

Kwaliteit van leven en klachten na een zelfmanagementtraining bij patiënten met chronische angst en depressie: een gerandomiseerde studie

A. MUNTINGH, M. LAHEIJ, H. SINNEMA, M. ZOUN, A. VAN BALKOM, A. SCHENE, J. SPIJKER

- ACHTERGROND** Er bestaat geen evidence-based rehabilitatieaanbod in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor patiënten met chronische angst en/of depressie.
- DOEL** Evalueren van het effect van de module 'Rehabilitatie door zelfmanagement' op kwaliteit van leven en klachten na zes maanden bij deze patiëntgroep in de ambulante gespecialiseerde ggz.
- METHODE** In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (Nederlands Trial Register nummer 3335) werden patiënten toegewezen aan het volgen van de module (interventiegroep) of gebruikelijke zorg (controlegroep). Na zes maanden werd de verandering in kwaliteit van leven (World Health Organisation Quality of Life assessment, Brief version; WHOQOL-BREF) en verandering in angstklachten (Beck Anxiety Inventory; BAI) en depressieve klachten (Patiënt Health Questionnaire; PHQ-9), geëvalueerd met behulp van linear mixed modelsanalyses.
- RESULTATEN** Er werden 141 patiënten geïncludeerd bij 12 ggz-instellingen. Na zes maanden werd geen significant verschil in kwaliteit van leven en klachten gevonden tussen de interventie- en de controlegroep, met verschillen op respectievelijk de WHOQOL-BREF, BAI en PHQ-9: 0,74 ($p = 0,63$), 0,39 ($p = 0,81$) en -0,07 ($p = 0,95$). Hogere scores op de BAI en PHQ-9 bij de voormeting hadden een negatieve invloed op het effect van de interventie.
- CONCLUSIE** De module laat na zes maanden geen significant effect zien op niveau van kwaliteit van leven en klachtniveau tussen interventie- en de controlegroep. Resultaten weerspiegelen de chroniciteit van de klachten en de invloed hiervan op kwaliteit van leven in deze patiëntengroep.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 504-512

TREFWOORDEN angst, chroniciteit, depressie, gerandomiseerd onderzoek, klachtniveau, kwaliteit van leven, rehabilitatie



ARTIKEL



Veel patiënten met angst en depressie bereiken met behandeling geen remissie van hun klachten en bij hen ontwikkelt zich een chronisch beloop. Onder de patiënten met angst- en depressieve stoornissen die in de gespecialiseerde ggz behandeld worden, heeft naar schatting 30% chronische klachten. Patiënten in de gespecialiseerde ggz met angst en/of depressie bij wie zich een chronische stoornis ontwikkelt, hebben vaak enkele niet-succesvolle behandel-

interventies conform de richtlijnen achter de rug en hebben een zekere mate van therapieresistentie (Rush e.a. 1995).

De hulp die deze patiënten ontvangen in de ggz bestaat veelal uit ondersteunende begeleiding door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV), gecombineerd met medicamenteuze behandeling door een psychiater (Koekkoek e.a. 2008). Binnen de huidige structuur van de zorg,

waarbij de huisarts, indien nodig in samenwerking met de basis-ggz, een belangrijke rol moet gaan spelen bij de begeleiding van de stabiele chronische patiënt met psychische problematiek (Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014), moeten deze patiënten vanuit de gespecialiseerde ggz overdragen worden aan de huisarts voor ondersteuning.

Een rehabilitatieprogramma lijkt voor deze chronische groep patiënten het meest geïndiceerd, omdat klachtgerichte behandeling onvoldoende effect heeft gehad en de focus van de behandeling verschuift naar omgaan met de klachten. Dit vergt van patiënten nieuwe vaardigheden, zodat zij met minder hulp kunnen zonder een verslechtering van kwaliteit van leven en klachten. De meeste rehabilitatieprogramma's zijn echter gericht op patiënten met psychotische stoornissen (Koekkoek e.a. 2008; Michon e.a. 2008). Deze programma's kunnen niet zonder meer worden toegepast bij patiënten met angst en depressie, omdat er andere onderwerpen aan bod komen. Bij psychotische stoornissen bijvoorbeeld, is meer aandacht nodig voor het voorkómen van opnames en het omgaan met de negatieve symptomen.

Er is slechts één rehabilitatiemodule ontwikkeld in Nederland voor patiënten met chronische depressieve klachten (Delfgaauw 2005). Deze module is toegepast in een academische setting, waar hij toepasbaar bleek te zijn. Tot op heden is er echter geen onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid en effectiviteit van deze module in de dagelijkse praktijk van de ggz. Daarnaast beperkte deze module zich tot depressieve klachten, terwijl er een hoge comorbiditeit is met angststoornissen en ook deze doelgroep frequent langdurig ondersteund wordt in de ggz.

Om deze redenen is de genoemde rehabilitatiemodule doorontwikkeld met als doel de kwaliteit van leven en de omgang met depressie- en angstklachten bij chronische patiënten te verbeteren. Doelstelling van de module is om de patiënt meer activerende en sociale activiteiten te laten uitvoeren zonder daarbij afhankelijk te zijn van het ervaren klachtniveau (Exterkate & Spijker 2010), zodat de kwaliteit van leven stijgt en mensen met zo min mogelijk professionele hulp kunnen functioneren (zelfmanagement).

De vraag is echter of kwaliteit van leven verbeterd kan worden zonder verbetering van klachten. Onderzoek bij patiënten met een acute depressieve of angststoornis laat zien dat er een duidelijk negatief verband is tussen de klachten enerzijds en de kwaliteit van leven anderzijds (Bijl & Ravelli 2000; Judd e.a. 2000; Furukawa e.a. 2001; Spijker e.a. 2004; Buist-Bouwman e.a. 2006).

In dit artikel beschrijven wij het effect van de rehabilitatiemodule op kwaliteit van leven. De verwachting is dat de kwaliteit van leven verbetert voor de patiënten die de

AUTEURS

ANNA MUNTINGH, destijds psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog; thans: postdoctoraal onderzoeker, GGZ inGeest, Amsterdam.

MARIANNE LAHEIJ, klinisch psycholoog, Novadic-Kentron, 's-Hertogenbosch.

HENNY SINNEMA, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

MARINGA ZOUN, verpleegkundig specialist, Pro Persona, Arnhem.

ANTON VAN BALKOM, psychiater, hoogleraar Evidence-based psychiatrie en opleider psychiatrie, afd. Psychiatrie en EMGO Instituut, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

AART SCHENE, psychiater, hoogleraar Psychiatrie, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

JAN SPIJKER, psychiater, bijzonder hoogleraar Chronische depressie en hoofd zorgprogramma Depressie, Pro Persona Nijmegen, senior onderzoeker Trimbos-instituut, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Anna Muntingh, GGZ inGeest, Postbus 74.077, 1070 BB Amsterdam.

E-mail: a.muntingh@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-2-2016.

module krijgen aangeboden in vergelijking met de patiënten die deze niet krijgen. Tevens onderzochten wij wat het effect van de module is op klachtniveau. Hierbij werd verwacht dat patiënten die de module krijgen aangeboden niet minder klachten gaan ervaren dan patiënten die 'gebruikelijke zorg' ontvangen, omdat de module niet gericht is op klachtreductie.

Daarnaast onderzochten we het verband tussen klachtniveau en kwaliteit van leven op verschillende gebieden in de hele groep deelnemers en de invloed van klachtniveau op het effect van de module, waarbij we een negatief verband verwachtten tussen klachtniveau en kwaliteit van leven. Het huidige onderzoek maakt deel uit van de, door het Trimbos-instituut gecoördineerde, ZEMCAD-studie (zelfmanagement bij chronische angst en depressie).

METHODE

Onderzoeksofzet en deelnemers

Wij verrichtten een gerandomiseerde studie onder patiënten met een angststoornis en/of depressieve stoornis (volgens de DSM-IV-criteria). Twaalf ggz-instellingen partici-

peerden in deze multicentertrial: Pro Persona, GGZ inGeest, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, GGZ Friesland, GGZ Breburg, Altrecht, Yulius, GGZ Centraal, Vincent van Gogh, GGZ Drenthe, GGZ Noord-Holland-Noord en PsyQ Maastricht. Deelnemers werden geworven tussen maart 2011 en februari 2013.

Inclusieprocedure

Patiënten kwamen voor deelname aan het onderzoek in aanmerking wanneer ze langer dan twee jaar in zorg waren bij de desbetreffende instelling, op het moment van aanmelding een begeleidend contact van een spv hadden of alleen nog medicatiecontacten bij de psychiater en bij wie voortgezette specialistische zorg geen meerwaarde had volgens het behandelteam. Daarnaast moesten ze een chronische angststoornis en/of depressieve stoornis hebben volgens de DSM-IV-criteria, waren ze ouder dan 18 jaar en hadden ze ten minste één *evidence-based* psychologische behandeling en ten minste 3 *evidence-based* medicatiestappen met onvoldoende succes afgerond.

Wanneer patiënten niet voldeden aan de inclusiecriteria kon, indien goed onderbouwd, alsnog besloten worden door het behandelteam en de onderzoeksgroep tot deelname aan het onderzoek. Dit gold bijvoorbeeld als een patiënt niet volledig aan de criteria van een depressie voldeed, maar wel meerdere depressies had ervaren in het verleden en het risico op terugval zeer hoog werd geschat door de behandelaren. Ook kwam het voor dat niet alle behandelstappen waren ingezet, omdat bijvoorbeeld patiënten deze behandelstappen weigerden.

Patiënten werden van deelname uitgesloten indien zij een bipolaire stoornis of psychose hadden, de Nederlandse taal slecht beheersten, er sprake was van cognitieve problemen (bijvoorbeeld dementie, IQ < 80), van terminale ziekte of een alcohol- of drugsverslaving.

Na aanmelding door de behandelaar van de desbetreffende instelling werd een MINI (MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview; Van Vliet & De Beurs 2007) afgenomen door een daartoe getrainde professional binnen de instelling en werd gekeken of de patiënt voldeed aan de inclusiecriteria.

Na deze screening en de voormeting werden deelnemers door een onafhankelijke statisticus gerandomiseerd naar de interventiegroep waarin zij de module 'Rehabilitatie door zelfmanagement' kregen of de controlegroep waarin ze gebruikelijke zorg kregen. De randomisatie gebeurde met een computergegenereerd randomisatieschema; het randomisatieschema was niet inzichtelijk voor de onderzoekers.

Interventie

Patiënten in de interventiegroep kregen de module 'Rehabilitatie door zelfmanagement' (Exterkate & Spijker 2010). Deze bestaat uit 13 poliklinische sessies met een verpleegkundige of psycholoog en duurt 26 weken, verdeeld in 3 fases. Zelfmanagement staat centraal. De doelen zijn: leren omgaan met een chronische aandoening, gedragsactivatie, copingstrategieën aanleren, het herstellen van sociale contacten en het verbeteren van dagelijkse activiteiten. Psycho-educatie voor patiënten en hun families, ook over de omgang met crises en suïcidaliteit, is een essentieel onderdeel van de module.

De module start met een introductiefase van 3 weken met wekelijks contact met als doel het werken aan de aanvaarding van het hebben van een chronische ziekte. In fase twee, de coachingfase (14 weken, met eens per 2 weken contact), wordt aandacht besteed aan de opbouw van sociale activiteiten, dagstructuur en het inzetten van sociale en probleemoplossende vaardigheden. In de eindfase (9 weken met een contact per 3 weken) wordt een plan opgesteld over hoe om te gaan met crisissituaties en wordt verder geoefend met genoemde vaardigheden.

De medicamenteuze behandeling ging tijdens de module zoals gewoonlijk door, maar naast de module kregen patiënten geen andere vormen van (psycho)therapie aangeboden. Aan het eind van de module werd aandacht besteed aan een goede overdracht naar de huisartsenzorg. Patiënten in de interventiegroep wisselden altijd van behandelaar en startten de rehabilitatiemodule bij een spv of psycholoog die getraind was om de module uit te voeren. Zij hoefden niet te wisselen van psychiater. De module had een geplande looptijd van 6 maanden en diende zo mogelijk gevolgd te worden door een verwijzing naar huisarts of basis-ggz. Bij de nameting (na 6 maanden) was deze overgang dus nog niet gerealiseerd. Behandelaren die de interventie uitvoerden, namen deel aan intervisiebijeenkomsten waarbij de trainer (een cognitief gedragstherapeut) en een onderzoeker aanwezig waren.

Behandeling in de controlegroep

Patiënten in de controlegroep kregen de gebruikelijk zorg, zoals afgesproken met hun behandelaar. Patiënten in de controlegroep hoefden, uit ethische overwegingen, niet te wisselen van behandelaar. De zorg kon bestaan uit onderhoudscontacten met de psychiater en/of de spv en had geen vaste looptijd. Ook beëindiging van de behandeling met terugverwijzing naar de huisartsenzorg was een mogelijkheid.

Metingen en uitkomstmaten

Patiënten vulden voor dit onderzoek tweemaal een vragenlijst in: bij aanvang (voormeting) en na 6 maanden (name-

ting). De primaire uitkomstmaat was de kwaliteit van leven gemeten met de *World Health Organisation Quality of Life, Brief version* (WHOQOL-BREF). Deze verkorte versie van de WHOQOL-100 (WHOQOL group 1998) meet, net als de lange versie, kwaliteit van leven op vier verschillende terreinen: fysieke gezondheid, psychische gezondheid, sociale contacten en omgeving. Daarnaast is er een totaalscore die de algehele kwaliteit van leven meet. De vragenlijst bestaat uit 24 vragen gericht op een van deze gebieden waarbij de patiënt op een 5-puntsschaal moet aangeven in welke mate hij of zij last heeft van iets of tevreden is over het gevraagde. De uitkomst van de vragenlijst wordt weergegeven in vier aparte scores, een voor elk van de domeinen en een totaalscore. De domeinscores hebben een bereik van 4 tot 20 waarbij een hogere score staat voor een betere kwaliteit van leven op dat domein. Deze vragenlijst is geschikt voor het meten van kwaliteit van leven bij patiënten met een psychische stoornis. Er is een goede betrouwbaarheid en validiteit vastgesteld (Skevington e.a. 2004).

De secundaire uitkomstmaat was het niveau van angst- en depressieve klachten, gemeten met de *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck e.a. 1988) en de depressieschaal van de *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Spitzer e.a. 1999). De BAI is een zelfrapportagevragenlijst van 21 vragen (bereik: 0-63) om de mate van angstklachten vast te stellen. De PHQ-9 bestaat uit 9 vragen (bereik: 0-27) die gebaseerd zijn op de DSM-IV-kenmerken van een depressieve stoornis.

Zowel de BAI als de PHQ-9 is valide en betrouwbaar bevonden (Beck e.a. 1988; Kroenke e.a. 2001). Hogere scores op deze lijsten betekenen meer klachten.

Contacten met hulpverleners werden gemeten met behulp van de *Trimbos/IMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness* (TiC-P) (Hakkaart-van Roijen 2002).

De vragenlijsten werden digitaal en indien nodig op papier naar de patiënten verstuurd. Papieren vragenlijsten werden ingevoerd door een onderzoeksassistente blind voor de conditie van de patiënt.

Data-analyse

In het onderzoek werd een *intention-to-treat* (ITT)-benadering gevolgd. Beschrijvende statistiek werd gebruikt voor de weergave van kenmerken van de respondenten. Onafhankelijke t-toetsen werden gebruikt voor de analyse van het verschil tussen de interventie- en controlegroep op de voormeting.

Een *linear mixed models* analyse werd uitgevoerd om het effect van de module 'Rehabilitatie door zelfmanagement' tussen de groepen op de vier domeinen van kwaliteit van leven, zoals gemeten met de WHOQOL-BREF, te toetsen. Dezelfde analyse werd gebruikt voor de vergelijking van de groepen op verandering in klachten, zoals gemeten met de BAI en PHQ-9. Het voordeel van een linear mixed models-analyse is dat deze rekening houdt met herhaalde metingen en ontbrekende waarden (ITT-benadering).

TABEL 1 Demografische gegevens en MINI-diagnoses van de deelnemers bij aanvang van de studie (n = 141)

	EXP (n = 70)		CAU (n = 71)		p
Geslacht (vrouw); n (%)	46	(65,7)	47	(66,2)	0,95 ^a
Leeftijd bij aanvang in jaren: M (SD)	47,0	(7,6)	47,9	(8,9)	0,55 ^b
Opleiding; n (%)					
Laag	35	(51,5)	38	(54,3)	0,51 ^a
Gemiddeld	11	(16,2)	15	(21,4)	
Hoog	22	(32,4)	17	(24,3)	
Geboren in Nederland; n (%)	59	(84,3)	59	(83,1)	0,85 ^a
Alleenstaand; n (%)	12	(17,1)	23	(32,4)	*0,04 ^a
Betaald werk; n (%)	13	(19,1)	13	(18,3)	0,90 ^a
Diagnose volgens MINI; n (%)					
Angststoornis	12	(17,1)	12	(16,9)	0,24 ^a
Depressieve stoornis	16	(22,9)	21	(29,6)	
Angst- en depressieve stoornis	29	(41,1)	33	(46,5)	
Geen actuele MINI-diagnose	13	(18,9)	5	(7,0)	

a Pearsons χ^2 -toets; b onafhankelijke T-toets; *significant verschil.

EXP = interventiegroep: patiënten die module Rehabilitatie door zelfmanagement kregen; CAU = controlegroep: patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen; MINI = MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview.

TABEL 2 Kwaliteit van leven en klachten bij interventie- en controlegroep op de voormeting en na 6 maanden: geschatte gemiddelden op basis van mixed modelsanalyses

WHOQOL-BREF-score	EXP (n = 70) Gem.	CAU (n = 71) Gem.	EXP vs. CAU Δ diff. ^a	p ^b 95%-BI	Effectgrootte
WHOQOL totaal					
voormeting	68,41	67,24			
6 mnden	70,20	68,30	0,74	-2,27-3,76	0,63
Fysieke gezondheid					
voormeting	10,37	10,19			
6 mnden	10,81	10,37	0,27	-0,49-1,03	0,49
Psychische gezondheid					
voormeting	10,22	10,27			
6 mnden	10,56	10,30	0,32	-0,32-0,96	0,33
Sociale relaties					
voormeting	11,07	11,52			
6 mnden	11,50	11,74	0,22	-,57-1,02	0,59
Omgeving					
voormeting	13,32	12,72			
6 mnden	13,40	12,99	-0,19	-0,86-0,48	0,58
Klachtlijsten					
PHQ-9					
voormeting	13,52	14,19			
6 mnden	11,98	12,72	-0,07	-2,01-1,88	0,95
BAI					
voormeting	23,03	24,42			
6 mnden	22,96	23,95	0,39	-2,82-3,61	0,81

^aVerskil in af- of toename van scores op vragenlijsten van voormeting tot nameting op basis van mixed modelsanalyse (EXP vs. CAU).

^bP-waarde van het verschil in veranderscores, berekend met mixed linear model.

^cTussen-groep-effectgrootte (EXP vs. CAU), berekend op basis van het mixed linear model (verschil in gemiddelde op de nameting/gepoolede standaarddeviatie).

EXP = interventiegroep: patiënten die module Rehabilitatie door zelfmanagement kregen; CAU = controlegroep: patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen; BAI = *Becks Anxiety Inventory*; PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire*; WHOQOL-BREF = *World Health Organisation Quality of Life, Brief version*.

Het verband tussen klachtniveau (PHQ-9 en BAI) en de vier domeinen van kwaliteit van leven (WHOQOL-BREF) onderzochten we met pearsoncorrelaties op basis van de gehele onderzoeksgroep op de voormeting. Hierna werd met linear mixed models getoetst of de scores van de PHQ-9 en BAI op de voormeting een effect hadden op het effect van de interventie, door deze variabelen mee te nemen als covariaat.

De bevindingen werden als significant beschouwd bij $p < 0,05$, waarbij tweezijdig werd getoetst. Bij vragenlijsten waarbij sprake was van $< 3\%$ ontbrekende gegevens werd geïmputeerd met het gemiddelde. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS-20.

RESULTATEN

Kenmerken van de deelnemers

Er kwamen 268 patiënten in aanmerking voor inclusie. Aan de hand van de stappenplannen werd bij ruim 90% van de patiëntgroep de psychotherapeutische behandeling en bij 51% de farmacotherapeutische behandeling als adequaat beschouwd. Zowel patiëntgebonden factoren (bijwerkingen, gebrekkige therapietrouw) als professionaalgebonden factoren (ontbreken indicatiestelling) werden aangetroffen om medicatie niet volgens de richtlijnen toe te passen.

Van de 268 patiënten werden er 127 geëxcludeerd: 124 patiënten weigerden deelname aan de studie, 1 patiënt

stuurde de vragenlijst te laat terug en 2 patiënten hadden een psychose resp. een bipolaire stoornis. Er was geen verschil in leeftijd of percentage vrouwen tussen de groep deelnemers en de groep die niet wilde deelnemen.

Uiteindelijk werden er 141 patiënten geïncludeerd (70 in de interventiegroep en 71 in de controlegroep). Voor demografische en klinische gegevens op de voormeting, zie **TABEL 1**. In de interventiegroep waren significant minder mensen alleenstaand (n = 12; 17%) dan in de controlegroep (n = 23; 32%; p = 0,036). Deze variabele werd meegenomen in de linear mixed modelsanalyse. Er werden geen andere significante verschillen gevonden tussen beide groepen.

Effect van de module op kwaliteit van leven

De nameting werd door 129 patiënten (91,5%) ingevuld. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de respons in de interventiegroep (n = 67; 96%) en de controlegroep (n = 62; 87%; p = 0,07). In beide groepen was een lichte verbetering (niet significant) te zien in de kwaliteit van leven gemeten met de WHOQOL-BREF-totaalscore en de vier domeinen tussen de voor- en de nameting. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de interventie- en de controlegroep (zie **TABEL 2**).

Verloop van de interventie

De module werd uitgevoerd door 29 behandelaren. Er kon bij 61 van de 70 patiënten in de interventiegroep worden achterhaald op welke wijze de module was doorlopen. Een totaal aantal van 19 patiënten (31%) stopte voortijdig met de module. In **TABEL 3** staat het aantal contacten dat patiënten in beide groepen met hulpverleners hadden, waarbij zoals verwacht patiënten in de interventiegroep significant meer contacten met een SPV of een psycholoog/psychotherapeut binnen de ggz-instelling hadden in de interventieperiode.

TABEL 4 Correlaties tussen WHOQOL-BREF- en BAI- en PHQ-9-scores bij de voormeting (n = 141)

	BAI-score	PHQ-9-score
WHOQOL-BREF-score		
Totaal	-0,49*	-0,63*
Fysieke gezondheid	-0,58*	-0,72*
Psychische gezondheid	-0,46*	-0,67*
Sociale relaties	-0,16	-0,34*
Omgeving	-0,34*	-0,31*

*p < 0,01.

BAI = Beck Anxiety Inventory; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; WHOQOL-BREF = World Health Organisation Quality of Life, Brief version.

Secundaire uitkomstmaten

Net als op de primaire uitkomstmaat, lieten de statische analyse op de secundaire uitkomstmaten BAI en PHQ-9 geen significant verschil zien tussen de interventie- en controlegroep (zie **TABEL 2**). In beide groepen was een lichte, maar niet significante afname in klachten te zien.

Verband tussen kwaliteit van leven en klachtniveau

Er werden significante correlaties gevonden tussen de scores op de WHOQOL-BREF, de PHQ-9 en de BAI op de voormeting (zie **TABEL 4**), met een sterke correlatie tussen de PHQ-9-score en domein 1 (fysieke gezondheid) en 2 (psychische gezondheid). Daarnaast waren er middelmatige correlaties tussen de score op de BAI en domein 2 (psychische gezondheid). Er was een sterke correlatie tussen PHQ-9-score en de WHOQOL-totaalscore en een middelmatige correlatie tussen de BAI-score en de WHOQOL-totaalscore. Alle correlaties

TABEL 3 Aantal contacten in de voorgaande 3 maanden met ggz-hulpverleners bij deelnemers van de studie

Gemiddeld aantal contacten (SD)	Voormeting			Nameting		
	EXP (n = 70)	CAU (n = 71)	p	EXP (n = 66)	CAU (n = 61)	p
Met huisarts	2,39 (2,61)	1,79 (2,28)	0,16	1,92 (2,33)	2,72 (5,00)	0,25
Met POH-ggz	0,99 (1,85)	1,07 (1,76)	0,78	2,00 (3,63)	1,05 (2,48)	0,09
In ggz-instelling						
Met SPV	0,91 (1,91)	0,94 (2,17)	0,93	2,70 (3,31)	1,18 (2,14)	0,04*
Met psycholoog/psychotherapeut	1,97 (3,24)	1,61 (3,04)	0,51	2,11 (3,01)	1,12 (2,32)	< 0,01*
Met psychiater	1,61 (1,66)	1,78 (1,68)	0,56	1,95 (2,89)	1,25 (1,57)	0,10

* p < 0,05

waren significant, behalve de correlatie tussen de BAI-score en de score op domein 3 (sociale relaties) (zie **TABEL 4**).

In de linear mixed modelsanalyse waar de BAI- en PHQ-9-scores bij aanvang werden meegenomen, zagen we dat een hoger klachtniveau bij aanvang een negatieve invloed had op de kwaliteit van leven na 6 maanden en op het effect van de interventie. Als deze variabelen werden meegenomen, nam de verschilscore tussen de interventie- en controlegroep af van 0,74 ($p = 0,63$) naar 0,59 ($p = 0,70$).

DISCUSSIE

Dit onderzoek naar het effect van een module rehabilitatie door zelfmanagement bij patiënten met chronische angst of depressie laat geen significante verbetering zien na 6 maanden op kwaliteit van leven, gemeten met de WHOQOL-BREF, ten opzichte van de patiënten die 'gebruikelijke zorg' kregen. Op klachtniveau, zoals gemeten met BAI en PHQ-9, vindt eveneens geen significante verbetering plaats wanneer de beide groepen vergeleken worden.

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de patiëntengroep die is geïncludeerd een ernstige, chronische problematiek heeft. De kwaliteit van leven is laag: de score van de geïncludeerde patiënten ligt ongeveer een standaarddeviatie onder het gemiddelde van de algemene bevolking op het fysieke, psychologische en sociale domein (Skevington 2004). Deze observatie wordt ondersteund door het lage percentage patiënten (19%) met betaald werk. Als we deze patiëntengroep plaatsen in het stageringsmodel zoals beschreven door Peeters e.a. (2012) en door Van Balkom e.a. (2012), dan passen zij in het laatste stadium van de ontwikkeling van de stoornis, waarbij een interventie gericht op rehabilitatie passend lijkt.

Er werden middelmatige tot sterke correlaties gevonden tussen depressieve klachten, angstklachten en kwaliteit van leven, in het bijzonder fysieke en psychische kwaliteit van leven. Daarnaast heeft een hoger niveau van angstklachten of depressieve klachten een negatief effect op de interventie.

Deze bevinding werpt de vraag op of het mogelijk is om een significante verbetering in kwaliteit van leven te bereiken zonder dat er gewerkt wordt aan klachtvermindering. Mogelijk is toch méér behandeling geïndiceerd voor deze doelgroep. Onderzoek van Wiersma e.a. (2010) over de effectiviteit van het *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) bij chronische depressie liet positieve resultaten zien op klachtreductie, met name op de langere termijn. Het is echter onbekend of hiermee ook de kwaliteit van leven van de patiënten verbetert. Voor chronische angststoornissen, in onze patiëntengroep even prevalent als de chronische depressies, zijn ons geen evidence-based psychotherapeutische behandelingen bekend.

Beperkingen

Een lastig punt in dit onderzoek was het definiëren van de inclusiecriteria. Op basis van de richtlijnen en in samenspraak met experts hebben wij de inclusiecriteria opgesteld. Wij hebben een stappenplan ontwikkeld, waarbij professionals konden aangegeven welke stappen conform de richtlijn waren ondernomen. Hierbij kon beargumenteerd worden afgeweken, bijvoorbeeld wanneer een patiënt een bepaalde stap (bijvoorbeeld lithiumadditie) niet wilde zetten. Niet alle patiënten in onze studie hebben derhalve de gehele richtlijn voor de behandeling van depressie of angst doorlopen.

Een nadeel van deze aanpak is enerzijds dat er een vrij heterogene groep patiënten is geïncludeerd, waardoor de effecten mogelijk zijn verdund. Anderzijds sluit deze aanpak goed aan bij de huidige praktijk, waarbij het niet altijd mogelijk is patiënten geheel conform de richtlijn te behandelen en geeft de studie een goed beeld van hoe de effecten van de module in de dagelijkse praktijk zullen zijn.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat persoonlijkheidsstoornissen of sociale problemen niet in kaart zijn gebracht. Deze factoren leveren mogelijk ook een bijdrage aan de chroniciteit van klachten en kunnen mogelijk in vervolgonderzoek worden meegenomen.

Een aanzienlijk deel (46%) van de patiënten die volgens het stappenplan in aanmerking kwamen, wilde niet deelnemen aan dit onderzoek. Patiënten noemden hiervoor verschillende redenen: sommigen vonden het idee van een loting niet prettig, ze wilden de vragenlijsten niet invullen, hadden andere problemen die hun aandacht vroegen, wilden niet wisselen van behandelaar of ze wilden de overstap naar de huisartsenzorg niet maken. Mogelijk hadden degenen die niet geïncludeerd zijn, ernstiger of chronischer klachten dan de groep die wel deelnam. Het is belangrijk hier aandacht aan te besteden bij eventuele implementatie van de module in de praktijk.

Een laatste punt is dat behandelaren die de interventie uitvoerden slechts een beperkt aantal (gemiddeld 2,4) patiënten hebben behandeld met de module. Echter, omdat de module gebaseerd is op de cognitieve gedragstherapie, waren alle behandelaren reeds met de technieken bekend en zijn er tijdens de intervisiebijeenkomsten weinig moeilijkheden bij de uitvoering hiervan naar boven gekomen.

Implicaties

Het huidige onderzoek leert ons dat de module Rehabilitatie door zelfmanagement onvoldoende effect heeft op de kwaliteit van leven bij patiënten met een chronische depressie of angststoornis die langdurig werden begeleid in gespecialiseerde ggz. Het tweede doel van deze studie,

namelijk het vergroten van de zelfredzaamheid van patiënten en de overgang van de gespecialiseerde ggz naar de basis-ggz of huisartsenzorg, is nog niet geëvalueerd in dit artikel. De vervolgmetingen, gedaan na 12 en 18 maanden, zullen meer inzicht geven in de doelmatigheid van deze rehabilitatie aanpak.

CONCLUSIE

Onze bevindingen wijzen uit dat patiënten die de module 'Rehabilitatie door zelfmanagement' krijgen na 6 maanden

geen verschil laten zien op kwaliteit van leven en klachtniveau in vergelijking met de patiënten die 'gebruikelijke zorg' ontvangen. Vermoedelijk zijn de marges voor verbetering in klachten en kwaliteit van leven van deze doelgroep beperkt. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of inzet van de module kosteneffectief is.

 Dit onderzoek is gefinancierd met een bijdrage van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

LITERATUUR

- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
- Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.
- Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30: 657-68.
- Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Alonso J, Bruffaerts R, Ormel J. Functional disability of mental disorder and comparison with physical disorder: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 492-500.
- Delfgaauw PG. Rehabilitatie bij depressie. Ambulante verpleegkundige begeleiding voor de ernstig chronisch depressieve patiënt. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum; 2005.
- Exterkate CC, Spijker J. Rehabilitatie bij angst en depressie. Een cursus voor cliënten met chronische en therapieresistente angst en depressie. Arnhem: Pro Persona; 2010.
- Furukawa TA, Takeuchi H, Hiroe T, Mashiko H, Kamei K, Kitamura T, e.a. Symptomatic recovery and social functioning in major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 257-61.
- Hakkaart-van Roijen L. Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (in dutch). *J Consult Clin Psychol* 2002; 59: 12-9.
- Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, e.a. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 375-80.
- Koekkoek B, Quintus A, Tiemens B, van Boeijen Ch, Spijker J. Langdurige begeleiding door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen bij angst en depressie. Is afwijken van de richtlijn onzin of noodzaak? *MGV* 2008; 63: 496-504.
- Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *J Adv Nurs* 2008; 62: 689-97.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Michon H, van Weeghel J. Rehabilitatieonderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Rush AJ, Laux G, Giles DE, Jarrett RB, Weissenburger J, Feldman-Koffler F, e.a. Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression. *J Affect Disord* 1995; 34: 25-32.
- Skarsater I, Baigi A, Haglund L. Functional status and quality of life in patients with first-episode major depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 205-13.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299-310.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AFT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 208-14.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
- Vliet IM van, Leroy H, van Megen HJM. De MINI-Internationaal neuropsychiatrisch interview: een kort gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV en ICD-10 psychiatrische stoornissen. Leiden: LUMC; 2000.
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
- Wiersma JE, van Schaik DJF, Hoogendoorn A, Dekker JJ, Van HL, Schoevers RA, e.a. The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014; 83:263-9.

SUMMARY

Quality of life and symptoms in patients with chronic depression and anxiety after a self-management training: a randomised controlled trial

A. MUNTINGH, M. LAHEIJ, H. SINNEMA, M. ZOUN, A. VAN BALKOM, A. SCHENE, J. SPIJKER

- BACKGROUND** Evidence-based interventions aimed at patient rehabilitation are not readily available in outpatient mental health care for patients with chronic anxiety and/or depression.
- AIM** To evaluate the effects that the program 'Rehabilitation through self-management' had on the life and symptoms of patients who had received this programme for six months in an outpatient mental health care setting.
- METHOD** As part of a randomised controlled trial, patients were assigned to receive the programme (intervention group) or care as usual (control group). After six months we evaluated the change in the quality of life (World Health Organisation Quality of Life assessment, Brief version (WHOQOL-BREF)) and the change in anxiety symptoms (Beck Anxiety Inventory (BAI)) and depressive symptoms (Patient Health Questionnaire (PHQ-9)) using linear mixed models analysis.
- RESULTS** We included 141 patients from 12 participating mental health care institutions. We found no significant difference between the quality of life or symptoms of patients in the intervention group and those in the control groups. Differences in change scores on the WHOQOL-BREF, BAI and PHQ-9 were 0.74 ($p=0.63$), 0.39 ($p=0.81$) and -0.07 ($p=0.95$) respectively. Higher scores on the BAI and PHQ-9 had a negative influence on the effect of the intervention.
- CONCLUSION** After six months the programme had no significant effect on patients' quality of life or symptoms. These results reflect the chronicity of symptoms and the relation between symptoms and the quality of life in this patient population.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 504-512

KEY WORDS chronic anxiety, depression, level of symptoms, functioning, rehabilitation, randomised controlled trial