



**collaborative care:**  
Primary care Anxiety Disorders

**Folder voor huisartsen en  
GGZ-hulpverleners werkzaam  
in de huisartspraktijk**



VU medisch centrum



***Eén op de tien patiënten die de huisartspraktijk bezoekt, heeft een angststoornis. Angststoornissen zijn goed te behandelen, maar dit heeft vaak meer tijd nodig dan de korte tijd die een huisarts per consult beschikbaar heeft. Om deze reden zijn het Trimbos-instituut, het VU medisch centrum en het LUMC een interventieonderzoek gestart naar de behandeling van angststoornissen in de eerste lijn. Het onderzoek richt zich op patiënten met paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis, twee van de meest voorkomende angststoornissen waarvoor effectieve behandelingen bestaan.***

### **Wat houdt het onderzoek in?**

In dit onderzoek wordt bekeken hoe effectief een behandeling is volgens het principe van **collaborative stepped care**. Dit behandelmodel is ontwikkeld in de Verenigde Staten en heeft daar erg goede resultaten geboekt. Volgens het principe van collaborative stepped care krijgt de patiënt in eerste instantie de lichtst mogelijke behandeling aangeboden. Brengt deze behandeling niet voldoende verbetering, dan wordt er overgestapt op een meer intensieve behandelvorm. Binnen het collaborative care model staat een caremanager centraal die de zorg voor de patiënt coördineert. Deze caremanager is vaak een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psycholoog of een praktijkondersteuner. Hierdoor wordt de huisarts ontlast en krijgt de patiënt hulp van een in de GGZ gespecialiseerde hulpverlener. De huisarts werkt samen met de caremanager, de patiënt en een te consulteren psychiater, om zo optimale zorg te bieden. Alle behandelingen die worden aangeboden zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde behandelingen. Het collaborative stepped care model wordt in deze studie vergeleken met de gebruikelijke zorg zoals de huisarts die gewend is te geven.

### **Collaborative care vs. gebruikelijke zorg**

Er komen twee groepen huisartspraktijken: een interventiegroep en een controlegroep. Er wordt geloot welke caremanagers de interventiegroep vormen. Deze caremanagers zullen na de loting worden getraind in de interventies en kunnen in de praktijken waar zij werkzaam zijn de interventies uitvoeren. Of een praktijk in de interventie- of controle groep valt, hangt dus af van de loting van de betrokken caremanager. Caremanagers die in de controlegroep vallen, zullen getraind worden wanneer er voldoende patiënten zijn aangemeld voor deelname aan de studie (na max. 1 jaar). Alle caremanagers van deelnemende huisartspraktijken zullen uiteindelijk dus in staat zijn om het collaborative stepped care model toe te passen. Als er in de huisartspraktijk geen hulpverlener aanwezig is die de rol van caremanager kan vervullen, is het mogelijk dat een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Rivierduinen (tijdelijk) in de praktijk komt werken.

### **Insluiten van patiënten**

Het insluiten van patiënten gaat op twee manieren. De onderzoekers schrijven alle patiënten aan die in het afgelopen jaar de huisartsenpraktijk bezocht hebben. De tweede manier is dat huisartsen zelf patiënten aanmelden van wie zij vermoeden dat deze geschikt zijn voor het onderzoek. De volgende patiënten kunnen niet deelnemen: patiënten met een psychotische stoornis, cognitieve beperkingen (bv. dementie), taalproblemen, suïcidaliteit, leeftijd <18 en patiënten die al onder behandeling zijn in de tweedelijnszorg. Patiënten die al bij de huisarts onder behandeling zijn voor een angststoornis kunnen wel meedoen met het onderzoek.

### **Wat houdt de behandeling in?**

**Stap 1: Begeleide zelfhulp.** De zelfhulp duurt 12 weken, waarbij er vijfmaal een contact is met de caremanager (drie keer op de praktijk en twee keer per telefoon).

**Stap 2: Cognitieve gedragstherapie (CGT).** De CGT bestaat uit 6 wekelijkse sessies van 45 minuten. Daarna volgen er 4 korte follow-up consulten per telefoon.

**Stap 3: Medicatie** d.m.v. een antidepressiva-algoritme.

Wanneer de eerste stap niet voldoende effectief is gebleken, wordt de volgende stap aangeboden. Als er na stap 3 nog niet voldoende verbetering is opgetreden, kan er worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ.

### **Wie doet wat?**

#### **Caremanager**

Caremanagers in de interventiegroep zullen de zelfhulp begeleiden en de CGT toepassen. Zij krijgen training in de principes van collaborative care en in de behandelingen. Deze trainingen nemen tezamen 3 dagen in beslag. De caremanager houdt tijdens de behandeling op gezette tijden contact met de patiënt waarin aan de hand van een korte vragenlijst bekeken wordt of de patiënt vooruit is gegaan. Op basis van de klachten worden nieuwe stappen in de behandeling gezet. Caremanagers in de controlegroep voeren hun werkzaamheden uit zoals zij gewend zijn. Zij worden getraind in de interventies aan het einde van de inclusieperiode (na max. 1 jaar).

## **Huisarts**

De huisarts is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt; ook voor het geven van medicatie. Huisartsen uit beide groepen krijgen een training in o.a. het herkennen van angststoornissen ( $\pm 1,5$  uur). Huisartsen in de interventiegroep krijgen daarnaast een training in de collaborative care aanpak ( $\pm 1,5$  uur).

## **Patiënt**

Patiënten uit de interventiegroep stellen samen met de caremanager en de huisarts een behandelplan op. Daarnaast vullen patiënten uit beide groepen elke 3 maanden een vragenlijst in, tot een jaar nadat de patiënt ingesloten is in het onderzoek. Het invullen kost per keer ongeveer een half uur. Patiënten ontvangen hiervoor een kleine attentie.

## **Onderzoekers**

De onderzoekers zullen de trainingen geven en de behandelingen superviseren.

## **Psychiater**

Een psychiater kan waar nodig geconsulteerd worden door huisartsen of caremanagers in de interventiegroep. Dit kan bijvoorbeeld effectief zijn bij vragen over eventuele verwijzing naar de tweede lijn of bij vragen over medicatie.

## **Wat levert het op?**

De zorg voor patiënten wordt geoptimaliseerd. Er wordt meer verbetering en remissie verwacht in de interventiegroep vergeleken met de gebruikelijke zorg.

Hierbij is de verwachting dat patiënten die behandeld zijn voor hun angststoornis, minder gebruik zullen maken van consulten voor lichamelijke problemen bij de huisarts. Huisartsen en caremanagers worden getraind, wat niet alleen kennis, maar ook accreditatie oplevert. Daarnaast kan men na het onderzoek op dezelfde voet verder met de geïmplementeerde methode.

## **Hoeveel geld kost het?**

Er zijn geen kosten verbonden aan de trainingen. De consulten van de huisarts worden vergoed via het normale ziektekostensysteem. De vergoeding voor de caremanager hangt af van de functie van de persoon die deze rol gaat vervullen en hoe dit ingebed kan worden binnen het vergoedingensysteem.

## **Meer informatie?**

---

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Msc. Anna D.T. Muntingh onder leiding van Dr. Christina M. van der Feltz-Cornelis, hoofd-onderzoeker, psychiater-epidemioloog, Trimbos-instituut; Prof. dr. Pim Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, LUMC; en Prof. dr. Ton van Balkom, hoogleraar evidence based medicine, VUmc.

## **Contactinformatie**

Msc. Anna Muntingh  
[AMuntingh@trimbos.nl](mailto:AMuntingh@trimbos.nl)  
030 295 92 83 (werk)