

# Samenvatting: De toepasbaarheid en effectiviteit van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen in de dagelijkse klinische praktijk

*Introductie (hoofdstuk 1).* Studies maken duidelijk dat bewezen effectieve interventies in de regel in een veel te laag tempo tot de zorgverleningspraktijk doordringen. Dit heeft nadelige consequenties voor patiënten doordat behandelresultaten kunnen tegenvallen. Als gevolg van het aanbod van mogelijk suboptimale interventies worden ook onnodig hoge ziektekosten gemaakt, hetgeen vooral nadelig is vanuit maatschappelijk perspectief. Een oplossing voor dit probleem vormt de ontwikkeling van behandelrichtlijnen. Binnen deze systematisch ontwikkelde standaarden wordt de vertaalslag gemaakt van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek naar concrete aanbevelingen voor het handelen bij een bepaalde aandoening.

Sinds 2003 zijn inmiddels 15 van dergelijke stoornis specifieke *multidisciplinaire* richtlijnen voor de behandeling van diverse psychiatrische problemen gepubliceerd. Waar het gaat om de ontwikkeling van behandelrichtlijnen voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), behoort Nederland daarmee tot de koplopers. Deze richtlijnen zijn echter niet vrij van kritiek. Er worden verschillende tekortkomingen genoemd. Het medisch model als uitgangspunt met de DSM-IV classificaties als aangrijpingspunt voor de ontwikkeling van de richtlijnen worden door sommigen bijvoorbeeld niet als optimaal gezien. Een andere tekortkoming zou de eenzijdige nadruk zijn op behandelingen die bewezen effectief zijn, zonder recht te doen aan ervaringen vanuit de praktijk. Doordat effectiviteit vaak onderzocht wordt in *efficacy studies* met streng geselecteerde onderzoekspopulaties, zou de externe validiteit van de resultaten beperkt zijn.

De implementatie van behandelrichtlijnen vormt een uitdaging, waarbij een belangrijke vraag is of het nastreven er van in algemene zin ook daadwerkelijk de moeite waard is. In dit proefschrift ligt het focus op de implementatie van behandelrichtlijnen voor patiënten met een angststoornis. De groep van angststoornissen zoals onderscheiden binnen de DSM-IV omvat een fenomenologische diverse groep van psychische stoornissen, waarbij de patiënten die hier aan lijden als centraal kenmerk delen dat sprake is van frequent voorkomende,

overmatige en onredelijke angstgevoelens en/of buitensporige vrees, welke een duidelijk lijden en invalidatie met zich meebrengen. De schattingen zijn dat in Nederland ongeveer 1,3 miljoen mensen aan een angststoornis lijden. Angststoornissen behoren daarmee tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen en gaan gepaard met een grote ziektelast. Ten tijde van de start van het onderzoeksproject, waarvan dit proefschrift verslag doet, bestond er geen onderzoek naar de mogelijkheid richtlijnen voor deze patiëntenpopulatie te implementeren laat staan naar de effectiviteit van een dergelijke implementatie.

Onderhavig proefschrift geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Is het mogelijk de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen in de dagelijkse klinische praktijk te implementeren en welke aanpak is daarbij behulpzaam?
- 2) Levert het naleven van deze richtlijnen superieure uitkomsten op vergeleken met niet naleven van deze richtlijnen?
- 3) Gaat actieve en systematische implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen gepaard met betere adherentie aan deze richtlijnen en met betere uitkomsten van zorg, vergeleken met passieve disseminatie?
- 4) Is het mogelijk te voorspellen welke patiënten met een angststoornis niet zullen reageren op een behandeling volgens de richtlijn en welke patiënten functionele beperkingen zullen blijven houden?

In *hoofdstuk 2* wordt verslag gedaan van een casestudie waarmee getracht is antwoord te vinden op de vraag of de richtlijnen voor angststoornissen in de alledaagse praktijk van de GGZ geïmplementeerd kunnen worden. Onderzocht werd wat effectieve manieren zijn om dit voor elkaar te krijgen. De richtlijnen werden systematisch geïmplementeerd binnen een ambulante behandelteam voor angststoornissen. Dit team vormde onderdeel van een tweedelijns behandelsetting in Almelo, bestaande uit 16 professionals van verschillende disciplines en niveau van senioriteit. Er werd gebruik gemaakt van de stapsgewijze aanpak voor implementatie beschreven door Grol en Wensing. Hierbij wordt na een diagnostische analyse van de Ausgangssituatie voor implementatie en het formuleren van veranderdoelen, een gerichte keuze gemaakt werd voor een combinatie van implementatie-strategieën. Het effect werd met regelmaat gemonitord. Uitkomsten van het periodieke monitoren, konden aanleiding vormen om het implementatie plan bij te stellen.

Een belangrijk hulpmiddel bij de implementatie was een set van procesindicatoren. Deze indicatoren werden ontwikkeld door input van leden van het NEDerlands Kenniscentrum voor Angst en Depressie (NEDKAD). De indicatoren werden gebruikt om met de informatie uit de dossiers van patiënten een indruk te krijgen van de mate waarin de belangrijkste aanbevolen behandelstappen uit de richtlijnen goed toegepast werden. Een ander belangrijk hulpmiddel vormde een nieuw ontwikkelde vragenlijst voor het in kaart brengen van de positie van de professionals op de verschillende constructen uit de theorie van planmatig handelen, zodat belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie in kaart gebracht konden worden. Als onderdeel van de gevolgde *plan-do-check-act* cyclus bij de implementatie werden uiteindelijk de volgende interventies gebruikt: 1) Reorganisatie van het zorgproces waarbij niet langer de intaker, als lid van een apart intake-team, maar de behandelcoördinator van het behandelteam voor angststoornissen verantwoordelijk werd voor het opstellen van het behandelplan; 2) Het ontwikkelen en verspreiden van instructie materiaal voor hulpverleners en patiënten over de aanbevolen behandelingen volgens de richtlijnen; 3) Organisatie van instructiebijeenkomsten om de inhoud van de richtlijnen en de reikwijdte van de richtlijnaanbevelingen te bespreken; 4) Het trainen van professionals in relevante vaardigheden om de richtlijnen goed te kunnen toepassen; 5) Het routinematig vaststellen van de mate waarin aanbevolen interventies daadwerkelijk werden toegepast. Dit laatste als onderdeel van de behandelplanbesprekingen op het niveau van de individuele hulpverleners met de behandelcoördinator en ook als onderdeel van feedbacksessies met het hele behandelteam. Deze sessies vonden telkens plaats na enkele maanden om de gezamenlijk de voortgang van het project te evalueren en om nieuwe aandachtspunten voor het handelen te bepalen .

Op grond van de vergelijking van de resultaten van dossieronderzoek uitgevoerd bij 150 patiënten die werden behandeld binnen het angststoornissen team voor de start van de implementatie van de richtlijnen en 181 patiënten die werden behandeld binnen dit zelfde team na de start van de implementatie, werden significante verbeteringen vastgesteld bij het naleven van de belangrijkste kernaanbevelingen volgens de richtlijn, waarop een verbetering werd nagestreefd. Dit vormt een bewijs dat implementatie van richtlijnen in een behandelteam dat zich richt op patiënten met angststoornissen in een praktijksetting mogelijk is. Een stapsgewijze implementatie aanpak lijkt hierbij behulpzaam te zijn. Bij deze aanpak worden met op maat gemaakte interventies de specifieke knelpunten aangepakt.

In *hoofdstuk 3* wordt verslag gedaan van een beloopstudie waarin de uitkomsten van zorg vastgesteld werden van patiënten, die na de start van de implementatie van de angstrichtlijnen in Almelo voor de implementatie studie geïnccludeerd werden. Doel van deze studie was na te gaan of het naleven van de richtlijnen superieure uitkomsten oplevert. Na 1 jaar werden daarvoor de behandelresultaten van 81 patiënten bij wie de richtlijnen correct waren nageleefd, vergeleken met die van 58 patiënten bij wie de richtlijnen ten onrechte niet waren nageleefd. Het bleek dat de bereikte klachtenreductie bij de categorie patiënten bij wie kon worden vastgesteld dat de belangrijkste, door de richtlijn voorgeschreven behandelstappen goed waren uitgevoerd, significant groter was in vergelijking met de categorie patiënten bij wie bij het zorgaanbod van de richtlijnen was afgeweken. Er werd tussen beide groepen patiënten geen significant verschil gevonden in verbeteringen in kwaliteit van leven. De groep patiënten waarbij de richtlijnen goed waren nageleefd, bleek wel meer tevreden te zijn over de gevolgde behandeling in vergelijking met de andere groep. Tevens was het aantal behandelcontacten geringer in de groep patiënten die correct volgens de richtlijnen behandeld werden. In de studie werd vastgesteld dat de richtlijnen bij 87% van de patiënten toepasbaar zouden zijn geweest. Het naleven van richtlijnen kan dus tot betere resultaten leiden en kan de zorg ook efficiënter maken. Tevens laat de studie zien dat de aanbevelingen uit de angstrichtlijnen breed toepasbaar zijn.

In *hoofdstuk 4* worden de resultaten van een studie gepresenteerd waarin het cohort patiënten uit Almelo, geïnccludeerd na de start van de implementatie van de richtlijnen, vergeleken werd met een cohort patiënten dat werd behandeld binnen een vergelijkbare behandelsetting in Amsterdam alwaar de angstrichtlijnen alleen verspreid waren onder de daar werkende hulpverleners. De Amsterdamse patiënten waren geïnccludeerd in de NESDA studie. Doel van deze vergelijkende studie was te bepalen of systematische implementatie van de angstrichtlijnen - zoals beschreven in hoofdstuk 2 - gepaard zou gaan met een betere adherentie aan deze richtlijnen en betere behandelresultaten, vergeleken met de situatie dat alleen passieve disseminatie van de richtlijnen plaatsvindt. Omdat in de NESDA studie alleen patiënten geïnccludeerd werden die leden aan een primaire diagnose paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis, werden uit het Almelse cohort alleen deze patiënten geselecteerd voor de vergelijking. Na een jaar behandeling bleken de richtlijnen voor wat betreft de belangrijkste aanbevolen behandelstappen vaker nageleefd te worden bij patiënten behandeld binnen de

setting waar systematische implementatie van de richtlijnen plaatsvond (actieve conditie). Na een jaar lieten patiënten in de actieve conditie een significant sterkere daling zien op een vragenlijst voor het meten van angstklachten dan de patiënten in de controle conditie. Na twee jaar was dit significante verschil echter verdwenen, vermoedelijk omdat de patiënten uit de controle conditie vaker langer doorbehandeld werden. Er werd geen verschil tussen beide condities gevonden voor wat betreft de afname van comorbide depressieve klachten. Deze resultaten suggereren dat als richtlijnen beter worden toegepast er ruimte is voor verdere verbetering van de resultaten van de zorg. De conclusie is dat systematische implementatie van de angstrichtlijnen de kwaliteit van de zorg en mogelijk ook de efficiëntie ervan kan verbeteren.

In *hoofdstuk 5* worden de resultaten gepresenteerd van een studie waarin gekeken is naar de mogelijkheid om ongunstige uitkomsten van zorg te voorspellen bij de groep van 81 patiënten uit Almelo, waarbij vastgesteld kon worden dat de angstrichtlijnen goed waren nageleefd. Doel van het onderzoek was om vast te stellen of het mogelijk is te voorspellen welke patiënten met een angststoornis niet zullen reageren op een behandeling volgens de richtlijn en welke patiënten functionele beperkingen zullen blijven houden na 1 jaar behandeling, terwijl zij wel een behandeling volgens de richtlijnen hebben gehad. De voorspellende waarde van variabelen waarvan uit ander onderzoek bekend is dat ze de behandelprognose van patiënten met een angststoornis kunnen beïnvloeden werden in deze studie onderzocht. Voorbeelden van dergelijke variabelen zijn: leeftijd, geslacht, allochtone afkomst, opleidingsniveau, arbeidssituatie, inkomen, motivatie voor behandeling, aanwezigheid van motieven voor secundaire winst, de aanwezigheid van een comorbide depressieve stoornis, een comorbide angststoornis of een comorbide persoonlijkheidsproblemen en de mate van tevredenheid met de toegankelijkheid van de zorg. De stapsgewijze selectieprocedure voor het ontwikkelen van een predictie-model voor behandel non-respons, leverde een model op met alleen geslacht en aanwezigheid van motieven voor secundaire ziekte-winst als voorspellende variabelen. Mannen hadden een iets grotere kans op een behandel non-respons na 1 jaar en patiënten met een nevenmotief bij het zoeken van hulp verrassen genoeg een kleinere kans. De voorspellende waarde van dit predictie model voor behandel non-respons bleek echter zeer beperkt te zijn. De stapsgewijze selectieprocedure voor het ontwikkelen van een predictie model voor blijvende functionele beperkingen, leverde een model op met geslacht, de aanwezigheid van een comorbide angststoornis en tevredenheid met de toegankelijkheid van zorg als voorspellende

variabelen. Mannen leken een grotere kans op blijvende functionele beperking te hebben na 1 jaar en patiënten met een comorbide angststoornis een kleinere kans. Patiënten die ontevreden zijn met de toegankelijkheid van de zorg, hadden een grotere kans op blijvende functionele beperkingen. De mate waarin dit model met deze 3 voorspellende variabelen in staat lijkt onderscheid te maken tussen patiënten die een kleine dan wel grote kans lijken te hebben op blijvende functionele beperkingen na 1 jaar, blijkt op grond van de gevonden resultaten uitstekend. De conclusie moet voorlopig zijn dat het vooralsnog slecht mogelijk is te voorspellen welke cliënten onvoldoende van een behandeling volgens de richtlijnen zullen profiteren. Dit als gekeken wordt naar het optreden van behandelresponse als uitkomstmaat. Dit suggereert gelijktijdig dat met de huidige kennis er dus ook weinig reden is iemand met een angststoornis als primaire diagnose, een dergelijke behandeling te onthouden. Vanuit het perspectief van het voorkómen van langdurende invaliditeit lijkt daarbij als aangrijpingspunt voor de hulpverlening vooral rekening gehouden te moeten worden met eventueel ervaren problemen bij de toegankelijkheid van zorg. Het aanbieden van huisbezoeken of de inzet van E-health interventies zou in die voorkomende gevallen wellicht uitkomst kunnen bieden

In *hoofdstuk 6* worden de resultaten van verschillende deelstudies samengevat en besproken. Uit het huidige onderzoek kunnen moeilijk harde causale conclusies getrokken worden. Dat komt door het observationele karakter van de studies. Vervolgonderzoek naar de implementatie van de angstrichtlijnen zal opgezet moeten worden als een multicenter, cluster-gerandomiseerd, gecontroleerd experiment. Het lijkt voor de toekomst ook zinvol de toegevoegde waarde van het aanbieden van de opeenvolgende aanbevolen behandelstappen uit de richtlijn te onderzoeken. Idealiter zou er daarbij ook gekeken worden naar betere voorspellers van het behandel succes, van de verschillende aanbevolen behandelstappen. Kennis hierover zou de doelmatigheid van zorg immers verder kunnen verbeteren.

In *hoofdstuk 7* wordt de Engelstalige samenvatting van dit proefschrift gegeven.