd gebruikgemaakt van twee ZEMCAD-databronnen: de screeningslijsten van alle aangemelde cliënten (n = 268) en de uitkomsten van het MINI, een gestructureerd psychiatrisch interview (Sheehan e.a. 1998; van Vliet e.a. 2007) dat uitsluitend werd afgenomen bij de geïncludeerde cliënten (n = 141). De analyses betroffen beschrijvende statistiek ( $\chi^2$ - en t-toets) en werden uitgevoerd met SPSS 20.

## RESULTATEN

### Cliëntkenmerken

In totaal werden voor 268 cliënten screeningslijsten ingevuld. Van hen was 65% vrouw. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar (26-68; SD 8,6), mannen waren gemiddeld 3 jaar ouder (p = 0,002). Bij 67% was als diagnose depressieve stoornis genoteerd, bij 25% een angststoornis en bij 8% een comorbide angst- en depressieve stoornis. Er waren geen significante sekseverschillen in diagnose.

De periode dat men in zorg was, bedroeg gemiddeld 6 jaar (uitersten: 2-24; SD 4,3); dit was gelijk voor mannen en vrouwen. Diagnose maakte wel uit: cliënten met een angststoornis waren het langst in zorg (7,3 jaar), gevolgd door cliënten met comorbide problematiek (5,8 jaar) en een depressieve stoornis (5,6 jaar); dit verschil was statistisch significant (p = 0,029).

## AUTEURS

**ANNET SMIT**, andragoloog, ten tijde van de studie senior wetenschappelijk medewerker Pro Persona, Wolfheze.

**ANNEMEIN KEMPS**, psychiater, Pro Persona, Arnhem.

**MARINGA ZOUN**, verpleegkundig specialist GGZ, Pro Persona, Arnhem.

**JAN SPIJKER**, psychiater, hoogleraar Chronische Depressie, Radboud Universiteit Nijmegen, hoofd Zorgprogramma Depressie Pro Persona, Nijmegen en hoofd Expertisecentrum Depressie.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. Jan Spijker, Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Reinier Postlaan 6, 6525 GC Nijmegen.  
E-mail: j.spijker@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-2-2017.

## Behandelvoorgeschiedenis

De farmacotherapeutische behandeling bij depressie was bij iets minder dan de helft van de cliënten (47%) adequaat uitgevoerd; van hen had 35% lithiumadditie gekregen, 6% een monoamineoxidase(MAO)-remmer en 6% elektroconvulsiotherapie (ECT). De redenen voor het niet-volgen van de richtlijn lagen bij de behandelaar die geen noodzaak zag tot verandering (ruim 65%), bij de patiënt die geen nieuwe medicatie wilde (27%) of vanwege somatische contra-indicaties en bijwerkingen (8%).

Bij cliënten met een angststoornis was de farmacotherapeutische behandeling bij 66% conform de richtlijnen uitgevoerd. Als verklaring voor het niet of niet volledig volgen van de richtlijn werd verwezen naar de weigering van de cliënt (64%), zag de behandelaar daarvoor geen indicatie (26%) of werd verwezen naar somatiek en bijwerkingen (9%).

Het beeld bij psychotherapie was anders. Van de cliënten met een depressie bleek 40% een ambulante protocollaire psychotherapie te hebben gehad. Ruim de helft was opgenomen geweest dan wel in deeltijd behandeld en had psychotherapie ontvangen. Bij slechts 10% van de cliënten was de psychologische behandeling beperkt gebleven tot begeleidde zelfhulp of ondersteunende gesprekken.

Van de cliënten met een angststoornis had ruim 60% ambulant een protocollaire psychotherapie doorlopen en 20% een klinische dag- dan wel deeltijdbehandeling gevolgd waarin sprake was van gesprekstherapie. Dit betekent dat de overgrote meerderheid een empirisch gevalideerde therapie leek te hebben ontvangen.

## Diagnostiek

Van de 268 aangemelde cliënten voldeden er 2 niet aan de inclusiecriteria van ZemCAD, weigerden 124 deelname en vulde 1 cliënt bij de start van het onderzoek de vragenlijsten te laat in. Voor de overgebleven 141 cliënten was het mogelijk de informatie verzameld met de screeningslijst te vergelijken met de bevindingen van het MINI, een psychiatrisch interview. Hieruit kwamen enkele opmerkelijke verschillen naar voren. Bij 12% werd met MINI geen huidige as I-diagnose vastgesteld. Verder kwam het percentage cliënten met een diagnose depressie aanmerkelijk lager uit, 26% versus 67%, terwijl comorbide angst- en depressieve stoornis juist vaker werden aangetroffen met MINI: bijna 45% tegenover 8% op de screeningslijst. Deze inconsistenties geven aanleiding tot vragen over de mate waarin de diagnostiek bij deze langdurig in zorg zijnde cliënten nog voldoende up-to-date is, en over de betrouwbaarheid van het MINI bij gebruik in deze populatie.

## DISCUSSIE

Een aanzienlijk deel van de cliënten met een angst- of depressieve stoornis krijgt een chronisch beloop en blijft langdurig in de SGGZ. Uit een verkennende analyse van de behandelgeschiedenis van 268 cliënten van 12 ggz-instellingen blijkt dat bij zeker de helft (53%) van de cliënten met chronische depressie en ruim een derde (34%) van degenen met een chronische angststoornis, de medicamenteuze behandeling niet adequaat is geweest. Bij depressie blijkt het biologische behandelalgoritme van de richtlijn voornamelijk vanaf de stap met lithiumadditie niet meer te worden gevolgd. Als reden hiervoor werd meestal opgegeven dat de behandelaar hiervoor geen indicatie zag. Bij de farmacotherapie voor een chronische angststoornis werd vooral de weigering van de cliënt om een volgende medicatiestap te nemen genoemd als reden voor het niet handelen volgens de richtlijn.

Voor psychotherapie waren de uitkomsten positiever, slechts bij 8 tot 10% werden afwijkingen van de richtlijnen gezien. Desondanks is het opvallend dat ondanks de gemiddelde behandelduur van 6 jaar, protocollaire psychotherapie nog niet bij iedereen bleek toegepast.

Het geheel overziend, constateren we dat vooral de medicamenteuze behandeling bij depressie niet optimaal was. Hoe verhouden deze uitkomsten zich ten opzichte van de literatuur?

In de epidemiologische ESEMED-studie naar prevalentie en behandeling van angst- en depressieve stoornis in zes Europese landen (Fernandez e.a. 2007) komt Nederland uit op een totaalpercentage van 55,4% voor adequaatheid van behandeling. Daarbij moet aangetekend worden dat de criteria hiervoor relatief laag waren: er moest sprake zijn van antidepressieve medicatie respectievelijk anxiolytica

en van minimaal vier gesprekken met een psychiater of psycholoog.

Bet en anderen (2013) publiceerden over bevindingen van een in Nederland uitgevoerde crossectionele cohortstudie (NESDA) waarin de adequaatheid van behandeling voor deelnemers met een huidige diagnose angst- of depressieve stoornis (n = 1662) is onderzocht. Hieruit bleek dat deze bij 29% van de cliënten met een depressieve stoornis en 30% van de cliënten met een angststoornis die werden behandeld in de SGGZ niet voldeed. Dat onze uitkomsten in vergelijking slechter zijn, zal te maken hebben met de doelgroep van ZemCAD: alleen cliënten met een chronische angst- of depressieve stoornis en een behandelgeschiedenis van ten minste twee jaar zijn geselecteerd.

Niet alleen in gecontroleerde trials, maar ook in de klinische praktijk blijkt zorg verleend volgens de richtlijnen effectiever (Adli e.a. 2003; Bauer e.a. 2009; Yoshino e.a. 2009). In een recente Nederlandse studie (van Dijk e.a. 2015) is aangetoond dat bij cliënten met angststoornissen die in een ambulante setting de richtlijnbehandeling kregen, na een jaar sprake was van significant grotere verbetering vergeleken met cliënten bij wie dat niet het geval was. Wanneer we deze uitkomst zetten naast onze bevinding dat met name farmacotherapie bij depressie vaak inadequaat is, mogen we veronderstellen dat hier winst te behalen is. Dit geldt uiteraard ook voor de vervolgstappen (MAO-remmer en ECT). Met de invoering van de generalistische basis-ggz is bovendien te verwachten dat de cliëntenpopulatie waarvoor zorg in de gespecialiseerde ggz nodig is relatief zieker zal zijn dan voorheen. Dat maakt toepassing van de volledige richtlijn nog urgenter.

## Kanttekeningen

De screeningslijst was bedoeld om in- en exclusiecriteria voor het ZemCAD-onderzoek vast te stellen en biedt een globaal beeld van kenmerken van aangemelde cliënten en hun behandelgeschiedenis. Daarbij is gevraagd naar de hoofddiagnose, waardoor de behandelaar zich mogelijk heeft beperkt tot één diagnose. In het MINI, afgenomen bij cliënten die geïncludeerd zijn in het hoofdonderzoek, worden alle diagnostische criteria systematisch doorlopen waardoor comorbiditeit minder over het hoofd wordt gezien. Tegelijkertijd kan niet uitgesloten worden dat gebruik van dit instrument bij deze langdurig in zorg zijnde cliënten tot fout-positieve of -negatieve diagnostische beoordelingen leidt. Een andere beperking ten slotte is de wijze waarop psychotherapie in kaart is gebracht. Klinische opnames kregen standaard een hoge score, maar uit aantekeningen genoteerd op de lijsten blijkt dat hierbij door behandelaars vraagtekens gezet worden.

De sterkste kant van dit onderzoek is dat van een grote groep cliënten die langdurig in zorg is, op systematische

manier informatie is verzameld die inzicht geeft in de daadwerkelijke aard en inhoud van de behandeling die zij ontvingen.

## CONCLUSIE

We bepleiten om juist bij langer lopende behandelingen voor angst- en depressieve stoornissen regelmatig (minimaal elk half jaar) systematisch de diagnostiek en behandeling te evalueren en zo nodig bij te sturen, om te

bewerkstelligen dat deze cliënten passende behandeling krijgen. Beter volgen van de richtlijn lijkt hierbij op zijn plaats. Wanneer alle behandelstappen in de sggz zijn uitgevoerd, kan de cliënt overgedragen worden aan de generalistische basis-ggz of de huisarts met een praktijkondersteuner ggz. Begeleiding in een setting waarbij de focus ligt bij het stimuleren van zelfmanagement in het omgaan met chronische klachten kan voor de betrokken cliënten dan een beter passend aanbod zijn.

## LITERATUUR

- Adli M, Rush AJ, Moller HJ, Bauer M. Algorithms for optimizing the treatment of depression: making the right decision at the right time. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36 (suppl 3): 222-9.
- Balkom ALJM van, van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Bauer M, Pfennig A, Linden M, Smolka MN, Neu P, Adli M. Efficacy of an algorithm-guided treatment compared to treatment as usual: a randomized controlled study of inpatients with depression. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29: 327-33.
- Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BW, van Balkom AJLM, Nolen WA, Hoogendijk WJ. Treatment inadequacy in primary and specialized care patients with depressive and/or anxiety disorders. *Psych Res* 2013; 210: 594-600.
- Demyttenare K, Bonnewyn A, Bruffaerts R de, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, e.a. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED). *J Affect Disord* 2008; 110: 84-93.
- Dijk MK van, Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Hoogendoorn AW, Penninx BWJH, van Balkom AJLM. Effectiveness of the implementation of treatment guidelines adhering specialized mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 69-80.
- Dijk MK van, Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, van Balkom AJLM. The effectiveness of adhering to clinical-practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: results of a cohort study in the Netherlands. *J Eval Clin Pract* 2013; 19: 719-27.
- Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenare K, Brugha TS, Antonell J, e.a. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 172-3.
- Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Penninx BWJH: Two-year course of anxiety disorders: different across disorders or dimensions? *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 212-21.
- Muntingh A, Laheij M, Sinnema H, Zoun M, van Balkom A, Schene A, Spijker J, e.a. Kwaliteit van leven en klachten na een zelfmanagementtraining bij patiënten met chronische angst en depressie: een gerandomiseerde studie. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 504-12.
- Ruhé HG. Algoritmes voor de biologische behandelingen van depressie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 235-8.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorin P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Balkom ALJM van. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Spijker J, Nolen WA. Het algoritme voor de biologische behandeling van depressie in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn depressie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 223-33.
- Spijker J, van Weeghel J. Rehabilitatie bij chronische depressie. In: Rooijen S van, Weeghel J van (red). *Psychiatrische rehabilitatie, Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP; 2011.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.
- Vliet IM van, de Beurs E. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV en ICD-10 stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 393-7.
- Yoshino A, Sawamura T, Kobayashi N, Kurauchi S, Matsumoto A, Nomura S. Algorithm-guided treatment versus treatment as usual for major depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 652-7.
- Zoun MHH, Koekkoek B, Sinnema H, Muntingh ADT, van Balkom AJLM, Schene AH, e.a. Effectiveness and cost-effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 216.

## SUMMARY

# Adequacy of treatment for chronic anxiety or depression; an exploratory study of treatment practice

A. SMIT, A. KEMPS, M. ZOUN, J. SPIJKER

**BACKGROUND** Many patients with anxiety or depression receiving specialised outpatient treatment at mental health centres do not fully recover. Relapse and chronic course are common. This raises questions about the adequacy of the treatment they receive.

**AIM** To obtain insight into the type and length of the treatment given to patients with chronic anxiety or depression.

**METHOD** We collected data as part of a national study involving 12 mental health trusts. To be included in the study, patients had to satisfy certain criteria: they had to have received specialised treatment for anxiety or depression for at least two years and there had to be concerns whether these patients would benefit from further treatment in this setting. We gathered information about patient characteristics, diagnosis and treatment history.

**RESULTS** On the basis of our selection criteria, 268 patients participated in our study; 65% of the patients were female. Patients were grouped in three categories: 67% were suffering from major depression, 25% from anxiety disorder and 8% from comorbid anxiety and depression. On average, patients had been treated for six years. More than one third of patients had received poor-quality treatment: treatment in the form of psychotherapy and/or pharmacotherapy had not been carried out in accordance with treatment guidelines.

**CONCLUSION** In practice, much current treatment falls short of expectations. In particular, pharmacotherapy for depression needs to be improved. Longer periods of treatment should be evaluated at least once every six months.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7,422-426

**KEY WORDS** anxiety, chronicity, depression, treatment policy