



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen

De toepasbaarheid en effectiviteit in de dagelijkse klinische praktijk

Een al vaker gesignaleerd probleem binnen de gezondheidszorg is dat bewezen effectieve interventies in de regel in een veel te traag tempo doordringen tot de alledaagse zorgverleningspraktijk, ook in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (IOM, 2006; Raad voor de Volksgezondheidszorg en Zorg, 2005). Als gevolg van deze trage adoptie van bewezen effectieve interventies kunnen behandelresultaten tegenvallen, waardoor de kosten voor de maatschappij onnodig hoog uitvallen (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004).

Een oplossing voor dit probleem vormt de ontwikkeling van behandelrichtlijnen. Binnen deze systematisch ontwikkelde standaarden wordt de vertaalslag gemaakt van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek naar concrete aanbevelingen voor het professioneel handelen bij een bepaalde aandoening. Doel is daarmee het gebruik van bewezen effectieve interventies te stimuleren door kennis daarover laagdrempelig toegankelijk te maken voor hulpverleners in de praktijk.

Sinds 2003 zijn vijftien van dergelijke stoornisspecifieke multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van diverse psychische stoornissen gepubliceerd en nog meer zijn in ontwikkeling (zie www.ggzrichtlijnen.nl). Waar het gaat om de ontwikkeling van behandelrichtlijnen voor de ggz, behoort Nederland daarmee internationaal tot de koplopers. Deze richtlijnen zijn echter niet vrij van kritiek. Er worden verschillende tekortkomingen genoemd. Het medisch model als uitgangspunt, en de DSM-IV-classificaties als aangrijpingspunt voor de ontwikkeling van de richtlijnen, worden door sommigen bijvoorbeeld niet als optimaal gezien (Romme, 2005; Sinnema, Franx & van 't Land, 2009a). Een andere tekortkoming zou de eenzijdige nadruk zijn op behandelingen die bewezen effectief zijn, zonder recht te doen aan ervaringen vanuit de praktijk. Doordat effectiviteit vaak onderzocht wordt in zogenaamde *efficacy studies* met streng geselecteerde onderzoekspopulaties, zou de externe validiteit van de resultaten beperkt zijn (Hutschemae-

kers, & van Kalmthout, 2006; Sinnema et al., 2009a; Smolders, Laurant, van Duin, Wensing & Grol, 2006).

Nog los van bovenstaande punten van kritiek vormt sowieso de wijze van implementatie van behandelrichtlijnen in de praktijk een uitdaging, waarbij een belangrijke vraag is of het nastreven ervan in algemene zin ook daadwerkelijk de moeite waard is. Twee systematische reviews laten zien dat de weinige beschikbare implementatiestudies op deze vraag geen eenduidig antwoord bieden (Bauer, 2002; Weinmann, Koesters & Becker, 2007). In studies naar de implementatie van richtlijnen binnen de ggz worden op hun best bescheiden effecten gevonden, die ook nog eens vaak tijdelijk van aard blijken waar het gaat om het veranderen van gedrag van betrokken hulpverleners en het verbeteren van uitkomsten van zorg. De effectiviteit van gebruikte implementatiestrategieën lijkt daarbij medebepalend, waarbij vermoedelijk ook de aard van de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn zich richt van invloed is op de te behalen resultaten. Het verbeteren van de uitkomsten van behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen lijkt ook een grotere uitdaging te vormen, vermoedelijk door een grotere behandelcomplexiteit. Sinds de publicatie van deze twee systematische reviews zijn er inmiddels meerdere nieuwe studies verschenen die aantonen dat het nastreven van implementatie van richtlijnen voor de behandeling van depressie tot betere resultaten van zorg kan leiden (Bauer et al., 2009; Forsner, 2010; Yoshino et al., 2009).

Onderzoek naar de meerwaarde van het implementeren van de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (MRA)* binnen de ggz is ons nog niet bekend. Tot op de dag van vandaag zijn er wel aanwijzingen dat er nog grote winst te boeken is waar het gaat om het bevorderen van juiste naleving van behandelrichtlijnen voor deze patiëntenpopulatie, zelfs in de gespecialiseerde tweede lijn. Een studie van Bet en collega's (2013) laat bijvoorbeeld zien dat bij slechts 56% van de patiënten met een matig tot ernstige angststoornis, behandeld binnen de tweede lijn, vastgesteld kon worden dat de behandeling adequaat was. Hierbij werd getoetst aan de aanbevelingen van eerste keuze volgens de richtlijn: het voorschrijven van een juist medicijn óf het aanbieden van een vorm van gesprekstherapie. Hierbij werd gebruikgemaakt van vrij minimale criteria voor het correct voorschrijven van de aanbevolen medicatie en het aanbieden van gesprekstherapie (waarbij in het laatste geval niet eens getoetst is of wel een van de aanbevolen vormen van gesprekstherapie heeft plaatsgevonden). Er vond verder ook geen toetsing plaats bij een onvoldoende behandelrespons voor het correct uitvoeren van eventuele vervolgstappen voor behandeling. Deze studie bevestigt daarmee de indruk dat er nog veel ruimte is voor het bevorderen

van de juiste toepassing van de verschillende aanbevolen behandelstappen volgens de MRA. Al bij een toets op toepassing van één enkele stap zijn de cijfers matig.

In dit artikel willen we specifiek kijken naar de toepasbaarheid en effectiviteit van de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (MRA) in de dagelijkse klinische praktijk van de ggz. Dit om een beeld te krijgen van de waarde van het implementeren van deze richtlijn binnen deze setting. Deze bijdrage is een bewerkte versie van de Nederlandstalige samenvatting van het proefschrift van de eerste auteur, over de effectiviteit en toepasbaarheid van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen (van Dijk, 2014). Centraal in het proefschrift staan de volgende vier vragen:

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

In de volgende paragrafen zal hierbij steeds apart gerefereerd worden aan één van de vier deelstudies van het promotieonderzoek, waarmee getracht is antwoord te geven op elk van bovengenoemde vragen. Afgesloten wordt met een slotbeschouwing over de potentiële meerwaarde van de invoering van deze richtlijn.

Als noot vooraf alvast het volgende: Toen dit promotieonderzoek startte, richtte het zich op de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen zoals gepubliceerd in 2003 (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003). Gezien de geringe wijzigingen in de derde herziene versie van de MRA (Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling Angststoornissen/Depressie, 2013) met betrekking tot de kernaanbevelingen voor zover van toepassing voor de gespecialiseerde ggz, worden de resultaten van dit proefschrift voor deze setting nog steeds relevant geacht voor de actuele klinische praktijk. Te meer omdat deze wijzigingen, buiten de toepassing van basisinterventies en/of *e-health* interventies binnen de huisartsenpraktijk of generalistische Basis GGZ, vooral van toepassing zijn op de latere medicatiestappen,

waarvoor slechts zeer kleine aantallen patiënten in aanmerking zullen komen, als de andere stappen goed zijn uitgevoerd.

DE HAALBAARHEID VAN HET IMPLEMENTEREN VAN DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ANGSTSTOORNISSEN

Om antwoord te krijgen op de vraag of het mogelijk is de MRA te implementeren, werd de richtlijn als onderdeel van een casestudie systematisch geïmplementeerd binnen een ambulante behandelteam voor angststoornissen (van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2012a). Dit team angststoornissen vormde onderdeel van een tweedelijns behandelsetting in Almelo, bestaande uit zestien professionals van verschillende disciplines en een verschillend niveau van senioriteit. Onderdeel van deze studie was ook te zoeken naar effectieve manieren om implementatie voor elkaar te krijgen. Daarbij kwamen we uit op de stapsgewijze aanpak voor implementatie zoals beschreven door Grol en Wensing (2001). Deze aanpak is voortgekomen uit het feit dat er geen kant-en-klare oplossing voor implementatie lijkt te zijn en verschillende theorieën over gedragsverandering aangrijpingspunten kunnen bieden voor het veranderen van de zorgverleningspraktijk. Binnen deze stapsgewijze aanpak wordt na een diagnostische analyse van de uitgangssituatie voorafgaand aan de implementatie en het formuleren van daaruit volgende veranderdoelen, een gerichte keuze gemaakt voor een combinatie van implementatiestrategieën om daarmee maatwerk te kunnen leveren. Belangrijk volgens Grol en Wensing is om het effect van de gekozen interventies met regelmaat te blijven monitoren om steeds tijdig, als gewenste resultaten uitblijven, het gemaakte implementatieplan te kunnen bijstellen (*plan-do-check-act*).

Een belangrijk hulpmiddel bij de implementatie was de ontwikkeling van een set van procesindicatoren. Deze indicatoren werden ontwikkeld met behulp van de input van een groep van deskundigen, leden van het NEDERLANDS Kenniscentrum voor Angst en Depressie (NEDKAD) (van Dijk, Verbraak, Oosterbaan, ten Doeschate & van Balkom, 2007). Deze procesindicatoren werden gebruikt om met de informatie uit de dossiers van patiënten een indruk te kunnen krijgen van de mate waarin de belangrijkste aanbevolen behandelstappen uit de richtlijnen goed toegepast werden en, in latere fasen van het onderzoek, veranderingen hierin vastgesteld konden worden. Onderdeel van deze indicatoren was, waar het de toepassing van de verschillende aanbevolen medicatiestappen betreft, het beoordelen, en daarmee controleren, van het voorschrijven van de juiste, aanbevolen medicijnen, de juiste dosering

daarvan en een adequate behandelduur. Waar het de verschillende aanbevolen psychologische interventies betreft, werd ook specifiek gekeken naar het geven van een rationale voor behandeling, het adequaat gebruik van huiswerkopdrachten indien van toepassing binnen de betreffende psychologische interventie en ook naar een adequate behandelduur van de interventie. Uiteindelijk is bij de toetsing aan de hand van deze procesindicatoren, rekening houdend met de specifieke angststoornis, vooral gekeken naar het goed uitvoeren van de eerste twee à drie aanbevolen stappen uit de MRA, waar het ging om psychologische behandeling en tevens naar de eerste drie aanbevolen stappen betreffende de medicamenteuze behandeling. De aanbevelingen betreffende deze stappen konden namelijk gebaseerd worden op wetenschappelijk bewijs van het hoogste niveau en werden door de NEDKAD-leden als relevant beschouwd voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Als onderdeel van de gevolgde *plan-do-check-act*-cyclus bij de implementatie werden uiteindelijk de volgende belangrijkste op maat gemaakte interventies gebruikt:

- 1 Reorganisatie van het zorgproces, waarbij niet langer de intaker, als lid van een apart intake-team, maar de behandelcoördinator van het behandelteam voor angststoornissen verantwoordelijk werd voor het opstellen van het behandelplan.
- 2 Het ontwikkelen en verspreiden van schriftelijk instructie- en keuzemateriaal voor hulpverleners en patiënten over de aanbevolen behandelingen volgens de richtlijnen.
- 3 Organisatie van instructiebijeenkomsten om de inhoud van de richtlijnen en de reikwijdte van de richtlijnaanbevelingen te bespreken. Dit laatste met behulp van input van de hulpverleners in de vorm van ingebrachte casuïstiek. Hierbij werd expliciet het verzoek gedaan om lastige casussen in te brengen, waarbij het vermoeden was van de therapeut dat het naleven van de richtlijnaanbevelingen moeilijk zou worden.
- 4 Het trainen van professionals in relevante vaardigheden met betrekking tot de uit te voeren interventies om de richtlijnen goed te kunnen toepassen.
- 5 Het routinematig vaststellen van de mate waarin aanbevolen interventies daadwerkelijk werden toegepast. Dit laatste als onderdeel van de behandelplanbesprekingen op het niveau van de individuele hulpverleners met de behandelcoördinator en ook als onderdeel van feedbacksessies met het hele behandelteam.

Op grond van de vergelijking van de resultaten van dossieronderzoek uitgevoerd bij 150 patiënten die werden behandeld binnen het angststoornissteam voor de start van de implementatie van de

TABEL 1
Mate waarin de richtlijn nageleefd werd voor en na de implementatie

Richtlijn aanbeveling	Voor de imple- mentatie (n = 150)		Na de imple- mentatie (n = 181)		Ver- schil (%)	Toets	p
Aantal patiënten geïndiceerd voor cognitieve therapie en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	124	(15.3)	109	(69.7)	+54.5	$\chi^2 = 71.094$	< 0.01
Aantal patiënten geïndiceerd voor behandeling middels exposure en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	81	(17.3)	50	(60.0)	+42.7	$\chi^2 = 25.289$	< 0.01
Aantal patiënten geïndiceerd voor EMDR en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	23	(43.5)	30	(96.7)	+43.2	$\chi^2 = 18.948$	< 0.01
Aantal patiënten geïndiceerd voor medicatie stap 1 en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	54	(55.6)	59	(61.0)	+5.4	$\chi^2 = 0.346$	0.56
Aantal patiënten geïndiceerd voor medicatie stap 2 en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	15	(20.0)	20	(45.0)	+25.0	$\chi^2 = 2.378$	0.12
Aantal patiënten geïndiceerd voor medicatie stap 3 en het percentage patiënten dat het ook daadwerkelijk kreeg aangeboden: n (%)	11	(45.5)	12	(16.7)	-28.8	Fishers exact toets	0.19

richtlijnen en 181 patiënten die werden behandeld binnen ditzelfde team na de start van de implementatie, werden uiteindelijk significante verbeteringen vastgesteld bij het naleven van de belangrijkste kernaanbevelingen van de richtlijn gedurende het eerste jaar van de therapie van een patiënt, waarop expliciet een verbetering werd nagestreefd. Verbeterpercentages in de orde van grootte van 43 tot 54 procent meer naleving van richtlijnaanbevelingen werden gevonden voor het toepassen van de aanbevolen psychologische interventies, met name ook doordat deze vaker volledig correct werden uitgevoerd ($p < .05$) (zie tabel 1).

Deze resultaten vormen het bewijs dat implementatie van richtlijnen in een behandelteam dat zich richt op patiënten met angststoornissen in een praktijksetting mogelijk is. Een stapsgewijze en planmatige implementatieaanpak lijkt hierbij behulpzaam te zijn, waarbij met speciaal ontwikkelde implementatiestrategieën, knelpunten bij de implementatie worden aangepakt.

UITKOMSTEN BIJ PATIËNTEN BIJ WIE DE RICHTLIJN WEL OF NIET CORRECT WERD NAGELEEFD

Na start van de implementatie binnen het behandelteam uit Almelo werden als onderdeel van een beloopstudie de uitkomsten van zorg vastgesteld van patiënten die bij start van de behandeling en één jaar later bereid waren in het kader van wetenschappelijk onderzoek verschillende vragenlijsten in te vullen (van Dijk, Oosterbaan, Verbraak & van Balkom, 2012b). Doel van deze studie was na te gaan of het correct naleven van de richtlijnen betere uitkomsten oplevert. De behandeluitkomsten van 81 patiënten bij wie de richtlijnen correct waren nageleefd (adherente gevallen), werden uiteindelijk vergeleken met die van 58 patiënten bij wie de richtlijnen ten onrechte niet waren nageleefd (non-adherente gevallen; ten onrechte was het richtlijnadvies niet nageleefd, hoewel deze patiënten niet aan exclusiecriteria voor de geïndiceerde behandelstap voldeden). Bij deze laatste groep was ten minste één aanbevolen stap uit de MRA ten onrechte niet correct aangeboden. Het bleek dat de bereikte klachtenreductie, gemeten met behulp van de SCL-90 R (Arrindell & Ettema, 2003) bij de categorie patiënten bij wie kon worden vastgesteld dat de belangrijkste, door de richtlijn voorgeschreven behandelstappen goed waren uitgevoerd, met 32 punten verschil significant groter was dan bij de categorie patiënten bij wie in het zorgaanbod van de richtlijnen was afgeweken ($p < .05$). Hierbij werd gerekend met een voor baselinewaarde gecorrigeerde, zogenaamde 'residuel-gain score', als afhankelijke variabele in een multiële lineaire regressieanalyse. Patiënten bij wie de

richtlijn niet goed was nageleefd, hadden bij aanvang van de behandeling gemiddeld genomen namelijk meer ernstige klachten zoals gemeten met de SCL-90 R. In de analyse werd tevens gecorrigeerd voor het aantal zittingen als versturende variabele. Er werd tussen beide groepen patiënten geen significant verschil gevonden in verbeteringen in kwaliteit van leven. De groep patiënten bij wie de richtlijnen goed waren nageleefd, bleek wel duidelijk meer tevreden te zijn over de gevolgde behandeling in vergelijking met de andere groep. Tevens was het aantal behandelcontacten geringer in de groep patiënten die correct volgens de richtlijnen behandeld werd. In de studie werd vastgesteld dat de richtlijnen bij 87% van de patiënten toepasbaar zou zijn geweest. Het naleven van richtlijnen kan dus tot betere uitkomsten leiden en kan de zorg ook efficiënter maken. Tevens laat deze beloopstudie zien dat de aanbevelingen uit de angstrichtlijnen breed toepasbaar zijn.

SYSTEMATISCHE IMPLEMENTATIE VERSUS DISSEMINATIE VAN DE RICHTLIJN

De twee hierboven beschreven deelstudies geven een aanwijzing dat implementatie van de MRA haalbaar is en dat het naleven ervan tot betere therapieresultaten lijkt te leiden. De methodologische opzet van deze studies maakt het trekken van harde causale conclusies over de meerwaarde van het implementeren van de MRA echter moeilijk. De effectiviteit van de gevolgde aanpak voor implementatie van de MRA laat zich moeilijk afleiden door de afwezigheid van een echte controleconditie, waarbinnen gewone zorg zoals gebruikelijk werd aangeboden. Overigens lijkt de grootte van gevonden verschillen in de mate waarin kernaanbevelingen van de MRA nageleefd werden in de eerste casestudie een toevallige verschuiving uit te sluiten. Er is namelijk bekend dat publicatie van richtlijnen alleen, zonder verdere aandacht voor de invoering ervan, zelden tot grote veranderingen in het gedrag van hulpverleners leidt (Bauer, 2002). Toch valt hierover niets met zekerheid te zeggen, door het ontbreken van een controlegroep. Bij de genoemde beloopstudie naar het verschil in behandeluitkomst tussen de zogenaamd 'adherent' en 'niet-adherent' behandelde patiënten is weliswaar via de statistiek gecorrigeerd voor de invloed van mogelijk versturende variabelen. Echter, vanwege de aard van het gebruikte onderzoeksdesign is niet uit te sluiten dat een niet gemeten factor verantwoordelijk is voor het feit dat bij een bepaalde groep patiënten de MRA niet gevolgd werd, waardoor de therapie-uitkomsten in deze groep slechter waren.

Om toch meer zekerheid te krijgen over de meerwaarde van systematische implementatie van de MRA, werd de studie zoals beschreven in de vorige paragraaf uitgebreid met een controlegroep (van Dijk et al., 2014). Hiervoor werd gebruikgemaakt van patiënten behandeld in een vergelijkbare behandelsetting in Amsterdam, waar dataverzameling plaatsvond in het kader van de Netherlands Study on Depression and Anxiety (NESDA) (Penninx et al., 2008). Binnen deze setting in Amsterdam was de MRA slechts verspreid onder de hulpverleners, zonder dat verder actief aandacht besteed was aan het bevorderen van het juiste gebruik van deze richtlijn. Omdat in de NESDA-studie alleen patiënten geïnccludeerd werden die leden aan een primaire diagnose paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis, werden uit het Almelose cohort alleen deze patiënten geselecteerd voor de vergelijking. De mate waarin de MRA was nageleefd werd wederom door middel van procesindicatoren middels dossieronderzoek getoetst, waarbij gekeken werd naar het eerste jaar van behandeling van een patiënt. Bij baseline, éénjaars en tweejaars follow-up (FU1; FU2) werd de ernst van de angst en aanwezig vermijdingsgedrag bepaald en tevens naar de ernst van aanwezige comorbide depressieve klachten gekeken. Hierbij werd gebruikgemaakt van de Nederlandse vertalingen van de Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979) en de Inventory of Depressive Symptoms (IDS-SR; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996). Uiteindelijk bleek dat bij 61.7% van de 81 patiënten in de interventieconditie (Almelo) de MRA goed werd nageleefd, terwijl ditzelfde het geval was voor 40.6% van de 69 patiënten in de controleconditie (Amsterdam) ($p = .01$). Gemiddeld genomen vertoonden in deze studie patiënten in de interventieconditie ernstigere klachten bij start van de behandeling. Dit verschil beïnvloedde de resultaten van de studie evenwel niet of nauwelijks. Bij FU1 vertoonden patiënten in de interventieconditie een grotere afname van hun angstklachten ($d = .48, p < .05$) en een sterkere afname van vermijdingsgedrag ($d = .34, p < .05$). Respons- (52.6% vs. 33.8%; $p = .025$) en herstelpercentages (33.3% vs. 16.9%; $p = .026$) lagen ook hoger in de interventieconditie. Bij FU2 bleken meer patiënten in de controleconditie gedurende het tweede jaar nog behandeld te zijn. De eerder gevonden verschillen bij FU1 lijken hierdoor deels tenietgedaan bij FU2. Dit geldt niet voor het verschil in afname van vermijdingsgedrag bij FU2 ($d = .68, p < .05$). In termen van afname van depressieve klachten over tijd werd geen verschil tussen de beide onderzoekscondities gevonden. De resultaten van deze deelstudie suggereren dat als richtlijnen beter worden toegepast er ruimte is voor verdere verbetering van de resultaten van de zorg. De conclusie is dat systematische implementatie van

de angstrichtlijnen de kwaliteit van de zorg en mogelijk ook de efficiëntie ervan kan verbeteren.

HET VOORSPELLEN VAN WIE ONVOLDOENDE VAN EEN BEHANDELING VOLGENS RICHTLIJN ZAL PROFITEREN

Op grond van scores op de SCL-90R en met gebruikmaking van de criteria volgens Jacobson en Truax (1991), kon uiteindelijk toch nog 40% van de 81 conform de richtlijn behandelde patiënten uit Almelo bij de éénjaars follow-up (FUI) worden bestempeld als non-responder (SCL-90R verschilscore start en éénjaars follow-upmeting < 30). Ook bleek 63% van deze patiënten bij FUI nog steeds last te hebben van functionele beperkingen (Sheehan Disability Scale totaalscore > 6; criterium afgeleid van Stein, Bandelow, Dolberg, Andersen & Baldwin, 2009). Een belangrijke vraag voor de praktijk is of voor start van de behandeling al voorspeld kan worden welke patiënten onvoldoende van een behandeling volgens de MRA zullen profiteren. Dit om beredeneerd af te kunnen wijken van de MRA, of tijdig aanpassingen te kunnen doen om de kans op behandel succes voor bepaalde groepen patiënten te kunnen vergroten. Om die reden werden diverse variabelen waarvan uit de literatuur bekend is dat ze de behandelprognose ongunstig kunnen beïnvloeden, of dat ze samengaan met verhoogde kans op blijvende functionele beperkingen, op hun voorspellende waarde onderzocht in een predictiestudie (van Dijk, Verbraak, Oosterbaan, Hoogendoorn & van Balkom, 2014). Voorbeelden van dergelijke in de literatuur aangehaalde variabelen zijn: leeftijd, geslacht, allochtone afkomst, opleidingsniveau, arbeidssituatie, inkomen, motivatie voor behandeling, aanwezigheid van motieven voor secundaire winst, de aanwezigheid van een comorbide depressieve stoornis, een comorbide angststoornis of comorbide persoonlijkheidsproblemen en de mate van tevredenheid met de toegankelijkheid van de zorg. De stapsgewijze selectieprocedure voor het ontwikkelen van een statistisch predictiemodel voor behandel non-respons, leverde een model op met alleen geslacht en aanwezigheid van motieven voor secundaire ziekte-winst als voorspellende variabelen. Mannen hadden een iets grotere kans op een behandel non-respons na één jaar en patiënten met een nevenmotief bij het zoeken van hulp verrassend genoeg een kleinere kans. De voorspellende waarde van dit predictiemodel voor behandel non-respons bleek echter *zeer beperkt* te zijn. De stapsgewijze selectieprocedure voor het ontwikkelen van een predictiemodel voor blijvende functionele beperkingen, leverde een model op met geslacht, de aanwezigheid van een comorbide angststoornis en tevredenheid met de toegankelijkheid van zorg als voorspel-

lende variabelen. Mannen leken een grotere kans op blijvende functionele beperking te hebben na één jaar en patiënten met een comorbide angststoornis een kleinere kans. Patiënten die ontevreden zijn met de toegankelijkheid van de zorg, hadden een grotere kans op blijvende functionele beperkingen. De mate waarin dit model met deze drie voorspellende variabelen in staat lijkt onderscheid te maken tussen patiënten die een kleine dan wel grote kans lijken te hebben op blijvende functionele beperkingen na één jaar, blijkt op grond van de gevonden resultaten uitstekend.

De conclusie moet voorlopig zijn dat het vooralsnog moeilijk is te voorspellen welke patiënten onvoldoende van een behandeling volgens de richtlijnen zullen profiteren. Dit als gekeken wordt naar het optreden van behandelrespons als uitkomstmaat. Dit suggereert tegelijkertijd dat met er de huidige kennis dus ook weinig reden is iemand met een angststoornis als primaire diagnose, een dergelijke behandeling te onthouden. Vanuit het perspectief van het voorkómen van langdurende invaliditeit lijkt daarbij als aangrijpingspunt voor de hulpverlening vooral rekening gehouden te moeten worden met eventueel ervaren problemen bij de toegankelijkheid van zorg. Het aanbieden van huisbezoeken of de inzet van e-health interventies zou in die voorkomende gevallen wellicht uitkomst kunnen bieden.

SLOTBESCHOUWING

Op grond van bovengenoemde studies samen, ontstaat het beeld dat het inderdaad haalbaar is om de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (MRA)* in de dagelijkse praktijk van de ggz te implementeren en dat het nastreven ervan meerwaarde heeft. De eerste deelstudie suggereert concreet dat het mogelijk is betekenisvolle veranderingen te realiseren in het gedrag van hulpverleners waar het gaat om het naleven van de belangrijkste kernaanbevelingen uit de MRA, als gebruikgemaakt wordt van een doelgerichte en systematische aanpak met op maat gemaakte implementatiestrategieën. De resultaten van het doorbraakproject angststoornissen, dat geleid werd vanuit het Trimbos-instituut en op een later moment dan onze studie startte, suggereren datzelfde (Sinnema, van Wetten & Franx, 2009b). Daarbij is wel een lange adem nodig. De geschetste beloopstudie en vergelijkende quasi-experimentele studie geven verder duidelijke aanwijzingen voor het feit dat het naleven door hulpverleners en de systematische implementatie van de richtlijn, ook de uitkomsten en mogelijk de efficiëntie van zorg kunnen vergroten. Uit het huidige onderzoek kunnen evenwel moeilijk harde causale conclusies getrokken worden. Dat komt door het observati-

onele karakter van de studies. Vervolgonderzoek naar de implementatie van de angstrictlijnen zal opgezet moeten worden als een multicenter, clustergerandomiseerd, gecontroleerd experiment, om definitief uitsluitsel te bieden over de effectiviteit van de implementatie van de MRA, waarbij het goed zou zijn als ook naar de kosteneffectiviteit gekeken wordt. Het lijkt voor de toekomst ook zinvol de toegevoegde waarde van het aanbieden van de opeenvolgende aanbevolen behandelstappen uit de richtlijn te onderzoeken. Idealiter zou er daarbij ook gekeken moeten worden naar betere voorspellers van het behandelingsucces van de verschillende aanbevolen behandelstappen. Kennis hierover zou de doelmatigheid van zorg immers verder kunnen verbeteren.

Met de huidige kennis lijkt een patiënt met een angststoornis als primaire diagnose, die een wens heeft tot vermindering van zijn klachten, vooralsnog de meeste zekerheid op een succesvolle aanpak te hebben bij aanbod van een bewezen effectieve behandeling zoals aanbevolen in de MRA. In de eerste beschreven deelstudie bleek dat slechts bij 13% van de patiënten geen enkele van de aanbevolen behandelstappen uit de MRA toegepast kon worden. Een patiënt die een aanbevolen behandelstap weigert, een vroege therapiedrop-out, sterk interfererende psychosociale problemen, acute suïcidaliteit, of ernstige verslavingsproblemen vormden hiervoor in algemene zin een legitieme reden. Ditzelfde gold voor somatische contra-indicaties of ernstige bijwerkingen bij het toepassen van de aanbevolen medicatiestappen uit de richtlijn. Dit geeft aan dat de MRA in alle andere gevallen in de dagelijkse praktijk heel goed toepasbaar zou moeten zijn. De predictiestudie suggereert verder ook dat er met de huidige kennis op dit moment weinig reden is om iemand met een angststoornis als primaire diagnose, een behandeling volgens deze richtlijn te onthouden. Dit omdat er geen betrouwbare voorspellers geïdentificeerd konden worden, om vooraf vast te kunnen stellen dat iemand waarschijnlijk niet op een behandeling volgens deze richtlijn zal reageren.

Samen geven deze bevindingen sterke aanwijzingen dat de systematische implementatie van de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* de kwaliteit van zorg zou kunnen verbeteren, hetgeen het opstarten van meer wijdverspreide initiatieven gericht op implementatie van deze richtlijn, zou moeten aanmoedigen.

DANKBETUIGING

Het grootste gedeelte van de promotiestudie waarvan deze bijdrage verslag doet werd uitgevoerd in de periode dat de eerste drie auteurs van dit artikel binnen Dimence werkzaam waren. Onze dank gaat hierom uit naar deze instelling en de betrokken hulpverleners die er werkten voor het mede mogelijk maken van deze studie. Het onderzoek werd verder mogelijk gemaakt middels een subsidie van ZonMw (subsidie nr.100-002-022).

- DR. MAARTEN VAN DIJK is gz-psycholoog in opleiding tot specialist en senior wetenschappelijk onderzoeker bij de HSK Groep te Arnhem
- PROF.DR. MARC VERBRAAK is klinisch psycholoog, bijzonder hoogleraar gezondheidszorgpsychologie aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen en hoofdopleider gz-psychologen aan het Radboud Centrum voor Sociale Wetenschappen te Nijmegen. Daarnaast is hij inhoudelijk directeur van de HSK Groep.
- DR. DESIREE OOSTERBAAN is psychiater bij de afdeling psychiatrie van het UMC St. Radboud en Pro Persona Overwaal te Nijmegen.
- PROF.DR. TON VAN BALKOM is als hoogleraar evidence-based psychiatrie verbonden aan de afdeling psychiatrie en het EMGO Instituut van het VU-MC te Amsterdam en tevens werkzaam als psychiater bij GGZinGeest.

Referenties

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.A.M. (2003). *SCL-90R. Herziane handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bauer, M.S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 148-153.
- Bauer, M., Pfennig, A., Linden, M., Smolka, M.N., Neu, P. & Adli, M. (2009). Efficacy of an algorithm-guided treatment compared to treatment as usual: A randomized controlled study of inpatients with depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29, 327-333.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bet, P.M., Hugtenburg, J.G., Penninx, B.W., van Balkom, A.J.L.M., Nolen, W.A. & Hoogendijk, W.J. (2013). Treatment inadequacy in primary and specialized care patients with depressive and/or anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 210, 594-600.
- Forsner T. (2010). *Turning guidelines into clinical practice: Findings from an implementation study*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Hutschemaekers, G.J.M. & van Kalmthout, M. (2006). The new integral multidisciplinary guidelines in the Netherlands: The perspective of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 101-113.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health in America (IOM). (2006). *Improving the quality of health care for mental and substance use conditions*. Washington, D.C.: National Academies Press Report.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Marks, I.M. & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Penninx, B.W., Beekman, A.T., Smit, J.H., Zitman, F.G., Nolen, W.A., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (2008). The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): Ratio-

- nale, objectives and methods. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 17, 121-140.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2005). *Van weten naar doen*. Rijswijk: Quantes.
- Romme, M.A.J. (2005). Een kritische beschouwing over de keuze van de diagnose schizofrenie als uitgangspunt van richtlijnen voor de behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 837-845.
- Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarrett, R.B. & Trivedi, M.H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Sinnema, H., Franx, G. & van 't Land, H. (2009a). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ: Zicht op factoren die van invloed zijn op het gebruik en maatregelen om het gebruik te stimuleren. Themarapportage als onderdeel van de Nederlandse Trendrapportage GGZ, deeldomein 3: Kwaliteit en effectiviteit*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Sinnema, H., van Wetten, H. & Franx, G. (2009b). *Doorbraakproject angststoornissen: eindrapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smolders, A.H.W., Laurant, M.G.H., van Duin, D., Wensing, M. & Grol, R.P.T.M. (2006). Werken met richtlijnen: Beïnvloedende factoren bij het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 1018-1030.
- Stein, D.J., Bandelow, B., Dolberg, O.T., Andersen, H.F. & Baldwin, D.S. (2009). Anxiety symptom severity and functional recovery or relapse. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21, 81-88.
- van Dijk, M.K. (2014). *Applicability and effectiveness of the Dutch Multidisciplinary Guidelines for the treatment of anxiety disorders in everyday clinical practice*. Arnhem: CCD Uitgevers.
- van Dijk, M.K., Oosterbaan, D.B., Verbraak, M.J.P.M. & van Balkom, A.J.L.M. (2012b). The effectiveness of adhering to clinical-practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: The results of a cohort study in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01851.x
- van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M., Oosterbaan, D.B. & van Balkom, A.J.L.M. (2012a). Implementing practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: A case study. *International Journal of Mental Health Systems*. doi:10.1186/1752-4458-6-20
- van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M., Oosterbaan, D.B., Hoogendoorn, A.W., Penninx, B.J.W.H. & van Balkom, A.J.L.M. (2014). Effectiveness of the implementation of treatment guidelines for anxiety disorders: Results of a 2-year comparative study in specialised mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Advanced online publication, doi:10.1111/acps.12338
- van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M., Oosterbaan, D.B., Hoogendoorn, A.W. & van Balkom, A.J.L.M. (2014). Predictors of non-response and persistent functional impairments in treatment adhering to evidence-based practice guidelines for anxiety disorders. *Journal of Depression and Anxiety*, 3, 159. doi:10.4172/2167-1044.1000159
- van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M., Oosterbaan, D.B., ten Doesschate, R.J.A. & van Balkom, A.J.L.M. (2007). Toetsen, vergelijken en verbeteren: Procesindicatoren voor de zorg aan patiënten met een angststoornis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 849-861.
- Weinmann, S., Koesters, M. & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 420-433.
- Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis (3de revisie)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Yoshino, A., Sawamura, T., Kobayashi, N., Kurauchi, S., Matsumoto, A. &

Nomura, S. (2009). Algorithm-guided treatment versus treatment as usual for major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 652-657. www.ggzrichtlijnen.nl