

Prof. dr. CM van der Feltz-Cornelis, Drs. MC Vlasveld, Dr. HJ Adèr,
Dr. HWJ van Marwijk, Dr. L Hakkaart-van Roijen, Drs. KML Huijbregts,
Drs. KM van Steenbergen-Weijnenburg, Prof. dr. ATF Beekman

Collaborative Care in Nederland

Eindrapport van het Depressie Initiatief



Prof. dr. CM van der Feltz-Cornelis
Drs. MC Vlasveld
Dr. HJ Adèr
Dr. HWJ van Marwijk
Dr. L Hakkaart-van Roijen
Drs. KML Huijbregts
Drs. KM van Steenbergen-Weijenburg
Prof. dr. ATF Beekman

Collaborative Care in Nederland

Eindrapport van het Depressie Initiatief

Trimbos-instituut
Utrecht, 2012



 **Trimbos**
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever en financiering

Innovatiefonds Zorgverzekeraars

Cofinanciering

EUFP7 programma, Agis, Arboned, OLVG, AZM, de Ziekenhuis Groep Twente, Ziekenhuis De Gelderse Vallei

Projectleiding

Prof. dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

Projectgroep

Prof. dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

Dr. L. Hakkaart-van Roijen

Dr. H.J. Adèr

Drs. M.C. Vlasveld

Drs. K.M.L. Huijbregts

Drs. F.J. de Jong

Drs. K.M. van Steenbergen-Weijnenburg

Dr. R. Hoedeman

Drs. T.B. van Benthem

T. van Lieshout

Drs. E.K. Horn

R. Lutterman

Drs. R. Ploeger

J. van Vianen

E. Oude Elbering

M. Gortemaker-Morsink

Drs. J.W. Brals

A. Bilman

Drs. C. Leue

D. Wolfs

I. Thomissen

Dr. J. Spijker

Drs. D. Volker

Prof. dr. J.R. Anema

Prof. dr. W. van Mechelen

Prof. dr. A.T.F. Beekman

Stuurgroep

Dr. J.A. Walburg, Prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, Drs. S. van Rheenen

Adviescommissie

Prof. dr. F.F.H. Rutten, Prof.dr. J. Unützer, Dr. L. Hakkaart-van Roijen

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1142**

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Voorwoord	7
2	Samenvatting	9
3	Inleiding	11
3.1	Vóórkomen, herkenning en behandeling van depressie in Nederland	11
3.2	Collaborative care: een zorgmodel voor depressie	11
3.3	Depressie en verzuim	12
3.4	Gevolgen van verzuim	12
3.5	Terugkeer naar werk	13
3.6	Hoe vaak komt depressie voor in de ziekenhuissetting?	13
3.7	Depressie bij chronisch lichamelijk zieken	14
3.8	De toepassing van collaborative care in het Depressie Initiatief	14
3.9	Het collaborative care model in de eerste lijn	15
3.10	Het collaborative care model in de bedrijfsgeneeskundige setting	15
3.11	Het collaborative care model in de ziekenhuissetting	16
3.12	Doelmatigheid	17
3.13	Vraagstelling	18
4	Collaborative Care Behandelmodel	21
4.1	De collaborative care behandeling in de huisartsenpraktijk	21
4.1.1	CC:DIP	21
4.1.2	Zelfhulpwerkboek	22
4.1.3	Problem Solving Treatment (PST)	22
4.1.4	Antidepressiva	23
4.1.5	Terugvalpreventie	23
4.1.6	Training en supervisie	23
4.2	De collaborative care behandeling in de bedrijfsgeneeskundige setting	24
4.2.1	CC:DOC	24
4.2.2	Behandelteam	24
4.2.3	Werkaanpassingsinterventie	24
4.2.4	Training en supervisie	25
4.3	De collaborative care behandeling in de poliklinische ziekenhuissetting	25
4.3.1	CC:DIM	25
4.3.2	Behandelteam	26
5	Methode	27
5.1	Onderzoeksopzet CC:DIP	27
5.1.1	Werving van deelnemers	27
5.1.2	Exclusiecriteria	28
5.1.3	De gebruikelijke zorg groep	28
5.1.4	Uitkomstmaten	28
5.1.5	Benodigde steekproefgrootte	29
5.1.6	Data analyse	30
5.1.7	Tijdsframe	30
5.1.8	Ethiek	30
5.2	Onderzoeksopzet CC:DOC	31
5.2.1	Werving van deelnemers	31
5.2.2	Exclusiecriteria	32

5.2.3 Uitkomstmaten	32
5.2.4 Benodigde steekproefgrootte	33
5.2.5 Data analyse	33
5.2.6 Tijdsframe	33
5.2.7 Ethiek	33
5.3 Onderzoeksopzet CC:DIM	34
5.3.1 Werving van deelnemers	34
5.3.2 Exclusiecriteria	35
5.3.3 Behandeling in de gebruikelijke zorg groep	35
5.3.4 Data verzameling	35
5.3.5 Analyse	36
5.3.6 Uitkomstmaten	36
5.3.7 Benodigde steekproefgrootte	37
5.3.8 Tijdsframe	37
5.3.9 Ethiek	37
5.4 Opzet doelmatigheidsonderzoek	38
5.4.1 Meetinstrumenten	38
5.4.2 PHQ-9	38
5.4.3 EuroQoL	38
5.4.4 TiC-P	39
5.4.5 Effectiviteit	39
5.4.6 Kosteneffectiviteit	39
5.4.7 Effect modificatie en confounding	40
5.4.8 Analyses	41
6 Resultaten CC:DIP	43
6.1 Werving deelnemers	43
6.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie	46
6.3 Uitval en dropout	47
6.4 Resultaten depressieve symptomen	47
6.4.1 Respons	47
6.4.2 Remissie	48
6.4.3 Vermindering van depressieve symptomen (continue maat)	49
6.4.4 De rol van bijkomende lichamelijke klachten of chronische ziekte.	51
6.5 Discussie van de bevindingen	51
6.6 Waarom is collaborative care effectiever dan gebruikelijke zorg?	52
6.6.1 Beperkingen van het onderzoek	54
6.6.2 Sterke punten van het onderzoek	54
6.7 De identificatie van depressieve patiënten voor collaborative care	54
7 Resultaten CC:DOC	57
7.1 Werving deelnemers	57
7.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie	59
7.3 Nonresponders	60
7.4 Resultaten depressieve symptomen	60
7.4.1 Respons en remissie	60
7.4.2 Per-protocol analyse op depressieve symptomen	61
7.5 Resultaten duur tot terugkeer naar werk	61
7.5.1 Het totaal aantal verzuimdagen in 1 jaar na baseline	61
7.5.2 Per-protocol analyse op de duur tot terugkeer naar werk	62

7.5.3 Gezondheid	62
7.5.4 Zorggebruik	62
7.5.5 Procesevaluatie collaborative care behandeling	63
7.6 Discussie van de bevindingen	64
7.7 Interpretatie van de bevindingen	65
8 Resultaten CC:DIM	67
8.1 Werving van deelnemers	67
8.2 Baseline kenmerken van de deelnemers	69
8.3 Doorlopen behandelingen	69
8.4 Nonresponders	70
8.5 Resultaten depressieve symptomen	70
8.5.1 Respons, remissie en de gemiddelde PHQ-9 score	70
8.5.2 Resultaat behandeling in relatie tot aantal lichamelijke klachten	71
8.5.3 Resultaten voor de patiënten met baseline PHQ-9 score van 15 of hoger	72
8.6 Adverse events	73
8.7 Discussie van de bevindingen	73
8.8 Vergelijking met eerder uitgevoerd onderzoek	74
8.9 Verklaringen van het effect van CC:DIM	75
8.10 Beperkingen	75
8.11 Sterke kanten van het onderzoek	76
9 Resultaten doelmatigheid	77
9.1 CC:DIP	77
9.1.1 Ernst van de depressie	77
9.1.2 Kwaliteit van Leven	77
9.1.3 Directe medische kosten	78
9.1.4 Kosteneffectiviteit	78
9.2 CC:DOC	81
9.2.1 Populatie	81
9.2.2 Ernst van de depressie	81
9.2.3 Kwaliteit van Leven	82
9.2.4 Directe medische kosten	82
9.2.5 Productiviteitskosten	83
9.2.6 Kosteneffectiviteit	83
9.3 CC:DIM	86
9.3.1 Populatie	86
9.3.2 Ernst van de depressie	86
9.4 Kwaliteit van Leven	87
9.4.1 Direct medische kosten	87
9.4.2 Productiviteitskosten	88
9.4.3 Kosteneffectiviteit	88
10 Discussie kosteneffectiviteit	91
11 Conclusie	93
Bijlage 1: Beknopt protocol klinisch arbeidsgeneeskunde	97
Bijlage 2: Beknopt overzicht werkaanpassingsmethode	101
Bijlage 3: Antidepressiva algoritme CC:DIM en CC:DIP	103

Bijlage 4: Antidepressiva algoritme CC:DOC	105
Bijlage 5: Producten van het Depressie Initiatief	107
Literatuur	119

1 Voorwoord

Dit is de eindrapportage van het Depressie Initiatief. Het Depressie Initiatief is een landelijk initiatief waarin 10 projecten zijn uitgevoerd om de multidisciplinaire richtlijn voor depressie te implementeren en de depressiezorg in Nederland te verbeteren. Dit initiatief liep van 2006 tot 2011. Zeven projecten zijn in een eerdere fase reeds met goed gevolg afgerond. Dat waren een proefimplementatie depressiepreventie door gemeenten bij ouderen, Doorbraakprojecten depressie, en het opstapen van de website voor het Depressie Initiatief waarop divers instrumentarium te zien is dat door professionals en zorgverzekeraars is te gebruiken bij het opzetten van adequate depressie zorg en het inkopen daarvan. Inmiddels zijn ook de drie langstlopende projecten afgerond. Zij evalueerden het collaborative care model in de Nederlandse situatie op het gebied van effecten en kosten. Deze evaluatie vond plaats in drie settings: de huisartsenpraktijk, de ziekenhuissetting en de bedrijfsgeneeskundige setting.

Het Depressie Initiatief is uitgevoerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met het VU Medisch Centrum/EMGO+ instituut, het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), en de Universiteit van Tilburg. Tien GGZ instellingen en naar hen verwijzende huisartsen deden mee. De eerste lijn was in de collaborative care trials vertegenwoordigd door de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG), achttien gezondheidscentra in Amsterdam, Haarlem, Hoofddorp, West-Friesland, Huizen en Lelystad, 82 huisartsen, en twaalf care managers in hun praktijken. In de bedrijfsgeneeskundige setting was de samenwerkingspartner ArboNed. In de ziekenhuissetting werkten de volgende ziekenhuizen mee: het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam, De Gelderse Vallei in Ede, de Ziekenhuis Groep Twente in Almelo en Hengelo en het Academisch Ziekenhuis Maastricht in Maastricht.

Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars financierde het Depressie Initiatief, dat werd gefinancierd door de volgende organisaties: AGIS Amsterdam, de Europese Unie, ArboNed, Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, het Academisch ziekenhuis Maastricht, de Ziekenhuis Groep Twente in Almelo en Hengelo, en De Gelderse Vallei in Ede. Wij danken het Innovatiefonds Zorgverzekeraars en de andere financiers voor hun financiële en andere ondersteuning van dit project.

Het Depressie Initiatief werd geleid door een stuurgroep onder voorzitterschap van Dr. Jan Walburg. Deze stuurgroep werd bijgestaan door een adviescommissie met als leden Prof.dr. Aartjan Beekman, Prof.dr. Frans Rutten, Prof.dr. Filip Smit en later Dr. Leona Hakkaart-van Roijen, Prof.dr. Ulrich Hegerl en Prof.dr. Jürgen Unützer. Tevens werd het Depressie initiatief van de kant van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars van advies voorzien door Prof.dr. Harry Rooijmans en Drs. Theo Roes als onafhankelijk adviseurs. Wij zijn de deelnemende huisartsen, bedrijfsartsen, somatisch medisch specialisten, consulent psychiaters, care managers, werknemers en patiënten zeer dankbaar voor hun deelname aan deze studie. Wij danken ook de adviescommissie Depressie Initiatief en de onafhankelijk adviseurs voor hun nuttige adviezen. Wij zijn verheugd hier de afsluitende rapportage van het Depressie Initiatief te kunnen presenteren. Deze is toegespitst op de (kosten)effectiviteit van collaborative care zoals die in het Depressie Initiatief is geïmplementeerd.

Prof.dr. Christina van der Feltz-Cornelis
Secretaris stuurgroep en penvoerder Depressie Initiatief

2 Samenvatting

Wat wisten we al over dit onderwerp?

Depressie komt vaak voor in de eerste lijn. Voor de behandeling van depressie is adequate identificatie van patiënten van belang. De toepassing van collaborative care in de eerste lijn vereist instrumentering van huisartsen en care managers. Het tegelijkertijd voorkomen van depressie en lichamelijke klachten heeft potentieel een negatieve invloed op het beloop van depressie. Depressie gaat vaak gepaard met langdurig verzuim. Om niet alleen klachtvermindering te bereiken maar ook een snellere, duurzame terugkeer naar werk, is een focus op terugkeer naar werk essentieel in de depressiebehandeling. Bij chronisch lichamelijk zieke patiënten met een comorbide depressie is een focus op de behandeling van die co-morbide depressie van wezenlijk belang om niet alleen vermindering van depressieve klachten maar ook gunstiger beloop van de lichamelijke ziekte te bewerkstelligen. In de huidige poliklinische ziekenhuiszorg voor depressieve, chronisch lichamelijk zieke patiënten ontbreekt deze combinatie van zorg vaak.

Wat blijkt uit dit onderzoek?

Collaborative care in de eerste lijn is effectiever in termen van respons dan de gebruikelijke zorg voor patiënten die lijden aan een depressieve stoornis. Het gaat hier bij de metingen na 3 en 9 maanden om middelgrote tot grote effecten. Het collaborative care model zoals ontwikkeld in het Depressie Initiatief is doelgerichter dan het Amerikaanse model en behaalt ook betere resultaten dan het Amerikaanse model. De NNT voor de collaborative care groep is na drie en negen maanden 3. Dit is een goed resultaat, in het bijzonder omdat niet met placebo vergeleken wordt maar met gebruikelijke zorg. In de eerste lijn is collaborative care volgens dit model effectief. De kosten per QALY bedroegen € 47.000.

Uit de screeningsoperatie blijkt dat patiënten meestal vanaf een bepaalde ernst van de aandoening in de 2^e lijns GGz belanden. Dat is bij een score van meer dan 18 op de PHQ-9. Er is een groep te definiëren door middel van de PHQ-9 die voor een collaborative care aanpak in de eerste lijn in aanmerking komt. Deze heeft een score van meer dan 14 op de PHQ9. Bij de toepassing van het model dient de nadruk te liggen op het ondersteunen van de huisarts bij het identificeren van depressieve patiënten die in aanmerking komen voor collaborative care. Dit kan met behulp van de PHQ-9, volgens de afkappunten die uit de screeningsprocedure naar voren zijn gekomen als goed bruikbaar om te triëren tussen patiënten die in de eerste lijn dan wel in de tweede lijn behandeld moeten worden. Dit zou kunnen middels de in dit initiatief ontwikkelde training en met ondersteuning door het web-based tracking systeem. Daarbij zou een koppeling met het Huisartsen Informatie Systeem toegevoegd kunnen worden om de implementatie verder te bevorderen.

In de bedrijfsgeneeskundige setting bereikte de collaborative care groep sneller respons dan de deelnemers met gebruikelijke verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts. Er was geen verschil tussen beide groepen in de duur tot terugkeer naar werk. Het collaborative care model zoals het in het Depressie Initiatief voor de bedrijfsgeneeskundige setting was uitgewerkt is niet volledig als zodanig gevolgd door de bedrijfsartsen ondanks

uitvoerige training en supervisie. Dit model was geënt op een actief behandelende bedrijfsarts. Dat model is op dit moment voor de Nederlandse situatie waarschijnlijk een brug te ver. De gemiddelde kosten van de collaborative care groep zijn lager dan de gebruikelijke zorg, wellicht doordat in de gebruikelijke zorg veel meer dagbehandeling nodig is. In termen van kwaliteit van leven wordt echter minder winst geboekt in de collaborative care groep. Dit leidt ertoe dat op grond van deze resultaten collaborative care in de bedrijfsgeneeskundige setting niet doelmatig is.

In de ziekenhuissetting blijkt dat voor de groep als geheel zowel collaborative care als gebruikelijke zorg leidt tot verbetering op depressie uitkomsten. De depressieve klachten dalen in de collaborative care groep echter sneller en blijven lager dan in de gebruikelijke zorg groep. Door het behandelen met collaborative care verminderen ook de "adverse medical events" behorend bij de lichamelijke aandoening. Collaborative care werkt bovendien significant beter in termen van respons en verschil op de PHQ-9 bij de groep patiënten met chronisch lichamelijke ziekte die op baseline ernstiger depressieve klachten heeft, namelijk een PHQ9 score van 15 of meer. In de ziekenhuissetting is collaborative care weliswaar duurder dan gebruikelijke zorg, maar de winst in kwaliteit van leven is ook hoger, waarschijnlijk door het afnemen van adverse medical events, hetgeen leidt tot een positieve ratio. De kosten per QALY waren in de ziekenhuissetting €7.834.

Samenvattend kan gesteld worden dat collaborative care in de eerste lijn beduidend effectiever is dan gebruikelijke zorg. In de ziekenhuissetting heeft het met name meerwaarde voor het verminderen van medische complicaties bij chronische zieken met comorbide depressie. In de bedrijfsgeneeskundige setting is collaborative care sneller werkzaam en goedkoper dan de gebruikelijke zorg, maar het draagt minder bij aan de kwaliteit van leven. Collaborative care kan alleen in de ziekenhuissetting als doelmatig worden beschouwd in termen van kosten per QALY. Dit is niet het geval in de huisartsensetting en de bedrijfsgeneeskundige setting. Uit de screeningsprocedure komen duidelijke aanknopingspunten naar voren voor triage door de huisarts bij depressieve klachten. Bij een score van 18 of meer ligt verwijzing naar de GGZ voor de hand. Bij een score van 14 of meer is behandeling met dit collaborative care model in de eerste lijn aangewezen. Een score van minder dan 14 kan waarschijnlijk met lichtere behandeling in de eerste lijn of preventief worden benaderd.

3 Inleiding

3.1 *Vóórkomen, herkenning en behandeling van depressie in Nederland*

Ieder jaar lijden 740.000 Nederlanders op enig moment aan een depressieve stoornis. Naast alle ellende die dit met zich meebrengt voor de patiënten, hun familie en sociale netwerk, zijn er ook hoge kosten gemoeid met depressie: 660 miljoen Euro aan zorgkosten en bijna 1 miljard Euro aan kosten door productieverlies¹. Hoewel de insteek is dat het merendeel van de patiënten met een depressie moet worden behandeld in de eerste lijn blijkt dat in de praktijk anders te liggen. Uit het NESDA onderzoek over de periode tot 2004 bleek dat minder dan de helft van de patiënten met een depressie of angststoornis die zich bij de huisarts meldt en om behandeling vraagt, volgens de richtlijn wordt behandeld². Er is dus een probleem, en alle reden om in te zetten op optimale eerstelijns zorg voor depressie.

Depressie gaat vaak gepaard met langdurig verzuim. Om naast klachtvermindering een snellere, duurzame terugkeer naar werk te bewerkstelligen is het essentieel dat terugkeer naar werk aan bod komt in de behandeling. Echter, in de huidige behandeling van depressieve werknemers ontbreekt de focus op terugkeer naar werk vaak.

Depressie komt ook veel voor bij patiënten met een chronische ziekte en gaat vaak gepaard met een slechter beloop van die lichamelijke ziekte. Ook heeft het bestaan van een co-morbide depressie bij deze groep vaak een negatieve invloed op het volgen van de behandeling van de lichamelijke ziekte, hetgeen grote individuele en maatschappelijke gevolgen heeft. Naast aandacht voor de behandeling van depressie in de eerste lijn, kan ook specifieke aandacht nodig zijn voor de behandeling van depressie bij chronisch zieke patiënten in de ziekenhuissetting.

Een van de middelen om de zorg voor depressieve patiënten te optimaliseren is de multidisciplinaire richtlijn voor depressie. Maar uit onderzoek weten we dat alleen het opstellen van een richtlijn vaak niet voldoende is om de zorg daadwerkelijk te verbeteren³. Bij de uitgave van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn depressie in 2005⁴ met ongeveer parallel daaraan een herziene NHG-Standaard Depressieve Stoornis⁵, bestond dan ook de behoefte om de mogelijkheden voor implementatie te onderzoeken en om de effectiviteit van de daarin passende interventies te evalueren. Dit was de voornaamste doelstelling van het Depressie Initiatief⁶.

3.2 *Collaborative care: een zorgmodel voor depressie*

Depressie is een complexe aandoening met veel co-morbiditeit. De behandeling van dergelijke aandoeningen vraagt om een andere benadering en organisatie van zorg dan acute aandoeningen en kan het best worden georganiseerd binnen een chronisch zorgmodel met continue monitoring van klachten en structurele aandacht voor zelfmanagement door de patiënt⁷. Een veelbelovend behandelmodel voor depressie is het collaborative care model^{8;9}. Dit model is oorspronkelijk ontwikkeld in de eerste lijn in de Verenigde Staten. De kern van collaborative care is de organisatie van effectief bewezen zorg in een samenwerkingsmodel. Een belangrijk kenmerk van het model is de

introductie van een nieuwe rol: de care manager. De care manager voert eerstelijnsinterventies uit, monitort de voortgang van de behandeling en coördineert de behandeling en samenwerking met de huisarts en andere zorgprofessionals. Op basis van de monitoring van klachten wordt op vaste evaluatiemomenten bepaald of de behandeling aangepast dient te worden volgens een stepped care algoritme. Ook een consulent-psychiater is betrokken in het model, die bijvoorbeeld geconsulteerd kan worden bij optredende suïcidaliteit of bij stagnatie in de behandeling, dit omdat betrokkenheid van een consulent-psychiater de behandeling effectiever maakt¹⁰. Hoewel in principe elke effectief bewezen interventie toegepast kan worden in het collaborative care model, omvat het in de regel een kortdurende psychologische interventie zoals Problem Solving Treatment (PST) en antidepressiva^{9;11}. Wanneer de klachten blijven aanhouden, wordt de patiënt naar de tweedelijns verwezen. Twee meta-analyses toonden de effectiviteit van collaborative care aan in het verminderen van depressieve klachten¹⁰¹². Echter, het merendeel van de studies in die meta-analyses was uitgevoerd in de Verenigde Staten (VS) en resultaten uit de VS zijn niet zondermeer te generaliseren naar de Nederlandse eerste lijn. Dat de gebruikelijke zorg in de VS voor depressie erg diagnosegericht is en voor veel mensen nauwelijks beschikbaar is, zou er bijvoorbeeld voor kunnen zorgen dat collaborative care in de VS beter werkt dan in Nederland. Resultaten uit Groot-Brittannië, een land met een sterke eerste lijn, stemmen echter positief: twee projecten lieten zien dat collaborative care ook daar helpt in het verminderen van depressieve klachten en goed ontvangen wordt door de patiënten^{13;14}. Collaborative care interventies variëren daarnaast onderling in hun precieze invulling, waardoor het lastig is om de effectiviteit van interventies te vergelijken. Er blijken echter essentiële factoren te zijn die de werkzaamheid van collaborative care bevorderen, waaronder trouw aan het originele model waarin een huisarts, care manager én consulent-psychiater samenwerken, intensieve supervisie van care managers, en structurele beschikbaarheid van een consulent-psychiater¹⁰.

3.3 Depressie en verzuim

Het hebben van een depressie beïnvloedt het leven van mensen aanzienlijk op verschillende gebieden, waaronder het werkende leven. Bovendien gaat depressie vaak gepaard met langdurig verzuim. Uit twee Nederlandse studies bleek dat depressieve werknemers zeven tot negen keer meer verzuimden dan niet-depressieve werknemers^{15;16}. In de studie van Koopmans en collega's bleek verzuim wegens depressieve symptomen een gemiddelde duur te hebben van 200 dagen¹⁷. In Nederland zijn psychische aandoeningen, met een aandeel van ongeveer 30%, een van de belangrijkste oorzaken van de instroom in de WIA, waarbij depressie met 10-11% de meest gediagnosticeerde aandoening is onder de psychische aandoeningen^{18;19}.

3.4 Gevolgen van verzuim

Het overgrote deel van de kosten van depressie is toe te schrijven aan de productieverliezen die ermee gepaard gaan. Niet alleen brengt verzuim hoge kosten voor de maatschappij met zich mee, verzuim heeft ook grote consequenties voor het leven van de individuele patiënt. Werk vertegenwoordigt een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven. Werk geeft het gevoel zinvol bezig te zijn en biedt essentiële

mogelijkheden tot sociale contacten. Een langdurige afwezigheid van het werk vergroot het risico op sociale isolatie. Bovendien kan, naarmate de afwezigheid van het werk langer aanhoudt, de werknemer steeds meer weerstand opbouwen om terug te keren, bijvoorbeeld uit angst voor verminderde competentie of uit angst voor reacties van collega's^{20;21}.

3.5 Terugkeer naar werk

Depressie gaat dus vaak gepaard met verzuim en dit verzuim heeft, met name als het langdurig aanhoudt, grote gevolgen voor zowel de maatschappij als voor de individuele patiënt. Eerdere studies hebben laten zien dat een vermindering in depressieve klachten niet automatisch leidt tot een herstel in functioneren op het werk^{22;23}. Om naast klachtvermindering een snellere en meer duurzame terugkeer naar werk te bereiken, voldoet het dus niet om de behandeling alleen op de depressieve klachten te richten. Een focus op terugkeer naar werk is dan essentieel in de behandeling. In de huidige behandeling van depressieve werknemers ontbreekt die focus echter vaak²⁴.

3.6 Hoe vaak komt depressie voor in de ziekenhuissetting?

Ongeveer 15% van de Nederlandse bevolking krijgt op een gegeven moment in hun leven een depressie en per jaar heeft 6% van de bevolking een depressie²⁵. Wanneer men kijkt naar chronisch zieke patiënten in ziekenhuizen, dan komen er andere cijfers naar voren dan in de algemene bevolking. Van in het ziekenhuis opgenomen patiënten blijkt 13% tot 26% te lijden aan een depressie²⁶. Depressie is zelfs tweede in de lijst van meest voorkomende chronische aandoeningen in het ziekenhuis²⁷. Er is een sterke associatie tussen lichamelijke aandoeningen en een depressie. Toch wordt deze combinatie vaak onderherkend en onderbehandeld²⁸. Een belangrijke reden hiervoor is het feit dat ziekenhuispersoneel het vaak lastig vindt om een depressie die psychiatrische behandeling behoeft te onderscheiden van depressieve gevoelens of verminderde vitaliteit die patiënten als logische reactie op hun ziekte ervaren, maar die na verloop van tijd vanzelf overgaan. Ook is het moeilijk om te onderscheiden welke symptomen door de depressie en welke door de lichamelijke ziekte veroorzaakt worden²⁸. Een onderzoek dat is uitgevoerd door Wells en collega's²⁹ in de Verenigde Staten liet zien dat het hebben van depressieve symptomen ook het lichamelijk functioneren aantast bij chronisch zieke patiënten. Bovendien wordt het beloop van de lichamelijke ziekte en het volhouden van het volgen van een behandeling vaak ongunstig beïnvloed door een comorbide depressie^{28 30;31}. Het herkennen en behandelen van depressie is derhalve niet alleen belangrijk voor het welbevinden in termen van depressieve klachten, maar ook om er voor te zorgen dat patiënten hun lichamelijke aandoening beter onder controle kunnen houden³².

Gelukkig zijn er effectieve behandelingen voor depressie beschikbaar^{29;33}. Systematisch literatuuronderzoek heeft laten zien dat diseasemanagement programma's voor de behandeling van depressie beter werken dan de gebruikelijke zorg. Mensen die volgens het diseasemanagement principe werden behandeld waren meer tevreden over de zorg en kregen meer controle over zowel de lichamelijke- als de psychische aandoening^{34;35}. Ook bleken deze programma's kosten-effectief^{36;37}. Wanneer een psychiater betrokken

was bij de behandeling van patiënten met depressie, bleek dat zij minder vaak gebruik maakten van de algemene gezondheidszorg³⁸.

3.7 Depressie bij chronisch lichamelijk zieken

Wanneer de depressie echter gecombineerd wordt met een chronische lichamelijke aandoening blijkt de medisch specialist de depressie wel beter te herkennen, maar niet adequaat te behandelen of door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg³⁹. En dat terwijl uit onderzoek bekend is dat mensen met bijvoorbeeld hartaandoeningen een slechter beloop hebben na een hartaanval wanneer zij ook depressief zijn⁴⁰. Verder zijn mensen met zware lichamelijke aandoeningen vaak minder gemotiveerd om nóg een behandeling te volgen en op het vlak van medicatie ligt polyfarmacie en slechte therapietrouw op de loer. De organisatie van de zorg rondom chronisch zieke patiënten met een depressie is daarom een uitdagende zaak. Het National Institute of Clinical Excellence (NICE) in Engeland heeft daarom een richtlijn ontwikkeld voor de behandeling van mensen met depressie en chronische lichamelijke aandoeningen⁴¹.

Tevens zijn er in de VS enkele studies met betrekking tot de toepassing van collaborative care, een vorm van diseasemanagement, verricht die zich speciaal richtten op de behandeling van comorbide depressie bij lichamelijk zieke patiënten. Katon en collega's⁴² beschreven in dat kader dat collaborative care bij patiënten met diabetes en depressie zorgde voor een vermindering in zorgkosten en een toename van het aantal depressievrije dagen. Deze collaborative care behandeling bestaat voor een gedeelte uit het activeren van patiënten en daarnaast het toepassen van 'Problem Solving Treatment' (PST) en antidepressiva. Tweederde van de patiënten waren ook na 12 maanden nog zichtbaar opgeknapt en ook was de behandeling na 12 maanden kosten-effectief⁴³⁻⁴⁶. Deze studies werden allemaal in de eerstelijnssetting uitgevoerd, echter, de resultaten van onderzoeken naar de effectiviteit van collaborative care voor patiënten met een chronische lichamelijke aandoening die door de huisarts werden behandeld kunnen niet zonder meer gebruikt worden in de ziekenhuissetting.

3.8 De toepassing van collaborative care in het Depressie Initiatief

In het Depressie Initiatief hebben we een collaborative care model geïmplementeerd en geëvalueerd in de eerste lijn (CC:DIP), in de bedrijfsgeneeskundige setting (CC:DOC), en in de ziekenhuissetting (CC:DIM).

De belangrijkste innovatieve elementen die in de verschillende collaborative care projecten van het Depressie initiatief werden ingezet zijn:

- aandacht voor de voorkeur van de patiënt voor een bepaalde behandeling,
- een step up behandelalgoritme voor toepassing van antidepressiva door de huisarts,
- een grotere nadruk op gecombineerde transmurale samenwerking waarin de patiënt ook keuzemogelijkheden heeft,
- aandacht voor de verborgen depressies bij patiënten die veel last hebben van bijkomende (al dan niet medisch verklaarde) lichamelijke klachten.

3.9 Het collaborative care model in de eerste lijn

Het bieden van adequate depressiezorg wordt in de eerste lijn door een aantal factoren bemoeilijkt. Wanneer een patiënt de huisarts bezoekt, strijden vaak verschillende aandoeningen om de aandacht van de huisarts, die echter maar weinig tijd beschikbaar heeft, waardoor depressies vaak niet worden geïdentificeerd. Nutting et al. noemen dit 'competing demands'⁴⁷. Bovendien wordt behandeling, bijvoorbeeld antidepressieve medicatie, vaak onvoldoende lang doorgezet en er wordt onvoldoende geëvalueerd of het ingezette beleid wel het gewenste effect heeft⁴⁸. Overigens blijkt uit recent onderzoek wel dat huisartsen vaak conform hun richtlijn starten met het voorschrijven van antidepressiva⁴⁹. Of behandeling vervolgens plaatsvindt wordt aan de patiënt overgelaten, maar die wordt vaak onvoldoende geïnformeerd over behandelopties.

De huisartsen en hulpverleners in de eerste lijn hebben behoefte aan een handzaam model voor het omgaan met de hierboven genoemde punten⁶. Dit laatste wordt beoogd met een aanpak zoals passend bij het zogeheten chronic care model. Binnen dit zorgmodel wordt de zorg voor chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en ook depressie niet alleen verbeterd m.b.v. van richtlijnen, maar ook met case management, multidisciplinaire teams en met patiënt educatie. Op deze wijze wordt de patiënt steeds meer zelf meester over zijn of haar ziekte en wordt de zorg voor veel voorkomende chronische aandoeningen op gemeenschapsniveau zo efficiënt mogelijk georganiseerd⁵⁰. Een veelbelovende aanpak voor depressie die goed binnen het chronic care model past is collaborative care, zoals beschreven door Unützer en collega's⁵¹.

Het collaborative care model in de eerste lijn in het Depressie Initiatief omvat een kortdurende psychologische interventie, Problem Solving Treatment (PST), en antidepressiva⁹. Wanneer de klachten blijven aanhouden na 18 weken behandeling volgens het stepped care algoritme, wordt de patiënt naar de tweede lijn verwezen. In het Depressie Initiatief hebben wij voor het collaborative care model een web-based tracking systeem ontwikkeld dat de monitoring stuurt en tevens fungeert als decision aid. Het is met name bedoeld voor de care manager, maar ook de huisarts en de consultant-psychiater kunnen het gebruiken om te zien hoever de patiënt is in het algoritme en welke stappen nu moeten worden gezet in de behandeling. Daarmee is het doelgerichter dan het Amerikaanse collaborative care model.

3.10 Het collaborative care model in de bedrijfsgeneeskundige setting

Het collaborative care model in de bedrijfsgeneeskundige setting was de eerste collaborative care studie die naast het verminderen van depressieve symptomen expliciet gericht was op terugkeer naar werk. Tot de doelgroep van deze studie behoorden depressieve werknemers die ziek gemeld waren op hun werk. Omdat ziekteverzuim en terugkeer naar werk multifactorieel bepaald zijn en dus niet alleen afhankelijk zijn van de symptomen die een werknemer heeft, zijn de interventies in CC:DOC gericht op zowel de individuele klachten als op het terugkeren naar werk.

3.11 Het collaborative care model in de ziekenhuissetting

Patiënten met depressie en chronische lichamelijke aandoeningen zijn in de poliklinische ziekenhuizen te vinden, met name bij een gecompliceerd verloop dat medisch specialistische aandacht vereist. Daarom is er ook onderzoek gedaan naar het gebruik van collaborative care in de ziekenhuissetting. Zo is er onderzocht of het wenselijk was dat de geriater en geriatisch verpleegkundige werden ingezet om terugval bij ouderen te voorkomen en de zorg te verbeteren⁵². Zowel de behandelaars als de patiënten waren erg tevreden over deze behandeling. Dit ging echter niet over behandeling van een comorbide depressie. Daarnaast is ook onderzoek gedaan naar collaborative care voor comorbide depressie bij patiënten met hartaandoeningen⁵³ en patiënten met reuma⁵⁴ in ziekenhuizen in de VS. Uit deze onderzoeken bleek dat het model goed te gebruiken is in die setting en dat het ook daar zorgt voor een vermindering van depressie. Ook bij mensen met kanker bleek dat de behandeling leidde tot een verbetering van de psychische klachten, alsmede vermoeidheidsklachten en angstklachten⁵⁵. Over het algemeen werden deze trials verricht in poliklinische ziekenhuispopulaties, hetgeen te begrijpen is vanuit het idee dat deze aanpak, met name het activerende aspect ervan, goed aansluit bij het activiteiten niveau van poliklinische patiënten. Opgenomen ziekenhuispatiënten zouden hiervoor te ziek zijn. Nu collaborative care voor comorbide depressie in enkele chronisch zieke populaties kennelijk effectief kan zijn, rijst de vraag of de aanpak is toe te passen als generieke interventie bij comorbide depressie bij verschillende soorten chronische ziektes. Want indien dat zo zou zijn, dan zou dit een rationale bieden voor het structureel aanbieden van collaborative care als behandeling en voor het structureel implementeren van dit samenwerkingsmodel tussen medisch specialisten, psychiater en verpleegkundigen in de ziekenhuissituatie.

Om het collaborative care model in Nederland te kunnen gebruiken, is het belangrijk dat het model aan de Nederlandse poliklinische ziekenhuissituatie wordt aangepast en ook daar wordt geëvalueerd. In CC:DIM wordt dit gedaan op de poliklinieken interne geneeskunde, longziekten, cardiovasculaire aandoeningen en maag-darm-lever aandoeningen van 5 deelnemende ziekenhuizen in Nederland, te weten: Amsterdam (OLVG), Maastricht (AZM), Almelo (ZGT), Hengelo (ZGT) en Ede (Gelderse Vallei). De patiënten worden geïdentificeerd door middel van screening met de PHQ-9 op de poliklinieken, waarbij de medisch specialisten een actieve rol spelen. De collaborative care behandeling in dit onderzoek bestaat uit het verrichten van een intake door de care manager, in deze setting een consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV), waarbij aan het eind van het gesprek de psychiater van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) deelneemt voor het bespreken van de diagnose, het geven van psychoeducatie en behandelopties, en het vaststellen van de samenstelling van het behandelplan met de patiënt. Er wordt begonnen met Problem Solving Treatment (PST), een behandeling waarbij de patiënt onder begeleiding van de CPV werkt aan het oplossen van problemen. Deze CPV-care manager staat onder supervisie van de consultatief psychiater. Ook wordt gebruik gemaakt van een zelfhulpboek dat de patient doorwerkt onder begeleiding van de care manager. Daarnaast kan de patiënt kiezen voor antidepressiva, die door de consulent psychiater worden voorgeschreven. De precieze samenstellingen van de behandeling hangt af van voorkeuren van de patiënt, maar bij elke behandeling wordt er in ieder geval gestart met het geven van PST en opdrachten uit het zelfhulpwerkboek.

3.12 Doelmatigheid

Diverse studies hebben een verband gevonden tussen het hebben van psychische aandoeningen en hoge gezondheidszorgkosten, bijvoorbeeld door het regelmatig consulteren van de huisarts of doordat deze mensen vaker in het ziekenhuis komen^{56;57}. Panzarino⁵⁸ concludeert in zijn onderzoek uit 1998 zelfs dat depressie een van de duurste ziektes is in de VS.

Simon en collega's⁵⁹ hebben in de VS veel onderzoek gedaan naar de sociale en economische gevolgen van stemmingsstoornissen zoals depressie. Zij concludeerden dat depressie zorgt voor grote functionele belemmeringen, maar dat effectieve behandelingen voor depressie dit weer kunnen herstellen. Vooral vroege opsporing van zowel psychische als lichamelijke aandoeningen vergroot de kans op remissie, mits dit gevold wordt door effectieve behandeling. Hoe langer de aandoening onbehandeld blijft, hoe moeilijker de behandeling is en hoe hoger de daarmee gemaakte kosten zijn. In Nederland is het streven de effectiviteit (en kosteneffectiviteit) van de behandeling van depressie te maximaliseren. Uit onderzoek blijkt dat diseasemanagement een veel belovende aanpak kan zijn om dit doel te bereiken⁶⁰. Bij diseasemanagement programma's wordt de zorg rondom de patiënt georganiseerd. De patiënt speelt bij dergelijke interventies een actieve rol³⁴. Een vorm van diseasemanagement is 'collaborative care', dat als behandeling voor depressie goede resultaten heeft geboekt in de VS en Groot Brittannië, op zowel effectiviteit als in termen van kosten^{9;13;37}. Dit type behandeling zorgde voor meer depressie-vrije dagen en lagere kosten dan de gebruikelijke zorg. Uit een studie bleek ook dat de resultaten van collaborative care op de langere termijn gunstig zijn⁴⁴. In een studie van Katon⁴² was bij tweederde van de patiënten van de interventiegroep na 12 maanden nog een duidelijke verbetering van de klachten zichtbaar ten opzichte van de groep die de gebruikelijke zorg ontving. Bovendien waren de kosten van de collaborative care behandeling na 12 maanden lager dan de kosten van de gebruikelijke zorg. Tot nu toe is nog weinig bekend over de kosteneffectiviteit van collaborative care in Nederland. Kosteneffectiviteitsanalyses vormen inmiddels een essentieel onderdeel van een uitgebreide beoordeling van medische behandelingen. Voor een brede toepassing van collaborative care in verschillende sectoren van de zorg is het daarom van belang inzicht in zowel de effectiviteit als de kosten te verkrijgen. Binnen het Depressie Initiatief is een onderzoek gestart naar kosteneffectiviteit van collaborative care in drie sectoren van zorg, respectievelijk de huisarts-, bedrijfsgeneeskundige en ziekenhuis zorg.

Patiënten met depressieve klachten melden zich binnen het zorgsysteem in Nederland het eerst bij de huisarts. Er bestaat bij de huisartsen en hulpverleners in de eerste lijn een grote behoefte aan een handzaam model voor het omgaan met zaken als diagnosticeren en behandelen van depressie. De collaborative care aanpak leek goed aan te sluiten bij de wensen in het veld. Bovendien kan de collaborative care behandeling zorgen voor een efficiëntere behandeling.

Het tweede deelonderzoek werd uitgevoerd in de bedrijfsgeneeskundige setting. Uit twee Nederlandse studies bleek dat depressieve werknemers zeven tot negen keer meer verzuimden dan niet-depressieve werknemers^{15;16}. Bovendien gaat depressie vaak gepaard met langdurig verzuim, wat resulteert in productiviteitsverliezen. In een studie naar de kosteneffectiviteit van kortdurende psychotherapie bleek dat de productiviteitsverliezen verantwoordelijk waren voor 2/3 van de totale kosten⁶¹.

Werkgevers hebben aangegeven dat mentale gezondheid van hun werknemers een belangrijk onderwerp is. Collaborative care wordt binnen de bedrijfsgeneeskundige setting gezien als een mogelijke kosteneffectieve behandeling. Het derde onderzoek werd uitgevoerd in het ziekenhuis. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat een populatie met veel lichamelijke aandoeningen vaak ook last heeft van depressie⁶²⁻⁶⁴. Deze combinatie zorgt voor hoge zorgconsumptie, wat zorgt voor hoge zorgkosten. Een behandeling met collaborative care kan zorgen voor een afname van de zorgconsumptie en daarmee een vermindering van de zorgkosten.

Informatie over de kosten en effecten van collaborative care bij patiënten met een depressie in Nederland is tot nu toe onbekend. Een studie hiernaar is daarom gewenst. Een economische evaluatie is hiervoor een middel. Economische evaluatie is een methode die ontwikkeld is om informatie te geven over relatieve efficiëntie van alternatieve aanwendingsmogelijkheden van middelen. Het verrichten van deze evaluaties kan gezien worden als een onderdeel van het totale beleidsproces, gericht op het verkrijgen van informatie voor de besluitvorming rond de verdeling van middelen over gezondheidszorgvoorzieningen. Meer en meer wordt deze informatie ook door verzekeraars gebruikt om beleidsbeslissingen te ondersteunen.

In een economische evaluatie worden gezondheidszorginterventies vergeleken met een alternatieve interventie. In deze studie wordt collaborative care bij patiënten met een depressie vergeleken met de gebruikelijke zorg. De vergelijking heeft betrekking op zowel de kosten als de effecten van de behandeling. Het doel hiervan is het afwegen van de toegevoegde waarde van collaborative care tegen de kosten in vergelijking met de gebruikelijke zorg.

De basis van een economische evaluatie wordt gevormd door het identificeren, meten, waarderen en vergelijken van de kosten en opbrengsten van de alternatieven. Er kunnen vier vormen van economische evaluaties worden onderscheiden, te weten: kostenminimaliserings-, kosteneffectiviteits-, kostenutiliteits-, en kosten-batenanalyses worden onderscheiden.

3.13 Vraagstelling

In dit rapport wordt geëvalueerd of collaborative care effectiever en kosteneffectiever is dan gebruikelijke zorg in de eerste lijn, de bedrijfsgeneeskundige setting en de ziekenhuissetting. Dit wordt beschreven in termen van respons en remissie van depressieve symptomen in alledrie de settings. In de bedrijfsgeneeskundige setting wordt tevens gerapporteerd over de duur tot terugkeer naar werk. In de ziekenhuissetting wordt tevens geëvalueerd of behandeling van de depressie invloed heeft op het optreden van lichamelijke complicaties van de chronische ziekte waaraan de patiënt lijdt.

In de tweede plaats wordt de kosteneffectiviteit onderzocht. In de onderhavige studie zal een kosteneffectiviteitsanalyse en een kostenutiliteitsanalyse worden uitgevoerd. Bij een kosteneffectiviteitsanalyse worden de kosten van twee of meer alternatieven uitgedrukt in geld en de opbrengsten in natuurlijke eenheden, bijvoorbeeld gewonnen levensjaren en/of kwaliteit van leven. De opbrengsten worden niet gewaardeerd. In deze studie werd bij deze vorm van analyse de kosten per klinisch relevant verbeterde patiënt bepaald.

Bij een kostenutiliteitsanalyse worden de opbrengsten uitgedrukt in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren ('quality adjusted life years of QALY's). Dit is een effectmaat die bijvoorkeur wordt gebruikt in economische evaluaties omdat het de mogelijkheid geeft kosten per QALY van verschillende behandelingen, dus ook buiten de geestelijke gezondheidszorg, met elkaar te vergelijken. Bovendien is er voor de kosten per QALY redelijke consensus over de maximale waarde. Wil een behandeling als doelmatig worden gezien dan variëren de kosten tussen de 20.000 en 80.000 Euro per QALY afhankelijk van de ernst van de aandoening.

Het doel van dit onderzoek is de kosten en effecten van collaborative care bij de behandeling van depressie in de drie zorgsettingen te vergelijken met de gebruikelijke zorg. Deze analyse zal worden uitgevoerd vanuit maatschappelijk perspectief, waarbij alle relevante kosten en effecten in de berekening worden meegenomen. Voor de korte termijn (3 maanden) is hierover inmiddels een rapport verschenen³⁷. Het voorliggende rapport behandelt de lange termijn uitkomsten na een jaar.

4 Collaborative Care Behandelmodel

4.1 *De collaborative care behandeling in de huisartsenpraktijk*

4.1.1 *CC:DIP*

Collaborative care is een zeer gestructureerde werkwijze die wordt gevolgd door een netwerk van behandelaars rondom en in samenspraak met de patiënt. In CC:DIP is het een behandeling waarin een behandelplan wordt opgesteld en systematisch wordt gevolgd volgens een algoritme. In stappen van 6 weken wordt geëvalueerd of er voldoende voortgang is, indien dat niet zo is wordt geswitcht naar een intensievere behandeling. Insteek is binnen 18 tot maximaal 24 weken maximaal effect te bereiken bij het bestrijden van de depressieve symptomen, vanuit de filosofie dat hoe langer deze klachten bestaan, hoe moeilijker het wordt ze te bestrijden, en dat de eerste klap een daalder waard is. Indien na 18 tot maximaal 24 weken, dat wil zeggen 3 à 4 behandelmodules van toenemende intensiteit, geen remissie is bereikt, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijns GGZ. Uitgangspunt bij het formeren van het behandelteam is dat de huisarts in CC:DIP samenwerkt met een care manager die waarschijnlijk langdurig verbonden zal blijven aan zijn praktijk. Dit omdat dan, nadat het project is afgelopen, de werkwijze kan blijven bestaan. Om mee te kunnen doen moesten de care managers gemotiveerd zijn, tijd hebben, en hun behandel tijd moest worden vergoed. De teams die werden geformeerd voor het CC:DIP-onderzoek bestonden uit de huisarts, een consultant-psychiater, een care manager en de patiënt zelf. De care manager was meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), maatschappelijk werkende of eerstelijnspsycholoog (ELP). De training en supervisie die in het kader van CC:DIP door het Trimbos-instituut werd geleverd, aangevuld met het web-based tracking systeem als decision aid, garandeerde dat iedere care manager op hetzelfde niveau de collaborative care interventie kon uitvoeren.

De eerste zes afspraken met de care manager vinden wekelijks plaats, daarna tweewekelijks. De behandelonderdelen lopen parallel aan elkaar. Na de psycho-educatie en het opstellen van het behandelplan start de behandeling met PST en met het zelfhulp-werkboek. Daarnaast hebben deelnemers de mogelijkheid om direct te starten met antidepressieve medicatie. Elke twee weken wordt de PHQ-9 afgenomen door de care manager. Naast dat de PHQ-9 gebruikt kan worden voor de screening op depressieve symptomen, is de PHQ-9 een valide instrument voor het monitoren van symptomen⁴⁸. Elke zes weken wordt de behandeling geëvalueerd aan de hand van die scores op de PHQ-9. Op basis van regelmatige monitoring van de voortgang van de behandeling wordt door de care manager en de patiënt bepaald of een aanpassing of intensivering van de behandeling nodig is. Zo kan bijvoorbeeld het aantal sessies PST opgehoogd worden van 6 naar 12, het behandelplan uitgebreid worden met antidepressieve medicatie, of de huidige antidepressieve medicatie aangepast worden. De care manager kan de huisarts en de consultant-psychiater consulteren in geval van stagnatie in de behandeling, bij een vermoeden van verhoogd suïciderisico of met andere vragen. Als de PHQ-9 na zes weken niet met tenminste 5 punten is gedaald of als er na twaalf weken nog geen sprake is van remissie moet de behandeling in ieder geval worden verzwaard volgens het stepped care principe. Opties hiervoor zijn: maximaal zes extra PST-sessies, starten, veranderen of

verzwaren van de medicatie (conform het adviesalgoritme voor het voorschrijven van antidepressiva dat voor CC:DIP is ontwikkeld), of verwijzen naar de tweede lijn. De consulent-psychiater wordt in zulke gevallen gevraagd om mee te denken over deze vervolgstappen. Er wordt zo nodig een nieuw behandelplan opgesteld.

De evaluatiemomenten en bijbehorende stappen die in CC:DIP genomen worden, volgen uit het tracking systeem. Het tracking systeem is een beveiligde internetapplicatie die de care manager door de verschillende stappen van het behandelalgoritme leidt en die signaleert wanneer een volgende stap in de behandeling moet worden gezet. Op die manier ondersteunt het tracking systeem de care manager in het volgen van het protocol. De consulent-psychiater kan ook inloggen in het systeem waardoor communicatie tussen de psychiater en de care manager vergemakkelijkt wordt. Hetzelfde geldt voor de huisarts. Naast het tracking systeem, worden de care managers ondersteund in het uitvoeren van de collaborative care behandeling door de mogelijkheid de psychiater te consulteren. Ook de huisarts heeft deze mogelijkheid. Het tracking systeem geeft aan welke stappen genomen dienen te worden in de behandeling en maakt consultatie van de psychiater laagdrempeliger door de indicatie voor consultatie concreet te omschrijven. De care manager adviseert de huisarts om de psychiater te consulteren wanneer hij twijfelt over de diagnosestelling of behandeling, wanneer er problemen zijn bij het volgen van het antidepressiva algoritme of bij het overstappen naar een vervolgstap in het algoritme. De psychiater wordt tevens geconsulteerd als de depressieve klachten geen enkele daling laten zien, als de patiënt op item 9 van de PHQ-9 een score heeft van 2 of 3 (verhoogd suicide risico) en als de patiënt op het eerste evaluatiemoment in week 6 minder dan 5 punten op de PHQ-9 gedaald is (m.a.w. geen respons). De care manager kan de consultvraag aan de psychiater direct versturen via het tracking systeem.

4.1.2 Zelfhulpwerkboek

Iedere werknemer die de collaborative care behandeling start, ontvangt in de eerste sessie een werkboek⁶⁵. Het werkboek is onder meer gebaseerd op de bekende zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'⁶⁶ en is gericht op activatie, (negatieve) denkpatronen, omgaan met een chronische lichamelijke ziekte, slapen en een gezonde leefstijl⁶⁵. Voorafgaand aan elke afspraak neemt de patiënt zelfstandig één hoofdstuk door. Daarnaast bevat elk hoofdstuk een aantal opdrachten die de patiënt kan maken. Vervolgens wordt het desbetreffende hoofdstuk nabesproken in de volgende afspraak.

4.1.3 Problem Solving Treatment (PST)

PST is een korte, gestructureerde behandeling voor psychische klachten, ontworpen voor gebruik in de eerste lijn. Het belangrijkste doel van PST is het aanleren van specifieke problem solving vaardigheden aan de patiënt zodat deze die later zelf kan toepassen. In PST worden problemen aangepakt met behulp van de volgende stappen: (1) een verkenning en heldere omschrijving van het probleem, (2) het stellen van een SMART doel, (3) het genereren van zoveel mogelijk potentiële oplossingen, (4) het overwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing, (5) het kiezen van de oplossing die het beste past, (6) implementatie van de gekozen oplossing en het maken van een

actieplan en (7) evaluatie van de voortgang. In elke sessie PST wordt (minstens) één probleem uitgewerkt aan de hand van deze stappen^{67;68}.

4.1.4 Antidepressiva

Antidepressieve medicatie wordt in het behandelplan opgenomen indien de huisarts en de patiënt dit nodig achten. Antidepressieve medicatie wordt in dat geval voorgeschreven door de huisarts volgens een behandelalgoritme. In dit behandelalgoritme wordt beschreven welke medicatie voorgeschreven kunnen worden, de doses en welke stappen genomen kunnen worden indien nodig (zie bijlage 3).

4.1.5 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie komt aan de orde in het laatste hoofdstuk van het zelfhulpwerkboek. Deelnemers krijgen in dit hoofdstuk de opdracht een terugvalpreventieplan op te zetten en bespreken dit met de care manager. De nadruk ligt op signalen die de deelnemer bij zichzelf kan herkennen die op een terugval zouden kunnen wijzen, wat de deelnemer zelf kan doen om een terugval te voorkomen en wanneer zij opnieuw contact op zouden moeten nemen met een hulpverlener⁶⁵. Tevens is het zo dat wanneer de patiënt in remissie is, de care manager bij wijze van terugvalpreventie maandelijks contact heeft met de patiënt om te monitoren of terugval aan de orde is. Indien dat zo is, wordt de behandeling in overleg met de consulent-psychiater weer hervat.

4.1.6 Training en supervisie

De training voor hulpverleners die binnen de CC:DIP de rol van care manager gingen vervullen bestond uit 4 dagdelen. De eerste dag was helemaal aan PST gewijd. Enige weken daarna volgde eerst een ochtend waarin de PST-methodiek nog eens ter sprake kwam. De meeste care managers hadden in de tussentijd praktijkervaring opgedaan met PST waardoor aan de hand van casuïstiek gereflecteerd kon worden. Tijdens het vierde en laatste dagdeel werd de collaborative care systematiek uiteengezet. Ook de huisartsen waren hier idealiter bij aanwezig (als het niet mogelijk bleek om de huisartsen en de care managers tegelijk te trainen werden de huisartsen later alsnog getraind). Voor de huisartsen was accreditatie mogelijk via het Nederlands Huisartsengenootschap.

Tijdens de collaborative care training kwamen de volgende behandelonderdelen aan bod: het behandelalgoritme, PST (in het kort werd dit voor de huisartsen nog eens toegelicht), antidepressieve medicatie, het zelfhulpwerkboek, het gebruik van het tracking systeem en consultatie van de psychiater. De trainingen werden gegeven door de onderzoekers die zelf een training hebben gehad in de herfst van 2006 door de IMPACT-groep uit Seattle. De onderzoekers deden voorafgaand aan de start van het onderzoek ook zelf praktijkervaring op met PST en het werken volgens de principes van collaborative care.

Tijdens het onderzoek kregen de care managers supervisie aangeboden. De supervisie was telefonisch. De onderzoeker nam dan samen met de care manager diens caseload door. Aan de hand van de principes van PST en collaborative care werd zonodig een nieuw behandelbeleid geformuleerd. Daarnaast was er eens in de zes weken een groepssupervisiebijeenkomst waarin ingewikkelde casuïstiek uitgebreider aan bod kon

komen. Daarnaast hadden de care managers altijd de mogelijkheid om de psychiater te consulteren, dit is immers een onderdeel van het collaborative care model.

4.2 De collaborative care behandeling in de bedrijfsgeneeskundige setting

4.2.1 CC:DOC

De collaborative care behandeling in dit onderzoek was gericht op zowel vermindering van depressieve symptomen als een snelle, duurzame terugkeer naar werk. Naast de gebruikelijke interventie-onderdelen, zoals die hierboven al zijn beschreven, bevatte de collaborative care behandeling in CC:DOC daarom ook een onderdeel gericht op werkhervatting, de werkaanpassingsinterventie. Handouts van de behandelprotocollen zijn als bijlagen toegevoegd aan dit rapport.

4.2.2 Behandelteam

Het collaborative care netwerk werd in CC:DOC anders ingevuld dan in collaborative care in de huisartsen- of ziekenhuissetting. Terwijl in de huisartsensetting SPV-ers of maatschappelijk werkers de rol van care manager vervullen, werd dat in CC:DOC gedaan door bedrijfsartsen die hierin vooraf getraind werden: de bedrijfsarts-care manager (BA-care manager). Samen met de consulent-psychiater vormde de BA-care manager het behandelteam. Om ethische redenen, die worden toegelicht in de ethische paragraaf, waren in CC:DOC behandeling en verzuimbegeleiding gescheiden van elkaar. De BA-care manager was daarom altijd een andere bedrijfsarts dan de eigen bedrijfsarts. De eigen bedrijfsarts vervulde, zoals gebruikelijk, de rol van verzuimbegeleider en maakte expliciet geen deel uit van het behandelteam. Communicatie tussen de eigen bedrijfsarts en de BA-care manager was slechts toegestaan na schriftelijke toestemming van de werknemer middels de bestaande KNMG formulieren. Ook communicatie met de huisarts vond slechts met toestemming van de werknemer plaats. In dat geval werd de huisarts van de werknemer door de BA-care manager schriftelijk op de hoogte gesteld van het feit dat desbetreffende werknemer werd begeleid in het kader van dit onderzoek. Communicatie binnen het behandelteam, dus tussen de BA-care manager en de consulent-psychiater, was vrijuit mogelijk.

4.2.3 Werkaanpassingsinterventie

De collaborative care behandeling in CC:DOC omvatte dezelfde onderdelen als in CC:DIP, maar werd bovendien aangevuld met een werkaanpassingsinterventie. Het doel van de werkaanpassingsinterventie was het begeleiden van de werknemer bij het proces tot werkaanpassing, hetgeen gericht was op het wegnemen van belemmeringen voor werkhervatting. De werkaanpassingsinterventie bestond uit een inventarisatie van knelpunten voor werkhervatting, gevolgd door het genereren en implementeren van werkaanpassingen. Zowel de werknemer als de werkgever werd betrokken in de werkaanpassingsinterventie zodat er een grotere kans op acceptatie was, weerstand

tegen veranderingen werd vermeden en beter passende werkaanpassingen werden gegenereerd⁶⁹. De werkaanpassingsinterventie zag er als volgt uit (zie ook bijlage 2):

De BA-care manager en patiënt inventariseerden samen knelpunten voor werkhervatting. Hierbij gebruikten zij een invulschema waarop hoofdtaken, werkzaamheden en knelpunten voor werkhervatting werden genoteerd en waarbij de 3 belangrijkste knelpunten werden geïdentificeerd. De leidinggevende vulde een schema in met wat volgens hem/haar knelpunten voor werkhervatting waren en identificeerde de 3 belangrijkste knelpunten.

Vervolgens vond een 1 uur durend 3-gesprek plaats met de patiënt, de leidinggevende en de BA-care manager als procesbegeleider. In dit gesprek werden de belangrijkste knelpunten van zowel patiënt als leidinggevende besproken. Er werd gebrainstormed over oplossingen, welke vervolgens beoordeeld werden op haalbaarheid en doeltreffendheid. Uit het 3-gesprek volgde een plan van aanpak, waarin afgesproken werd wie welke acties ondernam en wanneer deze geëvalueerd werden. Deze werkaanpassingsinterventie is eerder bij werknemers met lage rugklachten effectief gebleken in het verminderen van de verzuimduur en is tevens, middels een Intervention Mapping techniek, aangepast voor verzuimende werknemers met stressgerelateerde aandoeningen⁷⁰⁻⁷². Uit een review van Oostrom e.a. bleken werkgerichte interventies effectief in het verminderen van verzuim bij werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat. Er waren echter nog onvoldoende studies verricht onder werknemers met psychische klachten om te beoordelen of werkgerichte interventies bij deze populatie ook effectief zijn⁷³.

4.2.4 Training en supervisie

De bedrijfsartsen die in CC:DOC de rol van care manager vervulden, volgden vooraf een training van 2,5 dag. In deze training kwam het collaborative care model aan bod en de verschillende behandelonderdelen waaruit dit model bestaat: het behandelalgoritme, PST, de werkaanpassingsinterventie, antidepressieve medicatie, het zelfhulpwerkboek, het gebruik van het tracking systeem, consultatie van de psychiater en samenwerking met andere zorgprofessionals. De trainingen werden gegeven door de onderzoeker samen met experts op de betreffende gebieden. De onderzoeker begeleidde de BA-care managers voorafgaand aan hun eerste patiënt en supervisiebijeenkomsten werden aangeboden. Naast de supervisiebijeenkomsten hadden de care managers altijd de mogelijkheid om de psychiater te consulteren, dit was immers een onderdeel van het collaborative care model.

4.3 De collaborative care behandeling in de poliklinische ziekenhuissetting

4.3.1 CC:DIM

De collaborative care behandeling in de ziekenhuissetting was gericht op vermindering van depressieve symptomen, maar ook op verbetering van de medische conditie.

4.3.2 Behandelteam

Het collaborative care netwerk wordt in CC:DIM anders ingevuld dan in collaborative care in de huisartsen- of bedrijfsgeneeskundige setting. Terwijl in de huisartsensetting spv-ers of maatschappelijk werkers de rol van care manager vervullen, wordt dat in CC:DIM gedaan door Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen die hierin vooraf getraind werden: de CPV-care manager. Samen met de consulent-psychiater vormt de CPV-care manager het behandelteam. Omdat de patiënt ook nog andere behandelingen volgt bij de somatisch medisch specialisten, is een goede samenwerking tussen verpleegkundige, psychiater en somatisch medisch specialist noodzakelijk.

De behandeling begint met een intake gesprek door de CPV-care manager, waarbij de superviserend psychiater de patient psycho-educatie geeft en vaststelt in welke mate de patiënt last heeft van depressieve klachten. Ook de optie medicatie wordt daar besproken. Vervolgens start de behandeling van depressie met Problem Solving Treatment (PST) en het gebruik van een zelfhulpwerkboek. Na 6 weken is er een evaluatie moment en wanneer de patiënt voldoende is opgeknapt wordt de behandeling beëindigd in een eindgesprek met de psychiater. Elke collaborative care behandeling bestaat uit 6 wekelijkse sessies van PST, waarbij gewerkt wordt aan het oplossen van dagelijkse problemen van de patiënt. Daarnaast krijgt de patiënt een zelfhulpwerkboek mee met oefeningen. In dit werkboek kan de patiënt zelfstandig aan het werk gaan met oefeningen die soms gedurende een week worden uitgevoerd en soms gedurende een maand. Deze oefeningen worden in de wekelijkse sessies besproken met de CPV-care manager. Elke twee weken wordt er met behulp van de PHQ-9 de voortgang besproken en na 6 weken is er een evaluatiemoment waarin wordt bekeken of de patiënt voldoende opgeknapt is. Wanneer dat niet het geval is, wordt de behandeling geïntensiveerd door middel van toevoegen dan wel veranderen van de antidepressieve medicatie, of doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Wanneer iemand wel is opgeknapt, maar nog niet in remissie is (remissie is omschreven als een PHQ-9 score van 0-4) kan er besloten worden om door te gaan met de behandeling. De behandeling wordt dan om de week gegeven en wordt nog met maximaal 6 sessies verlengd. Antidepressieve medicatie is optioneel in de behandeling. Vaak krijgen patiënten al meerdere medicijnen voor hun somatische klachten en dan kan het verplicht stellen van antidepressieve medicatie als een belemmering voor het volgen van de behandeling worden ervaren. Het geven van de medicatie wordt gedaan volgens een voor het Depressie Initiatief ontwikkeld protocol, dat is aangepast voor de chronisch zieke ziekenhuispopulatie in overleg met de ziekenhuispsychiaters. Zie bijlage 3.

5 Methode

5.1 Onderzoeksopzet CC:DIP

CC:DIP is een cluster-gerandomiseerde, gecontroleerde trial (RCT) met randomisatie op huisartsenpraktijken niveau. Door loting werd bepaald welke praktijken collaborative care gingen geven (N=9) en welke praktijken door gingen met de gebruikelijke zorg (N=9). Bij de randomisatie tussen praktijken werd rekening gehouden met praktijkkenmerken zoals al dan niet in geurbaniseerd gebied gevestigd zijn. In totaal namen 18 gezondheidscentra deel aan CC:DIP. Al deze gezondheidscentra bevinden zich in Noord-Holland en Flevoland. De deelnemende centra zijn gevestigd in: Amsterdam, Haarlem, Hoofddorp, Huizen, Andijk en Lelystad. Patiënten van huisartspraktijken die werden toegewezen aan de behandelgroep kregen de collaborative care behandeling van een care manager die werkzaam was in de betreffende praktijk en was getraind in de collaborative care aanpak. Patiënten van huisartspraktijken die waren toegewezen aan de gebruikelijke zorggroep kregen alleen de gebruikelijke zorg van hun huisarts. In beide groepen waren de deelnemers vrij om behandeling los van dit onderzoek aan te gaan.

5.1.1 Werving van deelnemers

Dit onderzoek was gericht op patiënten met een huidige depressieve episode, die in het afgelopen half jaar contact hadden gehad met de huisarts voor een willekeurig gezondheidsprobleem. Dit vanuit de wetenschap dat patiënten met depressieve klachten zich vaak met allerlei somatische klachten bij de huisarts melden, voordat de depressie wordt herkend. De gedachte was dat door de groep te screenen die het afgelopen half jaar was geweest, de kans dat een depressieve stoornis zou worden gevonden groter was dan bij mensen die de huisarts geheel niet hadden bezocht. In de huisartspraktijken die deelnamen hing in de wachtkamer schriftelijke informatie ter aankondiging van het onderzoek. Vervolgens werden degenen die het afgelopen half jaar de huisartspraktijk hadden bezocht geselecteerd uit de bestanden van de praktijk. Hierna ontvingen deze patiënten van de huisarts een brief met schriftelijke informatie over het onderzoek, samen met een eerste toestemmingsformulier en het screeningsformulier. In de informatiebrief werd benadrukt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat weigering tot deelname geen consequenties zou hebben voor toekomstige behandeling. De screener bestond uit de 9 items van de depressieschaal van de Patient Health Questionnaire, de PHQ-9^{48;74}. Patiënten die op de PHQ-9 een score van 10 of hoger behaalden, werden door één van de onderzoekers benaderd voor een telefonisch interview. In dit telefonisch interview werd met behulp van het Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) nagegaan of de patiënt voldeed aan de DSM-IV criteria voor een depressieve episode. Daarnaast werd in het telefonisch interview nagegaan of patiënten voldeden aan één van de exclusiecriteria. Direct na inclusie kregen de deelnemers de baseline vragenlijst toegestuurd.

Patiënten konden ook via aanmelding door de huisarts instromen in het onderzoek. In dat geval moesten zij ook de PHQ-9 invullen en deelnemen aan het MINI interview zoals hierboven omschreven. De werving via screening en via aanmelding door de huisarts vonden gelijktijdig plaats.

Als de diagnose 'depressieve stoornis' (in het Engels 'Major Depressive Disorder') werd vastgesteld, werd patiënten gevraagd of zij deel wilden nemen aan het behandelonderdeel van CC:DIP. Patiënten bij een gezondheidscentrum in de collaborative care groep werden vervolgens benaderd door de care manager; aan patiënten in de gebruikelijke zorggroep werd geen specifiek advies meegegeven, maar zij hadden uiteraard recht op elke vorm van zorg die in Nederland beschikbaar is.

5.1.2 Exclusiecriteria

Patiënten die jonger waren dan 18, en patiënten die leden aan een psychose, dementie, of een hoofddiagnose van middelenmisbruik of –afhankelijkheid hadden, werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Wanneer een patiënt een verhoogd suïciderisico vertoonde bij het MINI interview, werd diens huisarts gecontacteerd, mits de patiënt hiermee akkoord ging. Wanneer de huisarts vervolgens de patiënt niet suïcidaal bevond, kon deze alsnog geïnccludeerd worden in het onderzoek. Indien de patiënt wel suïcidaal werd bevonden werd hij of zij verder door de huisarts begeleid. Tot slot konden patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren om vragenlijsten in te vullen niet deelnemen aan het onderzoek. Indien een patiënt al in een eerstelijnsbehandeling was voor depressieve klachten die adequaat werd geacht maar desondanks toch bij deze procedure depressief werd bevonden volgens bovenstaande criteria, dan werd overlegd met de behandelaar en indien deze akkoord ging, werd de patiënt geïnccludeerd in het onderzoek. Indien de patiënt echter reeds was verwezen naar de tweede lijns GGZ, dan werd deze geëxcludeerd.

5.1.3 De gebruikelijke zorg groep

Er werd geen specifiek advies meegegeven aan de patiënten of de huisartsen in de gebruikelijke zorggroep. Huisartsen beschikken in Nederland over een eigen richtlijn depressie die is opgesteld door het Nederlands Huisartsengenootschap. Kort beschreven stelt deze dat huisartsen die depressieve patiënten begeleiden deze tenminste eens in de twee weken zien, dat zij onder bepaalde voorwaarden antidepressieve medicatie voor kunnen schrijven en dat zij verwijzing naar een psychiater overwegen als de klachten ernstig zijn. Verwijzen voor psychologische behandeling is een optie als de patiënt daaraan de voorkeur geeft, als deze niet kan worden behandeld met antidepressiva of als er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Andere hulpverleners die in de eerste lijn patiënten met een depressie behandelen beschikken over de multidisciplinaire richtlijn depressie⁴. De adviezen in deze richtlijn komen in grote lijnen overeen met die in de NHG-richtlijn. De daadwerkelijke zorg die de patiënten kregen legden we vast met vragenlijsten.

5.1.4 Uitkomstmaten

Meetmomenten

Deelnemers aan het onderzoek werd verzocht een baselinevragenlijst in te vullen (de nulmeting), gevolgd door nametingen drie, zes, negen en twaalf maanden na baseline. In sommige gevallen, wanneer iemand het te moeilijk vond om de volledige lijst in te vullen

en daardoor de lijst helemaal niet dreigde in te vullen, werd een kortere vragenlijst over de telefoon afgenomen met alleen de PHQ-9, de SF36, de EQ-5D en de TICP.

Depressieve symptomen

De ernst van de depressieve symptomen meten we met de PHQ-9. De PHQ-9 is een vragenlijst die erop gericht is met 9 items de 9 DSM-IV criteria voor depressie te meten. Op de PHQ-9 kan een minimale score van 0 en een maximale score van 27 behaald worden, waarbij een hogere score duidt op meer depressieve symptomen. De PHQ-9 is speciaal ontworpen en gevalideerd voor gebruik in de eerstelijnssetting voor het opsporen en monitoren van depressie. We hanteren de volgende uitkomstmaten, beiden gemeten met de PHQ-9: 1) respons, gedefinieerd als een vermindering van minimaal 50% in depressieve symptomen, 2) remissie, hetgeen betekent dat er geen depressieve klachten meer zijn, en 3) de verbetering van de depressieve symptomen (de score van een respondent op de PHQ-9 op een van de vervolgmetingen vergeleken met zijn/haar score bij de 0-meting)^{48;74}.

Covariaten

Lichamelijke klachten die tegelijkertijd optraden met de depressie, al dan niet verklaard door een chronische lichamelijke ziekte, werden in de statistische modellen opgenomen bij subgroepanalyses waarin werd gekeken of voor depressieve patiënten met dit soort klachten een differentiële behandeling nodig zou zijn. Deze lichamelijke klachten zijn op de volgende wijze gemeten:

Chronische Lichamelijke ziekten: aan de deelnemende patiënten is gevraagd om aan te geven aan welke chronische lichamelijke ziekten zij op baseline leden. Hiervoor werd de CBS-lijst gebruikt. Op deze lijst die het CBS heeft ontwikkeld staan 28 veel voorkomende chronische lichamelijke ziekten zoals Diabetes, COPD en Multiple Sclerose.

Lichamelijke onverklaarde klachten: de ernst en het aantal van de lichamelijke klachten waar patiënten onder leden, werd gemeten met de PHQ-15⁷⁵ (de subschaal voor lichamelijke klachten van de Patient Health Questionnaire) en de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV; meet 51 veel voorkomende lichamelijke klachten)⁷⁶. De mate waarin patiënten zich zorgen maakten over deze klachten werd bepaald met behulp van de Ziekte-attitude schaal (Illness Attitude Scale, IAS)⁷⁷. Met behulp van deze drie vragenlijsten maken we een inschatting van de invloed van lichamelijk onverklaarde klachten en somatisatie op de behandeling. Tot slot werd gekeken naar de mogelijke invloed van algemene kenmerken zoals leeftijd en geslacht.

5.1.5 Benodigde steekproefgrootte

In juli 2009 is in overleg met het Innovatiefonds Zorgverzekeraars een nieuwe power berekening uitgevoerd ten opzichte van de eerste, om te zien of bij een minder hoge instroom ook de beoogde doelstellingen gehaald zouden kunnen worden. Dit bleek inderdaad het geval te zijn. Het aan te tonen gestandaardiseerde verschil op de PHQ-9 score kon naar aanleiding van nieuwe bevindingen namelijk op $4.36/6.46(\text{SD}) = 0.67$ worden gesteld. Dit leidde tot een steekproefgrootte van 2×68 completers⁷⁸ waarop nog een berekening moest worden toegepast in verband met de clusterrandomisatie. Wij hanteerden daartoe een intraclass correlatie (ICC) van 0.06^{13} voor onze studie, die in 18 huisartspraktijken plaatsvindt, en na correctie met een designfactor 1.1 leidt dit tot een schatting van 2×75 dus 150 completers voor CC:DIP. Dit is het aantal dat in CC:DIP is geïncludeerd.

5.1.6 Data analyse

De analyses zijn gedaan op basis van het intention-to-treat principe. De deelnemers blijven dus tot de groep behoren waarin zij bij randomisatie zijn ingedeeld, ook indien zij de behandeling niet of slechts gedeeltelijk volgden. Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van Multi Level Analyse (MLA), waarbij de variantie op het niveau van gezondheidscentra, huisartsen, patient en aantal dagen vanaf randomisatie kan worden verdisconteerd⁷⁹. Voor de MLA werd MLwiN software⁸⁰ gebruikt. De PHQ-9 is geanalyseerd met een repeated measurements multilevel regressiemodel. Bij significante bevindingen is effectgrootte berekend. Leeftijd, de variabele waarop de aangemelde collaborative care groep op baseline bleek te verschillen ten opzichte van de andere groepen, bleek geen significante invloed te hebben op de uitkomsten.

Om te evalueren of de drie groepen, namelijk de door screening geïnccludeerde collaborative care groep, de door aanmelding geïnccludeerde collaborative care groep, en de gebruikelijke zorg groep, op baseline van elkaar verschilden, zijn de demografische en klinische kenmerken met elkaar vergeleken met behulp van t-toetsen en Chikwadraat toetsen. Tevens zijn propensity scores berekend om te corrigeren voor de bias die veroorzaakt wordt door de clusterrandomisatie⁸¹. In alle modellen werd met behulp van de propensity score voor deze selectie bias gecorrigeerd. Daarnaast werd in alle modellen gecorrigeerd voor baseline verschillen met behulp van de PHQ-9 op het moment van screening.

Voor het analyseren van de respons (50% of meer verbetering op de PHQ-9) werd per tijdstip (3, 6, 9 of 12 maanden) een logistisch multilevel model gebruikt. Hiervan worden odds ratio's gerapporteerd. Voor deze modellen zijn Numbers Needed to Treat (NNT) berekend. In alle analyses zijn steeds de door screening geïdentificeerde collaborative care groep en de door aanmelding geïdentificeerde collaborative care groep gecontrasteerd met de gebruikelijke zorg groep. Met deze modellen kan ook op een eenvoudige manier de hele collaborative care groep met de gebruikelijke zorg groep worden vergeleken. Op vergelijkbare wijze zijn de analyses voor remissie uitgevoerd.

Tevens is in de MLA analyses een interactieterm toegevoegd waarbij werd geëvalueerd of de behandelrespons en remissie veranderden wanneer iemand niet alleen een depressie had, maar ook lichamelijke klachten en chronische ziekte.

5.1.7 Tijdsframe

De voorbereiding van dit onderzoek startte in april 2006. De werving van deelnemers vond vervolgens plaats van oktober 2007 tot en augustus 2009. Vanaf september 2009 vonden de follow-up van de deelnemers voor de nametingen plaats en de analyses van de eerste resultaten. De follow-up van de deelnemers tot de laatste nameting liep tot en met september 2010. In dit rapport worden de volledige uitkomsten gepresenteerd.

5.1.8 Ethiek

Onderzoek dat valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) dient vooraf ter goedkeuring te worden voorgelegd aan een erkende medisch-

ethische toetsingscommissie (METC). Deelnemers werden gevraagd om schriftelijke toestemming waarbij (mondeling en schriftelijk) werd benadrukt dat zij hun toestemming op elk moment, zonder opgaaf van specifieke redenen, konden terugtrekken. Eventuele terugtrekking uit het onderzoek had geenszins gevolgen voor toekomstige behandeling. Deelnemers hadden daarnaast de mogelijkheid een onafhankelijk expert te raadplegen. Patiëntnamen werden gescheiden bewaard van de overige onderzoeksgegevens. Elke deelnemer had een unieke respondentcode, die alleen voor de onderzoekers toegankelijk was. De METC heeft het protocol en de informed consent brieven die naar patiënten werden gestuurd bestudeerd. Het design (protocol 2006/158) werd in 2006 goedgekeurd door de medisch ethische commissie (METC) van het VU medisch centrum. De voortgang van de studie en de ethische aspecten werden bewaakt door de stuurgroep van het Depressie Initiatief, waarvan de penvoerder secretaris is.

5.2 Onderzoeksopzet CC:DOC

CC:DOC was een gerandomiseerde, gecontroleerde trial (RCT) met randomisatie op patiënt niveau. Deelnemers die werden toegewezen aan de behandelgroep kregen de collaborative care behandeling van een BA-care manager en de gebruikelijke verzuimbegeleiding van de eigen bedrijfsarts. Deelnemers die werden toegewezen aan de gebruikelijke zorg groep kregen alleen de gebruikelijke verzuimbegeleiding van de eigen bedrijfsarts. In beide groepen waren de deelnemers daarnaast vrij om behandeling los van dit onderzoek aan te gaan.

5.2.1 Werving van deelnemers

Dit onderzoek was gericht op werknemers met een huidige depressieve episode die tussen de 4 en 12 weken verzuimden van hun werk. Onderzoek naar lage rugklachten suggereert dat behandeling in de sub-acute fase van verzuim (4 tot 12 weken) effectiever is in het voorkomen van langdurig verzuim dan behandeling wanneer het verzuim reeds lang duurt⁸². Voor dit onderzoek hebben wij aangenomen dat een dergelijk 'window of opportunity' ook bij depressie geldt en het onderzoek daarom gericht op werknemers met 4 tot 12 weken verzuim. De ondergrens van 4 weken hebben we gehanteerd om te voorkomen dat we veel deelnemers zouden werven die spontaan herstellen. Werknemers met 4 tot 12 weken verzuim ontvingen schriftelijke informatie van de arbodienst ter aankondiging van het onderzoek. Vervolgens ontvingen zij van de onderzoekers van het Trimbos-instituut schriftelijke informatie over het onderzoek, samen met een eerste toestemmingsformulier en het screeningsformulier. In de informatiebrief werd benadrukt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat weigering tot deelname geen consequenties zou hebben voor toekomstige (verzuim)begeleiding. De screener bestond uit de 9 items van de depressieschaal van de Patient Health Questionnaire, de PHQ-9^{75;76}. Werknemers die op de PHQ-9 een score van 10 of hoger behaalden, werden door één van de onderzoekers benaderd voor een telefonisch interview. In dit telefonisch interview werd met behulp van het Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) nagegaan of de werknemer voldeed aan de DSM-IV criteria voor een depressieve episode. Daarnaast werd in het telefonisch interview nagegaan of werknemers voldeden aan één van de exclusiecriteria. Direct na inclusie kregen de deelnemers de baselinevragenlijst toegestuurd.

5.2.2 Exclusiecriteria

Werknemers die leden aan een psychose, werknemers met een hoofddiagnose van middelenmisbruik of –afhankelijkheid of zij die zwanger waren, werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Werknemers die een juridisch conflict hadden met hun werkgever konden eveneens niet deelnemen aan het onderzoek. Wanneer een werknemer een verhoogd suïciderisico vertoonde, werd diens huisarts gecontacteerd, mits de werknemer hiermee akkoord ging. Wanneer de huisarts vervolgens goedkeuring verleende voor deelname, kon de werknemer alsnog geïnccludeerd worden in het onderzoek. Tot slot konden werknemers die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren niet deelnemen aan het onderzoek.

5.2.3 Uitkomstmaten

Meetmomenten

De effectiviteit van collaborative care werd in CC:DOC geëvalueerd met betrekking tot depressieve symptomen en terugkeer naar werk. De ernst van de depressieve symptomen hebben we op dezelfde wijze gemeten als in CC:DIP. We hanteerden als primaire uitkomstmaat de tijd tot eerste respons, gedefinieerd als het eerste tijdstip waarop de respondent een vermindering van minimaal 50% in depressieve symptomen had ten opzichte van baseline. Daarnaast hebben we gekeken naar de tijd tot remissie, gedefinieerd als het eerste tijdstip waarop de respondent een volledig herstel van depressieve symptomen had (waargenomen als een score van 0 tot en met 4 op de PHQ-9) en naar de vermindering van de depressieve symptomen als continue maat^{75;76}.

De duur tot volledige terugkeer naar werk (return to work, afgekort als RTW) definieerden we als de duur van verzuim door depressie in kalenderdagen vanaf de dag van randomisatie tot aan volledige RTW, gedurende minstens vier weken zonder een (gedeeltelijke of gehele) terugval in verzuim. De periode van 4 weken is conform de Nederlandse wetgeving, waarin vastgesteld is dat twee verzuimperiodes als één, samengestelde verzuimperiode beschouwd worden wanneer zij elkaar binnen 28 dagen opvolgen. Daarnaast werd het totaal aantal verzuimdagen van de werknemer berekend vanaf randomisatie tot 1 jaar na randomisatie. Verzuimdata werden verzameld vanuit de verzuimdossiers van de arbodienst.

Gezondheid

Naast depressieve symptomen en de duur tot RTW hebben we bovendien gekeken naar een meer overkoepelende maat voor gezondheid. Met behulp van de SF-36 hebben wij zowel een lichamelijk als mentaal component van gezondheid gemeten⁸³.

Zorggebruiken procesevaluatie

De Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness (TiC-P) en de vragenlijst Contacten met dokters en andere behandelaars gaven inzicht in het zorggebruik in beide groepen, hetgeen in de resultaten sectie beschreven wordt⁸⁴. Bovendien is per deelnemer in de collaborative care groep een vragenlijst afgenomen bij de werknemer en bij diens BA-care manager, om meer inzicht te krijgen in de mate waarin de collaborative care interventie daadwerkelijk werd uitgevoerd.

Mogelijke covariaten

Werkkenmerken zijn gemeten met de Job Content Questionnaire (JCQ), co-morbide chronische aandoeningen met de CBS lijst, en lichamelijke klachten, paniek en gegeneraliseerde angst met de Patient Health Questionnaire (PHQ)^{85;86}.

5.2.4 Benodigde steekproefgrootte

Voorafgaand aan de start van het onderzoek werd de benodigde steekproefgrootte berekend. Deze berekening was gebaseerd op de primaire uitkomstmaat respons. Gebaseerd op een eerdere studie naar collaborative care verwachtten we een responspercentage van 15% in de gebruikelijke zorg groep en 32% in de collaborative care groep⁹. Uitgaande van een alpha van 5% en een power van 80% om een verschil in respons van 17% te vinden tussen de twee groepen, berekenden wij dat 126 deelnemers (63 deelnemers per groep) nodig zouden zijn om het genoemde verschil statistisch aan te tonen.

5.2.5 Data analyse

De analyses zijn gedaan op basis van het intention-to-treat principe. De deelnemers bleven dus tot de groep behoren waarin zij bij randomisatie waren ingedeeld. Analyses op de uitkomstmaat depressieve klachten zijn gedaan met behulp van multilevelanalyse (MLA) in MLWIN. Er is een MLA toegepast waarbij eerst is geanalyseerd of op het niveau van locaties en bedrijfsartsen een rol in het effect werd gezien; vervolgens werd op patiëntniveau geanalyseerd. Eerst is gekeken naar de groep als geheel. Daarna is gekeken naar de groep met op baseline ernstiger depressieve klachten, namelijk matig ernstige depressieve klachten als aangeduid met een baselinescore van 15 of meer op de PHQ9. Tot slot is de groep opgesplitst naar het aantal bijkomende lichamelijke klachten. De analyses op de uitkomstmaat duur tot RTW zijn gedaan met Cox Regressie in SPSS. Het totaal aantal verzuimdagen in het jaar na baseline is geanalyseerd met behulp van de Mann-Whitney U toets.

5.2.6 Tijdsframe

De voorbereiding van dit onderzoek startte in juni 2006. De werving van deelnemers vond vervolgens plaats van november 2007 tot en met september 2009. De follow-up van de deelnemers tot de laatste nameting heeft geduurd tot en met september 2010. In dit rapport wordt gerapporteerd over de bevindingen na 12 maanden follow-up.

5.2.7 Ethiek

Onderzoek dat valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) dient vooraf ter goedkeuring te worden voorgelegd aan een erkende medisch-ethische toetsingscommissie (METC). De METC bleek zich bij het CC:DOC protocol met name zorgen te maken om 2 aspecten: a. de kwaliteit van de behandeling, en b. de uitwisseling van informatie tussen de reguliere bedrijfsarts en de behandelende

bedrijfsarts, de BA-care manager. De behandelrol als care manager zijnde is een nieuwe rol voor de bedrijfsarts. Door de scheiding van behandeling en verzuimbegeleiding in Nederland zijn zowel bedrijfsartsen als werknemers als de METC nog niet erg gewend aan een dergelijke behandelrol binnen de bedrijfsgeneeskundige setting. Om vermenging van rollen te voorkomen hebben wij in CC:DOC, zoals reeds beschreven in paragraaf 4.2.1., de collaborative care behandeling gescheiden van de verzuimbegeleiding. De BA-care manager was een andere bedrijfsarts dan de eigen bedrijfsarts, waarbij communicatie tussen beide artsen slechts was toegestaan na schriftelijke toestemming van de werknemer middels de bestaande KNMG formulieren. Om de kwaliteit van de collaborative care behandeling te waarborgen, is training, supervisie en psychiatrische consultatie aangeboden aan de BA-care managers.

Ethische aspecten in het algemeen

Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Deelnemers werden gevraagd om schriftelijke toestemming waarbij (mondeling en schriftelijk) werd benadrukt dat zij hun toestemming op elk moment, zonder opgaaf van specifieke redenen, konden terugtrekken. Eventuele terugtrekking uit het onderzoek had geenszins gevolgen voor toekomstige (verzuim)begeleiding. Deelnemers hadden daarnaast de mogelijkheid een onafhankelijk expert te raadplegen. Patiëntnamen werden gescheiden bewaard van de overige onderzoeksgegevens. Elke deelnemer had een unieke respondentcode, die alleen voor de onderzoekers toegankelijk waren. Het onderzoeksprotocol werd door de medisch ethische commissie van het VU Medisch Centrum goedgekeurd in augustus 2007.

5.3 Onderzoekopzet CC:DIM

CC:DIM is een gerandomiseerde, gecontroleerde trial (RCT) met randomisatie op patiënt niveau. Patiënten werden door een computersysteem gerandomiseerd in de collaborative care groep of de gebruikelijke zorg groep. Deelnemers die werden toegewezen aan de behandelgroep kregen de collaborative care behandeling van een CPV-care manager en de eventuele antidepressiva van de consulent-psychiater van de PCD. Deelnemers die werden toegewezen aan de gebruikelijke zorg groep kregen alleen de gebruikelijke behandeling van hun chronische lichamelijke ziekte van de eigen medisch specialist, met de daar gebruikelijke aandacht voor hun comorbide depressieve klachten. In beide groepen waren de deelnemers daarnaast vrij om behandeling los van dit onderzoek aan te gaan. De onderzoekopzet is uitgebreid beschreven in het artikel van Horn en collega's⁸⁷. Het onderzoek is in eerste instantie opgezet in samenwerking met 1 ziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam. Toen bleek dat hier niet voldoende patiënten beschikbaar waren voor deelname aan het onderzoek, is het onderzoek uitgebreid tot een multicenter trial, waarbij in totaal met 5 ziekenhuizen in Nederland werd samengewerkt; het OLVG in Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) in Maastricht, de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) in Almelo en Hengelo en de Gelderse Vallei in Ede.

5.3.1 Werving van deelnemers

Dit onderzoek was gericht op patiënten met een chronisch lichamelijke ziekte die de poliklinieken voor patiënten met diabetes, cardiologische aandoeningen,

longaandoeningen en/of maag-darm-lever aandoeningen van de betreffende ziekenhuizen bezochten. Alle patiënten boven de 18 die de polikliniek voor diabetes, cardiovasculaire ziekten of COPD hadden bezocht in het jaar voorafgaand aan het onderzoek werden als volgt benaderd. Deze patiënten ontvingen schriftelijke informatie van de medisch specialist van hun polikliniek ter aankondiging van het onderzoek. Vervolgens ontvingen zij van de onderzoekers van het Trimbos-instituut schriftelijke informatie over het onderzoek, samen met een eerste toestemmingsformulier en het screeningsformulier. In de informatiebrief werd benadrukt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat weigering tot deelname geen consequenties zou hebben voor de medische behandeling. De screener bestond uit de 9 items van de depressieschaal van de Patient Health Questionnaire, de PHQ-9. Patiënten die op de PHQ-9 een score van 10 of hoger behaalden, werden door de onderzoekers benaderd voor een telefonisch interview. In dit telefonisch interview werd met behulp van het mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) nagegaan of de patiënt voldeed aan de DSM-IV criteria voor een depressieve episode. Patiënten konden meedoen als ze voldeden aan de volgende criteria: het hebben van een chronische lichamelijke ziekte, toestemming voor deelname aan het onderzoek volgens de door de medisch ethische commissie toegestane informed consent procedure, voldoende kennis van de Nederlandse taal, 18 jaar of ouder en lijdend aan een comorbide depressie volgens bovenstaande criteria. Daarnaast werd in het telefonisch interview nagegaan of de patiënten voldeden aan één van de exclusiecriteria. Direct na inclusie kregen de deelnemers de baseline vragenlijst toegestuurd, vervolgens kregen zij iedere 3 maanden een vragenlijst tot maximaal een jaar na inclusie.

5.3.2 Exclusiecriteria

Patiënten die leden aan een psychose, dementieel syndroom of delirium, aan een bipolaire stoornis, of aan een hoofddiagnose van middelenmisbruik of -afhankelijkheid, en patiënten die zwanger waren, werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Wanneer een patiënt bij de screening een verhoogd suïciderisico vertoonde, werd de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) ingeschakeld, of de huisarts benaderd, in overleg met de patiënt. Wanneer de consulent-psychiater of de huisarts vervolgens goedkeuring verleende voor deelname, kon de patiënt alsnog geïnccludeerd worden in het onderzoek. Tot slot konden patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren niet deelnemen aan het onderzoek.

5.3.3 Behandeling in de gebruikelijke zorg groep

De gebruikelijke zorg groep kreeg de op dat moment gangbare gebruikelijke zorg. In de praktijk hield dit in dat patiënten een advies kregen om de huisarts te raadplegen wanneer zij psychische hulp wilden. Met vragenlijsten is in kaart gebracht welke zorg zij daadwerkelijk kregen.

5.3.4 Data verzameling

Het Trimbos-instituut verzamelde de data, in samenwerking met de deelnemende ziekenhuizen. Nadat de patiënt toestemming heeft gegeven voor deelname aan het

onderzoek ontvangt deze bij het starten van het onderzoek (t0), bij 3 (t1) 6 (t2), 9 (t3) en 12 (t4) maanden na het starten een vragenlijst.

5.3.5 Analyse

Om de effectiviteit van collaborative care te bepalen zijn er verschillende analyses gedaan. In SPSS 15.0 is bepaald of de groepen bij de start van het onderzoek verschilden door middel van Chisquare toetsen en T-toetsen. Vervolgens is Multilevel Analyse (MLA) gebruikt om de effectiviteit te bepalen. De MLA is genest als volgt: Ziekenhuis- soort polikliniek-behandelaar-patiëntniveau. De analyses zijn gedaan op basis van het intention-to-treat principe. De deelnemers blijven dus tot de groep behoren waarin zij bij randomisatie zijn ingedeeld. Er is een MLA toegepast waarbij eerst is geanalyseerd of op het niveau van ziekenhuizen, poliklinieken en behandelaar een rol in het effect werd gezien; vervolgens werd op patiëntniveau geanalyseerd. Eerst is gekeken naar de groep als geheel. Toen is de groep opgesplitst naar het aantal bijkomende lichamelijke klachten. Als laatste is gekeken naar de groep met ernstiger depressieve klachten, namelijk matig ernstige depressieve klachten als aangeduid met een score van 15 of meer op de PHQ9 op baseline. Tevens is een NNT berekend. Voor elk van de uitkomstmaten werd bekeken of de effecten beïnvloed werden door patiëntkenmerken. Wanneer deze kenmerken verschillen tussen de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep, kan dit een verkeerd beeld van het effect van de behandeling geven. Er werd gekeken naar leeftijd, etniciteit, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, aantal chronische aandoeningen en ernst van de lichamelijke klachten. In de analyses werd voor deze variabelen gecorrigeerd wanneer ze een aantoonbaar effect hadden op de uitkomsten.

5.3.6 Uitkomstmaten

Respons op behandeling

De primaire uitkomstmaat om de effectiviteit van de behandeling te bepalen is het aantal mensen dat respons heeft: een daling van 50% in de PHQ-9 score. De respons zegt veel over de behandeling, wanneer er in de collaborative care groep significant meer respons is dan in de gebruikelijke zorg groep, is dat een aanwijzing dat de behandeling effectief is.

Daling in depressieve klachten

De secundaire uitkomst maat is de daling in de PHQ-9 score. Op de PHQ-9 kan maximaal 27 punten gescoord worden en een daling in deze punten geeft aan dat iemand minder depressieve klachten heeft. Er wordt bepaald of er een significant verschil is in de PHQ-9 daling tussen de collaborative care- en gebruikelijke zorg groep. Om dit te bepalen werd het verschil in de PHQ-9 score (minimaal 0 en maximaal 27 punten) tussen T0 en T1 berekend. Vervolgens werd door middel van statistische analyses bepaald of de daling in de collaborative care groep significant groter was dan in de gebruikelijke zorg groep.

Adverse medical events

Door middel van het opvragen van ziekenhuisstatussen van patiënten, werd bepaald hoeveel adverse events een patiënt tijdens de onderzoeksperiode had gehad. Hieronder

vielen o.a. aandoeningen als hypo/hyperglycemie, hartklachten/hartaanvallen en longontsteking.

Covariaten

Bij bovengenoemde statistische analyses werd ook gekeken naar de verschillen in ernst van de lichamelijke klachten. Daarvoor werd de groep als volgt opgedeeld in categorieën van ernst van lichamelijke klachten: milde klachten, matige klachten en ernstige klachten.

5.3.7 Benodigde steekproefgrootte

Voorafgaand aan de start van het onderzoek werd de benodigde steekproefgrootte berekend. Deze berekening was gebaseerd op de primaire uitkomstmaat respons. Gebaseerd op een eerdere studie naar collaborative care, verwachtten we een responspercentage van 15% in de gebruikelijke zorg groep en 32% in de collaborative care groep⁸⁴. Uitgaande van een alpha van 5% en een power van 80% om een verschil in respons van 17% te vinden tussen de twee groepen, berekenden wij dat 126 deelnemers (63 deelnemers per groep) nodig zouden zijn om het genoemde verschil statistisch aan te tonen.

5.3.8 Tijdsframe

De voorbereiding van dit onderzoek startte in september 2006. De werving van deelnemers vond vervolgens plaats van november 2007 tot en met september 2009. Vanaf oktober 2009 vonden de follow-up van de deelnemers voor de nametingen plaats en de analyses van de eerste resultaten. De follow-up van de deelnemers tot de laatste nameting eindigde in oktober 2010.

5.3.9 Ethiek

Onderzoek dat valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) dient vooraf ter goedkeuring te worden voorgelegd aan een erkende medisch-ethische toetsingscommissie, in dit geval door de Verenigde Commissies Mensgebonden Onderzoek (VCMO) en de lokale Medisch Ethische Commissies (METC's) van de betreffende ziekenhuizen. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Deelnemers werden gevraagd om schriftelijke toestemming waarbij (mondeling en schriftelijk) werd benadrukt dat zij hun toestemming op elk moment, zonder opgaaf van specifieke redenen, konden terugtrekken. Eventuele terugtrekking uit het onderzoek had geenszins gevolgen voor toekomstige medische behandeling. Deelnemers hadden daarnaast de mogelijkheid een onafhankelijk expert te raadplegen. Patiëntnamen werden gescheiden bewaard van de overige onderzoeksgegevens. Elke deelnemer had een unieke respondentcode, die alleen voor de onderzoekers toegankelijk was. Het onderzoeksprotocol is door het VCMO goedgekeurd in december 2006. Tevens is het protocol goedgekeurd voor lokale toepasbaarheid door de lokale medisch ethische commissies in de respectievelijke ziekenhuizen.

5.4 Opzet doelmatigheidsonderzoek

In alle 3 de trials is de doelmatigheid van collaborative care onderzocht in vergelijking tot de gebruikelijke zorg. Daarbij werd de volgende methode gehanteerd.

5.4.1 Meetinstrumenten

Voor de economische evaluatie werden gegevens verzameld met PHQ-9⁷⁴, de EuroQol⁸⁸ (EQ-5D) en de TiC-P⁸⁴. Ontbrekende waarden werden geïmputeerd via de methode 'Last observation carried forward' (LOCF). Dit werd gedaan omdat de steekproef, vanwege de missende waarden, anders niet groot genoeg was om een kostenanalyse te doen. Met behulp van LOCF was de steekproef wel groot genoeg. Dit betekent echter wel dat enkele waarden kunnen afwijken van de waarden die genoemd worden in de effect-analyse, aangezien daar geen gebruik is gemaakt van LOCF.

5.4.2 PHQ-9

De PHQ-9 vormt de primaire klinische effectmaat. De PHQ-9 vragenlijst, waarbij minimaal 0 punten en maximaal 27 punten kan worden gescoord, is een vragenlijst waarmee de depressie-ernst kan worden gemeten⁷⁴. Een score van 10 of hoger wordt gezien als een sterke aanwijzing voor depressie. Daarom zijn alleen de mensen die 10 of hoger scoorden geïnterviewd door de onderzoekers om vast te stellen of er daadwerkelijk een depressie was. Een verbetering van 50% op de PHQ-score wordt gezien als een klinisch relevante vooruitgang.

5.4.3 EuroQoL

Om te voorkomen dat voor iedere economische evaluaties gezondheidstoestanden moeten worden gewaardeerd, zijn gestandaardiseerde vragenlijsten ontwikkeld waarvoor de waarderings- of gewichten al zijn bepaald. Een veelgebruikte, gevalideerde vragenlijst waarmee QALY's kunnen worden bepaald is het EuroQol-instrument EQ-5D⁸⁸, ook wel bekend als de EuroQol. De EQ-5D bestaat uit 5 vragen en een visueelanaloge schaal (www.euroqol.org). Deze laatste blijft in dit rapport buiten beschouwing. Met de 5 vragen worden 5 dimensies van kwaliteit van leven gemeten, te weten mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en stemming. Per vraag zijn de antwoordmogelijkheden: geen problemen (1), matige problemen (2) en ernstige problemen (3). Patiënten beschrijven hun gezondheidstoestand door de 5 vragen te beantwoorden. Een gezondheidstoestand op de EQ-5D kan worden uitgedrukt in een combinatie van 5 getallen. Bijvoorbeeld, toestand '21123' staat voor enige problemen met lopen, geen problemen met zichzelf wassen en aankleden, geen problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, matige pijn of andere klachten en erg angstig of somber. Met de EQ-5D kunnen in totaal ($3^5 =$) 243 gezondheidstoestanden worden beschreven. Van de EQ-5D bestaat een officiële vertaling in het Nederlands. De waarderings- of gewichten voor de 243 mogelijke EQ-5D-toestanden die in Nederlandse kostenutiliteitsanalyses worden gebruikt om QALY's te bepalen, zijn afkomstig van de Nederlandse bevolking⁸⁹.

5.4.4 TiC-P

De kostenberekening is gemaakt vanuit een maatschappelijk perspectief, dit betekent dat alle relevante kosten zijn meegenomen. In deze studie zijn de directe medische kosten productiviteitskosten als gevolg van arbeidsverzuim, efficiency verliezen op het werk en substitutie van onbetaald werk berekend. De gegevens over zorggebruik en productiviteitsverliezen voor de 3 studies werden verzameld met de 'Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness' (TiC-P)⁸⁴. Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Deel I van de TiC-P vraagt naar de zorgconsumptie bij de relevante zorgverleners in de afgelopen 3 maanden, de zogenaamde directe medische kosten. Hierbij zijn gegevens verzameld over het aantal contacten voor de behandeling, evenals contacten met overige relevante zorgconsumptie zoals contacten met huisartsen, medisch specialisten en medicatiegebruik. Voor de berekening van de directe medische kosten werd de zorgconsumptie vermenigvuldigd met de kostprijs op basis van de kostenhandleiding. De kostprijzen per contact zijn weergegeven in tabel 5.1. De kosten in dit rapport hebben betrekking op 2009. Voor de collaborative care behandeling is een kostprijs bepaald aan de hand van het gemiddeld aantal bezoeken aan de behandelaar en de zogenaamde overheadkosten (secretariële ondersteuning, huisvesting etc.). Deel II van de TiC-P bevat vragen over productiviteitsverliezen. Productiviteitsverliezen bij betaald werk kunnen het gevolg zijn van verzuim, maar deze kunnen ook ontstaan als gevolg van efficiency verliezen tijdens het werk, het zogenaamde presentisme. Uit eerder onderzoek is gebleken dat beide componenten relevant zijn voor depressie. Voor de waardering van de productiviteitsverliezen bij betaald werk is gebruik gemaakt van de frictiekostenmethode. De methode is overeenkomstig de richtlijnen voor farmaco economisch onderzoek. De frictiekostenbenadering gaat uit van de gedachte dat binnen een productieproces uiteindelijk iedereen vervangbaar is. Productieverliezen of additionele productiviteitskosten treden slechts op tijdens de periode die nodig is voor opvulling van de ontstane vacature als gevolg van lang werkverzuim. De lengte van deze zogenaamde frictieperiode voor Nederland is geschat op 160 dagen. De waardering van de productieverliezen is gebaseerd op de bruto toegevoegde waarde. De waardering van productiviteitsverliezen is alleen berekend in het onderzoek in de bedrijfsgeneeskundige setting.

5.4.5 Effectiviteit

De effectiviteit van de behandeling is gerapporteerd in 2010 (3 maandsgegevens) en 2011 (12 maandsgegevens). Voor het verrichten van deze kosteneffectiviteitsanalyse is gebruik gemaakt van de gegevens uit die rapportages. Daarbij is gekozen voor respons op behandeling als hoofduitkomstmaat, omdat dat op de korte termijn de klinisch relevante uitkomst is.

5.4.6 Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit wordt uitgedrukt als de kosten per patiënt die een klinisch relevante respons heeft. Patiënten met een verbetering van 50% op de PHQ-score zijn gedefinieerd als klinisch relevante respons. De kosteneffectiviteit is vervolgens uitgedrukt als de kosten per patiënt met klinisch relevante respons van de collaborative care groep in vergelijking met de gebruikelijke zorg groep. Een kostenutiliteitsanalyse (KUA) is een

specifieke vorm van een kosteneffectiviteitanalyse waarbij de incrementele kosteneffectiviteitsratio uitgedrukt wordt als de kosten per QALY. De incrementele kosteneffectiviteitsratio wordt als volgt bepaald:

$$\frac{\text{Gemiddelde kosten interventiegroep} - \text{Gemiddelde kosten controlegroep}}{\text{Gemiddelde effecten interventiegroep} - \text{Gemiddelde effecten controlegroep}}$$

5.4.7 Effect modificatie en confounding

In de analyses wordt gecorrigeerd voor demografische variabelen (leeftijd, geslacht, etniciteit, etc.) en ziektespecifieke variabelen (het aantal lichamelijke klachten en aantal chronische aandoeningen).

Tabel 5.1. Kostprijzen per contact naar zorgverlener in Euro's voor 2009

Type zorgverlener	Kosten per contact
Huisarts*	€ 56
Riagg of soortgelijke instelling	€ 171
Psychiater, psycholoog eigen praktijk	€ 88
<i>Psychiater, psycholoog polikliniek</i>	
Academisch ziekenhuis	€ 258
Algemeen ziekenhuis	€ 128
Psychotherap. instelling	€ 173
Psychiatrisch ziekenhuis	€ 173
Ander soort instelling	€ 183
Bedrijfsarts	€ 57
Medisch specialist (poliklinisch)	€ 96,50
Paramedisch hulpverlener	€ 36
Maatschappelijk werker	€ 65
Consultatiebureau alcohol drugs	€ 27,55
Alternatief genezer	€ 55
Zelfhulpgroep	€ 52,55
<i>Dag- of deeltijdbehandeling</i>	
Academisch ziekenhuis	€ 251
Algemeen ziekenhuis	€ 251
Psychotherap. instelling	€ 154
Psychiatrisch ziekenhuis	€ 154
Ander soort instelling	€ 202,50
<i>Opname instelling binnen de gezondheidszorg</i>	
Academisch ziekenhuis	€ 575
Algemeen ziekenhuis	€ 435
Psychotherap. Instelling	€ 232
Psychiatrisch ziekenhuis	€ 232
Ander soort instelling	€ 368,50

*Voor de kosten per contact bij de huisarts is verondersteld dat het contact twee keer zolang duurde dan een standaard consult van 10 minuten

5.4.8 Analyses

Voor de analyse is gebruik gemaakt van SPSS versie 19.0. Missende waarden zijn geïmputeerd door middel van toepassing van LOCF. Onzekerheid van de incrementele kosteneffectiviteit zal worden bestudeerd met behulp van non-parametrische bootstrap-methoden en worden uitgedrukt in een zogenaamde cost-effectiveness acceptability curve. De acceptabiliteitscurve geeft voor elke limiet aan hoe groot de kans is dat de werkelijke kosteneffectiviteitsratio acceptabel is.

6 Resultaten CC:DIP

6.1 Werving deelnemers

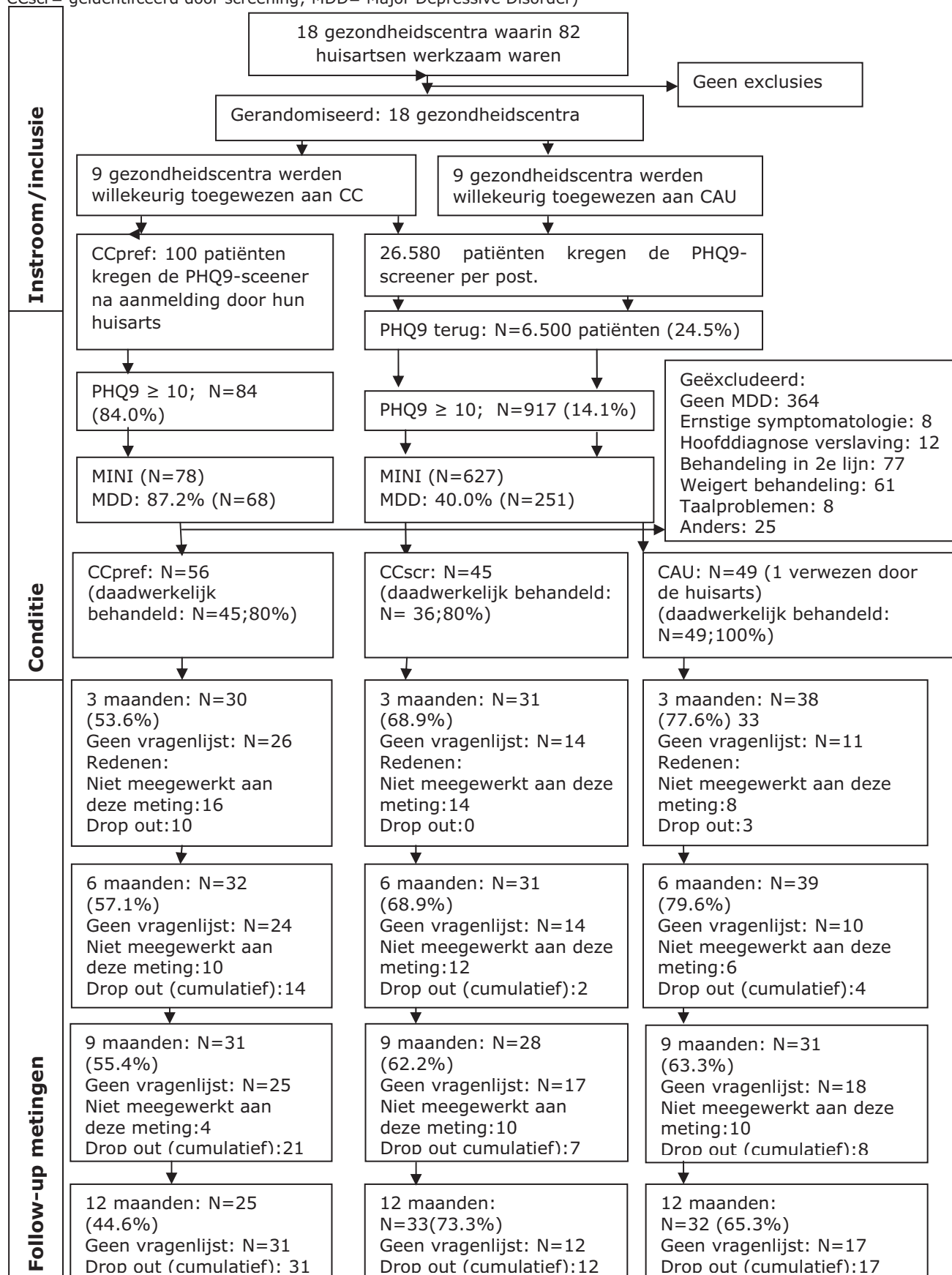
De werving van deelnemers voor CC:DIP vond plaats van oktober 2007 tot augustus 2009. In totaal werden 26.580 patiënten die in het afgelopen half jaar bij de huisarts waren geweest benaderd met de screener (de PHQ-9). 24.5% stuurde de vragenlijst terug. Hiervan had 13.9% een score van 10 of hoger op de PHQ-9. Tevens werden door de huisartsen 100 patiënten aangemeld. Deze voldeden allen aan een PHQ-9 score van 10 of hoger. Er werden 695 MINI interviews verricht waarbij bij 312 patiënten (44.9% van de MINIs) een Depressieve stoornis (Major Depressive Disorder: MDD) werd vastgesteld. Van de 312 patiënten die leden aan een depressieve stoornis volgens de MINI konden 162 patiënten niet worden geïnccludeerd omdat er exclusiecriteria waren in de zin van een ernstige psychische stoornis als hoofddiagnose (9%) of reeds in de 2e lijns GGZ onder behandeling zijn (44%); 31% voldeed aan de criteria maar wilde niet deelnemen aan onderzoek (31%). Zo bleven uiteindelijk 150 patiënten over die deelnamen aan het onderzoek: 101 patiënten in de collaborative care groep (waarvan 56 aangemeld door de huisarts en 45 door screening geïdentificeerd) en 49 in de gebruikelijke zorg groep (waarvan 48 door screening geïdentificeerd en 1 door de huisarts aangemeld). De huisartsen in de gebruikelijke zorg groep vonden het moeilijk patiënten aan te melden voor het onderzoek omdat ze het gevoel hadden dat ze hen niks te bieden hadden als ze meededen; vandaar dat de aangemelde groep in de collaborative care groep aanzienlijk is, en in de gebruikelijke zorg groep vrijwel nihil. De instroom in het CC:DIP-onderzoek wordt beschreven in het stroomschema op de volgende pagina (figuur 6.1). De PHQ-9 scores van de gehele gescreende populatie, inclusief de geëxcludeerde patiënten en ingedeeld naar de exclusiecategorieën in figuur 6.1, is te zien in tabel 6.1. De gemiddelde PHQ-9 score in de gehele gescreende groep is 4.6 met een SD van 5.54. Het is te zien dat volgens de MINI als niet een Major Depressive Disorder geclassificeerde patiënten, die daarom geëxcludeerd waren, een gemiddelde score van bijna 14 hadden. De verschillen tussen de categorieën MINI afgenomen en ernstige psychopathologie dan wel behandeling in de 2^e lijns GGZ waren significant. De keuze om een PHQ-9 afkappunt van minstens 10 te nemen voor depressiebehandeling bij dit collaborative care model lijkt dus terecht. Vanaf een score van 18 wordt de psychopathologie in deze setting dermate ernstig dat behandeling in de eerste lijn niet meer voor de hand ligt.

Tabel 6.1 PHQ scores gescreende populatie in de eerste lijn (N=917 respondenten, inclusief geëxcludeerde patiënten).

	<i>Gemiddelde PHQ-9 score (SD)</i>	<i>p-waarde</i>
Mini afgenomen (N=700)	15.3 (4.55)	
PHQ-9 ≥ 10 maar geen Major Depressive Disorder (N=364)	13.7 (3.76)	
Ernstige symptomatologie anders dan depressieve (N=6)	19.8 (3.71)	.014
Hoofddiagnose verslaving (N=12)	19.3 (4.44)	
Reeds in behandeling in de 2e lijns GGz (N=77)	18.2 (4.85)	.000
Weigert behandeling (N=61)	16.6 (4.85)	
Taalproblemen (N=8)	15.9 (6.06)	

Figuur 6.1. Stroomschema CC:DIP conform CONSORT statement⁹⁰

(CC=collaborative care; CAU is Care as usual, gebruikelijke zorg; CCpref= geïdentificeerd door huisarts; CCscr= geïdentificeerd door screening; MDD= Major Depressive Disorder)



6.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie

Tabel 6.2 toont de kenmerken van de geïncludeerde studiepopulatie op het moment van de baseline meting. De deelnemers in de gebruikelijke zorg groep (CAU) en de collaborative care groep (CC) verschilden niet significant van elkaar op baseline, behalve op leeftijd, op allochtoon zijn en op kwaliteit van de arts-patiënt relatie. De collaborative care groep als geheel was gemiddeld 5,5 jaar jonger dan de gebruikelijke zorg groep ($p = .042$). Dit verschil werd veroorzaakt door de groep patiënten die was aangemeld door de huisarts ($N=57$). Die groep was gemiddeld 42,4 jaar oud, gemiddeld 10 jaar jonger dan de gescreende groep en de gebruikelijke zorg groep. Op de belangrijkste uitkomstvariabele, de PHQ-9 score, waren er geen significante baseline verschillen tussen de drie groepen. De gemiddelde score lag rond de 15, hetgeen correspondeert met een matig ernstige depressie. Voor de eerste lijns setting is dit een vrij hoge score.

Tabel 6.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie CC:DIP

	CAU ($N=49$)	CC Totale groep ($N=101$)	CC Gescreend ($N=45$)	CC Aangemeld ($N=56$)	p - waarde*
Gemiddelde leeftijd (SD)	52.1 (14.8)	47.0 (13.5)	52.0 (13.0)	42.7 (12.4)	.042*
Sekse (% man)	26.5	27.7	35.6	21.4	.878
Alleenstaande n (%)	50.9	49.5	53.3	44.7	.272
Opleidingsniveau (SD)**	5.2 (2.9)	5.7 (2.6)	5.4 (2.5)	6.0 (2.7)	.304
PHQ9 op baseline (SD)	14.8 (4.8)	15.6 (4.9)	14.6 (5.0)	16.4 (4.7)	.367
Eerdere depressieve episode?	56.2%	56.2%	58.5%	54.2%	.994
Functioneren op de PHQ (SD)***	1.35 (.72)	1.65 (.85)	1.52 (.89)	1.75 (.87)	.027*

*Gebruikelijke zorg werd vergeleken met de totale collaborative care groep. Een verschil was significant als $p < .05$

**Opleidingsniveau 5 = gem. alleen middelbare school ; opleidingsniveau 6 = gem. een aantal jaar school na de middelbare school.

***0=helemaal niet moeilijk, 1=enigszins moeilijk, 2=erg moeilijk, 3=extreem moeilijk.

6.3 *Uitval en dropout*

Gemiddeld werd 36,1% van de vragenlijsten niet of niet op tijd teruggestuurd. Men noemt een patiënt een 'dropout' wanneer vanaf een meetmoment vóór het laatste meetmoment verder geen informatie meer over die patiënt is geregistreerd. Een analyse van de verdeling van de dropouts over de behandelingsgroepen laat zien dat dropout na drie maanden voor de aangemelde groep groter is dan in de andere groepen (CC-aangemeld: 10 (18%), CC-gescreend: 0 (0%), CAU: 3 (6%), maar dit is niet geassocieerd met een verschil tussen de behandeluitkomsten dus is dit niet klinisch relevant. Bij de daaropvolgende metingen is er echter geen significant verschil meer in dropout tussen de behandelgroepen.

6.4 *Resultaten depressieve symptomen*

Om de effectiviteit van collaborative care op depressieve symptomen te toetsen, hanteerden wij in dit onderzoek de volgende uitkomstmaten: 1) respons, gedefinieerd als een vermindering van minimaal 50% in depressieve symptomen, 2) remissie, hetgeen betekent dat er geen depressieve klachten meer zijn, en 3) de verbetering van de depressieve symptomen (de score van een respondent op de PHQ-9 op een van de vervolgmetingen vergeleken met zijn/haar score bij de 0-meting)^{48;74}. Dit rapporteren wij steeds eerst voor de gehele collaborative care groep ten opzichte van gebruikelijke zorg, en dan respectievelijk de door aanmelding geïnccludeerde collaborative care groep versus gebruikelijke zorg en de door screening geïnccludeerde collaborative care groep ten opzichte van gebruikelijke zorg.

6.4.1 *Respons*

In tabel 6.3 staan de percentages respons in beide groepen per meetmoment vermeld, gevolgd door de odds ratio (OR), het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval van deze uitkomstmaat en de number needed to treat (NNT). De NNT drukt het aantal patiënten uit dat met collaborative care behandeld zou moeten worden om bij één extra patiënt respons te bereiken, in vergelijking met de gebruikelijke zorg. De NNT is alleen berekend indien significante effecten werden gevonden.

Het valt op dat na 3 en 9 maanden de verschillen significant zijn ten gunste van collaborative care. Na 6 maanden is er wel verschil, maar omdat de gebruikelijke zorg groep dan beduidend is verbeterd, is het grotere effect van collaborative care niet significant. Het lijkt er dus op dat de gebruikelijke zorg na 6 maanden resultaat begint af te werpen. De collaborative care heeft echter een langduriger effect, zodat na 9 maanden de respons significant beter is dan de gebruikelijke zorg. Na 12 maanden zakt de respons in. De collaborative care behandeling is dan afgerond en mogelijk zijn de behandelingen in de gebruikelijke zorg dat dan ook.

Tabel 6.3 Resultaten van logistische multilevel analyse, response

<i>Uitkomst variabele</i>	<i>CAU</i>	<i>CC Totale groep</i>	<i>CC Aangemeld</i>	<i>CC Gescreend</i>
Respons (%)T1 OR (95% CI) NNT	10.5% Ref. Cat.	45.9% 5.20* (1.41-16.09) 2	50.0% 5.89* (1.39-25.00) 2	41.9% 4.59* (1.15-18.34) 2
Respons (%)T2 OR (95% CI) NNT	25.6% Ref. Cat.	39.7% 1.99 (.70-5.67)	50.0% 3.13 (0.95-10.33)	29.0% 1.27 (0.38-4.17)
Respons (%)T3 OR (95% CI) NNT	25.8% Ref. Cat.	61.0% 5.62* (1.40-22.58) 3	71.0% 7.79* (1.67-36.42) 2	50.0% 4.06 (0.92-17.80) 3
Respons (%)T4 OR (95% CI) NNT	25.0% Ref. Cat.	39.7% 1.82 (0.61-5.42)	48.0% 2.26 (0.62-8.18)	33.3% 1.47 (0.45-4.81)

CI=Confidence interval (=betrouwbaarheidsinterval); OR=Odds Ratio; Ref. cat.=Referentie categorie (groep waartegen de andere groep zijn afgezet om de Odds ratios te bepalen)

*P<.05

6.4.2 Remissie

De uitkomst van de remissie analyse is te zien in tabel 6.4. Alleen in het geval van significante bevindingen zijn ORs weergegeven. Om te beginnen valt op dat de remissiecijfers in de gebruikelijke zorg erg laag zijn. Na 3 en 6 maanden treedt een geringe verbetering op, maar meer dan 12,9% remissie doet zich over een periode van een jaar niet voor bij gebruikelijke zorg. De remissie aantallen zijn beduidend hoger in de collaborative care groep, met name in de aangemelde groep na 6 en 9 maanden lopen ze op naar 23-41 %. De remissie in de gescreende groep loopt aanvankelijk achter en bedraagt na 9 maanden 32%, maar wordt niet significant ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Tabel 6.4 Resultaten van logistische multilevel analyse, remissie

<i>Uitkomst variabele</i>	<i>CAU</i>	<i>CC Totale groep</i>	<i>CC Aangemeld</i>	<i>CC Gescreend</i>
Remissie (%)T1 OR (95% CI)	7.9%	26.2%	36.7%	16.1%
Remissie (%)T2 OR (95% CI)	10.3% Ref. Cat.	23.8% 3.91* (1.01-15.17)	28.1% 5.32* (1.20-23.69)	19.4%
Remissie (%)T3 OR (95% CI)	12.9% Ref. Cat.	37.3%	41.9% 4.44* (1.03-19.14)	32.1%
Remissie (%)T4 OR (95% CI)	6.3% Ref. Cat.	20.7%	28.0%	15.2%

CI=Confidence interval (=betrouwbaarheidsinterval); OR=Odds Ratio; Ref. cat.=Referentie categorie (groep waartegen de andere groep zijn afgezet om de Odds ratios te bepalen)

*P<.05

6.4.3 Vermindering van depressieve symptomen (continue maat)

In tabel 6.5 zijn de gemiddelde scores op de PHQ-9 van de gebruikelijke zorg groep en de collaborative care groep te zien. In de tabel worden per tijdstip (T1 t/m. T4) de gemiddelde verschillen van de PHQ-9 t.o.v. de baseline meting weergegeven, evenals de gestandaardiseerde effect sizes (Cohens D) van de collaborative care groep in vergelijking tot behandeling volgens gebruikelijke zorg wanneer het significante effecten betreft. Figuur 6.2 geeft het verloop van de gemiddelden in de drie groepen weer.

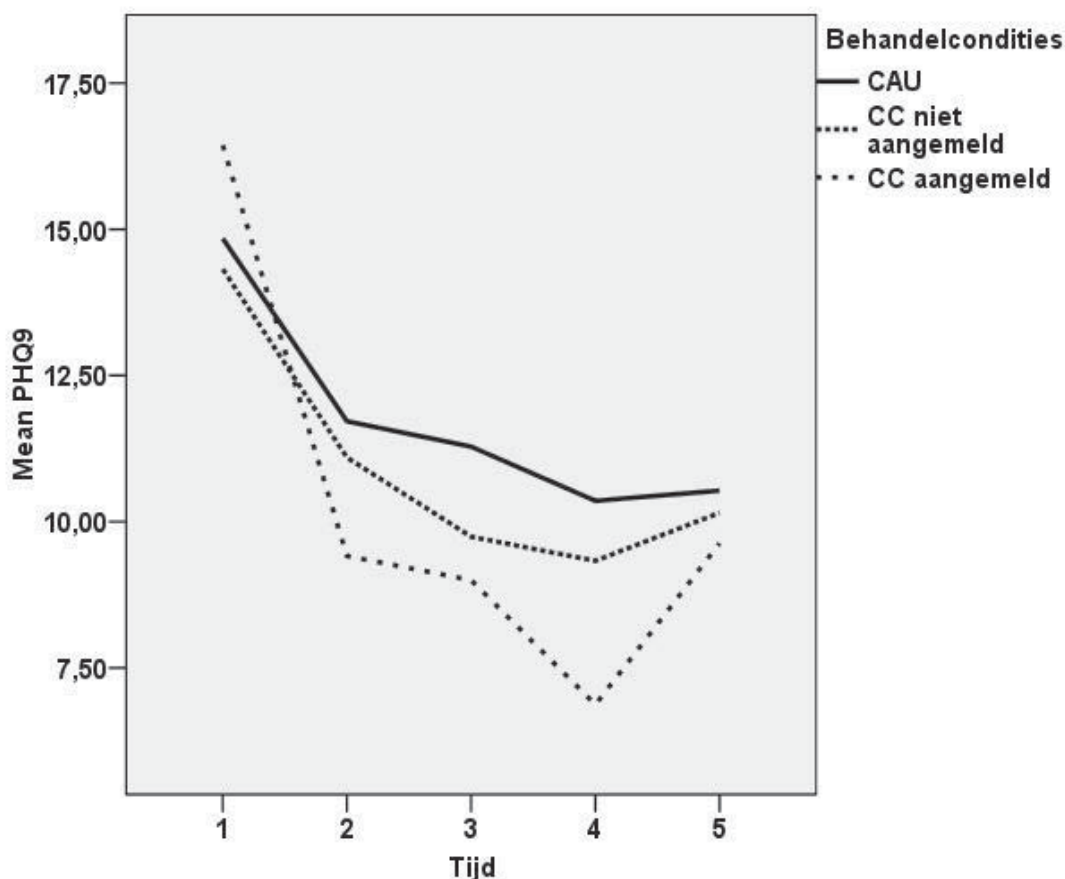
Tabel 6.5 Depressieve symptomen in de studiepopulatie

	<i>Baseline PHQ9 (SD)</i>	<i>3 maands PHQ9 (SD)</i>	<i>Vershil PHQ9</i>	<i>Effect size (Cohens D)</i>	<i>P-waarde</i>
<i>T1</i>					
CC Totale groep	15.51 (4.8)	10.27 (6.8)	5.24		0.18
CC Aangemeld	16.44 (4.7)	9.41 (7.1)	7.03	0.49	<.01*
CC Gescreend	14.32 (4.8)	11.10 (6.5)	3.22		0.61
CAU	14.84 (4.8)	11.72 (5.4)	3.12	Ref. Cat.	Ref. Cat.
<i>T2</i>					
CC Totale groep	15.51 (4.8)	9.37 (6.7)	6.14		0.27
CC Aangemeld	16.44 (4.7)	9.00 (7.4)	7.44	0.39	0.03*
CC Gescreend	14.32 (4.8)	9.74 (5.9)	4.58		0.59
CAU	14.84 (4.8)	11.28 (5.6)	3.56	Ref. Cat.	Ref. Cat.
<i>T3</i>					
CC Totale groep	15.51 (4.8)	8.04 (6.5)	7.47	0.40	0.16
CC Aangemeld	16.44 (4.7)	6.87 (6.5)	9.57	0.58	<.01*
CC Gescreend	14.32 (4.8)	9.33 (6.4)	4.99	0.13	0.70
CAU	14.84 (4.8)	10.35 (6.0)	4.49	Ref. Cat.	Ref. Cat.
<i>T4</i>					
CC Totale groep	15.51 (4.8)	9.93 (6.9)	5.58	0.03	0.89
CC Aangemeld	16.44 (4.7)	9.63 (7.8)	6.81	0.04	0.36
CC Gescreend	14.32 (4.8)	10.15 (6.2)	4.17	0.02	0.92
CAU	14.84 (4.8)	10.53 (4.5)	4.31	Ref. Cat.	Ref. Cat.

Cohens D 0-0.3 is een klein effect; 0.3 – 0.5 is een matig effect; > 0.5 is een groot effect.

*Statistisch significant $P < .05$

CC niet aangemeld = cc gescreend



Figuur 6.2 Verloop van de PHQ-9 score in de tijd

6.4.4 De rol van bijkomende lichamelijke klachten of chronische ziekte.

Chronische ziekte is gemeten met de CBS vragenlijst. De Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV) is gebruikt om een onderscheid te maken tussen mensen met veel (een LKV-score van >15) en met weinig lichamelijke klachten at baseline. Na 6 en na 9 maanden hadden patiënten met een depressie en een score van meer dan 15 op de LKV een veel lagere kans op respons dan mensen met een score van minder dan 15 op de LKV. Dit gold zowel voor collaborative care als voor gebruikelijke zorg. De aanwezigheid van een chronische ziekte volgens de CBS lijst heeft geen invloed op remissie. Een hoge score op de LKV bij baseline maakt de kans op remissie lager. Dit is in alle behandelgroepen het geval.

6.5 Discussie van de bevindingen

Op grond van een intention-to-treat analyse in CC:DIP blijkt het collaborative care model in de huisartsgeneeskundige setting zoals vormgegeven in CC:DIP met name na 3 en na 9 maanden significant effectiever te zijn dan de gebruikelijke zorg met betrekking tot verbetering van de depressie in termen van respons, remissie en daling van de PHQ9 score. Dit verloop heeft te maken met het verloop in de gebruikelijke zorg groep. In de

gebruikelijke zorg groep treedt het grootste behandel-effect op na 6 maanden. Na drie maanden is er nog weinig effect, maar begint collaborative care al effectief te zijn. Na zes maanden loopt de collaborative care groep nog steeds voor, maar komt de gebruikelijke zorggroep in meerdere of mindere mate langszij liggen. Na 9 maanden zwakt het behandel-effect in de gebruikelijke zorg echter weer af, en neemt het effect van collaborative care nog toe. Na 12 maanden zakt het behandel-effect in beide groepen in. De collaborative care interventie is dan afgesloten, en waarschijnlijk wordt er dan in de gebruikelijke zorg ook niet veel behandeld. Deze bevinding doet vermoeden dat er een grote groep mensen met chronische depressie in de eerste lijn rondloopt die langdurige begeleiding aldaar nodig heeft. Het algoritme dat werd gebruikt bij CC:DIP heeft aanzienlijke remissiepercentages gehaald ten opzichte van de gebruikelijke zorg, zeker wanneer wordt vergeleken met studies zoals STAR*D. Daar liggen de remissiepercentages lager. Het is echter te overwegen om voor de chronische groep aanpassingen in de interventie te zoeken waarmee op langere termijn deze positieve effecten kunnen worden gestabiliseerd. Het stepped care algoritme van CC:DIP voorzag elke 6 weken een stap, en na 18 tot 24 weken verwijzing naar de GGZ, als de eerdere stappen geen effect hadden.

De Number Needed to Treat (NNT), dat wil zeggen het aantal mensen dat behandeld moet worden volgens collaborative care teneinde respons te bereiken, in vergelijking met gebruikelijke zorg, van de gehele collaborative care groep is na drie en negen maanden 3. Dit geldt als een goed resultaat, zeker gezien het feit dat dit een NNT is in vergelijking met gebruikelijke zorg, dus met een actieve behandelconditie.

Voor alle patiënten, ongeacht de behandelconditie waarin zijn zaten, gold dat zij significant minder baat bij behandeling hadden wanneer zij bijkomende lichamelijke klachten hadden, al dan niet in het kader van een comorbide chronische ziekte. Deze bevinding is belangrijk voor vervolgonderzoek omdat het iets zegt over de indicatiestelling voor behandeling van depressie in de eerste lijn (dus niet specifiek voor collaborative care, maar ook voor gebruikelijke zorg): mogelijk is het verstandig om voor patiënten die lijden aan een depressie met lichamelijke klachten een aangepast programma te ontwerpen. Eerder onderzoek met goede resultaten in het POCO project doet vermoeden dat daarbij wellicht de rol van de consulent-psychiater en de huisarts groter zou moeten zijn ten opzichte van de care manager, omdat er meer specifieke aandacht voor de lichamelijke klachten nodig is.

6.6 *Waarom is collaborative care effectiever dan gebruikelijke zorg?*

Collaborative care in CC:DIP is op een aantal punten effectiever dan gebruikelijke zorg. Dit kan komen doordat zowel de huisarts als de patiënt zich actiever opstelden in de behandeling. Zij kunnen hiertoe zijn aangemoedigd door de activerende behandeling die kenmerk is van collaborative care. Bovendien zal het web-based tracking systeem dat fungeerde als monitor, niet alleen van de voortgang van de patiënt, maar ook als monitor van de adherentie van de care manager en huisarts, hier vermoedelijk een faciliterende rol spelen. Dit is een nieuw element van collaborative care in vergelijking met modellen in de Verenigde Staten en Engeland, omdat het voor de behandelaars als decision aid werkt en hun adherentie monitort. Bovendien is het gekoppeld aan de consultatiefunctie door de psychiater. Op deze wijze wordt, wanneer protocollaire behandeling volgens een algoritme tekort schiet, naadloos de expertise van de consulent-psychiater aangesproken.

om het behandelproces weer vlot te trekken. Door deze combinatie van werken volgens een algoritme en beschikking over de expert wanneer dat onvoldoende soelaas biedt is de behandeling optimaal.

Naar de effectieve elementen van collaborative care is inmiddels uitgebreid onderzoek gedaan. Bower en collega's suggereren op basis van een meta-analyse dat met name de mogelijkheid om consulten te krijgen van een psychiater de werkzaamheid van het model vergroot¹². Deze bevindingen bevestigen dat.

Een andere reden dat het collaborative care model zoals geoperationaliseerd bij CC:DIP effectiever blijkt dan gebruikelijke zorg, heeft te maken met het feit dat de care manager niet alleen monitort of de behandeling wordt gegeven zoals beoogd, maar ook zelf een actieve psychotherapeutische interventie geeft, namelijk PST, en de patiënt stimuleert in het doorwerken van een zelfhulpwerkboek. Een dergelijke werkwijze ten aanzien van zelfhulp, waarbij de patiënt huiswerk krijgt en moet komen laten zien dat hij dat ook heeft gedaan, de zogenaamde 'guided selfhelp' is een typisch Nederlands verschijnsel. In veel landen wordt dit soort gestructureerde zelfhulpmanuals niet gebruikt, en zeker niet in het kader van dit soort begeleiding waarbij iemand moet komen laten zien dat hij zijn huiswerk heeft gedaan. Ook het geven van kortdurende psychologische behandeling (in het geval van CC:DIP PST) is in veel gevallen, met name in de Verenigde Staten, ongebruikelijk. Daar blijft het gewoonlijk bij telefonische contacten waarin het zorggebruik wordt gemonitord. Een dergelijke aanpak is ook door de groep van Hoencamp in Nederland geëvalueerd, en daar is een klein effect gevonden. Het geven van PST door de care manager, en het volgen van door de care manager begeleide zelfhulp, heeft dus duidelijk meerwaarde.

Tot slot speelt ook het verloop van de respons en remissie in de gebruikelijke zorg groep een rol. Gebruikelijke zorg omvatte in dit project de suggestie aan de patiënt, na opsporing met een screener, om indien de patiënt daar behoefte aan had de huisarts te bezoeken voor behandeling. Zoals blijkt uit de resultaten na drie maanden bezoekt echter een zeer laag percentage patiënten uit de gebruikelijke zorg groep inderdaad de huisarts in het kader van een depressie behandeling. Ook geeft de huisarts, indien de patiënt komt, 3 keer minder adviezen gerelateerd aan de depressiebehandeling. En als er behandeladviezen werden gegeven, dan gebeurde dat niet in het kader van een behandelcontract voor depressie zoals dat werd gebruikt in de collaborative care groep. Deze bevindingen laten zien dat zowel de motivatie van de patiënt als de mate van overeenstemming over behandeling en gegeven behandeling veel uitmaken. Na drie maanden bereikt slechts ongeveer 12% van de depressieve patiënten in de gebruikelijke zorg groep respons van zijn depressieve symptomen. Helaas is dit niet het enige blijk van een laag niveau van gebruikelijke zorg voor depressie in de eerste lijn. Uit onderzoek binnen NESDA² blijkt dat slechts 39% van de depressieve patiënten in de eerste lijn worden behandeld volgens de richtlijn. Dit is weliswaar beter dan de zorg die depressieve patiënten krijgen in de US, maar het is toch absoluut onvoldoende. Dit alles pleit ervoor om het collaborative care model zoals geïmplementeerd en geëvalueerd in CC:DIP verder te faciliteren in de eerste lijnszorg. Daarbij moet overwogen worden om deze vorm van zorg langer dan 9 maanden toegankelijk te maken, omdat uit het onderzoek naar voren komt dat zodra de actieve interventie stopt, na 9 maanden, een aantal mensen terugvallen. Kennelijk is depressie een hardnekkige aandoening die een duurzame voorziening vereist, wanneer het gaat om een PHQ9 score van 15 of meer.

6.6.1 Beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is het relatief lage percentage respondenten dat zijn of haar vragenlijst terugstuurde. Na 12 maanden was de respons gemiddeld 61%. Uit een nonrespons analyse bleek echter dat er geen verschillen waren op baseline tussen responders en nonresponders en de behandelgroepen, waardoor het niet erg waarschijnlijk lijkt dat onze conclusies selectief vertekend zijn.

6.6.2 Sterke punten van het onderzoek

Sterk punt van dit onderzoek is dat de evaluatie van het effect is gebaseerd op een intention-to-treat analyse. Dat betekent dat alle patiënten die bij aanvang bij een bepaalde behandelconditie zijn ingedeeld, ook zijn geëvalueerd als zodanig, zelfs als ze de behandeling toch niet of slechts gedeeltelijk zouden hebben gevolgd. Dit betekent dat ook niet volledig verrichtte behandelingen zijn meegenomen in de analyse van het effect. Dit is tegenstelling tot een per protocolanalyse, waarin alleen deelnemers worden meegenomen in de analyse die een behandeling volledig hebben afgerond. Dit betekent dat we in dit onderzoek te maken hebben met een conservatieve schatting van de effectgrootte. We hebben dit gedaan om een indruk te krijgen van hoe het behandel-effect van collaborative care er in de dagelijkse behandelpraktijk uit ziet, waar immers ook patiënten in wisselende mate een behandeling afmaken. Het feit dat in deze intention-to-treat analyse het effect van collaborative care ten opzichte van gebruikelijke zorg zo groot is, is een sterk punt van dit onderzoek.

6.7 De identificatie van depressieve patiënten voor collaborative care

Een enorme inspanning bleek nodig om met behulp van screening in de huisartsenpraktijken patiënten te werven voor het onderzoek: 26.580 patiënten werden aangeschreven. Het percentage respondenten dat de screener (de PHQ-9) terugstuurde was slechts 25%. Bij de groep die de screener terugstuurde en daarop 10 of meer scoorde, blijkt het telefonisch afnemen van de MINI een goede manier om een depressieve stoornis vast te stellen. Het percentage met een Depressieve stoornis dat op deze wijze volgens de MINI werd gevonden, 44%, stemt goed overeen met cijfers uit een onderzoek in de huisartsenpopulatie dat door het AMC Amsterdam werd uitgevoerd waarin de SCID, een ander diagnostisch interview werd gebruikt: 41% van de respondenten met de PHQ-9 $\geq$ 10 had MDD in dit onderzoek⁹¹. Dat is belangrijke informatie omdat het aannemelijk maakt dat met behulp van het telefonisch MINI interview de Depressieve stoornis op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld.

Hoewel de door screening geïdentificeerde patiënten baat hadden bij collaborative care, lijkt het toch niet doelmatig om breed op depressie te screenen in de algemene bevolking. Het zou beter kunnen werken om gericht te screenen in bepaalde at risk populaties, bijvoorbeeld patiënten met een chronische lichamelijke ziekte of patiënten die vaak op consult komen.

Uit de selectieprocedure via de screeners komt bovendien het volgende naar voren. In de algehele gescreende populatie is de gemiddelde PHQ-9 score 4,4. Dit komt overeen met de classificatie 'geen depressieve klachten' van de PHQ-9. Gewoonlijk wordt een score

van < 5 namelijk als niet depressief beschouwd. Wij beoogden patiënten te includeren met een score van 10 of meer op de PHQ-9, hetgeen geldt als een matig ernstige depressie, maar de gemiddelde score in de geïnccludeerde groep was boven de 15. Juist voor deze groep bleek behandeling in de eerste lijn met het collaborative care model duidelijk effectiever dan gebruikelijke zorg. Bij de werving bleek dat exclusie vanwege te ernstige klachten, suicidaliteit, of het reeds in behandeling zijn bij de GGZ, meestal aan de orde was bij een score van meer dan 18 op de PHQ-9. Dit is een bruikbare indeling om te hanteren bij triage van patiënten met de vraag of zij in de eerste lijn of in de GGZ behandeling behoeven, die voortvloeit uit de uitgebreide screeningsprocedure van ruim 26.000 patiënten.

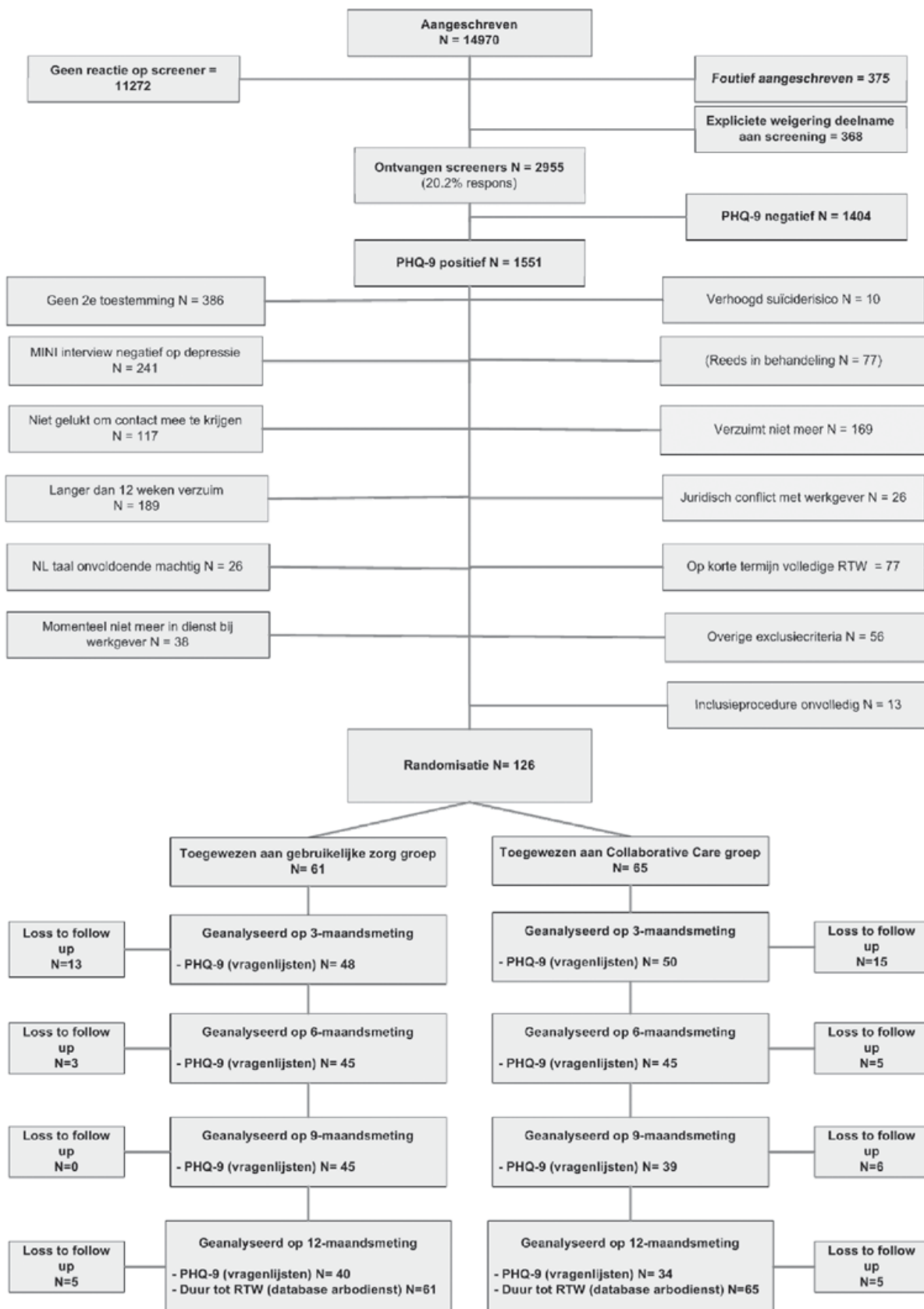
Het is goed mogelijk om met een eenmalige training huisartsen te ondersteunen bij het op deze wijze met de PHQ-9 identificeren van patiënten die in aanmerking komen voor de behandeling. Dit kan onder meer door een koppeling tussen huisartsen informatiesystemen (HIS) en het voor dit onderzoek ontwikkelde tracking systeem en met behulp van zogenaamde pop-ups in het HIS als de huisarts een bepaalde ziektecode invoert (bijv. P76, de code voor depressie). Uit de literatuur blijkt namelijk dat depressies in de huisartsenpraktijk regelmatig gemist worden, onder meer omdat lichamelijke klachten vaak de onmiddellijke aandacht opeisen⁴⁷. In deze gevallen zou de huisarts (of een POH-GGZ) een PHQ-9 mee kunnen geven. In Engeland zijn goede ervaringen opgedaan met de systematiek van 'Quality Outcome Improvement' waarbij huisartsen ondermeer een vergoeding kregen per afgenomen PHQ-9 bij een patiënt die een hoog risico heeft op depressie⁹². Deze mogelijkheden om de huisarts te ondersteunen bij de casefinding verdienen aanbeveling. Een koppeling tussen het in dit project ontwikkelde patiëntvolgsysteem (tracking systeem) en het HIS ligt voor de hand. Tijdens dit project is duidelijk geworden dat het tracking systeem kan communiceren met een veel gebruikt HIS in Amsterdam (via Edifact-berichtgeving). Deze communicatie komt het gebruik van het systeem –dat door de care managers binnen CC:DIP sowieso goed gebruikt werd– door de huisartsen bevorderen. Daarnaast zouden in de toekomst elementen van het al ontwikkelde patiëntvolgsysteem (tracking systeem) geïntegreerd kunnen worden in de meest voorkomende HISen.

7 Resultaten CC:DOC

7.1 Werving deelnemers

De werving van deelnemers aan het onderzoek vond plaats van november 2007 tot en met september 2009. In deze periode zijn 14970 werknemers met verzuim tussen de vier en twaalf weken gescreend op depressieve symptomen. Van die 14970 werknemers bleken 375 werknemers foutief aangeschreven te zijn (bijvoorbeeld omdat zij helemaal niet ziekgemeld bleken te zijn, of omdat zij juist al gedurende een hele lange periode ziek gemeld waren). Van de overige 14595 werknemers vulden 2955 (20.2%) werknemers de screener in, waarvan 47.5% negatief screende op depressie en 52.5% positief. 368 Werknemers gaven expliciet aan niet deel te willen nemen aan de screening. Vervolgens werden 1425 werknemers die positief gescreend waren op depressie uitgesloten van deelname aan het onderzoek wegens diverse redenen. Uiteindelijk zijn 126 werknemers geïnccludeerd in de studie: 61 werknemers in de gebruikelijke zorg groep en 65 werknemers in de collaborative care groep. Figuur 7.1 toont het stroomschema.

Tijdens de werving van deelnemers hebben we twee maal de procedure van werven aangepast. Werknemers die reeds onder (psychiatrische/psychologische) behandeling waren, werden in het begin van de werving uitgesloten van deelname aan het onderzoek. We merkten gaandeweg echter dat we hiermee een groep buitensloten waarin juist wel een grote behoefte bestond voor deelname aan het onderzoek. We hebben daarom besloten dit exclusie criterium te laten vervallen en de keuze te laten aan de werknemer zelf, in overleg met de behandelaar. Op dat moment hadden we al 77 werknemers geëxcludeerd van deelname omdat zij reeds in behandeling waren. Werknemers die na deze verandering van criteria niet mee wilden doen aan het onderzoek omdat zij al behandeling kregen, vielen hierna onder het kopje "geen tweede toestemming". De tweede verandering van de wervingsprocedure betrof de te screenen doelgroep. De werving startte met het aanschrijven van alle werknemers met 4 tot 12 weken verzuim, maar dit hebben we na enkele maanden aangepast naar het aanschrijven van alleen de werknemers met 4 tot 12 weken verzuim wegens psychische klachten, zoals geclassificeerd door bedrijfsartsen in de verzuimregistraties. Met deze overgang van een brede screening naar een gerichte screening beoogden wij de tot dan toe teleurstellende instroom van deelnemers te versnellen. Tevens had de arbodienst een aantal reacties ontvangen van werknemers die de arbodienst hadden geïnformeerd over een ander dan een psychisch klachtenbeeld en die het niet op prijs stelden dat zij, in hun ogen foutief, werden aangeschreven voor een onderzoek naar psychische klachten. Op het moment van de verandering van de wervingsprocedure waren er 14 deelnemers geïnccludeerd in de studie, de overige deelnemers zijn dus geworven door middel van de gerichte screening, die inderdaad veel sneller verliep.



Figuur 7.1. Stroomschema CC:DOC conform de CONSORT statement⁹⁰

7.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie

Tabel 7.1 toont de kenmerken van de studiepopulatie op het moment van de baselinemeting. De deelnemers in de gebruikelijke zorg groep (CAU) en de collaborative care groep (CC) verschilden niet significant van elkaar op baseline, behalve op fysieke taakeisen. Deelnemers in de gebruikelijke zorg groep rapporteerden meer fysieke taakeisen in het werk dan deelnemers in de collaborative care groep. Tijdens baseline scoorde de totale studiepopulatie gemiddeld 16.0 op de PHQ-9, hetgeen een matig tot ernstig niveau van depressieve symptomen weergeeft⁷⁴.

Tabel 7.1 Baseline kenmerken van de studiepopulatie CC:DOC

	CAU (N=61)	CC (N=65)
Leeftijd in jaren	43.4 (11.4)	41.9 (11.4)
Geslacht (% man)	45.9	46.2
Getrouwd of samenwonend (%)	73.3	60.0
Nederlandse nationaliteit (%)	91.8	95.4
Depressieve klachten (PHQ, range 0-27)	16.0 (5.4)	15.9 (4.9)
Lichamelijke klachten (PHQ15, range 0-30)	12.3 (5.1)	13.6 (5.1)
Gegeneraliseerde angst (PHQ, % positief)	50.8%	51.6%
Paniek (PHQ, % positief)	16.9%	15.9%
Aantal co-morbide chronische aandoeningen (CBS lijst, range 0-27)	1.3 (1.3)	1.2 (1.1)
Beslissingsruimte (JCQ, range 24-96)	64.2 (12.4)	67.6 (12.6)
Psychologische taakeisen (JCQ, range 14-48)	35.8 (5.4)	34.3 (5.7)
Fysieke taakeisen (JCQ, range 5-20)	11.3 (3.8)	9.5 (3.5)*
Onzekerheid baanbehoud (JCQ, range 3-12)	7.9 (1.0)	7.8 (0.9)
Sociale steun (JCQ, range 8-32)	20.5 (3.8)	21.4 (2.8)
Verzuimduur (in dagen)	68.9 (17.9)	71.1 (20.8)

NB: De getallen zijn, tenzij anders gemeld, gemiddelden en standaarddeviaties.

* significant verschillend ($p < .01$).

In tabel 7.2 staan de beroepscategorieën van de deelnemers weergegeven, geclassificeerd volgens de International Standard Classification of Occupations (ISCO)⁹³.

Tabel 7.2 Classificatie van studiepopulatie in beroepen

<i>Beroepscategorie</i>	<i>N</i>	<i>Percentage</i>
Wetgevers, bestuurders, managers	17	13.5
Professionals (wetenschappers, computerprogrammeurs, architecten, gezondheidszorgprofessionals, juridisch professionals)	20	15.9
Technici	26	20.6
Kantoorpersoneel, secretariaat	30	23.8
Service, winkel- en horecapersoneel (waaronder ook beveiliging, politie en brandweer)	8	6.3
Vakman, ambachtsman	12	9.5
Fabrieksarbeiders, bedieners van machines	6	4.8
Elementaire beroepen (waaronder straatverkopers, portiers)	2	1.6
Beroep niet ingevuld	5	4.0
Totaal	126	100

7.3 Nonresponders

Op de follow-up metingen na 3, 6, 9 en 12 maanden vulden respectievelijk 22.2%, 28.6%, 33.3% en 41.3% van de 126 deelnemers de vragenlijst niet in (de zogenaamde non-responders⁷⁴). Drop-outs zijn deelnemers waarvan vanaf een bepaalde nameting (vóór de laatste meting) geen waarnemingen meer zijn, dus deelnemers die op een gegeven moment gestopt zijn met het invullen van de vragenlijsten. Op 3 maanden na baseline waren er 16 drop-outs (12.7%), op 6 maanden na baseline waren er 12 drop-outs (9.5%), op 9 maanden na baseline waren er 8 drop-outs (6.3%) en op 12 maanden na baseline waren er 16 drop-outs (12.7%). Op geen van de tijdstipmomenten verschilden de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep significant van elkaar wat betreft de drop-outs ($p > .05$).

7.4 Resultaten depressieve symptomen

Om de effectiviteit van collaborative care op depressieve symptomen te toetsen, hanteerden wij in dit onderzoek als primaire uitkomstmaat de tijd tot respons, gedefinieerd als het eerste tijdstip waarop de deelnemer een vermindering van minimaal 50% in depressieve symptomen had. Daarnaast hebben wij gekeken naar de tijd tot remissie, gedefinieerd als het tijdstip waarop de deelnemer een PHQ-9 score had lager dan 5, en naar de verbetering van de depressieve symptomen als continue maat^{48;74}.

7.4.1 Respons en remissie

De gebruikelijke zorg groep en collaborative care groep verschilden niet significant van elkaar in de kans om niet te responderen. Daarom is vervolgens gekeken naar de patiëntengroep die wél respondeerde, m.a.w. de deelnemers die ofwel remissie ofwel respons hebben bereikt in de 12 maanden follow-up. In tabel 7.3 staat voor beide

groepen aangegeven op welke tijdstippen de deelnemers voor het eerst remissie of respons bereikten.

Tabel 7.3 Tijdstippen waarop de deelnemers voor het eerst remissie of respons bereikten

	CAU		CC	
	N	%	N	%
Remissie op 3 maanden na baseline	6	10.2	7	10.8
Remissie op 6 maanden na baseline	7	11.8	11	16.9
Remissie op 9 maanden na baseline	8	13.6	7	10.8
Remissie op 12 maanden na baseline	8	13.6	2	3.1
Respons op 3 maanden na baseline	2	3.4	8	12.3
Respons op 6 maanden na baseline	5	8.5	5	7.7
Respons op 9 maanden na baseline	3	5.1	1	1.5
Respons op 12 maanden na baseline	4	6.7	1	1.5
Geen remissie of respons	16	27.1	23	35.4
Totaal	59	100.0	65	100.0

Uit de lineaire multilevel analyse is gebleken dat de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep significant van elkaar verschillen in het tijdstip waarop zij respondeerden. In de groep deelnemers die wel respons maar geen remissie hadden, bereikten de deelnemers in de gebruikelijke zorg groep gemiddeld op 7.8 maanden na baseline respons, en de deelnemers in de collaborative care groep op 5.0 maanden na baseline.

7.4.2 Per-protocol analyse op depressieve symptomen

Naast de intention-to-treat analyses, hebben we ook per-protocol analyses uitgevoerd. In de per-protocol analyse vergeleken we de deelnemers in de gebruikelijke zorg groep (N=61) met de collaborative care deelnemers die de BA-care manager bezochten (N=40). De per-protocol analyses laten dezelfde resultaten zien als de intention-to-treat analyses.

collaborative care deelnemers die alleen PST ontvingen, hadden een gemiddelde duur van 5.6 maanden tot aan respons. Het ontvangen van aanvullende collaborative care onderdelen, zoals medicatie of een psychiatrisch consult, hing niet samen met een kortere duur tot respons. Dit is begrijpelijk, aangezien deze vervolgstappen alleen bij uitblijven van respons werden ingezet.

7.5 Resultaten duur tot terugkeer naar werk

7.5.1 Het totaal aantal verzuimdagen in 1 jaar na baseline

Het mediane aantal verzuimdagen in de 12 maanden follow-up was 196 in de collaborative care groep en 199 in de gebruikelijke zorg groep. Beide groepen verschilden hierin niet significant van elkaar ($p=.610$).

7.5.2 Per-protocol analyse op de duur tot terugkeer naar werk

Ook in de per-protocol analyse bleek geen significant verschil in de duur tot terugkeer naar werk tussen beide groepen.

7.5.3 Gezondheid

Uit de multilevelanalyses bleek dat zowel op lichamelijke als mentale gezondheid beide groepen op geen van de metingen significant van elkaar verschilden.

7.5.4 Zorggebruik

Tabel 7.4 toont het zorggebruik gedurende 12 maanden na baseline voor zowel de collaborative care groep als de gebruikelijke zorg groep. In deze tabel is te zien hoeveel deelnemers in de 12 maanden na baseline contact hebben gehad met de betreffende zorgverlener en wat, van hen die contact hebben gehad, het gemiddeld aantal contacten met die zorgverleners was. In de collaborative caregroep hebben significant meer mensen de BA-care manager bezocht en hebben significant minder mensen dag- of deeltijdbehandeling voor psychische problemen gehad. Beide groepen verschilden niet significant van elkaar in het aantal contacten met de zorgverleners, behalve in het aantal contacten met de BA-care manager.

Tabel 7.4 Zorggebruik gedurende 12 maanden follow-up en het gemiddeld aantal contacten van hen die contact hebben gehad met de betreffende zorgverleners

	CC	CAU	P-waarde
Contact huisarts (% ja)	83.6	89.1	.405
Aantal contacten (SD)	5.3 (4.0)	5.3 (4.1)	.999
Contact bedrijfsarts (% ja)	89.1	87.3	.768
Aantal contacten (SD)	4.8 (2.8)	5.3 (3.8)	.477
Contact BA-care manager (% ja)	61.5	-	-
Aantal contacten (SD)	6.3 (3.9)		
Contact psycholoog, psychiater of psychotherapeut (% ja)	78.2	83.6	.467
Aantal contacten (SD)	13.8 (27.7)	15.2 (15.8)	.755
Deelname dag- of deeltijdbehandeling voor psychische problemen (% ja)	1.8	14.5	.015*
Aantal dagen (SD)	5.0 (n=1!)	26.4 (21.7)	.384
Opname instelling binnen de gezondheidszorg (% ja)	1.8	5.5	.308
Aantal dagen, gemiddelde (SD)	55.0 (n=1!)	29.7 (47.9)	.692
Contact maatschappelijk werker (% ja)	16.4	20.0	.621
Aantal contacten, gemiddelde (SD)	7.1 (5.8)	5.0 (4.5)	.368
Contact medisch specialist (% ja)	30.9	36.4	.545
Aantal contacten, gemiddelde (SD)	2.3 (1.3)	1.8 (1.1)	.173
Contact paramedicus (% ja)	32.7	45.5	.171
Aantal contacten, gemiddelde (SD)	8.4 (7.4)	9.9 (10.4)	.609
Contact alternatieve genezer (% ja)	18.2	16.4	.801
Aantal contacten, gemiddelde (SD)	7.6 (6.6)	3.6 (3.2)	.108
Contact met zelfhulpgroep (% ja)	5.5	14.5	.112
Aantal contacten, gemiddelde (SD)	4.0 (4.0)	10.0 (11.1)	.395

* p < .05.

7.5.5 Procesevaluatie collaborative care behandeling

Met de randomisatie zijn 65 deelnemers toegewezen aan de collaborative care groep. Om te evalueren in welke mate zij daadwerkelijk de collaborative care behandeling hebben ontvangen, is informatie verzameld vanuit het tracking systeem, vanuit de vragenlijsten die door de werknemers zijn ingevuld en vanuit een vragenlijst die door de BA-care manager is ingevuld.

Is de collaborative care behandeling uitgevoerd?

Van 5 deelnemers in de collaborative care groep hebben wij geen informatie kunnen achterhalen over eventueel contact met de BA-care manager. Van de overige 60 deelnemers, weten wij van 40 deelnemers (66.7%) dat zij de Collaborative Care behandeling hebben gekregen van de BA-care manager.

We hebben BA-care managers gevraagd waarom de collaborative care behandeling niet werd uitgevoerd. In 68.4% van de gevallen werd dit geweten aan een

belemmering/bezwaar bij de werknemer, bij 5.3% aan het feit dat remissie al plaatsvond aan het begin van de behandeling en bij 26.3% aan overige belemmeringen/bezwaren. Uit de toelichting die enkele BA-care managers gaven bleek dat werknemers de collaborative care behandeling soms toch te intensief te vonden, soms ook door combinatie met andere lopende behandeling. Enkele werknemers zijn helemaal niet op komen dagen en bij een enkeling speelde mee dat hij de reistijd naar de arbodienst toch teveel vond om regelmatig naar de afspraak met de BA-care manager te komen.

Welke onderdelen van de collaborative care behandeling zijn uitgevoerd?

Veertig deelnemers in de collaborative care groep (61.5% van N=65) hebben de BA-care manager bezocht en PST gekregen. N=27 collaborative care deelnemers hebben antidepressieve medicatie gebruikt, voorgeschreven door ofwel de BA-care manager ofwel een andere arts. Bij N=7 collaborative care deelnemers heeft een consult door de psychiater plaatsgevonden.

Bij N=5 bleek de werkaanpassingsinterventie daadwerkelijk te zijn uitgevoerd. Een aantal BA-care managers gaf aan waarom de werkaanpassingsinterventie niet was uitgevoerd. In 31.8% van de gevallen werd dit door de BA-care manager gewijkt aan een bezwaar bij de werknemer, in 13.7% van de gevallen aan een bezwaar bij de leidinggevende, in 22.7% van de gevallen werd de interventie als overbodig beschouwd omdat volledige werkhervatting binnen afzienbare tijd zou plaatsvinden of had plaatsgevonden, en in de overige 31.8% werden andere redenen genoemd. Enkele BA-care managers gaven bovendien een toelichting op de reden van het niet uitvoeren van de werkaanpassingsinterventie. Hier volgt een greep uit de antwoorden:

'De werknemer had al afspraken met de werkgever gemaakt en zag de toegevoegde waarde van de werkaanpassingsinterventie niet.'

'Omdat in het werk geen oorzaak/probleem lag, was de werkaanpassingsinterventie niet relevant.'

'Leidinggevende werd vervangen en er was nog geen nieuwe leidinggevende. Tevens was er bij de werkgever onvrede over het functioneren van werknemer, dit was echter nog niet benoemd naar hem.'

'Dit is de rol van de eigen bedrijfsarts.'

'De werknemer voelde er niet voor om zo met de leidinggevende in gesprek te gaan; erkende hem niet als leidinggevende.'

Ook gaven twee BA-care managers aan dat het hen niet lukte om de werkaanpassingsinterventie al in week 3-4 van de behandeling toe te passen. Eén BA-care manager gaf daarbij aan dat het belangrijk te vinden dat de werknemer eerst vertrouwen krijgt en oefent met PST.

Werkte de werknemer actief mee aan de behandeling?

Van de werknemers die de collaborative care behandeling volgden, stelde 73.9% zich volgens de BA-care manager coöperatief en actief op ten aanzien van de collaborative care behandeling. Ruim één vijfde, 21.7%, stelde zich coöperatief maar passief op en de overige 4.3% stelde zich niet coöperatief op ten aanzien van de behandeling.

7.6 Discussie van de bevindingen

Hoewel collaborative care niet leidde tot een hogere kans op behandelrespons, leidde het wel tot snellere respons. Gemiddeld behaalden de deelnemers in de collaborative care

groep na 5.0 maanden respons, vergeleken met 7.8 maanden in de gebruikelijke zorg groep. Voor de continue uitkomstmaat en de uitkomstmaat remissie (volledig herstel van symptomen) vonden wij op geen van de nametingen significante verschillen tussen de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep. Ook op de duur tot RTW en op de meer overkoepelende maten, lichamelijke en mentale gezondheid, verschilden beide groepen niet van elkaar. Bij nadere analyses op de continue uitkomstmaat bleek collaborative care wel effectiever te zijn dan de gebruikelijke zorg in het verminderen van depressieve symptomen bij mensen die op baseline matig ernstige depressieve symptomen rapporteerden (PHQ-9 score ≥ 15). Dit interactie-effect vonden wij echter ook alleen op de 3-maandsmeting. Kortom, collaborative care lijkt niet zozeer te leiden tot meer behandelrespons, maar wel tot een snellere behandelrespons.

7.7 Interpretatie van de bevindingen

Collaborative care blijkt gepaard te gaan met een snellere behandelrespons qua depressie, maar niet tot een snellere RTW. Ook blijkt dat de interventie niet is uitgevoerd door de bedrijfsartsen zoals beoogd, met name waar het de werkhervattingsinterventie betreft. Hoe kunnen we deze resultaten verklaren? Werkt collaborative care niet voor werkhervatting bij deze doelgroep? Of ligt het aan de uitvoering, en hadden we de collaborative care interventie anders moeten aanpakken in deze setting? In dit kader beschreef Kristensen het onderscheid tussen 'program failure' en 'theory failure'. Bij 'program failure' is het idee dat het niet helpt als een interventie wel werkt, maar als de patiënt de interventie niet krijgt, en bij 'theory failure' is het idee dat het niet helpt als de patiënt de interventie wel krijgt, maar als de interventie niet werkt⁹⁴.

We hebben in dit onderzoek een aantal aanwijzingen voor 'program failure', m.a.w. dat onvoldoende deelnemers de collaborative care interventie daadwerkelijk hebben gekregen. Uit de procesevaluatie bleek namelijk dat ongeveer éénderde de collaborative care behandeling niet heeft ontvangen. Daarnaast is bij het merendeel van de collaborative care deelnemers de werkaanpassingsinterventie niet uitgevoerd. Juist dit onderdeel van de collaborative care interventie werd verwacht de terugkeer naar werk te versnellen.

De belangrijkste reden voor het niet uitvoeren van de collaborative care behandeling was een bezwaar aan de kant van de werknemer. Mogelijk speelt hier mee dat een deel van de deelnemers al behandeld werd voor de depressie en dat zij het bij nader inzien toch te intensief vonden om de collaborative care behandeling te volgen. Daarnaast is het krijgen van behandeling van een BA-care manager, die uiteindelijk toch een bedrijfsarts is, wellicht ook wennen voor de deelnemers. Dat betekent dat implementatie van deze interventie in deze vorm in de Nederlandse setting niet aan te bevelen is. Bovendien was het zo dat in dit onderzoek de BA-care managers de collaborative care behandeling grotendeels in hun eigen tijd uitvoerden vanwege ongunstige financiële randvoorwaarden. Dit maakte het voor de BA-care managers lastig om meerdere patiënten tegelijk in behandeling te hebben en leidde ertoe dat sommige patiënten lang moesten wachten voordat zij bij de BA-care manager terecht konden. Dit kan patiënten gedemotiveerd hebben voor de behandeling. Voor eventuele implementatie is goede bekostiging dus van groot belang.

De belangrijkste reden om de werkaanpassingsinterventie niet uit te voeren was een bezwaar aan de kant van de werknemer. Mogelijk speelt hier mee dat het door werknemers als onveilig ervaren kan worden als een driegesprek gehouden wordt met de werkgever erbij en de BA-care manager als procesbegeleider. De BA-care manager is immers ook de behandelaar van de werknemer, terwijl de procesbegeleider in de werkaanpassingsinterventie idealiter een neutraal persoon zou moeten zijn. Wellicht was de werkhervattingsinterventie beter toegepast geweest als bovengenoemde aspecten anders waren uitgevoerd: bijvoorbeeld door de werkaanpassingsinterventie te laten uitvoeren door een ander persoon, zoals bedrijfsmaatschappelijk werkers.

Concluderend heeft het collaborative care model zoals in de bedrijfsgeneeskundige setting uitgevoerd geleid tot sneller herstel, maar niet tot een snellere RTW. In het collaborative care model was het effect groter indien niet alleen PST maar ook antidepressiva werden gegeven en een consulent-psychiater werd geraadpleegd. Het feit dat in de gebruikelijke zorg meer dagbehandelingen werden gegeven kan consequenties hebben voor de kosteneffectiviteit. Dit wordt in hoofdstuk 9 beschreven.

8 Resultaten CC:DIM

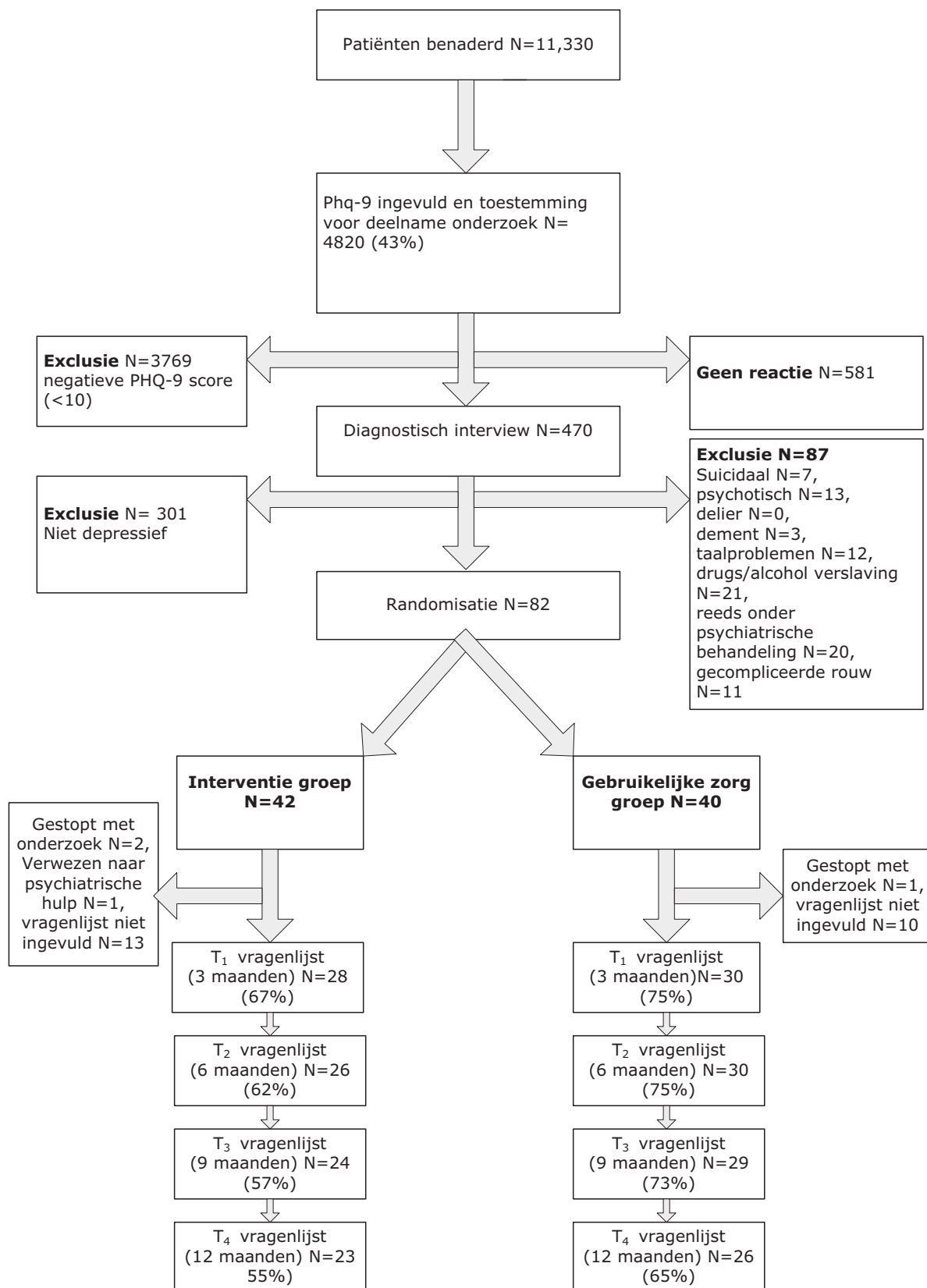
8.1 Werving van deelnemers

De werving van de deelnemers begon in poliklinieken van het OLVG, maar omdat bleek dat de patiëntenstroom op de poliklinieken geringer was dan oorspronkelijk verwacht, werd de werving uitgebreid naar poliklinieken van 4 andere ziekenhuizen. Een overzicht per soort polikliniek van aangeschreven en geïncludeerde patiënten is te zien in tabel 8.1

Tabel 8.1 Overzicht van aangeschreven en in beide behandelcondities geïncludeerde patiënten per polikliniek en ziekenhuis

<i>Polikliniek</i>	<i>Aangeschreven</i>	<i>Geïncludeerd</i>	<i>CC</i>	<i>CAU</i>
<i>Diabetes</i>	4988	32	17	15
OLVG	1332	6	4	2
Hengelo	778	4	-	4
Almelo	2121	14	9	5
Ede	757	8	4	4
<i>Astma/COPD</i>	1990	24	10	14
OLVG	962	13	6	7
Almelo	960	9	2	7
Ede	68	2	2	-
<i>IBS/IBD</i>	161	1	-	1
OLVG	60	-	-	-
Maastricht	101	1	-	1
<i>Angina pectoris, hartfalen</i>	4191	25	15	10
OLVG	1334	9	5	4
Almelo	1266	6	4	2
Maastricht	1591	10	6	4
Totaal	11330	82	42	40

11.330 patiënten die de poliklinieken uit de deelnemende ziekenhuizen het afgelopen jaar hadden bezocht, ontvingen de PHQ-9 vragenlijst. 4.820 patiënten vulden de vragenlijst in en stuurden hem terug naar het Trimbos-instituut, een respons van 43%. Dit is een goede respons voor een toegezonden vragenlijst. 10% van de ingevulde PHQ-9 vragenlijsten was positief, dat wil zeggen, had een score van 10 of meer punten, hetgeen overeenkomt met de op grond van de literatuur te verwachten prevalentie. Deze 470 mensen werden gebeld voor een diagnostisch interview. Daarvan bleken 301 patiënten (64%) niet te lijden aan een depressie in engere zin. Bovendien bleken 87 patiënten (18.5%) geëxcludeerd te moeten worden omdat ze een andere psychische stoornis als hoofddiagnose hadden of reeds in behandeling waren. Derhalve kwamen slechts 82 patiënten (17%) in aanmerking voor inclusie. Zij werden gerandomiseerd voor deelname aan het onderzoek: 42 in de collaborative care groep (CC) en 40 in de gebruikelijke zorg groep (CAU). Na 6 maanden (T2) werden er 56 vragenlijsten teruggestuurd (70.7%), na 9 maanden 53 (64.6%) en na 12 maanden 49 (59.8%). Figuur 8.1 toont een stroomdiagram van de instroom.



Figuur 8.1 Stroomschema CC:DIM conform CONSORT statement

8.2 Baseline kenmerken van de deelnemers

In tabel 8.2 staan de kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek naar de effectiviteit van collaborative care. Er was een verschil tussen beide groepen in de burgerlijke staat: in de gebruikelijke zorg groep waren meer mensen alleenstaand of weduwe/weduwnaar. In de analyses wordt daarom gecorrigeerd voor burgerlijke staat. Beide groepen verschilden verder niet significant op de kenmerken uit tabel 8.2 en daarom mogen we de groepen op basis van deze kenmerken als gelijk beschouwen.

Tabel 8.2 Baseline kenmerken van de studiepopulatie CC:DIM

	CC (n=42)	CAU (n=40)	P-waarde
PHQ-9 score start	16.3	16.6	.683
Geslacht (% man)	40.7	56.3	.171
Leeftijd in jaren	57.4	61.8	.153
Nationaliteit (% niet westers)	3.7	6.3	.201
<i>Opleiding</i>			.518
% lager onderwijs	53.8	38.7	
% middelbaar onderwijs	30.8	41.9	
% hoger onderwijs	15.4	19.4	
<i>Burgerlijke staat</i>			.016*
% alleenstaand	11.1	30.3	
% getrouwd	44.4	45.5	
% gescheiden	40.7	9.1	
% weduwe/weduwnaar	0	12.1	
Chronische aandoeningen (gemiddeld aantal)	4.5	4.5	.881
Lichamelijke klachten (gemiddeld aantal)	24.5	28.4	.144
Lichamelijke klachten (ernst)	1.1	1.0	.574
Kwaliteit van leven (schaal van 0 – 1)	0.5650	0.6199	.941

*significant verschillend ($p < .05$).

8.3 Doorlopen behandelingen

Van de 42 patiënten in de collaborative care groep hebben er 30 daadwerkelijk de behandeling gevolgd. De overige deelnemers zijn niet gekomen voor hun afspraak (N=5), zijn voortijdig gestopt met de behandeling (N=6) of zijn direct opgenomen op de psychiatrische afdeling wegens de ernst van de klachten (N=1). De andere deelnemers hebben gemiddeld 6.4 sessies gevolgd; het laagste aantal sessies van een deelnemer was 5 en het hoogste was 11. Alle 42 patiënten zijn in de intention-to-treat analyse meegenomen.

In de gebruikelijke zorg groep gingen deelnemers met hun klachten naar de huisarts. Bij de huisarts werd antidepressieve medicatie voorgeschreven (N=3) of verwezen naar het Riagg (N=4), de psycholoog of psychiater met eigen praktijk (N=7), maatschappelijk werk (N=2) of naar een alternatief genezer (N=1). Ook hadden deze patiënten contact met de medisch specialist op de polikliniek (N=26) of contact met bedrijfsarts (N=4).

Twee patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis, namelijk respectievelijk 2 en 4 dagen.

8.4 Nonresponders

Van de 82 deelnemers die de baseline hebben ingevuld, hebben we 56 vragenlijsten van de 6-maandsmeting teruggekregen; een uitval van 29.3% (de zogenaamde nonresponders). Van de 9-maandsmeting hebben we 53 vragenlijsten teruggekregen; een uitval van 35.4% en van de 12-maandsmeting hebben we 49 vragenlijsten teruggekregen; een uitval van 40.2%.

8.5 Resultaten depressieve symptomen

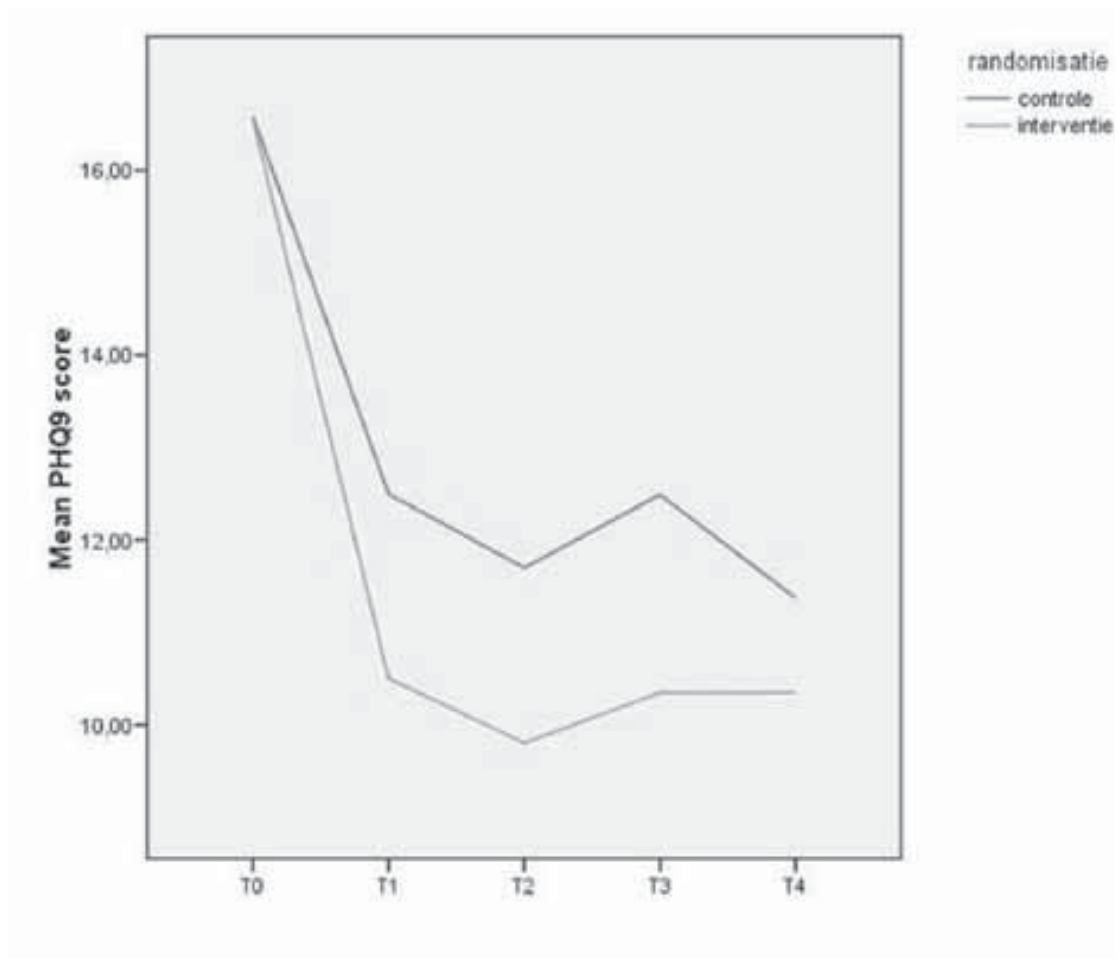
De MLA analyse had de volgende hiërarchische niveaus waarin de patiënten zijn genest: Ziekenhuis – polikliniek - behandelaar – patiënt. In aanvang werd bekeken of de hogere hiërarchische niveaus significant de variantie bepaalden. Dit was niet het geval: Ziekenhuizen, poliklinieken en behandelaars speelden geen rol in het resultaat van de behandeling. De variantie werd alleen op patiëntniveau bepaald en daarom zijn de analyses vervolgd op de niveaus patiënt x tijd.

8.5.1 Respons, remissie en de gemiddelde PHQ-9 score

Na zowel 3, 6, 9 als 12 maanden onderzoek is er bekeken of er een verschil was in het aantal mensen dat respons had. Wanneer gekeken werd naar de gehele groep met een PHQ-9 score van 10 of meer was er geen significant verschil (zie tabel 8.3). Het verloop van de PHQ-9 score is weergegeven in een grafiek (figuur 8.2).

Tabel 8.3 Respons, remissie en de gemiddelde PHQ-9 score; PHQ-9 score ≥ 10

	CC			CAU		
	Respons N (%)	Remissie N (%)	Gem. PHQ-9 score	Respons N (%)	Remissie N (%)	Gem. PHQ-9 score
Baseline	0	0	17	0	0	17
Na 3 maanden	10 (37%)	3 (11%)	11	7 (23%)	2 (6%)	13
Na 6 maanden	7 (30%)	3 (12%)	10	8 (30%)	3 (11%)	12
Na 9 maanden	7 (29%)	2 (8%)	10	6 (26%)	3 (13%)	13
Na 12 maanden	5 (24%)	5 (22%)	10	7 (28%)	2 (8%)	11



Figuur 8.2 PHQ-9 score verloop, baseline PHQ-9 ≥ 10

8.5.2 Resultaat behandeling in relatie tot aantal lichamelijke klachten

Vervolgens werden de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep opgedeeld in 3 groepen naar de ernst van de lichamelijke klachten. Na 3 maanden is er een verschil in respons tussen de collaborative care groep en de gebruikelijke zorg groep wanneer er wordt gecorrigeerd voor ernst van de lichamelijke klachten. Dit verschil is significant. Op de andere meetmomenten werd geen significant verschil gevonden.

Tabel 8.4 Respons in 3 categoriën aantal lichamelijke klachten in de collaborative care groep, na 3 maanden.

	<i>N</i>	% respons	<i>P</i> -waarde
Milde lichamelijke klachten	7	86% (N=6)	.02
Matige lichamelijke klachten	10	30% (N=3)	.07
Ernstige lichamelijke klachten	9	11% (N=1)	.10

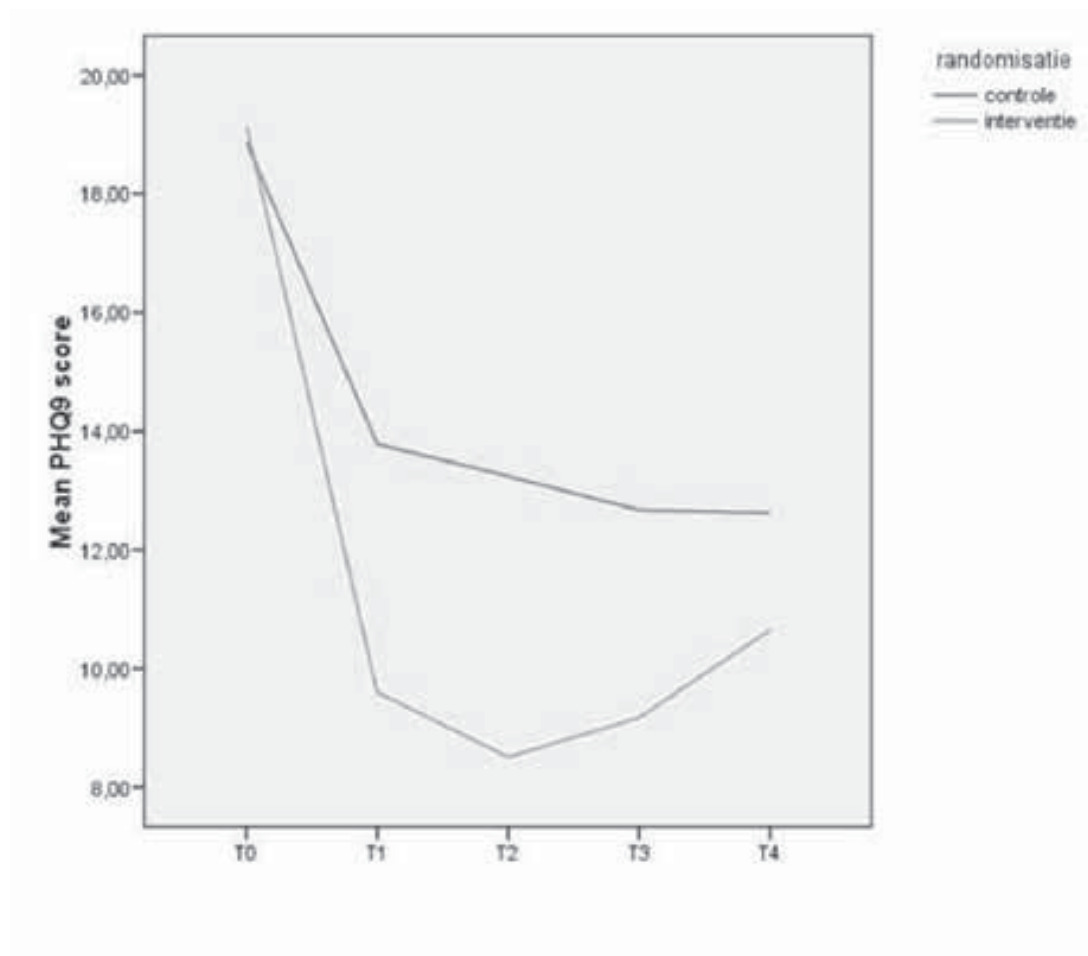
8.5.3 Resultaten voor de patiënten met baseline PHQ-9 score van 15 of hoger

Er werden ook analyses uitgevoerd op een subgroep van patiënten die allen een PHQ-9 score van 15 of hoger hadden bij de start van het onderzoek. Wanneer gekeken werd naar de respons op de PHQ-9, bleek dat de interventiegroep significant meer respons had dan de gebruikelijke zorg groep na 3 maanden. Na 6, 9 en 12 maanden was dit effect verdwenen. Voor remissie was er ook na 3 maanden een significant effect: de collaborative care groep had meer remissie dan de gebruikelijke zorg groep. Na 6, 9 en 12 maanden was dit effect verdwenen. Zie tabel 8.5.

Tabel 8.5 Respons, remissie en gemiddelde PHQ-9 score; PHQ-9 score ≥ 15

	CC			CAU		
	Respons N (%)	Remissie N (%)	Gem. PHQ-9 score	Respons N (%)	Remissie N (%)	Gem. PHQ-9 score
Baseline	0	0	19.2	0	0	18.9
Na 3 maanden	9 (32%)	3 (11%)	9.7	4 (13%)	0	13.7
Na 6 maanden	7 (27%)	3 (12%)	8.5	5 (17%)	1 (3%)	13.2
Na 9 maanden	7 (29%)	2 (8%)	9.2	3 (10%)	1 (3%)	12.7
Na 12 maanden	7 (30%)	3 (13%)	8.5	4 (15%)	0	12.6

Het verloop van de PHQ-9 score is weergegeven in figuur 8.3.



Figuur 8.3 PHQ-9 score verloop, baseline PHQ-9 ≥ 15

8.6 Adverse events

De in de ziekenhuizen opgezochte data liet zien hoeveel adverse events een patiënt had gehad gedurende het onderzoek. Deze gegevens werden geanalyseerd in de groep met een baseline PHQ-9 score van 10 en in de groep met een baseline PHQ-9 score van 15. In de groep met een baselinescore van 10 was duidelijk te zien dat het aantal adverse events afnam gedurende het doorlopen van het onderzoek (OR 0.41, NNT=3). In de groep met een baseline PHQ-9 score van 15 of hoger nam het aantal adverse events zoals omschreven bij de methode niet significant af.

8.7 Discussie van de bevindingen

De belangrijkste bevinding uit dit onderzoek is dat de respons en de verschillscore op depressieve klachten bij patiënten met een chronische lichamelijke ziekte die de ziekenhuispolikliniek bezoeken beiden meer verbeteren door collaborative care dan door gebruikelijke zorg. Zowel in de collaborative care als de gebruikelijke zorg groep treedt er respons op en is er een vermindering in PHQ-9 score zichtbaar, maar dit is niet significant voor de groep als geheel. Dit effect is wel significant na 3 maanden, voor de

groep met een lage ernstscore van lichamelijke klachten. Ook is het effect significant na 3 maanden voor de groep patiënten die at baseline lijden aan ernstiger depressieve klachten (PHQ-9 score ≥ 15). Na 6, 9 en 12 maanden is er geen significant verschil in respons en remissie tussen de collaborative care groep en gebruikelijke zorg groep. Wat wel significant is, is de afname in adverse events gedurende het onderzoek, in de collaborative care groep.

De verschillen in respons tussen collaborative care en gebruikelijke zorg zijn mogelijk niet significant voor de gehele groep omdat het om kleine aantallen deelnemers gaat. Dat er wel significante verschillen zijn bij weinig lichamelijke klachten en bij ernstiger depressieve klachten zou verklaard kunnen worden doordat in die beide groepen de nadruk van de behandeling meer op de depressie kan liggen dan in de groep met meer lichamelijke klachten. Wanneer iemand met ernstige lichamelijke klachten PST krijgt, blijkt uit de praktijk juist dat de problemen die iemand aandraagt moeilijker op te lossen zijn, omdat ze met de ernst van de chronische ziekte samenhangen en daardoor niet zo direct door de patiënt te beïnvloeden zijn. Bijvoorbeeld een probleem als 'vermoeidheid' of 'ademhalingsproblemen' bij een COPD patiënt heeft een dynamiek die door de ziekte zelf wordt veroorzaakt en daardoor moeilijk op te lossen door de patiënt, maar vereist medisch specialistische interventies. Doordat deze problemen die de depressie in stand kunnen houden moeilijk op te lossen zijn, knapt de patiënt niet op bij gebruik van PST, maar meer bij gerichte doorverwijzing voor de medische problemen, zoals gedaan wordt in de gebruikelijke zorg. Depressieve patiënten met een chronisch lichamelijke ziekte met milde lichamelijke klachten, en patiënten waar de depressieve klachten zo ernstig zijn dat ze op de voorgrond staan, hebben daarom potentieel meer baat bij PST.

Uit de grafieken van de gemiddelde PHQ-9 scores is duidelijk te zien dat zowel bij een baseline PHQ-9 score van 10, als een baseline PHQ-9 score van 15, de collaborative care groep sneller daalt in score. Dit houdt in dat de collaborative care groep een snellere vermindering van depressieve klachten laat zien dan de gebruikelijke zorg groep. Ook na 12 maanden is de gemiddelde PHQ-9 score van de collaborative care groep nog lager dan die van de gebruikelijke zorg groep. Mensen uit de collaborative care groep knappen dus niet alleen sneller op, ze blijven ook minder depressieve klachten houden dan mensen uit de gebruikelijke zorg groep.

8.8 *Vergelijking met eerder uitgevoerd onderzoek*

Wanneer naar eerder uitgevoerd effectiviteitsonderzoek naar collaborative care wordt gekeken, valt op dat onze resultaten overeenkomen met deze onderzoeken. De collaborative care behandeling bij mensen met depressie en lichamelijke aandoeningen in de ziekenhuis polikliniek bleek effectief ten opzichte van gebruikelijke zorg bij patiënten met hartaandoeningen, reuma en kanker⁵³⁻⁵⁵. Echter, de grootte van het effect in CC:DIM is beduidend hoger. Wat opvalt is dat in deze eerder uitgevoerde onderzoeken niet is gekeken naar de invloed van de ernst van de lichamelijke klachten, terwijl dat in het CC:DIM onderzoek duidelijk invloed had op de depressieve klachten. Om beide redenen biedt CC:DIM nieuwe inzichten ten opzichte van eerder onderzoek. Uit een Cochrane Review is gebleken dat een behandeling met antidepressiva voor mensen met depressie en chronische lichamelijke aandoeningen effectief is. Wanneer wordt gekeken naar wat patiënten met kanker en een comorbide depressie zelf voor zorg zouden willen

ontvangen, blijkt echter dat de voorkeur uitgaat naar een behandeling die bestaat uit praten over problemen⁹⁵. De collaborative care behandeling in CC:DIM sluit hier goed bij aan, er wordt gestart met Problem Solving Treatment en medicatie is optioneel.

8.9 Verklaringen van het effect van CC:DIM

Behalve dat collaborative care mogelijk beter aansluit bij de behoeften van de patiënt aan behandeling zoals hierboven geschetst, zijn er nog andere factoren die een rol spelen bij de grootte van het effect. Een verklaring voor het grotere effect dan in andere collaborative care trials is gelegen in de grotere nadruk op training en supervisie van de care managers, de structurele beschikbaarheid van de consulent psychiater en de inbedding van de interventie in de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) van het betreffende ziekenhuis, een situatie die in de andere collaborative care trials in de ziekenhuissetting niet bestaat. In die zin is dit effect een indicatie van de meerwaarde van een PCD die ook poliklinisch beschikbaar is in de algemeen ziekenhuissetting. Ook vergroot het feit dat de care manager niet alleen monitort maar ook PST geeft het effect. Tot slot bevordert het gebruik van het tracking systeem de therapietrouw aan het algoritme, zowel door de patiënt als door de betreffende hulpverleners. Dit zijn allemaal sterke kanten van het collaborative care model zoals uitgewerkt in CC:DIM.

8.10 Beperkingen

Er zijn ook beperkingen aan dit onderzoek. De aanvankelijke opzet rekende met een veel hoger aantal verwachte respondenten. Toen bleek dat in een ziekenhuis de aantallen lager waren dan verwacht, werd het onderzoek opgeschaald naar een Multicenter trial met 5 ziekenhuizen. Er werden veel mensen met een brief met de PHQ-9 vragenlijst aangeschreven omdat ze het afgelopen jaar de ziekenhuispolikliniek hadden bezocht. In CC:DIM was de respons daarbij 43%. Het aantal patiënten dat inderdaad een PHQ-9 score van 10 of meer had lag rond de 10%, hetgeen conform prevalentiegetallen uit de literatuur is. Bij het MINI interview bleek echter ruim 64% geen depressie in engere zin te hebben. Mogelijk is screening met de PHQ-9 wel sensitief in deze groep, maar blijkt bij nadere diagnostiek toch dat veel mensen weliswaar klachten hebben, maar geen depressie. Dit kan te maken hebben met het feit dat patiënten niet alleen depressieve klachten hadden, maar ook chronisch ziek waren. Ook kan het komen doordat er van tevoren niet geselecteerd was op taal, waardoor patiënten van buitenlandse afkomst aanvankelijk een hoge PHQ-9 score hadden, maar bij het MINI interview toch andere problemen bleken te hebben. Ook vielen er patiënten af doordat ze reeds in behandeling waren en daardoor niet gemotiveerd waren. Patiënten gaven aan dat ze al genoeg belast werden omdat ze lichamelijke- en psychische klachten hadden en daarom geen behoefte hadden aan deelname aan het onderzoek. Toch was dit een veel lager aantal uitvallers dan in de studie van Strong et al. die reeds werd genoemd; daar zag de helft van de patiënten die volgens de MINI een depressie in engere zin bleek te hebben toch af van deelname aan het onderzoek. Hier was dat aantal lager.

In hoeverre de bevindingen te generaliseren zijn, is de vraag. Er zijn uiteindelijk maar 82 patiënten geïncludeerd. Maar dat is wel in 5 ziekenhuizen gebeurd.

8.11 Sterke kanten van het onderzoek

Sterk punt van dit onderzoek is dat de evaluatie van het effect is gebeurd op grond van een intention-to-treat analyse. Dat betekent dat alle patiënten die bij aanvang bij een bepaalde behandelconditie zijn ingedeeld, ook zijn geëvalueerd als zodanig, zelfs als ze de behandeling toch niet of slechts gedeeltelijk hebben gevolgd. Dit betekent dat ook niet volledig verrichtte behandelingen zijn meegenomen in de analyse van het effect. Dit in tegenstelling tot een per-protocolanalyse, waarin alleen deelnemers worden meegenomen in de analyse die een behandeling volledig hebben afgerond. Een dergelijke analysemethode wordt als een sterk punt beschouwd in algemeen wetenschappelijk onderzoek. We hebben dit gedaan om een indruk te krijgen van hoe het behandel-effect van collaborative care er in de dagelijkse behandelpraktijk uit ziet, waar immers ook patiënten in wisselende mate een behandeling afmaken. Het feit dat in deze intention-to-treat analyse het effect van collaborative care ten opzichte van gebruikelijke zorg duidelijk te zien is, is een sterk punt van dit onderzoek.

Bovendien is het feit dat er uiteindelijk slechts 82 patiënten zijn geïnccludeerd in het onderzoek, terwijl er van te voren was berekend dat er minimaal 126 nodig waren om een relevant verschil tussen de onderzoeksgroepen aan te tonen, en dat er toch een significant effect op basis van de PHQ-9 score is gevonden na 3 maanden, een aanwijzing dat collaborative care in deze setting effectief kan zijn.

Al met al is er reden om in de toekomst het collaborative care model in de ziekenhuissetting verder te exploreren, want het feit dat het beter gaat met de lichamelijke conditie van deze depressieve chronisch zieken bij dit behandelmodel is een belangrijke bevinding die nader onderzoek verdient.

9 Resultaten doelmatigheid

9.1 CC:DIP

9.1.1 Ernst van de depressie

Tabel 9.1 laat de resultaten zien van de scores op de PHQ-9 en de responspercentages voor de collaborative care groep en de groep die de gebruikelijke zorg heeft gekregen op baseline en na drie, zes, negen en twaalf maanden.

Tabel 9.1 Gemiddelde waarden PHQ-9 en responspercentages voor de collaborative care en gebruikelijke zorg groep in de huisartsenzorg

	CC (N=101)	CAU (N=49)
PHQ-9 waarde (gem, SD)		
- op baseline	15.5 (4.8)	14.9 (4.8)
- na 3 maanden	10.3 (6.8)	11.7 (5.4)
- na 6 maanden	9.4 (6.7)	11.3 (5.6)
- na 9 maanden	8.1 (6.5)	10.4 (6.0)
- na 12 maanden	9.9 (6.9)	10.5 (5.9)
Respons (aantal, %)		
- na 3 maanden	28 (27.7)	4 (8.2)
- na 6 maanden	25 (24.8)	10 (20.4)
- na 9 maanden	36 (35.6)	8 (16.3)
- na 12 maanden	23 (22.8)	8 (16.3)
Remissie (aantal, %)		
- na 3 maanden	16 (15.8)	3 (6.1)
- na 6 maanden	15 (14.9)	4 (8.2)
- na 9 maanden	22 (21.8)	4 (8.2)
- na 12 maanden	12 (11.9)	2 (4.1)

De gemiddelde PHQ-9 score van de collaborative care groep is in vergelijking tot de gebruikelijke zorg groep, met uitzondering van de baseline, lager. Deze verschillen zijn niet significant.

9.1.2 Kwaliteit van Leven

Op baseline is de kwaliteit van leven voor de collaborative care groep ongeveer gelijk aan de kwaliteit van leven bij de gebruikelijke zorg groep (resp. 0.57 versus 0.56). Dit verschil is niet significant. Vervolgens neemt de kwaliteit van leven toe in beide behandelgroepen. Na 12 maanden is de kwaliteit van leven 0,57 voor de collaborative care groep en 0.66 in de groep die de gebruikelijke zorg krijgt. Na 9 maanden heeft de collaborative care groep echter nog een score van 0.65. Over de eerste 4 meetmomenten is er dus een hele snelle stijging van kwaliteit van leven, terwijl er daarna een daling inzet. Bij de gebruikelijke zorg groep is er een stijging die continu is.

9.1.3 Directe medische kosten

De direct medische kosten zijn berekend door het aantal bezoeken aan bijvoorbeeld een huisarts te vermenigvuldigen met de kosten per bezoek. In tabel 17 zijn de totale gemiddelde direct medische kosten na 12 maanden per zorgverlener weergegeven. De gemiddelde totale kosten per patiënt in de collaborative care groep zijn hoger dan bij de groep die gebruikelijke zorg ontvangt.

Tabel 9.2 Gemiddelde totale direct medische kosten op 12 maanden per zorgverlener (in Euro's).

<i>Kostencomponent</i>	<i>Kosten CC (gemiddeld, SD)</i>	<i>Kosten CAU (gemiddeld, SD)</i>
Huisarts	478 (495)	370 (360)
Riagg	450 (1304)	579 (1951)
Psychiater/psycholoog eigen praktijk	264 (763)	153 (438)
Poliklinische consulten	213 (1119)	144 (461)
Bedrijfsarts	84 (172)	65 (166)
Medisch specialist	150 (228)	268 (378)
Paramedische hulpverlener	238 (484)	334 (711)
Maatschappelijk werker	265 (547)	104 (246)
Consultatie CAD	0 (0)	4 (28)
Alternatief genezer	80 (417)	94 (297)
Zelfhulpgroep	26 (141)	3 (23)
Dagbehandeling	10 (79)	274 (1651)
Opname	1030 (9441)	321 (1206)
Medische kosten	43 (125)	19 (33)
Gemiddelde totale directe medische kosten	3325 (4106)	2728 (9848)

9.1.4 Kosteneffectiviteit

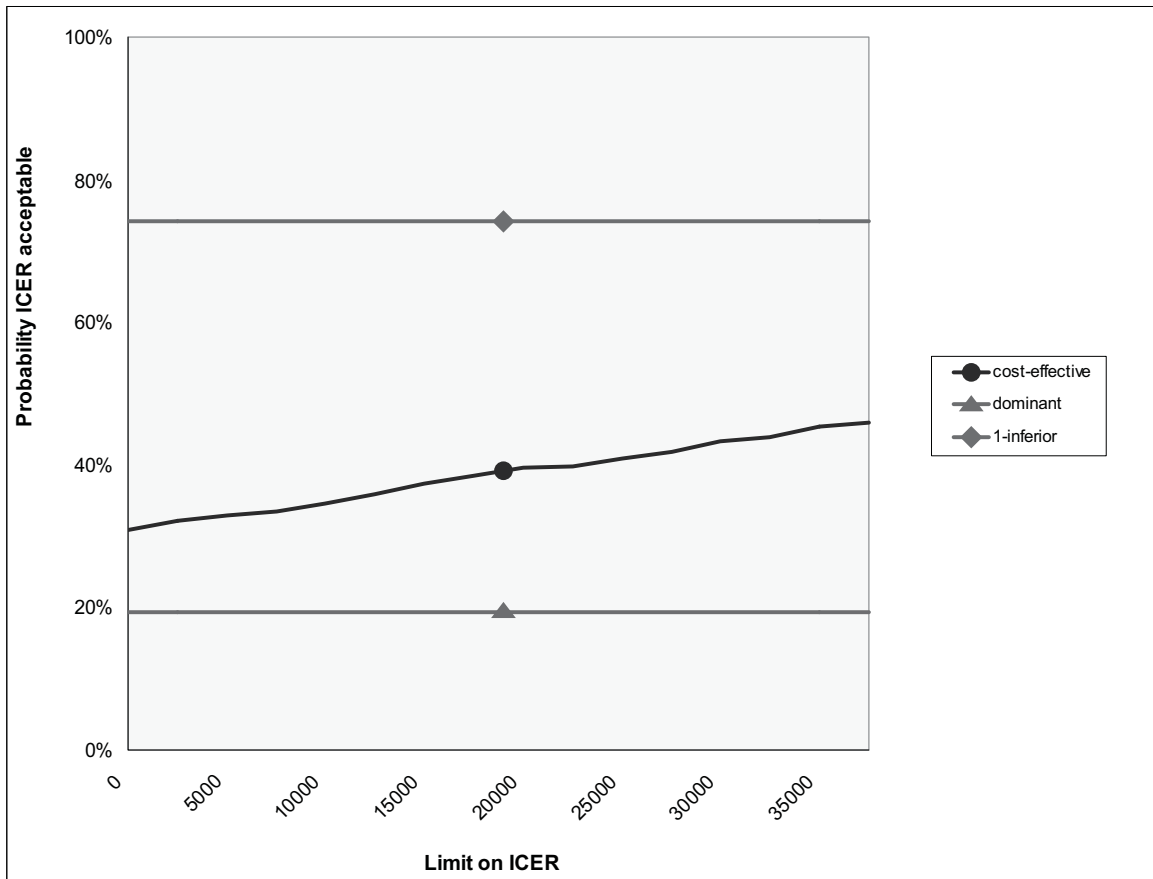
De kosteneffectiviteit is weergegeven als het verschil in kosten tussen de collaborative care groep en gebruikelijke zorg groep per patiënt met respons. Tevens is de kostenutiliteit berekend. Beide berekeningen zijn gebaseerd op de directe medische kosten. De gemiddelde kosten van de collaborative care groep zijn hoger dan in de gebruikelijke zorg groep. Het percentage patiënten met respons na 1 jaar is echter ook hoger in de collaborative care groep, waardoor de ratio een positieve waarde heeft.

Tabel 9.3 Het percentage patiënten met respons, gemiddelde directe medische kosten per patiënt en de kosten per responsieve patiënt en de kosten per QALY op 12 maanden in de huisartsenzorg

	<i>CC</i>	<i>CAU</i>
% responsieve patiënten na 12 mnd	23	16
Gemiddelde directe medische kosten	3325	2728
Incrementele kosten per % punt responsieve patiënt	89	
Incrementele kosten per QALY	46699	

De directe kosten zijn voor de collaborative care groep hoger dan voor de gebruikelijke zorg groep. De utiliteitswinst is hoger voor de collaborative care groep. De collaborative care groep is duurder maar genereert ook meer winst in kwaliteit van leven.

De incrementele kosteneffectiviteit (ICER) is berekend op basis van de kosten per QALY voor de directe medische kosten. De ICER is gelijk aan 46699 Euro per Qaly, omdat collaborative care meer effecten genereert tegen lagere kosten dan de gebruikelijke zorg. De onzekerheid over de schattingen zijn weergegeven in een acceptability curve.



Figuur 9.1 Acceptability curve van collaborative care in de huisartsen setting

De waarschijnlijkheid dat een ratio geaccepteerd wordt voor een bepaalde limiet van de ICER wordt weergegeven in de acceptability curve (figuur 9.1). Bijvoorbeeld, bij een limiet van 20.000 Euro is de waarschijnlijkheid dat collaborative care kosteneffectief is ongeveer 40 procent.

9.2 CC:DOC

9.2.1 Populatie

Bij de start van het onderzoek (T0) waren er 126 patiënten geïncludeerd die allemaal 4 tot 12 weken waren ziekgemeld: 65 werden er gerandomiseerd in de collaborative care groep en 61 in de gebruikelijke zorg groep, zie tabel 9.4.

Tabel 9.4 Patiëntkenmerken bij de start van het onderzoek.

	CC (n=65)	CAU (n=61)	P-waarde
Leeftijd in jaren	41.9 (11.4)	43.4 (11.4)	.45
Geslacht (% man)	46.2	45.9	.98
Alleenstaanden (%)	26.1	19.7	.81
Depressieve klachten (PHQ, range 0-27)	16.0 (4.7)	15.7 (5.6)	.89
Kwaliteit van leven (schaal van 0-1)	0.5650 (SD 0.2639)	0.6199 (SD 0.1994)	.25
Betaald werk	62	60	.36

9.2.2 Ernst van de depressie

Tabel 9.5 laat de resultaten zien van de scores op de PHQ-9 en de responspercentages voor de collaborative care groep en de groep die de gebruikelijke zorg heeft gekregen op baseline en na drie, zes, negen en twaalf maanden.

Tabel 9.5 Gemiddelde waarden PHQ-9 en responspercentages voor de collaborative care en gebruikelijke zorg groep in de bedrijfsgeneeskundige setting.

	CC	CAU
PHQ-9 waarde (gem, SD)		
- op baseline	15.9 (4.9)	16.0 (5.4)
- na 3 maanden	10.4 (5.9)	11.7 (6.3)
- na 6 maanden	9.2 (5.8)	9.7 (6.6)
- na 9 maanden	9.0 (6.6)	8.6 (7.1)
- na 12 maanden	9.0 (6.2)	7.3 (6.6)
Respons (aantal, %)		
- na 3 maanden	23 (46.1)	12 (25.0)
- na 6 maanden	25 (40.3)	20 (35.1)
- na 9 maanden	28 (45.2)	21 (38.9)
- na 12 maanden	26 (42.6)	33 (57.9)
Remissie (aantal, %)		
- na 3 maanden	7 (10.8)	7 (11.5)
- na 6 maanden	16 (24.6)	12 (19.7)
- na 9 maanden	22 (33.8)	21 (34.4)
- na 12 maanden	18 (27.7)	28 (45.9)

De gemiddelde PHQ-9 score van de collaborative care groep is na drie en zes maanden gemiddeld lager dan die van de gebruikelijke zorg groep (niet significant). Na negen en twaalf maanden is de gebruikelijke zorg groep iets lager. De respons is na drie maanden ongeveer 1.5 keer zo hoog, wat er op wijst dat de collaborative care behandeling zorgt voor een grotere daling in depressieve klachten dan de gebruikelijke zorg. Na 6 en 9 maanden is de respons in de collaborative care groep nog iets hoger, maar na 12 maanden is dat effect weg.

9.2.3 Kwaliteit van Leven

Op baseline is de kwaliteit van leven voor de collaborative care groep gemiddeld hoger dan bij de gebruikelijke zorg groep (resp. 0.60 versus 0.56). Dit verschil is niet significant. Vervolgens neemt de kwaliteit van leven toe in beide behandelgroepen. Na 12 maanden is de kwaliteit van leven 0.73 voor de collaborative care groep en 0.78 in de groep die de gebruikelijke zorg krijgt.

9.2.4 Directe medische kosten

De direct medische kosten zijn berekend door het aantal bezoeken aan bijvoorbeeld een huisarts te vermenigvuldigen met de kosten per bezoek. In tabel 9.6 zijn de gemiddelde direct medische kosten na 12 maanden per zorgverlener weergegeven. De gemiddelde kosten per patiënt in de collaborative care groep zijn lager dan bij de groep die gebruikelijke zorg ontvangt.

Tabel 9.6 Gemiddelde direct medische kosten na 12 maanden per zorgverlener.

<i>Kostencomponent</i>	<i>Kosten CC (gemiddeld, SD)</i>	<i>Kosten CAU (gemiddeld, SD)</i>
Huisarts	666 (551)	537 (438)
Riagg	1126 (3510)	2827 (3311)
Psychiater/psycholoog eigen praktijk	1149 (1358)	982 (1264)
Poliklinische consulten	384 (2244)	295 (1254)
Bedrijfsarts	546 (249)	502 (339)
Medisch specialist	266 (586)	233 (383)
Paramedische hulpverlener	337 (664)	356 (631)
Maatschappelijk werker	247 (732)	209 (392)
Consultatie CAD	12 (96)	0 (0)
Alternatief genezer	138 (360)	100 (270)
Zelfhulpgroep	29 (214)	142 (616)
Dagbehandeling	0 (0)	739 (3018)
Opname	1330 (8667)	2982 (35253)
Klinisch arbeidsgeneeskundige	440 (572)	20 (87)
Totale gemiddelde direct medische kosten	6669 (11693)	8823 (19043)

9.2.5 Productiviteitskosten

In de studie zijn ook de productiviteitskosten meegenomen. Deze kosten kunnen ontstaan doordat patiënten verzuimen van hun werk of omdat zijn minder productief zijn op hun werk als gevolg van gezondheidsproblemen. Op baseline geeft 98,8% van de patiënten met betaald werk aan dat ze langer dan 1 maand hebben verzuimd, 1,1% heeft korter dan een maand verzuimd en 1% geeft aan minder efficiënt te functioneren op het werk.

Voor het berekenen van de productiviteitskosten is gecorrigeerd voor het werkelijke aantal dagen dat een persoon werkt, fulltime of parttime. Toepassing van de frictiekostenmethode zorgt ervoor dat de werkelijke productiviteitsverliezen voor de maatschappij worden bepaald.

Tabel 9.7 Gemiddeld aantal dagen verzuim, dagen productieverlies gedurende het werk en productiviteitskosten bij collaborative care en gebruikelijke zorg na 3,6,9 en 12 maanden.

	CC	CAU
Verzuim, in dagen		
0- 3 maanden	31.4 (14.9)	35.0 (13.0)
3- 6 maanden	15.8 (10.2)	15.4 (9.2)
6- 9 maanden	5.0 (5.9)	7.6 (8.9)
9- 12 maanden	10.9 (21.4)	7.3 (8.6)

Wat opvalt is dat het gemiddeld aantal dagen verzuim aanvankelijk sterk daalt in beide groepen. Echter, in het laatste kwartaal stijgt het gemiddeld aantal dagen verzuim in de collaborative care groep. De productiviteitskosten waren na 12 maanden €11.387,- (SD 12.748) voor de collaborative care groep en €12.380,- (SD 11.857) voor de gebruikelijke zorg groep.

9.2.6 Kosteneffectiviteit

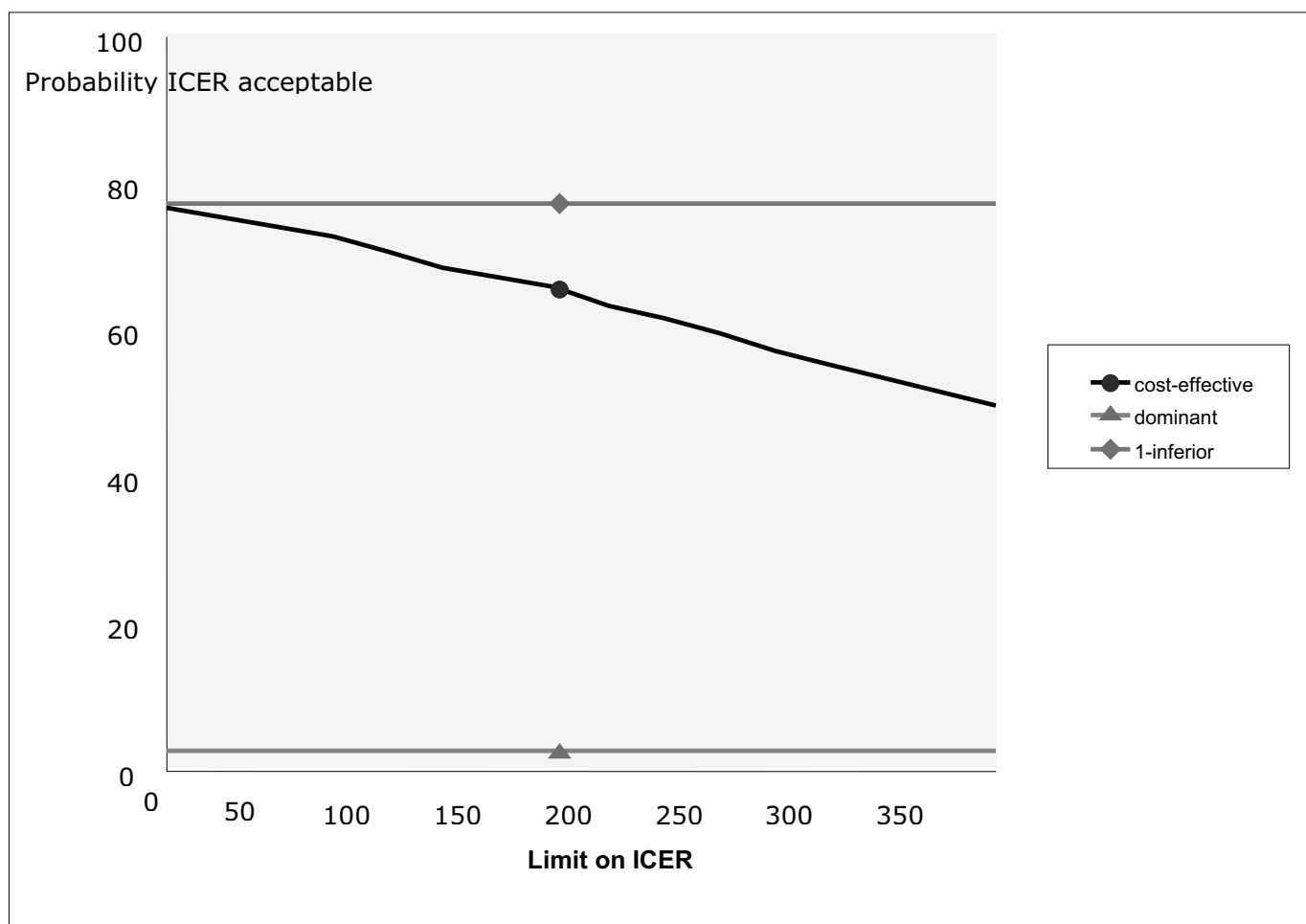
De kosteneffectiviteit is weergegeven als het verschil in kosten tussen de collaborative care groep en gebruikelijke zorg groep per patiënt met respons. Een patiënt met klinisch relevante respons is gedefinieerd als iemand met 50% verbetering op de PHQ-9. Tevens is de kostenutiliteit berekend. Beide berekeningen zijn gebaseerd op de directe medische kosten. De gemiddelde kosten van de collaborative care groep zijn lager dan in de gebruikelijke zorg groep. Het percentage patiënten met respons na 1 jaar is echter ook lager in de collaborative care groep, waardoor de ratio een positieve waarde heeft.

Tabel 9.8 Het percentage patiënten met respons, gemiddelde directe medische kosten per patiënt en de kosten per responsieve patiënt en de kosten per QALY na 12 maanden in de bedrijfsgeneeskundige setting

	<i>CC</i>	<i>CAU</i>
% responsieve patiënten na 12 mnd	43	58
Gemiddelde directe medische kosten	€6.669	€8.823
Incrementele kosten per % punt responsieve patiënt	141	
Incrementele kosten per QALY	38.197	

De directe kosten en de utiliteitswinst zijn voor de collaborative care groep lager. De collaborative care genereert minder kosten maar heeft daarbij ook minder kwaliteit van leven winst.

De incrementele kosteneffectiviteit (ICER) is tevens berekend over de totale kosten, oftewel de kosten per QALY voor de directe medische en productiviteitskosten samen. De ICER is dan gelijk aan 38.197 Euro per QALY, omdat collaborative care minder effecten genereert tegen lagere kosten dan de gebruikelijke zorg. De onzekerheid over de schattingen zijn weergegeven in een acceptability curve. Op grond van de acceptability curve kan geconcludeerd worden dat collaborative care in de bedrijfsgeneeskundige setting bij een grens van 20.000 Euro per QALY in 65% van de cases doelmatig is. De acceptability curve laat zien dat, indien men bereid is meer te betalen voor kwaliteit van levenwinst, de kans dat collaborative care doelmatig is afneemt. Dit is het gevolg van het feit dat de kosten van collaborative care lager zijn maar dit ook geldt voor de winst in kwaliteit van leven.



Figuur 9.2 Acceptability curve van collaborative care in de bedrijfsgeneeskundige setting

9.3 CC:DIM

9.3.1 Populatie

Bij de start van het onderzoek (T0) waren er 82 patiënten uit de diverse ziekenhuizen geïnccludeerd: 40 werden er gerandomiseerd in de collaborative care groep en 42 in de gebruikelijke zorg groep.

Tabel 9.9 Patiëntkenmerken bij de start van het onderzoek.

	CC (n=42)	CAU (n=40)	P-waarde
Leeftijd in jaren	57.6 (10.5)	61.8 (11.1)	.15
Geslacht (% man)	40.7	56.3	.17
Alleenstaanden (%)	11.1	30.3	.02*
Depressieve klachten (PHQ, range 0-27)	16.3 (4.6)	16.6 (3.9)	.68
Kwaliteit van leven (schaal van 0-1)	0.5650 (SD 0.2639)	0.6199 (SD 0.1994)	.94
Momenteel betaald werk	3	10	.07

* Significant verschil

9.3.2 Ernst van de depressie

De ernst van de depressie is gemeten met de PHQ-9 vragenlijst. Er is een continue waarde, de score op de PHQ-9 en daarnaast zijn er twee dichotome waarden: respons en remissie. Uit tabel 9.10 blijkt dat de collaborative care groep een lagere PHQ-9 score heeft dan de gebruikelijke zorg groep op alle meetpunten, maar dit is niet significant.

Ook de respons en remissie waarden zijn in de collaborative care groep hoger dan in de gebruikelijke zorg groep, maar ook dit is geen significant verschil.

Tabel 9.10 Gemiddelde waarden PHQ 9 en responspercentages op baseline en na 3,6,9 en 12 maanden voor de collaborative care groep en gebruikelijke zorg groep in het ziekenhuis.

	CC (n=26)	CAU (n=31)
PHQ-9 waarde		
- op baseline	16.6 (4.7)	16.5 (4.0)
- na 3 maanden	12.6 (6.4)	13.9 (6.0)
- na 6 maanden	12.3 (6.6)	13.2 (6.2)
- na 9 maanden	12.6 (6.5)	13.8 (6.3)
- na 12 maanden	12.3 (6.7)	12.7 (6.4)
Respons (aantal, %)		
- na 3 maanden	10 (38.5)	7 (22.2)
- na 6 maanden	8 (19.0)	5 (13.2)
- na 9 maanden	10 (24.2)	5 (13.2)
- na 12 maanden	10 (25.0)	8 (21.1)
Remissie (aantal, %)		
- na 3 maanden	3 (7.1)	1 (2.6)
- na 6 maanden	3 (7.1)	3 (7.9)
- na 9 maanden	2 (4.8)	0
- na 12 maanden	5 (11.9)	2 (5.3)

9.4 Kwaliteit van Leven

De gemiddelde utiliteitsscores op baseline zijn in beide groep laag (collaborative care 0.43, gebruikelijke zorg 0.45), wat duidt op een lage kwaliteit van leven van deze groep. Deze scores zijn niet significant verschillend. Na 12 maanden is de kwaliteit van leven in de collaborative care groep 0.51 en in de gebruikelijke zorg groep 0.46 (niet significant verschillend van elkaar).

9.4.1 Direct medische kosten

De direct medische kosten zijn berekend door het aantal bezoeken aan bijvoorbeeld een huisarts te vermenigvuldigen met de kosten per bezoek. Tabel 9.11 presenteert de gemiddelde direct medische kosten na 12 maanden per zorgverlener.

Tabel 9.11 Gemiddelde direct medische kosten na 12 maanden per zorgverlener.

<i>Kostencomponent</i>	<i>Kosten CC (gemiddeld, SD)</i>	<i>Kosten CAU (gemiddeld, SD)</i>
Huisarts	723 (1085)	694 (772)
Riagg	452 (1498)	626 (1730)
Psychiater/psycholoog eigen praktijk	463 (1189)	454 (995)
Poliklinische consulten	1123 (1781)	142 (425)
Bedrijfsarts	67 (167)	60 (182)
Medisch specialist	1174 (1763)	1201 (1181)
Paramedische hulpverlener	603 (1078)	598 (1207)
Maatschappelijk werker	217 (1061)	171 (390)
Consultatie CAD	3 (16)	0 (0)
Alternatief genezer	10 (49)	88 (350)
Zelfhulpgroep	3 (16)	0 (0)
Dagbehandeling	207 (1317)	16 (99)
Opname	3023 (12124)	2731 (7674)
Totale direct medische kosten	8067 (13173)	7385 (9293)

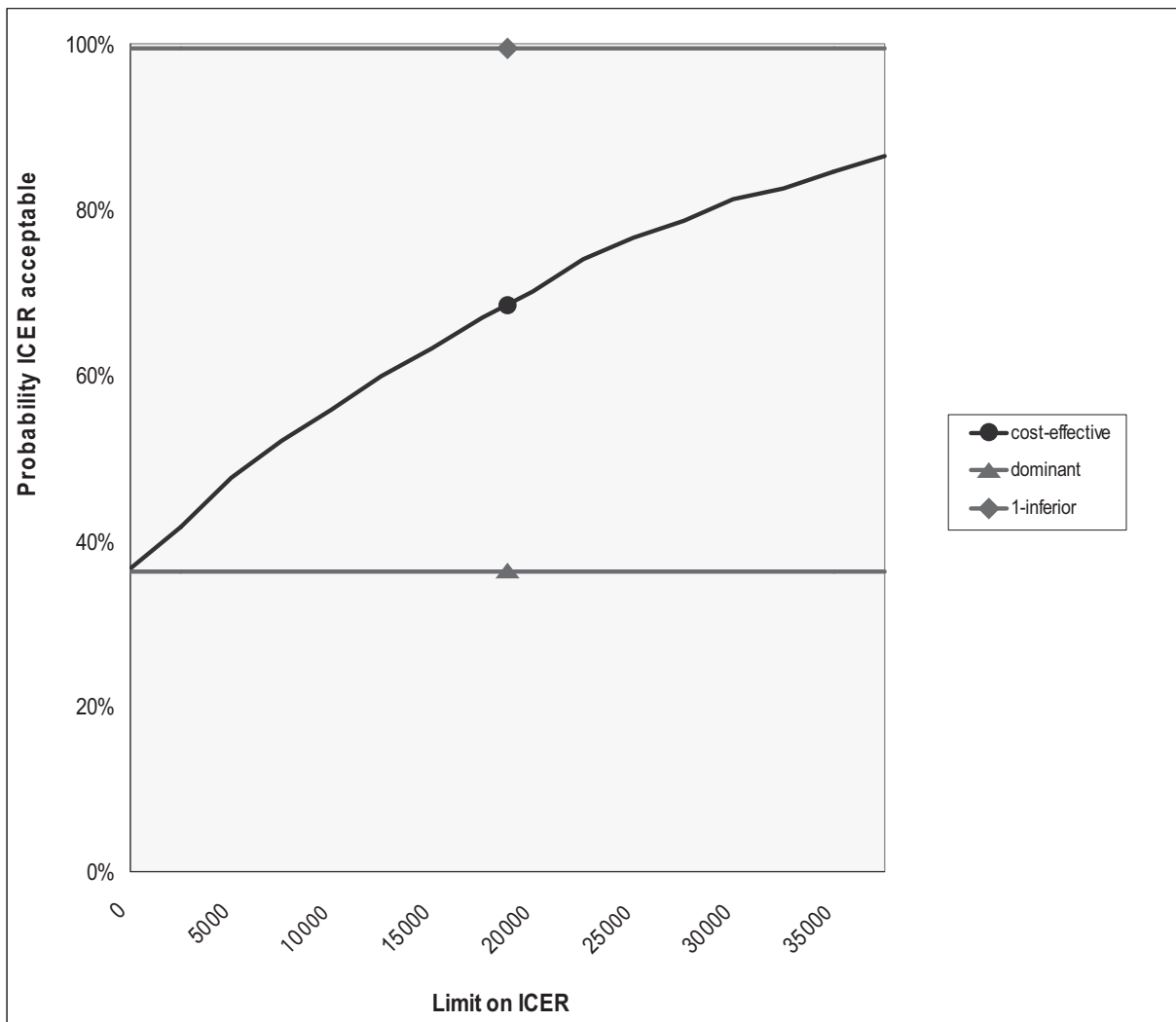
9.4.2 Productiviteitskosten

De productiviteitskosten zijn binnen de ziekenhuissetting niet meegenomen omdat de gemiddelde leeftijd van deze populatie hoog was met als consequentie dat het aandeel van patiënten met een betaalde baan beperkt was.

9.4.3 Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit is weergegeven als de kosten per patiënt met respons en de kosten per QALY. Een patiënt met klinisch relevante respons is gedefinieerd als iemand met 50% verbetering op de PHQ-9. De kosten per responsieve patiënt zijn 175 Euro. De kosten per QALY zijn 7.834 Euro voor collaborative care.

De waarschijnlijkheid dat een ratio geaccepteerd wordt voor een bepaalde limiet van de ICER, wordt weergegeven in de acceptability curve (figuur 9.3). Bijvoorbeeld, bij een limiet van 20.000 Euro is de waarschijnlijkheid dat de ICER geaccepteerd wordt meer dan 70 procent.



Figuur 9.3 Acceptability curve collaborative care in de ziekenhuiszorg

10 Discussie kosteneffectiviteit

In dit rapport is de kosteneffectiviteit bepaald voor de behandeling van depressie doormiddel van collaborative care bij drie verschillende type zorgverleners. In de eerste lijn zijn de gemiddelde kosten van de collaborative care groep hoger dan in de gebruikelijke zorg groep. Het percentage patiënten met respons na 1 jaar is echter ook hoger in de collaborative care groep, waardoor de ratio een positieve waarde heeft. De kosten per QALY voor collaborative care in de eerste lijn bedroegen €46.699. In de bedrijfsgeneeskundige setting waren er meer kosten bij de collaborative care groep in vergelijking tot de gebruikelijke zorg groep, in combinatie met mindere effecten in termen van behandelrespons en kwaliteit van leven. De kosten per QALY kwamen uit op €38.197. In de ziekenhuissetting zijn de direct medische kosten weliswaar hoger, maar de respons en de winst in kwaliteit van leven hoger in de collaborative care groep in vergelijking tot de gebruikelijke zorg groep. De kosten per QALY waren in de ziekenhuissetting €7.834.

In Nederland bestaat nog geen officiële grenswaarde, echter er is door de Raad voor Volksgezondheid & Zorg een advies uitgebracht waarbij de waarde kan variëren tussen de €20.000 en €80.000 afhankelijk van de ziektelast. Het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Engeland hanteert een norm waarbij een interventie als doelmatig kan worden beschouwd. Deze norm bedraagt £28.500 per QALY, omgerekend naar Euro's is deze norm €28.895 per QALY. Op grond van deze grens is alleen collaborative care in de ziekenhuissetting doelmatig.

Bij het uitvoeren van een economische evaluatie verbonden aan een gerandomiseerde klinische trial vormen patiënten met gecensureerde data, als gevolg van voortijdige uitval uit een studie, een probleem. De wijze waarop gegevens van gecensureerde patiënten worden geanalyseerd kan de uitkomsten van een studie in belangrijke mate beïnvloeden. Kostendata wijken in belangrijke mate af van klinische en kwaliteit van leven data doordat kosten cumulatief worden gemeten over een tijdsperiode in plaats van op diverse tijdstippen, er binnen één patiënt een grote variatie in kosten kan optreden over een periode en doordat kostendata doorgaans gekenmerkt worden door een scheve verdeling. Deze kenmerken van kostendata bemoeilijken de toepassing van gangbare methoden voor de analyse van gecensureerde data. In deze studie zijn de huidige analyses gebaseerd op LOCF. Dit is een zogenaamde naïeve, conservatieve methode om missende waarden te imputeren. Indien kan worden verondersteld dat de uitval klein is en niet selectief is LOCF valide. Multiple imputatie heeft de voorkeur indien hieraan niet wordt voldaan. Deze methode zal nog in een nadere analyse worden toegepast. In de studie zijn echter wel acceptabiliteitscurves geschat waarbij d.m.v. bootstrapping rekening is gehouden met onzekerheid.

In de huidige analyse zijn de kosten van medicatie nog niet meegenomen. De verwachting is dat de absolute kosten van medicatie echter relatief beperkt zullen zijn in vergelijking tot bijvoorbeeld kosten van psychotherapie. Bij een kosteneffectiviteitsanalyse gaat het bovendien om het verschil in de kosten. Naar verwachting zal inclusie van de medicijnkosten in de analyse de conclusie niet veranderen en mogelijk zelfs nog versterken omdat de collaborative care groep mogelijk minder medicatie zal gebruiken.

Er zijn nog andere beperkingen aan dit onderzoek. De instroom van patiënten kwam langzaam op gang. Dit heeft er toe geleid dat het benodigde aantal inclusies met veel moeite werd gehaald. In het geval van de ziekenhuissetting werd het aantal inclusies niet gehaald. De benodigde inclusie voor een multicenter trial als deze was 98, terwijl er 82 patiënten werden geïncludeerd (84%). Dit heeft gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de gegevens. Hoewel de gegevens uit de ziekenhuissetting laten zien dat collaborative care daar kosteneffectief is, moet dit wel in het licht worden gezien van de kleine studiestudiepopulatie. Het is opmerkelijk dat een dermate kleine studie kosteneffectieve resultaten oplevert. Het is de vraag in hoeverre deze bevindingen te generaliseren zijn. Aan de andere kant berust dit op een project verricht in 5 ziekenhuizen, hetgeen weer ten goede komt aan de generaliseerbaarheid.

11 Conclusie

Het Depressie Initiatief is begonnen in 2006, nadat de multidisciplinaire richtlijn depressie en de NHG standaard gepubliceerd werden. In die tijd was het beeld dat depressie vaak niet goed herkend en behandeld werd. Enerzijds werden lichte depressies vaak overbehandeld, dat wil zeggen voornamelijk medicamenteus. Maar omdat bij lichte depressie antidepressiva vaak veel bijwerkingen en weinig effect laten zien, gaf dat onbevredigende behandelresultaten. Kortdurende psychotherapeutische interventies voor lichte depressies waren nog niet erg in zwang. En ernstige depressies werden doorverwezen naar een overbelaste GGZ. Patiënten belandden dan vaak lange tijd op wachtlijsten. Tot 2004 was het zo dat minder dan de helft van de patiënten die zich bij de huisarts meldden met een depressie en om behandeling vroegen een adequate behandeling kreeg aangeboden. Bij behandeling van depressie werd gewoonlijk niet gelet op de vraag of patiënten die door de depressie in de ziektewet waren beland ook weer aan het werk gingen. De aansluiting naar behandeling in de GGZ vanuit de arbosetting verliep niet goed. Ook de behandeling van chronisch zieke patiënten met comorbide depressie stond nog in de kinderschoenen.

Vanuit het Depressie Initiatief is geprobeerd om het collaborative care model in de drie hiervoor relevante settings te implementeren en te evalueren op effect en doelmatigheid. De bevindingen zijn gemengd. Per setting zijn er wel verschillen aan te duiden. In de huisartsgeneeskundige setting heeft collaborative care duidelijk meerwaarde ten opzichte van gebruikelijke zorg. De odds op behandelrespons is ruim 5 keer zo groot en de NNT 2 à 3. Dat zijn positieve resultaten, mede gezien het feit dat dit een vergelijking betreft met gebruikelijke zorg. In de huisartsensetting blijkt het hebben van een chronische lichamelijke ziekte wel een factor die het behandel-effect verkleint, maar dat geldt gelijkelijk voor collaborative care en voor gebruikelijke zorg. Collaborative care is iets duurder dan de thans gebruikelijke zorg, maar de meerkosten per patiënt met respons zijn beperkt. Aangezien collaborative care in de eerste lijn duidelijk meer effectief is dan de nu gebruikelijke zorg voor depressie, is aandacht voor de juiste toepassingswijze van deze methode gewenst om tot een nog doelmatiger vorm te komen. Daarbij kan ondersteuning van de huisartsen bij de juiste triage voor depressiebehandeling van wezenlijk belang zijn. Hierbij kan de reguliere toepassing van de PHQ-9 om tot triage te komen voor behandeling met het collaborative care model in de eerste lijn versus verwijzing naar de tweede lijn van belang zijn. Dit vereist een geheel andere werkwijze in de huisartsenpraktijk. De bevindingen gedurende het Depressie Initiatief waren dat alleen maar informeren en instrumenteren van de huisartsen onvoldoende was om deze verandering in behandeling te bereiken. Er was een structurele en gerichte aanpak nodig om de huisartsen en care managers te instrueren en superviseren. Ook bleek dat randvoorwaarden van belang waren. Zo heeft de onduidelijkheid over de (financiële) positie van de POH-GGZ voor tijdelijke vertraging gezorgd tijdens het project. Maar uiteindelijk is het collaborative care behandelmodel zeer positief beoordeeld door de huisartsen en care managers die eraan meewerkten. Ook de beschikbaarheid van een web-based tracking systeem, dat ook als decision aid functioneerde bij het volgen van het behandelalgoritme, bleek goed te helpen om deze behandelwijze te bekrachtigen. Voor een implementatie op de lange termijn zal een combinatie van het leveren van financiële incentives voor de huisarts om volgens het collaborative care model te werken in combinatie met deze decision aid een goede

combinatie zijn. Hiervoor zijn training en supervisie van de care managers nodig en structurele beschikbaarheid van de consultant-psychiater en van het web-based tracking systeem dat fungeert als monitoring systeem en decision aid. Financiering van de behandeling en financiële prikkels die casefinding middels triage door de huisarts bevorderen zijn nuttig en nodig voor een goede disseminatie van het model. Tevens is denkbaar dat het organiseren van deze ketenzorg niet alleen aan de huisartsen overgelaten zou moeten worden, gezien de grote organisatorische inspanning die dit vergt. Zorgverzekeraars zouden hierin het voortouw kunnen nemen om met groepen zorgverleners dit soort zorg te contracteren en de organisatie ervan niet alleen financieel maar ook organisatorisch te faciliteren.

In de eerste lijn bleek het hebben van een chronische ziekte een negatieve invloed te hebben op behandeling. In de ziekenhuissetting werd het collaborative care model juist bij chronisch zieken toegepast, die de polikliniek bezochten. Daar blijkt het effect op de ernst van de depressie niet anders in de collaborative care groep ten opzichte van gebruikelijke zorg. Dat is ook niet verwonderlijk, want in die ziekenhuizen was een psychiatrisch consultatieve dienst aanwezig waardoor de gebruikelijke zorg op dat vlak relatief goed was. Het bleek echter wel dat de collaborative care meerwaarde had in het verminderen van adverse medical events. Ook bleek deze behandeling kosteneffectief. Dit is een positieve bevinding die waarschijnlijk te verklaren is uit het feit dat collaborative care in de PST module veel aandacht besteedt aan activering van de patiënt en verbeteren van de zelfzorg van de patiënt. Dit heeft dus duidelijk meerwaarde bij chronisch zieke patiënten. Het feit dat in de ziekenhuissetting dit positieve effect in de chronisch zieke groep juist zo duidelijk wordt, in tegenstelling tot in de huisartsensetting, zou kunnen samenhangen met het feit dat het contact en de afstemming met de behandelend medisch specialist hier snel te leggen is vanwege de korte lijnen.

In de bedrijfsgeneeskundige setting is geprobeerd om het gebrek aan verbinding tussen de arbeidsgeneeskundige setting en de GGZ op te vangen door de bedrijfsarts zelf een deel van de behandeling te laten geven. Als naar de feitelijke uitvoering van dit model wordt gekeken, dan blijkt dat de PST door veel bedrijfsartsen conform het model is gegeven. Het voorschrijven van medicatie gebeurde echter in een minderheid van de gevallen en de werkhervattingsinterventie is nauwelijks uitgevoerd. De resultaten qua uitkomsten zijn dat de behandelrespons in de collaborative care groep sneller optreedt. Maar voor RTW heeft deze interventie geen duidelijke meerwaarde. Waarschijnlijk is het idee om bedrijfsartsen de behandeling naar zich toe te laten trekken weliswaar voor het psychotherapeutische deel haalbaar, en helpt het. Maar de bedrijfsarts zelf medicatie laten voorschrijven is een brug te ver, en de werkhervattingsinterventie zou niet in handen moeten liggen van een bedrijfsarts die als behandelaar optreedt. Dat past beter in de reguliere verzuimbegeleiding. Toekomstig onderzoek kan zich beter richten op het verbeteren van diagnostiek en toeleiding naar adequate behandeling door bedrijfsartsen tijdens de verzuimbegeleiding en op het verbeteren van communicatie met de curatieve sector.

Wanneer we in de drie projecten de directe medische kosten bekijken dan blijkt dat over het algemeen de kosten van de collaborative care groep gemiddeld hoger zijn dan voor de gebruikelijke zorg groep. Grotendeels kan dit verklaard worden doordat collaborative care een complexere en intensievere behandeling is dan de gebruikelijke zorg. Dit is terug te zien in de directe kosten in de huisartsen- en ziekenhuissetting. Bij de bedrijfsgeneeskundige setting valt op dat de gemiddelde directe medische kosten lager

zijn dan bij de gebruikelijke zorg. Het is mogelijk dat er restitutie plaatsvindt; mensen die vaak naar de huisarts en medisch specialist of naar dagbehandeling gingen gaan nu naar de bedrijfsarts, die goedkoper is. In de ziekenhuissetting is de collaborative care een doelmatige interventie. In de bedrijfsgeneeskundige setting en de huisartsen zorg is dit niet het geval.

Tijdens de looptijd van het Depressie Initiatief hebben zich belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen voorgedaan. Er is een zorgstandaard depressie ontwikkeld, waarvoor ook materiaal en bevindingen uit het Depressie initiatief zijn gebruikt. De gedachte dat psychische stoornissen meer en beter in de eerste lijn behandeld zouden kunnen worden heeft duidelijk postgevat en daartoe zijn ook stappen genomen. Uit recent onderzoek blijkt ook dat het voorschrijfgedrag van huisartsen als het gaat om antidepressiva beter op indicatie plaatsvindt dan 7 jaar geleden⁴⁹. Het onderscheid tussen lichte en ernstige depressies, en het belang daarvan, is veel duidelijker geworden. En de werkwijze volgens collaborative care, waarin die ernst met een vragenlijst, de PHQ-9, in kaart wordt gebracht en vervolgd om de behandeling erop aan te passen, is een vernieuwing die ook mogelijkheden biedt voor betere differentiatie in de diagnostische en indicatiestelling fase. Tot nog toe werd in de zorg, en zeker in de eerste lijn, weinig met vragenlijsten en dit soort duidelijke indicaties gewerkt. Een dergelijke werkwijze zou een cultuuromslag betekenen voor wat betreft de behandeling van depressie. Daar heeft het Depressie Initiatief een positieve rol in gespeeld. Hiermee wordt de weg gebaad voor verdere verbetering van de depressiezorg in Nederland. Uit de screeningsprocedure komen duidelijke aanknopingspunten naar voren voor triage door de huisarts bij depressieve klachten. Bij een score van 18 of meer ligt verwijzing naar de GGZ voor de hand. Bij een score van 14 of meer is behandeling met dit collaborative care model in de eerste lijn aangewezen. Een score van minder dan 14 kan waarschijnlijk met lichtere behandeling in de eerste lijn of preventief, worden benaderd.

Bijlage 1: Beknopt protocol klinisch arbeidsgeneeskunde

Beknopt protocol klinisch arbeidsgeneeskundige (BA-care manager)
• Wanneer antidepressieve medicatie in het behandelplan wordt opgenomen, wordt wat betreft de medicatie het antidepressiva algoritme gevolgd. Bij afwijking van dit algoritme of bij twijfel overleggen met psychiater. • Bij een PHQ-9 score van 0 t/m 4 is sprake van remissie. Wanneer remissie bereikt is, bespreek je beëindiging van de behandeling en geef je de werknemer hoofdstuk 7 van het zelfhulpwerkboek mee als huiswerk. De volgende afspraak wordt dit huiswerk besproken en wordt de behandeling afgesloten. • Hoofdstuk 3 van het zelfhulpwerkboek is gekoppeld aan de interventie 'participatieve werkaanpassing' (PWA).

Afspraak 1 (week 0) - 45 minuten	wekelijks
Introductie rolverdeling Afname PHQ-9 Probleembeoordeling Opstellen behandelplan Meegeven zelfhulpwerkboek en kopie van behandelplan	

Afspraak 2 (week 1) - 45 minuten	wekelijks
Bespreken huiswerk van hoofdstuk 1 zelfhulpwerkboek Sessie 1 PST Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren.	

Afspraak 3 (week 2) - 30 minuten	wekelijks
Afname PHQ-9 Bespreken huiswerk van hoofdstuk 2 zelfhulpwerkboek Knelpunteninventarisatie van PWA; gebruik hoofdstuk 3 zelfhulpwerkboek; plan afspraak met werkgever en werknemer Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren.	

Afspraak 4 (week 3) - 30 minuten	wekelijks
Bespreken huiswerk van hoofdstuk 3 (knelpunteninventarisatie) zelfhulpwerkboek Sessie 2 PST Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren. Leidinggevende de taakinventarisatie opsturen en deze vragen dit in te vullen en te retourneren.	

In te passen module: 3-gesprek - ± 45 m	
In plaats van sessie PST Behandelaafspraak wordt een week verder geschoven, volgende behandelaafspraak dus 2 weken na afspraak 4 (week 3) Zie protocol Participatieve werkaanpassing	

Afspraak 5 (week 4) - 30 minuten	wekelijks
Afname PHQ-9 Bespreken huiswerk van hoofdstuk 4 zelfhulpwerkboek Sessie 3 PST Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	

Afspraak 6 (week 5) – 30 minuten	wekelijks
Bespreken huiswerk van hoofdstuk 5 zelfhulpwerkboek Sessie 4 PST Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 7 (week 6) - 30 minuten	wekelijks
Afname PHQ-9 Eventueel bespreken volgende stap in behandeling: extra sessies PST? Antidepressieve medicatie? Bespreken huiswerk van hoofdstuk 6 zelfhulpwerkboek Sessie 5 PST Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 8 (week 8) – 30 minuten	2-wekelijks
Afname PHQ-9 Bespreken huiswerk van facultatief hoofdstuk zelfhulpwerkboek? Sessie 6 PST? Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 9 (week 10) – 30 minuten	2-wekelijks
Afname PHQ-9 Bespreken huiswerk van facultatief hoofdstuk zelfhulpwerkboek Sessie 7 PST? Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 10 (week 12) – 30 minuten	2-wekelijks
Afname PHQ-9 Is sprake van remissie? Eventueel bespreken volgende stap in behandeling Bespreken huiswerk van facultatief hoofdstuk zelfhulpwerkboek? Sessie 8 PST? Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren Aankondigen naderend einde van de behandeling	
Afspraak 11 (week 14) – 30 minuten	2-wekelijks
Afname PHQ-9 Sessie 9 PST? Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 12 (week 16) – 30 minuten	2-wekelijks
Afname PHQ-9 Sessie 10 PST? Indien werknemer antidepressieve medicatie slikt, dit evalueren	
Afspraak 13 (week 18) – 30 minuten	2-wekelijks
Einde behandeling Afname PHQ-9 Sessie 11 PST? Doorverwijzen?	

Antidepressiva algoritme	
Stap 1 Citalopram 1e week 20 mg daags Vervolgens 40 mg daags Indien na 6 weken medicatie de PHQ-9 onvoldoende is gedaand (< 5 pnt) wordt geswitcht naar stap 2	Stap 2 Venlafaxine 1e week 75 mg daags Vervolgens 150 mg daags 4e week eventueel op te hogen tot 225 mg daags, indien de PHQ-9 geen verbetering geeft.

Bijlage 2: Beknopt overzicht werkaanpassingsmethode

Beknopt overzicht van de participatieve werkaanpassingsmethode
Wanneer? Na inventarisatie van belemmeringen voor werkhervatting worden door alle betrokken stakeholders gezamenlijk gekozen (tijdelijke) werkaanpassingen geïmplementeerd op basis van consensus
Voorbereiding Informeert werknemer over de PWA methode. Vraag toestemming om contact met leidinggevende op te nemen. Benadruk dat er geen behandelinformatie besproken zal worden, maar dat gesprek gericht is op knelpunten voor werkhervatting en werkaanpassingen. Informeert de leidinggevende, plan afspraken in (telefonische afspraak, 3-gesprek).
Belangrijk! Maak duidelijk aan werknemer en leidinggevende: - Je rol als procesbegeleider - Praten over belemmeringen voor werkhervatting (niet over klachten, diagnoses en behandelingen) Gebruik de invulschema's (op papier) tijdens de gesprekken, deze geven de te volgen structuur aan.
Inventarisatie met werknemer Inventariseer met werknemer knelpunten voor werkhervatting: - Start samen met een inventarisatie van de hoofdtaken en werkzaamheden - Gebruik het invulschema uit hoofdstuk 3 van het zelfhulpwerkboek - Geef als huiswerk het afmaken van de knelpunteninventarisatie (help waar nodig de werknemer op gang komen) - Bespreek de afspraak erna de knelpunteninventarisatie. Prioriteer knelpunten en stel een top 3 samen
Inventarisatie met leidinggevende Inventariseer met leidinggevende knelpunten voor werkhervatting: - Stuur de taakinventarisatie (onderdeel van knelpunteninventarisatie waarin hoofdtaken en werkzaamheden uiteen gezet worden) aan leidinggevende - Telefonisch: Vraag leidinggevende of hoofdtaken en werkzaamheden compleet zijn en om knelpunten voor werkhervatting te inventariseren - Telefonisch: Vraag leidinggevende knelpunten te prioriteren en een top 3 samen te

stellen
3-gesprek
Bespreek top 3 geprioriteerde knelpunten van werknemer en leidinggevende
Bedenk oplossingen (brainstorm) Orden en beoordeel oplossingen Kom tot consensus over de oplossingen Gebruik 'invulschema voor de oplossingen' Stel het plan van aanpak op, gebruik 'invulschema voor plan van aanpak'
Rapportage
Vul het 'invulschema voor plan van aanpak' digitaal in en stuur het naar de werknemer en leidinggevende Met toestemming van betrokkenen gaat een kopie naar de eigen bedrijfsarts
Implementatie
Wanneer werknemer instructies nodig heeft om met aanpassingen om te gaan, bespreek deze met werknemer Bespreek indien nodig (telefonisch) met leidinggevende hoe deze de werknemer kan ondersteunen in de nieuwe situatie Evalueer een maand na het 3-gesprek of oplossingen zijn ingevoerd en of ze bijdragen aan werkhervatting

Bijlage 3: Antidepressiva algoritme CC:DIM en CC:DIP

*CM van der Feltz-Cornelis, HWJ van Marwijk, TS van Benthem, ATF Beekman
September 2007*

In het kader van CC:DIM en CC:DIP is een antidepressiva algoritme ontwikkeld, bestaande uit twee stappen van elk 6 weken.

Bij de ontwikkeling van onderstaand algoritme hebben we ons laten leiden door onderstaande overwegingen:

Dat in principe generiek wordt voorgeschreven;

Dat medicatie wordt voorgeschreven waar geen patent meer op is;

Dat de medicatie kan worden toegepast bij een chronisch zieke depressieve populatie. Expliciete aandacht is daarbij besteed aan een lage startdosering en geleidelijke dosisopbouw.

Dat het medicatie moet zijn die redelijk makkelijk te starten en te stoppen is, zonder veel voorkomende problematiek daarbij;

Dat de medicatie over het algemeen goed te verdragen is;

Voor de eerste stap hebben we een serotonerg werkend middel gekozen dat met name bij ouderen en bij somatisch cardiovasculaire comorbiditeit goed wordt verdragen.

Voor de tweede stap hebben we gekozen voor een breed werkend middel, dus zowel serotonerg als noradrenerg werkend.

Antidepressiva algoritme

Stap 1

Citalopram,

Eerste week 20 mg daags,

Tweede week 40 mg daags

Stap 2

Indien na 6 weken de PHQ-9 onvoldoende is gedaald, dat wil zeggen minder dan 5 punten, op de eerste medicatie, dan wordt geswitcht naar het volgende middel:

Venlafaxine,

Eerste week 75 mg daags,

Tweede week 150 mg,

Vierde week eventueel nog op te hogen tot 225 mg daags, indien de PHQ-9 geen verbetering geeft.

Ofwel

Nortryptiline: 1e week 50 mg, 2e week 100 mg, 3e week 150 mg daags.

Bijlage 4: Antidepressiva algoritme CC:DOC

*CM van der Feltz-Cornelis, HWJ van Marwijk, TS van Benthem, ATF Beekman
September 2007*

In het kader van CC: DOC is een antidepressiva algoritme ontwikkeld, bestaande uit twee stappen van elk 6 weken.

Bij de ontwikkeling van onderstaand algoritme hebben we ons laten leiden door onderstaande overwegingen:

- Dat in principe generiek wordt voorgeschreven;

- Dat medicatie wordt voorgeschreven waar geen patent meer op is;

- Dat het medicatie moet zijn die vaak wordt voorgeschreven in de eerste lijn;

- Dat het medicatie moet zijn die redelijk makkelijk te starten en te stoppen is, zonder veel voorkomende problematiek daarbij;

- Dat de medicatie over het algemeen goed te verdragen is;

Voor de eerste stap hebben we een serotonerg werkend middel gekozen dat met name bij ouderen en bij somatisch cardiovasculaire comorbiditeit goed wordt verdragen.

Voor de tweede stap hebben we gekozen voor een breed werkend middel, dus zowel serotonerg als noradrenerg werkend.

Het antidepressiva algoritme ziet er als volgt uit:

Stap 1

Citalopram,

Eerste week 20 mg daags,

Tweede week 40 mg daags

Stap 2

Indien na 6 weken de PHQ-9 onvoldoende is gedaald, dat wil zeggen minder dan 5 punten, op de eerste medicatie, dan wordt geswitcht naar het volgende middel:

Venlafaxine,

Eerste week 75 mg daags,

Tweede week 150 mg,

Vierde week eventueel nog op te hogen tot 225 mg daags, indien de PHQ-9 geen verbetering geeft.

NB: Doorgaans wordt in het eerste contact medicatie voor twee weken voorgeschreven.

Voorschrijven van antidepressieve medicatie

Supervisie

Uitgangspunt is dat de klinisch arbeidsgeneeskundige (BA-care manager) in het voorschrijven van antidepressieve medicatie gesuperviseerd wordt door de consulent psychiater. Wanneer de klinisch arbeidsgeneeskundige vragen heeft of wil afwijken van

het algoritme, moet deze de psychiater consulteren. Ook wordt de psychiater geconsulteerd bij de overgang naar stap 2 in het antidepressiva algoritme. Wanneer sprake is van een crisis richt de werknemer zich tot de huisarts, of eventueel de eerstehulp of regionale crisisdienst.

Indicaties en contra-indicaties

De klinisch arbeidsgeneeskundige slaat het Farmacotherapeutisch Kompas na op indicaties en contra-indicaties (website Farmacotherapeutisch Kompas: www.fk.cvz.nl).

Communicatie

De klinisch arbeidsgeneeskundige licht de huisarts van de werknemer in als hij antidepressieve medicatie gaat voorschrijven. Wanneer sprake is van remissie is het van belang dat de werknemer de medicatie nog zes maanden blijft innemen. De klinisch arbeidsgeneeskundige verwijst hiervoor de werknemer naar diens huisarts met de vraag of die de medicamenteuze behandeling wil overnemen. Vanzelfsprekend kan de klinisch arbeidsgeneeskundige, in aanvulling op de brief, telefonisch contact opnemen met de huisarts.

Bijlage 5: Producten van het Depressie Initiatief

2005

Depressie management in Nederland, april 2005. Trimbos Instituut, Utrecht.

2006

Uitgaven

Drs. M.A. Ijff, Drs. K.M.L. Huijbregts, Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis. Research Protocol. Collaborative Care in the Treatment of Depressive Disorder Containing an Antidepressant Treatment Algorithm and PST; a Multicentre Cluster Randomized Trial in Primary Care.

Van der Feltz-Cornelis C.M., Henkelman A.L.H.M., Walburg J.A. Het Depressie Initiatief. Depressie Management in Nederland. Trimbos-instituut 2006. ISBN 90-52535-51-5.

Van der Feltz-Cornelis C.M., Van Marwijk H.W.J. Facts on depression. DVD. Trimbos-instituut 2006. ISBN 9052535531.

Posters

Van der Feltz-Cornelis C.M., Van Marwijk H.W.J., Huijbregts K.M.L., Ijff M.A., Nijpels G., Beekman A.T.F. Collaborative Care: Depression Initiative in Primary care (CC: DIP). Poster gepresenteerd op de NESDA dag. 19 juni 2006.

Voordrachten

Van der Feltz-Cornelis C.M. Het Depressie Initiatief. Een antidepressiva algoritme in de eerstelijns. Voordracht gehouden op de Invitational Conference Geneesmiddelenonderzoek. Deltaziekenhuis, 29 juni 2006.

Van der Feltz-Cornelis C.M. Het Depressie Initiatief. Kwaliteit van zorg voor depressie in de eerste lijn en goede afstemming naar de tweede lijn. Voordracht gehouden op het najaarscongres van de NVvP, 9 november 2006, Amsterdam.

Interviews in de media

Van der Feltz-Cornelis C.M. Interview op FM radio AmsterdamExtra Editie naar aanleiding van de start van het Depressie Initiatief. 14 februari 2006.

Van der Feltz-Cornelis C.M. Interview op Radio Vlaardingen naar aanleiding van de start van het Depressie Initiatief. 17 februari 2006.

2007

Uitgaven

Horn, E.K., M.C. Vlasveld, M.A. Ijff, K.M.L. Huijbregts, F.J. de Jong, P. Cuijpers & C.M. van der Feltz-Cornelis. Uw somberheid te boven komen. Zelfhulpwerkboek Depressie. Trimbos-instituut. 2007.

Huijbregts, K.M.L., M.C. Vlasveld, E.K. Horn, M.A. Ijff, H.W.J. van Marwijk & C.M. van der Feltz-Cornelis. Handleiding Problem Solving Treatment (PST). Een kortdurende interventie voor patiënten met depressieve klachten in de eerste lijn. 2007. Trimbos-instituut. Utrecht.

Huijbregts, K.M.L., M.C. Vlasveld, E.K. Horn, M.A. Ijff, H.W.J. van Marwijk & C.M. van der Feltz-Cornelis. Trainingsmap met Handleiding PST, Handleiding antidepressiva en Handleiding collaborative care voor collaborative care. 2007. Trimbos Instituut Utrecht.

Meeuwissen J.A.C.. Kwaliteit van behandeling in de inkooponderhandelingen; visie van de behandelaar. Trainingsmiddag In- en verkoopgids DBC GGZ. De Reehorst, Ede. 27 september 2007.

Meeuwissen, J.A.C., R. Boomstra, A.L.C.M. Henkelman. Naar een Zorgstandaard Depressie. Doen we de goede dingen en doen we die dingen goed? 2 checklists voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Utrecht: Trimbos-instituut. 2007.

Meeuwissen, J.A.C., R. Boomstra, A.L.C.M. Henkelman. Toetsingskader voor Richtlijngebruik en Kwaliteit van Depressiezorg: 2 checklists voor zorgverzekeraars. Utrecht: Trimbos-instituut. 2007.

Schouten B, Huijser J, Rijswijk E van, Spijker J, Vergouwen A. Medicatie bij depressie, een aanvulling. Thema Diagnostiek en Behandeling. Doorbraak Depressie 2. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Sinnema H. Lange J de. in samenwerking met het expertteam. Therapietrouw. Doorbraak Depressie 2, thema Therapietrouw. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Sinnema H, Boonen M, Spijker J, Lange J de. Doorstroom in de keten. Doorbraakproject Depressie 2, thema Doorstroom. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Sinnema H. in samenwerking met het expertteam. Toolkit eerstestapsinterventies bij niet-ernstige depressie. Doorbraak Depressie 2, thema Diagnostiek en Behandeling. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Smartcard: Stepped care diagnostiek en behandeling bij depressie. Uitgave Doorbraak Depressie 2. Utrecht, Trimbos-instituut, 2007.

Stuurgroep Depressie Initiatief. Jaarverslag Depressie Initiatief 2006. Februari, 2007. Trimbos Instituut. Utrecht.

Internationale Publicaties

Horn E.K., Van Benthem T., Hakkaart-van Roijen L., Van Marwijk H., Beekman A.T.F., Rutten F., Van der Feltz-Cornelis C.M. Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. BMC Health Services Research 2007;7:28.

Ijff, M., K.M.L. Huijbregts, H.W.J. van Marwijk, A.T.F. Beekman, L. Hakkaart-Van Roijen, F.F.H. Rutten, J. Unutzer & C.M. van der Feltz-Cornelis. Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial BMC Health Services Research. 2007;7:34.

Voordrachten

Huijbregts K.M.L. Workshop 'Collaborative care als vorm van ketenzorg'. Werkconferentie Ketenzorg IGZ. 5 juni 2007.

Huijbregts, K.M.L. Presentatie PST-handleiding en Zelfhulpwerkboek. Zorgverzekeraars Nederland, Zeist. 13 juni 2007.

Van der Feltz-Cornelis C.M. Het Depressie Initiatief. Collaborative care. Voordracht gehouden voor de wetenschappelijke staf van de afdeling psychiatrie van het UMCG, 2 april 2007, Groningen.

Van der Feltz-Cornelis C.M. The Depression Initiative. Lecture held at the annual meeting of the European Alliance against Depression (EAAD), 29 en 30 mei 2007, Leipzig.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., M.A. Ijff, K.M.L. Huijbregts, H.W.J. van Marwijk, E.K. Horn, M.C. Vlasveld, L. Hakkaart-van Roijen, F.F. Rutten & A.T.F. Beekman. Active Participation of the patient in medical decision making in a collaborative care model for depressive disorder. An Algorithm. Oral poster presentation presented at the Netherlands Forum for Medical Decision making. June 22th 2007, Erasmus university Rotterdam.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., M.A. Ijff, K.M.L. Huijbregts, H.W.J. van Marwijk & A.T.F. Beekman. The role of the CL psychiatrist in a collaborative care model for depressive disorder in primary care: a treatment algorithm. Lecture held at the Symposium 'The role of CLP in the community', 10th Annual meeting of the European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics, 28th september 2007, Bologna, Italy. 28 sept 2007.

Trainingen

Huijbregts K.M.L. & M.A. Ijff. Training Collaborative care voor huisartsen. Universitaire Huisartsenpraktijk VUmc A'dam en Praktijk Hoed Leonard Springer, Haarlem. 5-12 april 2007.

Huijbregts, K.M.L. & M.A. Ijff. Training Problem Solving Treatment voor deelnemers aan CC:DIP. Trimbos-instituut, Utrecht. 23 mei 2007.

Huijbregts, K.M.L. Training Problem Solving Treatment voor deelnemers CC:DIP. Gezondheidscentrum Floriande, Hoofddorp. 19 juli 2007

Huijbregts, K.M.L. & F.J. de Jong. Training Problem Solving Treatment voor deelnemers CC:DIP. Gezondheidscentrum Huizermaat, Huizen. 6 augustus 2007.

Huijbregts, K.M.L. & F.J. de Jong. Training Collaborative care voor huisartsen. Gezondheidscentrum Floriande, Hoofddorp. 4 september 2007.

Huijbregts, K.M.L. Training Collaborative care voor huisartsen. Gezondheidscentrum de Grote Rivieren, Amsterdam. 2 oktober 2007.

Huijbregts, K.M.L. Training Collaborative care voor huisartsen. Gezondheidscentrum Huizermaat, Huizen. 18 oktober 2007.

Huijbregts, K.M.L. Training Collaborative care en Problem Solving Treatment voor deelnemers CC:DIP. Versa Welzijn, Huizen. 15 november 2007.

Jong de, F.J., Huijbregts, K.M.L. Training Tracking systeem in het kader van het project CC:DIP. Trimbos-instituut, Utrecht. 23 oktober 2007.

Vlasveld, M.C. & E.K. Horn. Training Collaborative care interventie-onderdelen in het kader van de collaborative care interventie binnen de bedrijfsgeneeskundige setting. Trimbos-instituut, Utrecht. 1 februari 2007.

Vlasveld, M.C., E.K. Horn & C.M. van der Feltz-Cornelis. Training Collaborative care interventie-onderdelen in het kader van de collaborative care interventie binnen de bedrijfsgeneeskundige setting. Trimbos-instituut, Utrecht. 18 september 2007.

Vlasveld, M.C. & I. Wassink. Problem Solving Treatment, een korte psychologische interventie bij depressieve klachten. Workshop gegeven in het kader van de cursus Psychische klachten en arbeid: werknemers met angst- of stemmingsstoornissen. LVE, NIP en SGBO. UMC St Radboud, Nijmegen. 15 juni 2007.

2008

Uitgaven

Bool, Martijn (red), Judith Blekman, Siska de Jong, Marijke Ruiter, Ineke Voordouw, Maaike Doeven, Iman Elfeddali, Christina van der Feltz-Cornelis, Joop Garssen, Jan Hoogenboezem. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. 2008, Trimbos Instituut, Utrecht.

Huijbregts, K.M.L., M.C. Vlasveld, E.K. Horn, M.A. Ijff, H.W.J. van Marwijk & C.M. van der Feltz-Cornelis Cursusmap Training CC:DIP. Collaborative care in de behandeling van depressie in de eerste lijn. Utrecht: Trimbos-instituut. 2008.

Stuurgroep Depressie Initiatief. Jaarverslag Depressie Initiatief 2007. Maart 2008, Trimbos Instituut.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Collaborative care behandeling van depressie. Het belang van het bereiken van adherentie. Psychiatrie Actueel. Maart 2008;8:2.

Van Steenberg-Weijnenburg, K. Cursusmap Training CC:DIM. Collaborative care in de behandeling van depressie in de ziekenhuispolikliniek. Utrecht: Trimbos-instituut. 2008.

Vlasveld M.C. Draaiboek voor de BA-care manager: protocol van de Collaborative Care behandeling in CC:DOC.

Vlasveld M.C. Draaiboek werkaanpassingsinterventie (participatieve werkaanpassing) in CC:DOC.

Internationale Publicaties

Meeuwissen, J.A.C. C.M. van der Feltz-Cornelis, H.W.J. van Marwijk, P.B.M. Rijnders & M.C.H. Donker (2008). A stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. International Journal of Integrated Care (Research and Theory sectie). Vol. 8, 21 February 2008 – ISSN 1568-4156. 1-11.

Nieuwenhuijsen, K., A.C. Verhoeven, U. Bültmann, A. Neumeyer-Gromen & C.M. van der Feltz-Cornelis. Interventions to improve occupational health in depressed people. (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD006237. DOI:10.1002/14651858.CD006237.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der & K. Huijbregts. An ICT supported stepped collaborative care treatment algorithm for depressive disorder in primary care in the Netherlands. RCT. Journal of Affective disorders 2008;107:S53-S122 doi: 10.1016/j.jad.2007.12.110.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der, A. Knispel & I. Elfeddali. Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new

reimbursement system: a challenge? International Journal of Integrated Care (research paper). International Journal of Integrated Care. 2008 Juli, 7;8:e56.

Värnik A., K. Kolves, C.M. van der Feltz-Cornelis, A. Marusic, H. Oskarsson, A. Palmer, T. Reisch, G. Scheerder, E. Arensman, E. Aromaa, G. Giupponi, R. Gusmao, M. Maxwell, C. Pull, A. Szekely, V. Pérez Sola & U. Hegerl. Suicide Methods in Europe A Gender Specific Analyses of Countries participating in the "European Alliance Against Depression". Journal of Epidemiology and Community Health; 62:545- 551. Doi: 10. 1136 /jech. 2008. 065391.

Vlasveld M.C., J.R. Anema, A.T.F. Beekman, W. van Mechelen, H.W.J. van Marwijk, F.F. Rutten, L. Hakkaart-van Roijen & C.M. van der Feltz-Cornelis. Multidisciplinary Collaborative Care for Depressive Disorder in the Occupational Health Setting: design of a randomised controlled trial and costeffectiveness study. BMC Health Services Research;8:99; 2008 May 5.

Voordrachten

Huibregts, K.M.L. Collaborative care in the Netherlands, First experiences with the CC:DIP-protocol. European Association for Consultant- Liaison Psychiatry and Psychosomatics. 11th. annual scientific meeting. Zaragoza. 25 juni 2008.

Huibregts, K.M.L. & F.J. de Jong. Presentatie over de deelname van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) aan het CC:DIP-project. SAG, Amsterdam. 27 maart 2008.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der. Comorbiditeit tussen diabetes en depressie. Aanknopingspunten voor behandeling. Voordracht Symposium Depressiebehandeling: Quo Vadis? Amsterdam. 18 november 2008.

Vlasveld, M.C. Presentatie 'Collaborative care & return to work bij depressieve' Cursus Work Disability Prevention. University of Sherbrooke, Canada. 1-13 juni 2008.

Vlasveld, M.C. Workshop "Werkhervatting bij mensen met depressieve klachten." Publieksdag "Open Mind." 13 december 2008, Amsterdam.

Trainingen

Huibregts, K.M.L. Training PST voor caremanagers CC:DIP. Trimbos-instituut, Utrecht. 15 september 2008.

Huibregts, K.M.L. Training toepassing Tracking-systeem t.b.v. CC:DIP. Universitaire Huisartsenpraktijk, Amsterdam. 8 januari 2008.

Huibregts, K.M.L. Training toepassing Tracking-systeem t.b.v. CC:DIP. Gezondheidscentrum de Huizermaat, Huizen. 31 januari 2008.

Huibregts, K.M.L. Training toepassing Tracking-systeem t.b.v. CC:DIP. Gezondheidscentrum de Grote Rivieren, Amsterdam. 13 maart 2008.

Huibregts, K.M.L. Training toepassing Tracking-systeem t.b.v. CC:DIP. Medisch centrum Pandion, Lelystad. 14 maart 2008.

Jong, F.J. de & K.M.L. Huibregts. Training collaborative care voor caremanagers en huisartsen van de SAG. SAG, Amsterdam. 27 mei 2008.

Van Steenberg-Weijenburg, K. Training Collaborative care bij depressie in de ziekenhuissetting. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

Van Steenberg-Weijenburg, K. & K.M.L. Huijbregts Training PST voor caremanagers CC:DIM. Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht. 20 augustus 2008.

Van Steenberg-Weijenburg, K. Training Waarborging treatment integrity in CC:DIM. Trimbos-instituut 2008.

Vlasveld, M.C. Training Collaborative care bij depressie. Trimbos-instituut. 20 januari 2009.

Vlasveld, M.C. Training Participatie werkaanpassing. Trimbos-instituut. 29 januari 2009.

Vlasveld, M.C. Training Problem Solving Treatment. Utrecht: Trimbos-instituut. 2008.
Huijbregts, K.M.L. Training PST voor potentiële caremanagers van de SAG. SAG, Amsterdam. 15 mei 2008.

Interviews in de media

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Behandeling van depressie kan veel leed voorkomen.
Interview met Christina van der Feltz-Cornelis over het Depressie Initiatief in het jaarverslag 2007 van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. April 2008.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der. Nergens zin in. Themabijlage onze hersenen over depressie in De Telegraaf. Interview met Aly van Geleuken, Fonds Psychische Gezondheid, en Christina van der Feltz-Cornelis, over het Depressie Initiatief. April 2008.

2009

Uitgaven

De Lange J., H. Sinnema, J. Huyser, G.C. Franx. Doorbraak Depressie 2 verbetert de zorg. Rapportage in het kader van het Depressie Initiatief. Trimbos Instituut. 2009.

Stuurgroep Depressie Initiatief. Jaarverslag Depressie Initiatief 2008. Mei 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Van Steenberg-Weijenburg, K. & C.M. van der Feltz-Cornelis. De kosten van collaborative care; een zorgmodel uit het Depressie Initiatief. Utrecht, Trimbos-instituut. 2009.

Voordouw, I. & G. Willemse. Integrale aanpak depressiepreventie ouderen; resultaten proefimplementatie in vier regio's'. Eindrapport. Utrecht, Trimbos-instituut. 2009.

Internationale Publicaties

Franx, G., J. Meeuwissen, H. Sinnema, J. Spijker, J. Huyser, M. Wensing & J. de Lange. Projects and Development paper. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. International Journal of Integrated Care, ISSN: 1568-4156, 2009; Vol. 9, pp. e84; PMID: 19590610.

Hegerl U., L. Wittenburg & the European Alliance Against Depression Consortium. The European Alliance Against Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. Psychiatric Services, 2009. 60 (5), 596-599.

Jong F.J. de, K.M. van Steenbergen-Weijenburg, K.M.L. Huijbregts, M.C. Vlasveld, H.W.J. van Marwijk, A.T.F. Beekman & C.M. van der Feltz-Cornelis (2009). The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. Projects and Developments. International Journal of Integrated Care, 15 June 2009. ISSN 1568-4156.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. A nurse delivered management programme for depression in people with cancer reduces depressive symptoms compared with usual care. Commentary. Evidence based Mental Health 2009 Feb;12(1):9.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. De depressie epidemie. Voldoet het economisch perspectief? NTvG 2009;26:1252-1255.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Towards integrated primary health care for depressive disorder in the Netherlands. The depression initiative. Guest editorial. International Journal of Integrated Care, 15 June 2009 - ISSN 1568-4156.

Voordrachten

Huijbregts, K.M.L., F.J. de Jong & H.W.J. van Marwijk Congres Hoofdzaken, 10 jaar Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Parallelsessie Depressie initiatief: Collaborative care in de eerste lijn. Utrecht: Jaarbeurs. 22 januari 2009.

Huijbregts K.M.L. & F.J. de Jong. Presentatie 'Collaborative care voor depressie; hoe zet de huisarts zijn middelen het beste in? Het CC:DIP project.' Congres Hoofdzaken van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. 22 januari 2009.

Vlasveld, M.C. Presentatie 'Collaborative care & return to work bij depressie' Congres Hoofdzaken van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. 22 januari 2009.

Huijbregts, K.M.L., F.J. de Jong, K. van Steenbergen-Weijenburg & M. Vlasveld. NVvP Voorjaarscongres. Cursus Collaborative care, hoe doe je dat? Groningen: Martiniplaza. 1 april 2009.

Huijbregts, K.M.L. Stepped care en collaborative care onderzoeksdag; Collaborative care in de eerste lijn. Het CC:DIP-project, hoe voeren we het uit? Utrecht: Trimbos-instituut. 20 mei 2009.

Huijbregts, K.M.L., Jong, F.J. de. 12th Annual Meeting EACLPP; poster presentation: 'Collaborative Care: Depression Initiative in Primary care (CC: DIP)'. Noordwijkerhout: NH Conference Center Leeuwenhorst. 26 juni 2009.

Huijbregts, K.M.L. Nationale Conferentie Jeugdzorg; Cliënt Volg Systeem en depressiezorg in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: WTC. 17 november 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. High Level Conference on Prevention of Depression and Suicide of the European Commission. Voordracht 'The Netherlands' national Depression policy'. Budapest, Hungary: Kempinski Hotel Corvinus. 10-11 december 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der. Presentatie Het Depressie Initiatief. Congres Hoofdzaken van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. 22 januari 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der. Congres Hoofdzaken, 10 jaar Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Voordracht Depressie initiatief: Collaborative care. Utrecht:

Jaarbeurs. 22 januari 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. NDF conferentie Diabetes en Depressie. Presentatie Behandeling van depressie bij diabetes. Nieuwegein: NBC. 24 maart 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. NVvP voorjaarscongres. Voordracht en Cursus Collaborative Care: hoe doe je dat? Groningen: Martiniplaza. 1-3 april 2009

Van der Feltz-Cornelis, C.M. SynQuest bijeenkomst. Voordracht 'Het Tracking model'. Utrecht: Jaarbeurs. 19 mei 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Onderzoeksdag Stepped Care and Collaborative Care. Presentatie Collaborative Care in het Depressie Initiatief. Utrecht: Trimbos-instituut. 20 mei 2009

Van der Feltz-Cornelis, C.M. 12th Annual Meeting EACLPP; Evidence Based Medicine in CL Psychiatry and Psychosomatics. Parallelsessie Collaborative care for the depressed medically ill. Presentatie 'The Depression Initiative: Collaborative care for depressed medically ill patients of the hospital outpatients clinic. A Multi Center trial in The Netherlands'. Noordwijkerhout: NH Conference Center Leeuwenhorst. 25-27 juni 2009.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. 12th Annual Meeting EACLPP; Evidence Based Medicine in CL Psychiatry and Psychosomatics. Parallelsessie Implementation of collaborative care. Presentatie 'The Depression Initiative: Implementation of an adapted IMPACT collaborative care model in the primary care setting in The Netherlands'. Noordwijkerhout: NH Conference Center Leeuwenhorst. 25-27 juni 2009

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Conference of the World Federation of Mental Health. Voordracht 'The effectiveness of Treatment Interventions For Major and Minor Depressive Disorder in Patients with Diabetes Mellitus'. Greece: Athens. 5-6 september 2009.

Van Steenbergen-Weijenburg, K. & T. van Benthem. Congres Hoofdzaken, 10 jaar Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Parallelsessie Depressie initiatief: Collaborative care in het ziekenhuis. Utrecht: Jaarbeurs. 22 januari 2009.

Van Steenbergen-Weijenburg, K. van. Congres behandeling van depressie bij ouderen. Parallelsessie Co-morbiditeit, 'Depressie en chronisch somatische ziekten; Collaborative Care als samenwerkingsmodel voor behandeling'. Amersfoort: De Eindhoven. 7 oktober 2009.

Trainingen

Huibregts, K.M.L., Jong, F.J. de. Training collaborative care voor huisartsen. Haarlem: Gezondheidscentrum Schalkwijk. 20 januari 2009.

Huibregts, K.M.L., Jong, F.J. de. Training collaborative care voor huisartsen. Amsterdam: Gezondheidscentrum Banne (SAG). 27 januari 2009.

Huibregts, K.M.L., Jong, F.J. de. Training collaborative care voor Huisartsen en psychologen. Amsterdam: Gezondheidscentrum Koempoelan (SAG). 24 maart 2009.

Nieuwsbrieven en websites

De nieuwsbrief CC:DIP is in 2009 2 keer verschenen. Deze nieuwsbrief houdt de psychiaters en verpleegkundigen en betrokkenen op de hoogte van de voortgang van het project.

De nieuwsbrief over CC:DIP is in 2009 4 keer verschenen met de stand van zaken van het project en met leuke weetjes en casus. Deze nieuwsbrief wordt verspreid onder de deelnemende huisartsen, care managers en andere belangstellenden.

<http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/depressie-initiatief>

<http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/collaborative-care>

<http://www.nodea.nl/>

2010

Uitgaven

Franx, G.C. Oud, M. de Lange, J., Wensing, M. Onderzoek naar de implementatie van depressierichtlijnen met de Doorbraakmethode. Trimbos Instituut. 2010.

Licht, E., J.L. Jellema, M. Meere, H.W.J. van Marwijk & C.M. van der Feltz-Cornelis. Invoering van een collaborative care zorgmodel in de setting van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra; bevindingen uit het Depressie Initiatief. Utrecht, Trimbos-instituut. 2010.

Stuurgroep Depressie Initiatief. Jaarverslag Depressie Initiatief 2009. Mei 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der, K.M.L. Huijbregts, F.J. de Jong, M.C. Vlasveld, H.J. Adér, H.W.J. van Marwijk & A.T.F. Beekman. Effectiviteit van Collaborative care voor depressie in de eerste lijn. Eindrapport CC:DIP Trimbos Instituut. 2010.

Van Steenbergen-Weijenburg, K.M. van, C.M. van der Feltz-Cornelis, H.J. Adér, A.T.F. Beekman, L. Hakkaart-van Roijen & F.F.H. Rutten. Collaborative Care voor comorbide depressie bij chronisch zieke patiënten in de ziekenhuis polikliniek. Bevindingen uit het Depressie Initiatief. Trimbos Instituut. Eindrapport CC:DIP 2010.

Vlasveld, M.C., C.M. van der Feltz-Cornelis, H.J. Adér, J.R. Anema, R. Hoedeman, W. van Mechelen, A.T.F. Beekman. Collaborative Care voor depressie in de Bedrijfs-geneeskundige setting effectiever dan de gebruikelijke zorg op respons op de PHQ9. Eindrapport CC:DOC. Trimbos Instituut. 2010.

Internationale Publicaties

Huijbregts, K.M., Marwijk, H.W.J. van, Jong, F.J. de, Schreuders, B., Beekman, A.T.F., & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2010). Adverse effects of multiple physical symptoms on the course of depressive and anxiety symptoms in primary care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 389-391.

Huijbregts, K.M., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Marwijk, H.W.J. van, Jong, F.J. de, Windt, D.A. van der, & Beekman, A.T. (2010). Negative association of concomitant physical symptoms with the course of major depressive disorder: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 511-519.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Nuyen, J., Stoop, C.H., Chan, J., Jacobsen, A.M., Katon,

W., Snoek, F., & Sartorius, N. (2010). Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 380-395.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Van Os, T.W., Van Marwijk, H.W., & Leentjens, A.F. (2010). Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 521-533.

Van Steenbergen-Weijenburg K.M., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Horn E.K., Marwijk H.W.J. van, Beekmans, A.T.F., Rutten, F.F., Hakkaart-van Roijen, L. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Services Research* 2010. 10:19 doi:10.1186/1472-6963-10-19.

Van Steenbergen-Weijenburg, K.M., Vroege, L. de, Ploeger, R.R., Brals, J.W., Vloedveld, M.G., Veneman, T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Rutten, F.F., Beekmans, A.T.F., & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2010). Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics. *BMC Health Services Research*, 10(235).

Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Laido, Z., Meise, U., Ibelshausen, A., Van Audenhove, C., Reynders, A., Kocalevent, R.D., Kopp, M., Dosa, A., Arensman, E, Coffey, C., Gusmao, R., Hegerl, U., & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*, 202(1-3), 86-92.

Vlasveld, M.C., Marwijk, H.W.J. van, & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2010). Depressie te lijf met het Collaborative care model. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154(8), 1486.

Boeken

Van der Feltz-Cornelis, C.M. (2010). Economical framework of psychiatric care. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in psychiatry: European contributions* (pp. 33-54). Dordrecht: Springer. (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, 45).

Voordrachten

Vlasveld, M.C. Presentatie "Collaborative Care voor depressie in de bedrijfsgeneeskundige setting" op een bijeenkomst van de Kring bedrijfsgezondheidszorg Amsterdam. 14 juni 2010.

Vlasveld, M.C. Posterpresentatie "Short-term effectiveness of a Collaborative Care model in the occupational health setting on severity of depressive symptoms in workers on sickness absence: a RCT" op het symposium "Treatment of medically unexplained symptoms: integrated mental health care revisited." Georganiseerd door Topklinisch Centrum Kek-LOCO, GGZ Breburg, 19 november 2010. Tilburg.

2011

Uitgaven

C.M. van der Feltz-Cornelis, M.C. Vlasveld, H.J. Adèr, H.W.J. van Marwijk, L. Hakkaart-van Roijen, K.M.L. Huijbregts, Steenbergen-Weijenburg, K.M. van & A.T.F. Beekman. Collaborative Care in Nederland. Eindrapport van het Depressie Initiatief. Trimbos Instituut. 2011.

Stuurgroep Depressie Initiatief. Jaarverslag Depressie Initiatief 2010. Trimbos-instituut, Utrecht.

Internationale publicaties

Hegerl, U., Arensman, E., Aromaa, E., Coyne, J., Gusmo, R., Kopp, M., Maxwell, M., Meise, U., Pycha, R., Pull, C., Reisch, T., Scheerder, G., Sisask, M., Perez Sola, C., Tuulari, J., Audenhove, C. van, Feltz-Cornelis, C.M. van der, & Vrník, A. (2011). Improving the care of depressed patients and preventing suicides. The European alliance against depression. *German Medical Journal*, (11).

Meeuwissen, J.A.C., Holleman, G.J.M., Jong, F.J. de, Nuyen, J., & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2011). Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 8(2), 47-52.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshäuser, A., Audenhove, C. van, Scheerder, G., Sisask, M., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der (2011). Depression in diabetes mellitus: To screen or not to screen? A patient-centred approach. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 12.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. (2011). The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression in the primary care setting in the Netherlands. *Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 260-267.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. (2011). Ten years of integrated care for mental disorders in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-8.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. van der (2011). Improving mental health in Europe. The challenge. *Public Service Review: European Science and Technology*, (13).

Van Steenbergen-Weijenburg, K.M., Puffelen, A.L. van, Horn, E.K., Nuyen, J., Dam, P.S. van, Benthem, T.B., Beekman, A.T., Rutten, F.F., Hakkaart-van Roijen, L., & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2011). More co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes with multiple complications. An observational study at a specialized outpatient clinic. *Diabetic Medicine*, 28(1), 86-89.

Värnik, A., Sisask, M., Vrník, P., Wu, J., Klves, K., Arensman, E., Maxwell, M., Reisch, T., Gusmo, R., Audenhove, C. van, Scheerder, G., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Coffey, C., Kopp, M., Szekely, A., Roskar, S., & Hegerl, U. (2011). Drug suicide: A sex-equal cause of death in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1).

Vlasveld, M.C., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Bultmann, U., Beekman, A.T.F., Mechelen, W. van, Hoedeman, R., & Anema, J.R. (2011). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: A prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*.

Vlasveld, M.C., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Ader, H.J., Anema, J.R., Hoedeman, R., Mechelen, W. van, & Beekman, A.T. (2011). Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *British Journal of Psychiatry*.

Voordrachten

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Depressie na CVA. Voordracht gehouden op 25.1.2011 in de Wintercursus 2011 "Hoofd- en bijzaken." Stichting DOKH. Sierra Nevada, 22 tot 26 januari 2011.

Van der Feltz-Cornelis, C.M. Depression and Diabetes: to screen or not to screen? Take Control Peak and Valleys Conference in HongKong, China, 25 maart 2011.

Van der Feltz-Cornelis, CM. Deskundige in het televisieprogramma spraakmakende zaken over depressie. IKON 12 juli 2011.

Vlasveld, M.C. Presentatie "The effectiveness of a Collaborative Care model in the occupational health setting in reducing the severity of depressive symptoms and the duration until RTW in depressed workers sick-listed between 4 and 12 weeks" International conference on integrated care, Odense, Denmark, 31 maart, 2011.

Literatuur

- (1) Smit F. Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthese, Oratie. 2009. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (2) Prins M. *Mental health care from the patient's perspective: a study of patients with anxiety and depression in general practice; thesis* [NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research; 2010.
- (3) Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama* 2003;289:3145-3151.
- (4) Trimbos-instituut. National steering group Multidisciplinary Guideline development for mental disorder. Multidisciplinary Guideline for depression: Guideline for diagnosis and treatment of depressive disorder in adult patients. 2005. Utrecht.
- (5) Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Van Gelderen MG et al. NHG Standaard Depressieve Stoornis. *Huisarts Wet* 2003;46:614-633.
- (6) van der Feltz-Cornelis C.M., Henkelman ALCM, Walburg JA. Het Depressie Initiatief. Depressiemanagement in Nederland. 1-6-2006. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (7) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama* 2002;288:1775-1779.
- (8) Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1109-1115.
- (9) Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Jama* 2002;288:2836-2845.
- (10) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-2321.
- (11) Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:46-57.
- (12) Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:484-493.
- (13) Richards DA, Lovell K, Gilbody S et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2008;38:279-287.

- (14) Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007;57:364-370.
- (15) Kruijschaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Essink-Bot ML. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2003;77:53-64.
- (16) Plaisier I, Beekman ATF, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BWJH. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord* 2010;125:198-206.
- (17) Koopmans PC, Roelen CAM, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Environ Health* 2007;DOI 10.1007/s00420-007-0243-7.
- (18) Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, overspanning, depressieve stoornis. publicatienummer 2006/22. 2006. Den Haag, Gezondheidsraad.
- (19) van der Hoek W. Prognose van depressie in het kader van de claimbeoordeling voor de nieuwe WAO. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2006;14:161-166.
- (20) Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M. Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Can J Psychiatry* 2006;51:76-83.
- (21) Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41:1447-1462.
- (22) Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007;37:351-362.
- (23) Blonk RW, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress* 2006;20:129-144.
- (24) Nieuwenhuijsen K, Verhoeven AC, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Library*. In press.
- (25) Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-595.
- (26) Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999;29:823-832.
- (27) Kathol RG, Petty F. Relationship of depression to medical illness. A critical review. *J Affect Disord* 1981;3:111-121.

- (28) Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *Bmj* 2002;325:149-152.
- (29) Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama* 1989;262:914-919.
- (30) Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28:97-103.
- (31) Bodenheimer T. Helping patients improve their health-related behaviors: what system changes do we need? *Dis Manag* 2005;8:319-330.
- (32) Ormel J, Bartel M, Nolen WA. Undertreatment of depression; causes and recommendations. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1005-1009.
- (33) Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999;14:569-580.
- (34) Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004;42:1211-1221.
- (35) Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003;160:2080-2090.
- (36) Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:297-308.
- (37) van Steenbergen-Weijenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Services Research*, 2010; Vol 10, pp 19 Electronic Publication 2010.
- (38) Sutor B, Agerter DC. Collaborative psychiatric care in a rural family medicine setting reduces health care utilization in depressed patients. *Minnesota Medicine*, 2007 Jan; Vol 90 (1), pp 39-41 2007.
- (39) Teh CF, Reynolds CF, III, Cleary PD. Quality of depression care for people with coincident chronic medical conditions. *General Hospital Psychiatry*, 2008 Nov-Dec; Vol 30 (6), pp 528-35 Electronic Publication 2008.
- (40) Mayou RA, Gill D, Thompson DR et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 2000 Mar-Apr; Vol 62 (2), pp 212-9 2000.
- (41) Pilling S. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. 339. 2009.
- (42) Katon W, Unutzer J, Fan MY et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006;29:265-270.

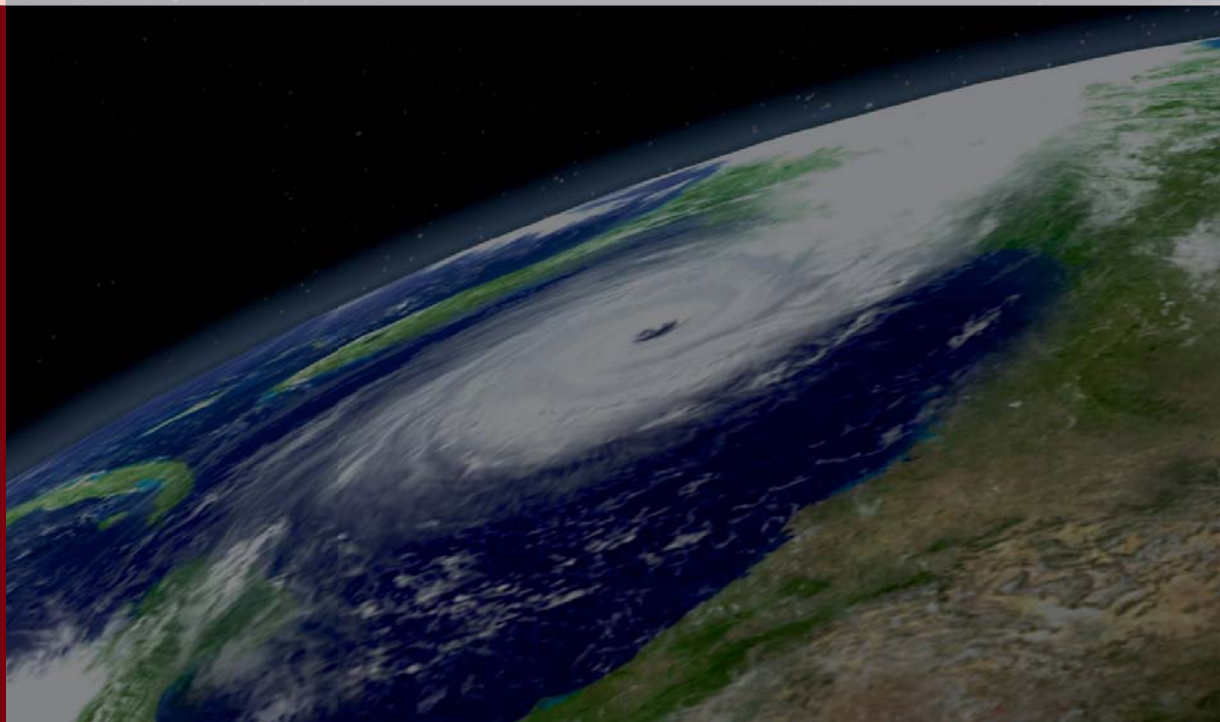
- (43) Katon W, Russo J, Von Korff M et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med* 2002;17:741-748.
- (44) Unutzer J, Katon WJ, Fan MY et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008;14:95-100.
- (45) Kinder LS, Katon WJ, Ludman E et al. Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications. *J Gen Intern Med* 2006;21:1036-1041.
- (46) Katon WJ, Von Korff M, Lin EH et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1042-1049.
- (47) Nutting PA, Rost K, Smith J, Werner JJ, Elliot C. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000;9:1059-1064.
- (48) Lowe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;42:1194-1201.
- (49) Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen W. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands study of depression and anxiety. *PLoS ONE* 2011;6.
- (50) Rundall T.G., Shortell SM, Wang MC et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations. *Bmj* 2002;325:958-961.
- (51) Unutzer J, Katon W, Williams JW, Jr. et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care* 2001;39:785-799.
- (52) Sennour Y, Counsell SR, Jones J, Weiner M. Development and Implementation of a Proactive Geriatrics Consultation Model in Collaboration with Hospitalists. 57. 2009.
- (53) Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mazumdar S, Houck PR, Counihan PJ et al. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. 2009.
- (54) Ranatunga S, Myers S, Redding S, Scaife SL, Francis MD, Francis ML. Introduction of the chronic model into an academic rheumatology clinic. *Qual Saf Health Care* 2010;Apr 27.
- (55) Strong V, Waters R, Hibberd C et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*, 2008 Jul 5; Vol 372 (9632), pp 40-8 2008.
- (56) Koopmans GT, Donker MC, Rutten FH. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:341-350.

- (57) Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:897-903.
- (58) Panzarino PJ, Jr. The costs of depression: direct and indirect; treatment versus nontreatment. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:11-14.
- (59) Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003;54:208-215.
- (60) Bijl D, van Marwijk HW, De Haan M, van Tilburg W, Beekman AJ. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* 2003;10:6-12.
- (61) Hakkaart-van Roijen L, van Straten A, Al M, Rutten F, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2006;188:323-329.
- (62) Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama* 2003;289:3095-3105.
- (63) Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
- (64) Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160:3278-3285.
- (65) Vlasveld M, Horn E, IJff M, Huijbregts K, Cuijpers P, van der Feltz-Cornelis CM. Uw somberheid te boven komen. Zelfhulpwerkboek depressie. 2007.
- (66) Cuijpers P. *In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen*. Baarn: HB Uitgevers, 2003.
- (67) Mynors-Wallis L. *Problem-solving treatment for anxiety and depression. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- (68) Huijbregts KM, Vlasveld MC, Horn EK, IJff MA, Van Marwijk HWJ, van der Feltz-Cornelis C.M. Handleiding Problem Solving Treatment (PST). 2007. Utrecht, Trimbo-instituut.
- (69) STECR Platform Reïntegratie. STECR Werkwijzer Werkaanpassing. 2006.
- (70) Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both?: a randomized controlled trial. *Spine* 2007;32:291-298.
- (71) Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res* 2007;7.

- (72) van Oostrom SH, van MW, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2010;67:596-602.
- (73) van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche R, Schonstein E, Loisel P et al. Workplace interventions for preventing work disability.
- (74) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613.
- (75) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258-266.
- (76) Hemert AM, de Waal MW, Van Rood YR. Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004;46:693-696.
- (77) Speckens AE, Spinhoven P, Sloekers PP, Bolk JH, Hemert AMv. A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *J Psychosom Res* 1995;40:95-104.
- (78) Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall, 1991.
- (79) Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander LB, Margolis M, Cohen M. Two Helping Alliance Methods for Predicting Outcomes of Psychotherapy. *JNMD* 1983;171:480-492.
- (80) Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006;6:34.
- (81) Goldstein H, Rasbash J, Plewis I et al. *A users guide to MlwinN. Multilevel Models Project*. London: University of London, 1998.
- (82) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med* 2001;51:124-135.
- (83) Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
- (84) Hakkaart-van Roijen L. *Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (in Dutch)*. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment, 2002.
- (85) Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational and Health Psychology* 1998;3:322-355.
- (86) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama* 1999;282:1737-1744.

- (87) Horn EK, van Benthem TB, Hakkaart-van Roijen L et al. Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2007;7:28.
- (88) Euroqol group. *Eq-5D user guide*. Rotterdam: Sanders instituut, EUR, 1995.
- (89) Lamers LM, Stalmeier PF, McDonnell J. Measuring the quality of life in economic evaluations: the Dutch EQ-5D tariff. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1574-1578.
- (90) Schulz KF, Altman DG, Moher D, the Consort Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials* 2010;11.
- (91) Baas K, Wittkamp KA, Weert Hv et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op. *Huisarts & Wetenschap* 2009;52:269-274.
- (92) Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007;2007:650-652.
- (93) International standard classification of occupations (ISCO). *ISCO-88* [serial online] 2010.
- (94) Kristensen TS. Intervention studies in occupational epidemiology. *Occup Environ Med* 2005;62:205-210.
- (95) Hodges L, Butcher I, Kleiboer A et al. Patient and general practitioner preferences for the treatment of depression in patients with cancer: how, who, and where? *Journal Of Psychosomatic Research*, 2009 Nov; Vol 67 (5), pp 399-402 *Electronic Publication* 2009.





Het Depressie Initiatief is een landelijk initiatief waarin gestreefd is om de zorg voor mensen die lijden aan een depressie te verbeteren en te brengen naar het niveau van de Multidisciplinaire richtlijn depressie en de NHG standaard depressie. Het is uitgevoerd onder leiding van het Trimbos Instituut en gefinancierd door het Innovatiefonds zorgverzekeraars. Deze eindrapportage geeft een beschrijving van het Collaborative Care behandelmodel dat in het kader van het Depressie Initiatief is ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd.

Collaborative care is een behandelmodel waarin hulpverleners uit verschillende disciplines samenwerken om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. Een care manager-verpleegkundige coördineert de behandeling in samenwerking met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, en consulent psychiater. In het Depressie Initiatief is dit behandelmodel geïmplementeerd en onderzocht op (kosten)effectiviteit in huisartsenpraktijken, in de bedrijfsgeneeskunde en in ziekenhuizen. Nadat het collaborative care model in de eerste lijn in buitenlandse studies effectief is gebleken, is het nu ook gebleken dat dit behandelmodel meerwaarde heeft in Nederland in de drie genoemde zorgsettings.