

Doelmatigheid Ambulante Behandeling

- samenvatting -

Dr. A. van Straten^{1,2}

Dr. L. Hakkaart¹

Prof.dr. M. Donker¹

¹ Erasmus Universiteit Rotterdam

² Trimbos-instituut, Utrecht

Juli 2004

Dit onderzoek werd uitgevoerd met financiële bijdragen van ZON-MW (projectnr. 9605011) en de Stichting Bevordering Wetenschappelijk Onderwijs Geestelijke Gezondheidszorg.

Dit project is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met een wetenschappelijke adviescommissie waarin de volgende personen zitting hadden: prof. dr. J. van den Bout, prof. dr. G. Hutschemaekers, dr. H. Kluiters, prof. dr. W. Nolen, drs. P. Rijnders, prof. dr. A. Schene en dr. B. Tiemens. Wij zijn hen allen zeer erkentelijk voor de vele waardevolle suggesties en adviezen. De begeleidingscommissie bestond uit prof. dr. J. Dijkhuis (voorzitter), drs. R. Evertse, drs. J. Jongmans, dr. E. Lieber, drs. A.H. van der Spek en prof. dr. C. van der Staak. Aanvankelijk maakten ook de heren J. Penninga (VWS), H.J. Dalewijk en F.H.H. Rutten deel uit van de commissie. Allen bedanken wij voor de goede discussies en prettige samenwerking.

Tot slot bedanken wij de volgende instellingen voor GGZ voor hun deelname aan het onderzoek: Altrecht, Eleos, Emergis, de Gelderse Roos, Mentrum, Riagg Zaanstreek / Waterland, en Stichting Adhesie.

1. Waarom dit onderzoek?

Het onderzoek richtte zich op de behandeling van angststoornissen en depressies. Deze stoornissen komen veel voor in de Nederlandse bevolking. Ongeveer 10% van de mannen en 20% van de vrouwen maakt minstens één maal in het leven een depressie door en nog eens 20% van alle Nederlanders krijgt in zijn of haar leven te maken met een angststoornis. Het zijn dan ook de meest voorkomende stoornissen bij mensen die zich aanmelden voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

In dit onderzoek worden drie verschillende soorten gespreksbehandeling met elkaar vergeleken op kosten-effectiviteit. Alle deelnemende cliënten werden op basis van toeval aan een van de volgende 3 behandelingen toegewezen: kortdurende behandeling (KDB), cognitieve gedragstherapie (CGT) of de gangbare zorg (care as usual = CAU).

Kortdurende behandeling - KDB

Deze behandeling staat bekend als het 5 (tot 7) gesprekken model. In de jaren '80 is deze vorm van behandeling ontstaan, vooral als reactie op de wachtlijstproblematiek. Gaandeweg heeft deze vorm van behandeling steeds meer een specifiek karakter gekregen. De doelstelling van KDB is niet 'volledige genezing' maar het verkrijgen van meer, of verbeterde, controle over de klacht. De behandeling richt zich dan ook op het hier en nu en op het zelfoplossende vermogen van de cliënt. Een belangrijk kenmerk van de KDB is verder een snelle start van de behandeling (geen wachtlijst). Momenteel hebben vrijwel alle GGZ-instellingen een kortdurend behandelaanbod en geschat wordt dat zo'n 20% van alle cliënten die zich aanmelden in eerste instantie KDB krijgen aangeboden. Er is nog geen onderzoek verricht naar de (kosten)effectiviteit van deze vorm van behandeling.

Cognitieve gedragstherapie - CGT

Cognitieve gedragstherapie wordt gekenmerkt door een gestructureerde benadering en bestaat doorgaans uit 15 sessies. De behandeling richt zich vooral op het veranderen van irrationele aannamen die men over zichzelf heeft die leiden tot negatieve interpretaties van situaties, negatieve emoties en zelfondermijnende handelingen. De effectiviteit van CGT voor de behandeling van angststoornissen en depressies is al vele malen aangetoond. Deze studies zijn echter meestal uitgevoerd in homogene cliëntpopulaties (zonder co-morbiditeit), met speciaal getrainde therapeuten, in universiteitspraktijken. De (kosten)effectiviteit in de dagelijkse praktijk is niet eerder onderzocht.

Gangbare zorg – CAU

Iedere GGZ instelling kent een breed scala aan gespreksbehandelingen. Doorgaans wordt door een multidisciplinair team iedere cliënt aan één van deze vele vormen van behandeling toegewezen op basis van de klachten van de cliënt, de persoonskenmerken en de specifieke omstandigheden. De CAU conditie in dit onderzoek bestaat dus uit vele typen gespreksbehandelingen. Zij onderscheidt zich van de 2 andere vormen van behandeling (KDB en CGT) doordat binnen CAU alle behandelingen door de hulpverleners geïndiceerd zijn op basis van de specifieke kenmerken van de patiënt.

De wijze van indiceren in de CAU conditie wordt ook 'matched care' genoemd. Deze wijze van indiceren staat in contrast met de 'stepped care' benadering waarbij alle cliënten in eerste instantie dezelfde, relatief korte, standaard behandeling krijgen aangeboden. Alleen indien deze standaard behandeling onvoldoende resultaten oplevert, wordt bij stepped care overgegaan op een meer intensieve of langerdurende behandeling. In dit onderzoek zal, naast een algemene vergelijking van de kosteneffectiviteit van de 3 condities, worden onderzocht of de matched care (CAU) óf de stepped care (KDB en CGT) benadering het meest kosteneffectief is.

2. Hoe is het onderzoek uitgevoerd?

Uitgangspunt: benaderen dagelijkse praktijk

Uitgangspunt van dit onderzoek was dat de resultaten toepasbaar moesten zijn voor de dagelijkse praktijk van de GGZ. Om die reden hebben we het onderzoek uitgevoerd in de reguliere GGZ instellingen met reguliere cliënten en behandelaars. Bij alle keuzen in het onderzoeksdesign was de leidraad telkens om zo min mogelijk af te wijken van die dagelijkse praktijk, met behoud van wetenschappelijke kwaliteit.

De deelnemende instellingen, de behandelaars en de behandelingen

In totaal hebben 7 GGZ instellingen, verspreid over 12 locaties, aan het onderzoek deelgenomen. Bij aanvang van dit onderzoek heetten een aantal van deze instellingen nog 'RIAGG's'. De instellingen mochten zelf bepalen welke behandelaars aan dit onderzoek zouden deelnemen. De onderzoekers stelden drie eisen: (1) elke behandelaar mocht maar aan één behandelconditie tegelijk meewerken (2) de behandelaars moesten in de dagelijkse praktijk al werken met de behandelvorm die ze in het kader van het onderzoek zouden gaan toepassen (dus alle behandelaars die in de dagelijkse praktijk CGT gaven, mochten meedoen aan de CGT conditie; alle behandelaars die in de dagelijkse praktijk KDB gaven, mochten meedoen in de KDB conditie; en alle resterende behandelaars mochten meedoen aan de CAU conditie) en (3) de therapeuten moesten ervaren zijn in de betreffende conditie. Er werden geen verdere eisen aan de opleiding of achtergrond van de behandelaars gesteld.

Voor aanvang van het onderzoek zijn alle behandelaars die aan de KDB zouden gaan meewerken een dag bij elkaar gekomen. Met elkaar hebben zij vastgesteld welke gemeenschappelijke uitgangspunten zij hanteerden in hun KDB behandeling. Deze uitgangspunten zijn daarna door dhr. Paul Rijnders uitgewerkt tot een korte richtlijn. De behandelaars zijn vervolgens twee dagen getraind in het werken met deze richtlijn. Eenzelfde procedure is gevolgd voor de CGT. De behandelaars hebben met elkaar vastgesteld waaraan een CGT moet voldoen. Dit is uitgewerkt in een protocol door dhr. Jan van den Bout en dhr. Fred Sterk. Ook deze behandelaars zijn 2 dagen getraind. Vanwege de aard van de conditie was er geen training voor de CAU behandelaars. Wel hebben de onderzoekers de behandelteams bezocht om hen te informeren over het onderzoek.

In totaal hebben bijna 200 behandelaars minimaal één cliënt behandeld in het kader van dit onderzoek. De CGT werd uitgevoerd door ongeveer 30 behandelaars (gemiddeld 6 cliënten per behandelaar), de KDB werd eveneens door ongeveer 30 behandelaars uitgevoerd (gemiddeld 5½ cliënt per behandelaar), en de CAU werd door meer dan 100 behandelaars uitgevoerd (gemiddeld 2 cliënten per behandelaar). Van ongeveer een derde van de behandelaars hebben we gegevens over de achtergrond. Het merendeel van deze behandelaars omschreef zichzelf als psychotherapeut (55%) en/of als GZ psycholoog (43%). Nog eens 11% omschreef zichzelf als SPV'er, 8% als maatschappelijk werker, en 9% als arts / psychiater. Gemiddeld was men 11 jaar werkzaam in de GGZ.

De onderzoeksccliënten

Alle mensen die zich in de onderzoeksperiode hebben aangemeld bij een van de 12 deelnemende locaties werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. Zij werden eerst door de intakeers gescreend en vervolgens thuis geïnterviewd door de onderzoekers. Aan alle cliënten met de volgende DSM-IV stoornissen werd toestemming voor deelname aan het onderzoek gevraagd: depressie (éénmalig of recidiverend), dysthymie, depressieve stoornis NAO, paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis. Alleen psychotische of bipolaire stoornissen, harddrugsverslaving, suïcidaliteit en cognitieve beperkingen leidden tot exclusie, alle andere vormen van co-morbiditeit waren toegestaan (ook alcoholverslaving, persoonlijkheidsstoornissen en somatische ziekten).

In totaal werden 702 mensen geïnccludeerd in het onderzoek. Deze 702 mensen zijn op basis van toeval (loting) aan één van de drie behandelcondities toegewezen: CAU 266 cliënten, CGT 232 cliënten en KDB 204 cliënten. Achteraf bleek uit de analyses dat de patiënten in de drie condities weinig van elkaar verschilden (de randomisatie was geslaagd). In hoeverre de deelnemers aan het onderzoek lijken op de cliënten die zich aanmelden in een reguliere GGZ-praktijk konden we niet nagaan, door het ontbreken van vergelijkingsgegevens.

De vervolginterviews

Alle deelnemende cliënten werden iedere 3 maanden benaderd voor een vervolginterview tot 1½ à 2 jaar na het baseline interview. Het één jaars interview en het laatste interview vonden plaats bij de cliënt thuis en daarbij werd opnieuw de DSMIV stoornis in kaart gebracht. Alle overige interviews waren telefonische interviews. Tijdens alle interviews werden vragen gesteld over de psychologische klachten, kwaliteit van leven, zorgconsumptie (alle sectoren van de gezondheidszorg) en werkverzuim.

3. Wat zijn de belangrijkste resultaten?

Algemene kenmerken

We hebben allereerst gekeken naar enkele algemene kenmerken van de deelnemers. De gemiddelde leeftijd bleek 36 jaar te zijn en het merendeel was vrouw (61%). De meeste mensen waren geboren in Nederland (90%), hadden een middelbare opleiding (74%) en een betaalde baan (66%).

Gezondheid bij aanvang van de studie

Vervolgens hebben we gekeken naar de DSM diagnose van de deelnemers bij aanvang van de studie, dus voordat de behandeling werd gestart. Ten eerste viel op dat depressies en angststoornissen nogal eens gelijktijdig voorkwamen. Dit bleek het geval te zijn bij maar liefst 41% van alle 702 deelnemers. Nog eens 12% van de deelnemers leed aan een angststoornis (zonder depressieve klachten) en de rest (47%) aan een depressie (zonder angstklachten). Ongeveer de helft van alle mensen met een

depressie had al een keer eerder een depressie doorgemaakt. Er was ook aanzienlijke co-morbiditeit met lichamelijke klachten. Driekwart van alle cliënten gaf aan dat er lichamelijke klachten waren en een kwart gebruikte medicatie voor deze klachten. De psychische en lichamelijke klachten hadden ook gevolgen voor (de kwaliteit van) het dagelijks leven. In vergelijking met de algemene bevolking hadden de deelnemers aan het onderzoek een aanzienlijk lagere levenskwaliteit. Meer dan de helft van de respondenten met betaald werk gaf aan langdurig verzuimd te hebben van werk.

Gegevens over de behandeling

Wij hebben ook enkele algemene gegevens over de behandelingen geregistreerd. Opvallend was dat van alle mensen die zich hadden aangemeld voor een behandeling bij de RIAGG, 11% uiteindelijk nooit is komen opdagen. Dit kan wellicht verklaard worden door de lange wachtduur voor de start van de therapie. Gemiddeld genomen bedroeg deze 75 dagen (ruim 10 weken). Voor de kortdurende behandeling was de wachttijd echter wel aanzienlijk korter (gemiddeld 7 weken) dan voor de andere vormen van therapie (gemiddeld ongeveer 12 weken).

Zoals verwacht nam de kortdurende behandeling ook het minste behandelingsduur in beslag. Gemiddeld genomen bestond deze therapie uit 8 sessies die plaatsvonden in 6 maanden. De cognitieve gedragstherapie bestond gemiddeld uit 10 sessies en duurde ruim 7 maanden. Dit is weer korter dan de gemiddelde duur van de momenteel gangbare zorg bij de RIAGG. Deze gangbare zorg (de CAU dus) bestond gemiddeld uit 12 sessies en duurde bijna 9 maanden. Hoewel de kortdurende behandeling dus ook echt het kortst was, werden wel veel mensen (bijna een kwart) alsnog doorverwezen naar een andere vorm van therapie. Tot slot bleek dat zo'n 20% van alle mensen die met een therapie waren begonnen voortijdig afhaakten, voordat de therapie was afgerond.

Veranderingen in gezondheid en de kosten voor alle 702 cliënten

Over het algemeen was het herstel in gezondheid gedurende de onderzoeksperiode groot. Na 1 jaar was bij ongeveer de helft van alle deelnemers de depressie en/of angststoornis verdwenen en aan het einde van de onderzoeksperiode bij tweederde. Ook de klachten en problemen met betrekking tot (de kwaliteit van) het dagelijks leven namen duidelijk af. Aan het einde van de onderzoeksperiode was deze echter nog altijd minder goed dan in de algemene bevolking. Het percentage respondenten met ziekteverzuim langer dan 2 weken daalde significant na respectievelijk 1 en 1,5 jaar.

Verschillen in effecten en kosten tussen de 3 behandelcondities

Mensen in de CGT conditie én in de KDB conditie bleken vaker hersteld te zijn (geen depressie of angststoornis meer aanwezig) dan mensen in de CAU conditie. De gevonden effecten (odds ratio's) varieerden tussen de 1.23 en 1.75 (= kans om geen diagnose meer te hebben in vergelijking met de CAU groep). De effecten waren iets groter voor de KDB groep dan voor de CGT groep, en iets groter na één jaar dan aan

het einde van de studie. Geen van de effecten was echter statistisch significant. Dit betekent dat zij op toeval zouden kunnen berusten.

De kosten voor de behandeling binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg waren significant lager voor de KDB dan voor de CAU en CGT. Echter indien we ook de overige zorgkosten (dus ook die buiten de GGZ) in onze berekening meenemen verviel dit voordeel en waren de verschillen in kosten niet meer significant. De kosten als gevolg van ziekteverzuim waren gemiddeld het laagst voor de KDB terwijl de totale kosten (zorgconsumptie én ziekteverzuim) het hoogst waren voor de CAU. Deze verschillen waren echter niet statistisch significant.

4. Aanbevelingen

Het onderzoek is van toepassing op volwassenen met een depressieve stoornis of een angststoornis (met co-morbiditeit) die zich aanmelden bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Een deel van hen werd behandeld met gebruikelijke zorg, waarbij zij een behandeling 'op maat' kregen aangeboden, geïndiceerd op basis van hun specifieke kenmerken en behoeften (matched care). Twee andere groepen patiënten kregen als eerste aanbod ofwel kortdurende behandeling, ofwel cognitieve gedragstherapie. Bij die laatste twee groepen werd alleen overgeschakeld naar een andere behandeling als de eerste behandeling niet bleek te werken (volgens het stepped care-principe).

De gebruikelijke zorg (matched care) blijkt geen meerwaarde te hebben: zij is gemiddeld wel duurder, maar niet effectiever dan de twee andere behandelvormen. De belangrijkste aanbeveling van dit onderzoek is dan ook om in de GGZ andere vormen van indicatiestelling en zorgtoewijzing te ontwikkelen. De tijd die besteed wordt aan het uitgebreid bij binnenkomst diagnosticeren en indiceren van mensen met angst of depressie veroorzaakt nodeloze kosten, dwz, kosten die niet gerechtvaardigd worden door een beter resultaat. Het geld, c.q. de tijd van behandelaars kan beter anders worden ingezet. Behalve naar de wijze van indicatiestellen onderscheidde de gebruikelijke zorg in ons onderzoek zich ook naar behandelduur en aantal sessies: een langere behandelduur en meer sessies blijken niet tot beter resultaat te leiden. Dit pleit ervoor om in eerste instantie relatief kortdurende vormen van behandeling in te zetten voor mensen met stemmings- en angststoornissen.

De aangeboden behandeling was niet voor alle patiënten afdoende. Een deel van de patiënten was niet opgeknapt na anderhalf jaar, en een deel stapte over naar een andere behandeling. Wanneer gekozen wordt voor stepped care principe, dwz. alle patiënten met angst en depressie als standaardaanbod eerst een kortdurende of cognitieve gedragstherapie aanbieden, is een vereiste dat het behandelresultaat gedurende de behandeling goed gemonitord wordt. Bij uitblijvend resultaat zijn alsnog uitgebreide psychodiagnostiek, en een alternatieve behandeling aan de orde. Over de kans op resultaat van een voortgezette (langerdurende) behandeling kunnen we op basis van dit onderzoek geen uitspraak doen.

Of kortdurende behandeling de voorkeur verdient boven cognitieve gedragstherapie, of omgekeerd, kan uit de resultaten van dit onderzoek niet bepaald worden. De verschillen waren niet statistisch significant.

5. Tot slot

Over de resultaten van dit onderzoek zal uitgebreider en meer in detail gepubliceerd worden in wetenschappelijke tijdschriften. Op dit moment zijn een aantal artikelen in voorbereiding. Het betreft artikelen naar (1) de voor- en nadelen van de gebruikte onderzoeksmethode (2) de verschillen in effectiviteit tussen de drie behandelvormen (3) de verschillen in kosten tussen de drie behandelvormen en (4) subgroepen cliënten in relatie met effectiviteit tussen de drie behandelingen. Deze artikelen zullen naar internationale tijdschriften worden gestuurd. In een later stadium zullen wij de belangrijkste resultaten ook aanbieden aan een Nederlandstalig tijdschrift. Daarnaast zijn wij met onze wetenschappelijke samenwerkingspartners in gesprek over mogelijke andere publicatie onderwerpen. Hierbij kan gedacht worden aan: de rol van de wachttijden, de rol van de therapeut (therapeutkenmerken), verschillen in uitkomstmaten, tevredenheid van cliënten en verschillen in effecten binnen de KDB.

Mocht u naar aanleiding van deze samenvatting nog vragen hebben dan kunt u contact opnemen met:

Mw. Dr. Annemieke van Straten
Senior wetenschappelijk medewerker
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus MC
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam
Tel: 06.12721340
E-mail: vanstraten@bmg.eur.nl