

Collaborative care voor de behandeling van comorbide depressieve stoornis bij chronisch lichamelijk zieke patiënten op een polikliniek van een algemeen ziekenhuis

K.M. VAN STEENBERGEN-WEIJENBURG, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, T.B. VAN BENTHEM, E.K. HORN, R. PLOEGER, J.W. BRALS, C. LEUE, J. SPIJKER, L. HAKKAART-VAN ROIJEN, F.F.H. RUTTEN, A.T.F. BEEKMAN

- ACHTERGROND** Een depressieve stoornis komt vaak voor bij mensen met een lichamelijk chronische aandoening. Een mogelijk passende behandeling voor deze groep is de collaborativecarebehandeling.
- DOEL** Presenteren van de prevalentie en risicofactoren voor de behandeling van depressie bij patiënten met diabetes en beschrijven hoe de screening op een depressieve stoornis kan plaatsvinden en of de collaborativecarebehandeling in Nederland effectief is.
- METHODE** Elke 3 maanden werd een vragenlijst afgenomen om te bepalen of er een afname was van de depressieve stoornis en de lichamelijke klachten. Met multilevellogistische-regressieanalyses werden de uitkomsten geanalyseerd.
- RESULTATEN** Bij ongeveer 26% van de patiënten met diabetes werd een depressie vastgesteld op basis van de Patient Health Questionnaire. Na validatie van deze lijst bleek dat een afkappunt van 12 de beste uitkomsten gaf. Collaborative care had bij patiënten met een matig ernstige depressieve stoornis geen effect op de depressieve klachten, maar wel op de somatische complicaties. Bij degenen met een ernstige depressieve stoornis was er alleen effect op de depressieve klachten; op complicaties werd geen effect gevonden.
- CONCLUSIE** Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van collaborative care, op vermindering van depressieve stoornis en somatische complicaties. Het verdient echter aanbeveling om te bekijken of collaborative care effectiever kan worden door de inzet van digitale middelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 248-257

TREFWOORDEN collaborative care, depressieve stoornis, diabetes, chronisch zieken



In de Nederlandse bevolking bedraagt de jaarprevalentie van de depressieve stoornis 5,2%. (de Graaf e.a. 2011). Patiënten met lichamelijke aandoeningen hebben een verhoogde kans op een depressieve stoornis; de jaarprevalentie van een depressieve stoornis bij patiënten met dia-

betes ligt tussen de 7-16%; bij patiënten met hartaandoeningen 15-20% en bij patiënten met COPD kan dit oplopen tot 40% (Carney e.a. 2008; Egede e.a. 2002; Thombs e.a. 2008; Yohannes e.a. 2006). Een depressieve stoornis in combinatie met een chroni-

sche lichamelijke aandoening zorgt voor beperkingen in het dagelijks leven en kan het omgaan met de lichamelijke aandoening bemoeilijken (Dalal e.a. 2011; Lamers e.a. 2010a; Lee e.a. 2009). Als gevolg hiervan wordt de kwaliteit van leven ernstig verminderd (Pouwer e.a. 2003).

Vragenlijsten

Er zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar die kunnen worden ingezet bij de screening op en monitoring van depressieve klachten bij lichamelijk chronisch zieke mensen. Dat is nodig omdat een depressieve stoornis kenmerken heeft die vergelijkbaar zijn met die van een lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld gewichtsverlies of -toename, vermoeidheid of concentratieproblemen (Whooley e.a. 2000; Van der Feltz-Cornelis e.a. 2010). Vanwege de behoefte aan een snelle en korte vragenlijst voor patiënten in de eerste lijn werd de *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) ontwikkeld (Kroenke e.a. 2001). Deze auteurs betogen dat met de PHQ-9 een onderscheid gemaakt kan worden tussen matig ernstige en ernstige depressieve klachten. Hoewel screening op depressieve stoornis een goede zaak is, heeft dit weinig zin als er geen goed gevolg aan wordt gegeven (Gilbody e.a. 2008).

Behandeling depressie bij lichamelijke aandoeningen

Bij het zoeken naar een passende behandeling voor een depressieve stoornis vormen comorbide chronische lichamelijke ziekten een extra complicerende factor. De gebruikelijke behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie, antidepressiva en runningtherapie, zijn niet altijd passend voor mensen met een comorbide lichamelijke aandoening. Zo kan runningtherapie moeilijk uitvoerbaar zijn wanneer iemand ernstig beperkt is door de lichamelijke aandoening en het gebruik van antidepressiva kan als belastend ervaren worden wanneer een patiënt al meerdere medicijnen gebruikt.

Een multidisciplinaire aanpak zoals bij *disease management* kan de structuur bieden die nodig is binnen de behandeling van een depressieve stoornis bij lichamelijke aandoeningen. Binnen disease management is de gezondheidszorg rondom een patiënt georganiseerd en worden evidence-based behandelingen gegeven. Verschillende studies hebben laten zien dat disease management effectief is voor de behandeling van depressieve stoornis (Goldman e.a. 1999; Neumeyer-Gromen 2004). Het zorgde voor meer tevredenheid van de patiënten, meer controle over de aandoening en het was kosteneffectief (Badamgarav e.a. 2003; Ofman e.a. 2004).

Een speciale vorm van disease management, genaamd *collaborative care*, bleek effectief te zijn voor mensen met diabetes en depressieve stoornis (Katon e.a. 2002; 2006): de

AUTEURS

KIRSTEN M. VAN STEENBERGEN-WEIJENBURG, onderzoeker, Pro Persona Centre for Education and Research (ProCES), Nijmegen; Dr. Leo Kannerhuis, Doorwerth.

CHRISTINA VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale Psychiatrie, Tranzo, Tilburg University, Tilburg; Centrum voor Lichaam en Geest, GGZ Breburg, Tilburg; Trimbos-Instituut, Utrecht.

TJEERD B. VAN BENTHEM, psychiater, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam.

EVA K. HORN, onderzoeker, Viersprong, Landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Halsteren.

ROBERT PLOEGER, psychiater en opleider, afd. Psychiatrie, ZGT Almelo/Hengelo.

JAN W. BRALS, psychiater, afd. Psychiatrie, ZGT Almelo/Hengelo.

CARSTEN LEUE, psychiater, afd. Psychiatrie en Medische Psychologie, Universitair Medisch Centrum Maastricht.

JAN SPIJKER, psychiater, Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Nijmegen; bijzonder hoogleraar Chronische Depressie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen; hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

LEONA HAKKAART-VAN ROIJEN, universitair hoofddocent, IMTA, Rotterdam.

FRANS F.H. RUTTEN, hoogleraar Gezondheidseconomie en Health Technology Assessment, IMTA, Rotterdam.

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie, afd. Psychiatrie, VU medisch centrum, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Kirsten van Steenbergen, Postbus 62, 6865 ZH Doorwerth.

E-mail: K.vansteenbergen@leokannerhuis.nl

Strijdige belangen: prof. dr. C.M. Van der Feltz-Cornelis meldde grants van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars en het OLVG, tijdens de uitvoering van deze studie; grants van Eli Lilly, Achmea, Ministerie van VWS, ZonMw en EU FP7, buiten deze studie. Prof. dr. A.T.F. Beekman meldde grants van Eli Lilly, AstraZeneca, Jansen en Shire, gedurende de uitvoering van deze studie.

depressiescore van patiënten ging omlaag en de kwaliteit van leven omhoog (Katon e.a. 2006).

Deze collaborative care behandeling bestaat uit oplossingsgerichte therapie (*problem solving treatment*; PST) gegeven door een *caremanager*: een (psychiatrisch) verpleegkundige. Deze verpleegkundige houdt nauw contact met de consultatief psychiater en de (somatisch) medisch specialist. PST is een korte vorm van evidence-based psychothera-

pie, die is ontwikkeld voor medische professionals in de eerste lijn. Deze richt zich op het oplossen van (dagelijkse) problemen die door een depressieve stoornis in stand gehouden worden.

Collaborative care is verder gebaseerd op het principe van *stepped care*: indien nodig wordt de intensiteit opgevoerd door bijvoorbeeld *psst* te intensiveren of medicatie toe te voegen. Wanneer collaborative care werd toegepast voor chronische lichamelijke aandoeningen was dat voornamelijk bij patiënten met diabetes. De vraag is echter of deze behandeling als generieke aanpak gebruikt kan worden bij mensen met verschillende lichamelijke chronische ziekten.

Onderzoeksvragen

In dit artikel bespreken wij de resultaten van een studie naar de effectiviteit van collaborative care voor patiënten met depressie en diabetes, *comorbid* of hartaandoeningen. Een deel van de studies werd verricht onder een deelpopulatie, bestaande uit patiënten met diabetes. De onderzoeksvragen waren:

1. Wat is de prevalentie van depressie bij patiënten met diabetes en wat is het verband tussen diabetesgerelateerde complicaties en depressieve stoornis?
 2. Is de PHQ-9 een valide instrument om een depressieve stoornis vast te stellen bij patiënten met diabetes in de poliklinische ziekenhuissetting?
 3. Is collaborative care effectief voor de behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met diabetes, *comorbid* of hartaandoeningen in de poliklinische ziekenhuissetting?
- Omdat collaborative care met name in de eerste lijn is onderzocht, waarbij de depressieve klachten veelal minder ernstig zijn dan in de tweede lijn, was onze hypothese dat een verschil in de ernst van depressieve klachten ook invloed heeft op de effectiviteit van de collaborative care-behandeling. Daarom werd er in dit onderzoek onderscheid gemaakt in 2 groepen: een groep met matige en een groep met ernstige depressieve klachten.

METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd op de polikliniek van vijf Nederlandse ziekenhuizen: Ede, Maastricht, Amsterdam, Almelo en Hengelo. Patiënten die op de polikliniek kwamen voor diabetes, *comorbid* of hartziekten werden gescreend op depressie met de PHQ-9-vragenlijst (Kroenke e.a. 2001). Deze zelfinvulvragenlijst bestaat uit 9 items, die met een maximum van 3 punten gescoord kunnen worden. In totaal zijn er dus 27 punten te behalen, waarbij 0 staat voor 'geen klachten' en 27 voor 'ernstige depressie'.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat deze vragenlijst betrouwbaar is en een goed onderscheidend vermogen heeft tussen personen met en zonder een depressieve stoornis (Kroenke e.a. 2001).

Onderzoeksvraag 1: prevalentie en verband met complicaties

In Amsterdam werden 1097 patiënten met diabetes benaderd. Er werd een database samengesteld waarin per patiënt de depressiescore, diabetesgerelateerde complicaties en HbA_{1c}-waarden waren opgenomen. Ook werd gekeken naar het verband tussen het hebben van diabetesgerelateerde complicaties en depressieve stoornis. De diabetesgerelateerde complicaties werden verdeeld in microvasculaire aandoeningen (neuropathie, nefropathie en retinopathie) en macrovasculaire aandoeningen. Vervolgens werd bepaald wat de prevalentie van depressie was en welke risicofactoren voor het hebben van depressie onderscheiden konden worden.

Onderzoeksvraag 2: validatie PHQ-9

Patiënten die twee weken voor het validatieonderzoek de PHQ-9 hadden ingevuld (zowel met een positieve als met een negatieve PHQ-9-score) werden door een geblindeerde onderzoeksassistent gebeld voor een MINI-interview (Van Vliet e.a. 2007) om vast te stellen of ze ook op basis daarvan een depressieve stoornis hadden. Vervolgens werden de sensitiviteit en specificiteit van de PHQ-9 berekend. De sensitiviteit is het percentage van mensen met een depressieve stoornis volgens de gouden standaard (MINI), die als zodanig door de screener (PHQ-9) zijn herkend. De specificiteit is het percentage van mensen zonder een depressieve stoornis volgens de gouden standaard (MINI) die als zodanig worden geïdentificeerd door de screener (PHQ-9).

Onderzoeksvraag 3: effectiviteit collaborative care

Bij patiënten die een score van 10 of hoger hadden, werd het MINI-interview (Van Vliet e.a. 2007) afgenomen om vast te stellen of er sprake was van een depressieve stoornis. Vervolgens werd er op patiëntniveau gerandomiseerd naar de collaborative caregroep of de gebruikelijke zorggroep. De randomisatie werd door de onderzoekers gedaan, met behulp van een speciaal ontwikkeld computersysteem. Nadat de gegevens van de patiënt waren ingevoerd in het systeem, werd er door de computer een randomisatiegroep toegewezen.

De collaborative care-behandeling begon met een intake door de psychiater van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst waarbij deze de diagnose depressieve stoornis stelde. Ook werd besproken met de patiënt of het gebruik van een antidepressivum direct al wenselijk was. De psychiater was in het verdere verloop van de collaborative care-behandeling beschikbaar voor vragen van de caremanager omtrent de behandeling en eventuele medicatie. Medicatie werd verstrekt volgens een antidepressiva-algoritme, bestaande uit 2 stappen van elk 6 weken: stap 1: citalopram en stap 2: venlafaxine of nortriptyline. Dit

algoritme was voor alle patiënten gelijk, ongeacht de aan-
doening.

Gedurende de volgende 6 tot 12 weken hadden de patiën-
ten in de collaborativecaregroep wekelijks een consult
met de caremanager. Deze patiënten werden door de
caremanager behandeld met rST. De voortgang van de
behandeling en het effect van de behandeling op de stem-
ming werd door de caremanager bijgehouden met een
computergestuurd beslissingsondersteunend systeem,
het trackingsysteem. Om de week werd in dit systeem de
PHQ-9-vragenlijst afgenomen om te bepalen of er een
reductie in depressieve klachten was. Wanneer er niet
voldoende vermindering van klachten was, volgde een
advies uit het trackingsysteem. Daarom werd de behande-
ling stapsgewijs aangepast (stepped care). Het trac-
kingsysteem werd wekelijks bijgehouden door de carema-
nager. De stappen werden door het systeem elke 6 weken
geëvalueerd en daarop kon een advies gegeven worden
over bijvoorbeeld verlenging van de rST van 6 naar 12
weken, toevoegen van een antidepressivum wanneer dit
in eerste aanvang niet was gegeven, of wijziging van het
antidepressivum. Bij onvoorziene ontwikkelingen werd
de psychiater geconsulteerd.

De gebruikelijkzorggroep kreeg de in Nederland gebrui-
kelijke zorg, wat inhield dat ze een advies kregen om naar
de huisarts te gaan als de depressieve klachten aanhielden.
De huisarts kon dan het gebruikelijke traject inzetten.

Alle deelnemers aan het onderzoek werden gedurende een
jaar gevolgd, waarbij ze elke drie maanden een vragenlijst
kregen thuisgestuurd met vragen over depressieve stoor-
nis, kwaliteit van leven en zorggebruik. Collaborative care
is tot op heden vooral in de eerste lijn onderzocht, waarbij
de depressieve klachten veelal minder ernstig zijn dan in
de tweede lijn. Daarom is het mogelijk dat een verschil in
de ernst van depressieve klachten ook invloed heeft op de

effectiviteit van de collaborativecarebehandeling. Daarom
werd er in dit onderzoek onderscheid gemaakt in 2 groe-
pen: een groep met matige en een groep met ernstige
depressieve klachten.

Op basis van deze gegevens werd *multilevel*logistische-re-
gressieanalyse uitgevoerd om te bekijken of de behande-
ling effectief was. Bij deze analyses werden de patiënt en
het betreffende ziekenhuis als level opgevoerd. Deze ble-
ken geen significante invloed te hebben op de resultaten.
Alle analyses werden gedaan op basis van intenti-
on-to-treat. Effectiviteit werd gedefinieerd als respons
(50% daling in PHQ-9-score) of remissie (PHQ-9-score van 0
tot 5). In de tabellen waarin de respons, gemiddelde PHQ-9-
score en remissie zijn weergegeven, is de p-waarde per
uitkomst (vergeleken met de meting bij aanvang) gepre-
senteerd.

Ook werd gekeken of de behandeling invloed had op
somatische complicaties, danwel de noodzaak tot ziekte-
gerelateerde behandelingen, door gegevens hierover uit de
medische dossiers te halen. Er werden diverse somatische
complicaties geregistreerd: ketoacidose, hyper/hypogly-
kemie, micro/macrovasculaire complicaties bij de patiën-
ten met diabetes; hoge bloeddruk en cva bij patiënten met
hartproblemen; pneumonie en pulmonale disfunctie bij
COPD. De ernst van de chronische lichamelijke aandoening
werd gemeten met de LKV, de *Lichamelijke Klachten Vragen-
lijst*.

RESULTATEN

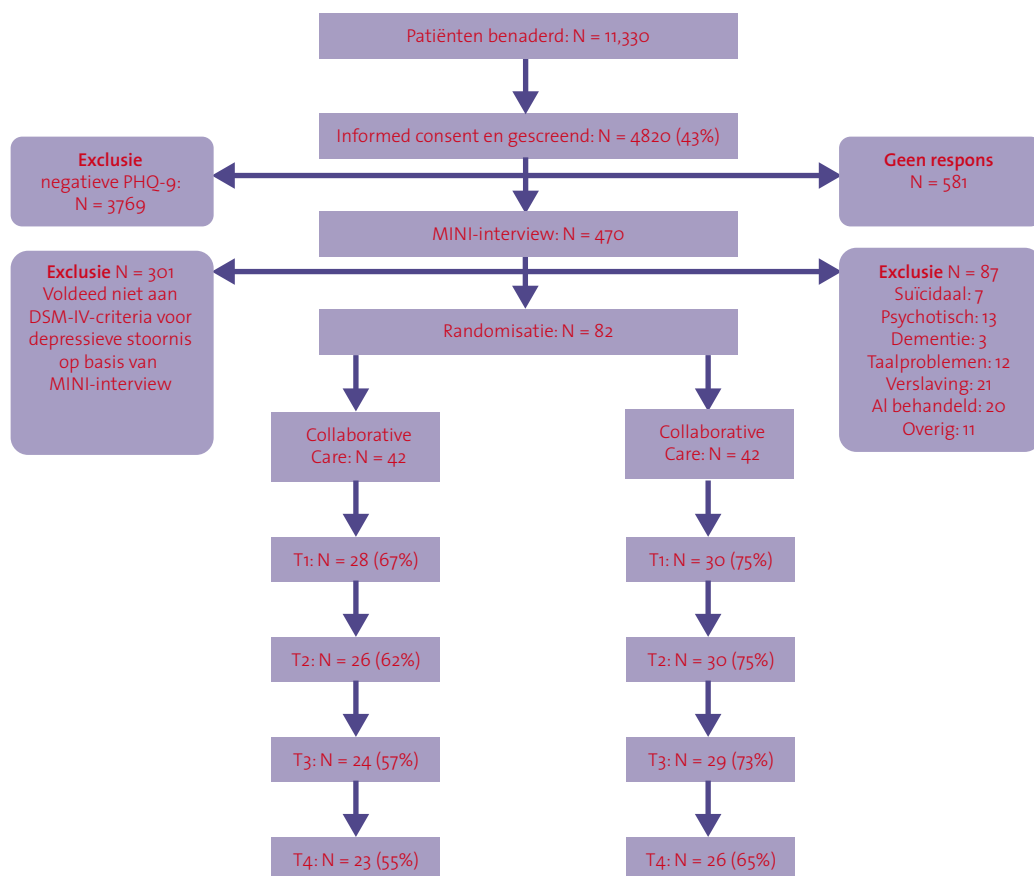
Onderzoeksvraag 1: prevalentie en verband met complicaties

Van de 1097 patiënten met diabetes voldeden er 249 niet
aan de inclusiecriteria. Daarnaast was er een non-respons
van 252 patiënten. In totaal werden 596 van de 848

TABEL 1 Sensitiviteit en specificiteit van verschillende scores op de PHQ-9, getoetst met de uitkomst van het MINI-
interview

	Score ≥ 8	Score ≥ 9	Score ≥ 10	Score ≥ 11	Score ≥ 12
Aantal	n = 99 (50,3%)	n = 95 (48,2%)	n = 91 (46,2%)	n = 71 (36,0%)	n = 60 (30,5%)
Sensitiviteit	91,9%	91,9%	91,9%	81,1%	75,7%
Specificiteit	59,4%	61,9%	64,4%	74,4%	80,0%
PV (pos. testuitslag MINI)	96,9%	97,1%	97,2%	94,4%	93,4%
PV (neg. Testuitslag MINI)	34,3%	35,8%	37,4%	37,4%	46,7%
Efficiency	65,5%	67,5%	69,5%	75,6%	79,2%

PV: voorspellende waarde van PHQ-9, getoetst met de gouden standaard (uitslag MINI-interview)

FIGUUR 1 Stroomdiagram deelnemers aan beschreven onderzoek

geschikte patiënten met diabetes type 2 geïnccludeerd (70%). 26% van de patiënten bleek een score van 10 of meer op de PHQ-9-vragenlijst te hebben, wat overeenkomt met een matige tot ernstige depressie. Patiënten die 2 of meer diabetesgerelateerde complicaties hadden, hadden een OR van 2,23 om ook een score van 10 of meer op de PHQ-9 te hebben. Dit speelde vooral bij neuropathie (OR 1,57; 95%-BI: 1,00-2,48) en nefropathie (OR 1,75; 95%-BI: 1,10-2,77).

Onderzoeksvraag 2: validatie PHQ-9

Voor dit validatieonderzoek van de PHQ-9 werden 197 patiënten met diabetes geïnccludeerd. Voor de verschillende scores op de PHQ-9 werden de sensitiviteit en specificiteit berekend. De scores tussen 8 en 12 gaven goede sensitiviteit- en specificiteitwaarden, waarbij een afkappunt van 12 de beste combinatie van deze twee waarden gaf, namelijk een sensitiviteit van 75,7% en een specificiteit van 80%. Dit was hoger dan bij de afkapwaarde van 10 (sensitiviteit: 91,9%, specificiteit: 64,4%). Deze waarden zijn weergegeven in **TABEL 1**.

Onderzoeksvraag 3: effectiviteit collaborative care

In totaal werden 82 patiënten geïnccludeerd voor het onderzoek: 42 in de collaborativecaregroep en 40 in de gebruikelijkezorggroep. Zie **FIGUUR 1** voor een stroomdiagram.

In **TABEL 2** staan de karakteristieken van de studiepopulatie weergegeven. De groep had een gemiddelde leeftijd van 58 jaar en was voornamelijk van Nederlandse afkomst (92,7%). De gemiddelde PHQ-9-score was 16,6. Er waren geen significante verschillen in demografische of klinische karakteristieken.

In de groep patiënten met een matige depressieve stoornis (PHQ-9 $\geq$ 10) bleken de patiënten te verbeteren op depressiescore in beide condities; in de collaborativecaregroep bereikte 24% respons en 22% remissie. In de gebruikelijkezorggroep bereikte 28% respons en 8% remissie. Ondanks deze verschillen was de statistische toets niet significant (**TABEL 3**).

Patiënten in de collaborativecaregroep hadden significant minder somatische complicaties en ook minder medische behandelingen nodig dan de patiënten in de gebruikelijke-

TABEL 2 Karakteristieken van de studiepopulatie

	Collaborativecaregroep (n = 42)	Gebruikelijkezorggroep (n = 40)	P-waarde
Geslacht: man, N (%)	22 (52,4)	28 (70,0)	0,525
Gemiddelde leeftijd (SD)	57 (11,6)	60 (11,6)	0,251
Nederlandse nationaliteit; n (%)	40 (95,2)	36 (90,0)	0,522
Getrouwd/samenwonend; n (%)	23 (54,8)	20 (50,0)	0,960
Opleiding na basisschool; n (%)	11 (26,2)	12 (30,0)	0,945
Gemiddeld aantal chronische lichamelijke aandoeningen (SD)	4,2 (2,4)	4,4 (2,4)	0,747
Gemiddelde ernst chronische lichamelijke aandoeningen (SD)	1,1 (0,4)	1,0 (0,5)	0,143
Gemiddelde PHQ-9-score (SD)	16,6 (4,7)	16,5 (4,0)	0,973
Aantal patiënten met diabetes	17	15	
Aantal patiënten met COPD	10	14	
Aantal patiënten met hartaandoeningen	15	10	

TABEL 3 Respons, gemiddelde PHQ-9-score en remissie in de groep met een PHQ-9-score ≥ 10

	Collaborative care (n = 42)			Gebruikelijke zorg (n = 40)			P-waarde respons	P-waarde remissie
	Respons; n (%)	Remissie; n (%)	Gem. PHQ- 9-score	Respons; n (%)	Remissie; n (%)	Gem. PHQ- 9-score		
Start	0	0	16,6	0	0	16,6		
Na 3 maanden	10 (37%)	3 (11%)	10,5	7 (23%)	2 (6%)	12,5	0,231	0,533
Na 6 maanden	7 (30%)	3 (12%)	9,8	8 (30%)	3 (11%)	11,7	0,951	0,920
Na 9 maanden	7 (29%)	2 (8%)	10,3	6 (26%)	3 (13%)	12,5	0,814	0,571
Na 12 maanden	5 (24%)	5 (22%)	10,4	7 (28%)	2 (8%)	11,4	0,747	0,194

TABEL 4 Complicaties tijdens en voor de onderzoeksperiode

Complicaties voorafgaand aan onderzoeksperiode	Complicaties tijdens onderzoeksperiode	Gebruikelijke zorg; n (%)	collaborative care; n (%)
≥ 1	≥ 1	12 (30,0)	7 (16,7)
	Geen complicaties	13 (32,5)	24 (57,1)
Geen complicaties	≥ 1	5 (12,5)	7 (16,7)
	Geen complicaties	4 (10,0)	2 (4,8)

TABEL 5 Respons, gemiddelde PHQ-9-score en remissie in de groep met een PHQ-9-score ≥ 15

	Collaborative care (n = 28)			Gebruikelijke zorg (n = 30)			P-waarde respons	P-waarde remissie
	Respons; n (%)	Remissie; n (%)	Gem. PHQ-9 -score	Respons; n (%)	Remissie; n (%)	Gem. PHQ-9- score		
Start	0	0	19,2	0	0	18,9		
Na 3 maanden	9 (32%)	3 (11%)	9,7	7 (23%)	2 (6%)	12,5	0,034*	0,999
Na 6 maanden	7 (27%)	3 (12%)	8,5	8 (30%)	3 (11%)	11,7	0,299	0,307
Na 9 maanden	7 (29%)	2 (8%)	9,2	6 (26%)	3 (13%)	12,5	0,130	0,589
Na 12 maanden	7 (30%)	3 (13%)	12,7	7 (28%)	2 (8%)	11,4	0,630	0,999

*Significant bij $p < 0,05$

zorggroep (TABEL 4). Patiënten met een verleden van somatische complicaties bleven vaker complicatievrij in de collaboratievecaregroep dan in de gebruikelijkezorggroep ($\chi^2 = 3,989$; $p = 0,046$).

In de groep met een ernstige depressieve stoornis (PHQ-9 ≥ 15) was dit juist andersom (TABEL 5). Deze patiënten hadden wel een significante daling in de depressiescore en bereikten na 3 maanden significant meer respons dan degenen in de gebruikelijkezorggroep: 32% respons in de collaboratievecaregroep versus 23% respons in de gebruikelijkezorggroep ($p = 0,034$). Hier werd echter geen effect gevonden op het gebied van de somatische complicaties.

De gebruikelijkezorggroep kreeg het advies om contact op te nemen met de huisarts voor behandeling van hun klachten. In de praktijk bleek dat ongeveer 83% van de gebruikelijkezorggroep ook daadwerkelijk bij de huisarts was geweest. Daarnaast was 31% bij een psychiater of psycholoog geweest tijdens de onderzoeksperiode.

DISCUSSIE

Nut van screening op depressie

De prevalentie van depressie bij patiënten met diabetes is hoog en het hebben van 2 of meer diabetesgerelateerde complicaties (met name neuropathie en nefropathie) is significant geassocieerd met depressie. Deze bevinding kan helpen bij het opsporen van depressie bij mensen met diabetes, door deze mensen gericht te screenen op depressie (van Steenbergen-Weijnenburg e.a. 2011).

Screening op depressie met een vragenlijst zoals de PHQ-9 is wenselijk, waarbij een afkappunt van 12 gekozen kan

worden bij de opsporing van depressieve stoornis bij patiënten met diabetes (Van Steenbergen-Weijnenburg e.a. 2010). In een artikel van Kroenke e.a (2001) wordt een afkappunt van 10 aanbevolen voor de screening van depressieve stoornis bij mensen met een lichamelijke aandoening. Aangezien het onderzoek van Kroenke in de eerste lijn is uitgevoerd, kan het zijn dat dit de reden is waarom wij een hoger afkappunt vonden. Patiënten in het ziekenhuis hebben mogelijk meer klachten en symptomen, waardoor een ander afkappunt beter onderscheidend is. Daarnaast hadden de patiënten in ons onderzoek meerdere aandoeningen tegelijk, hetgeen de screening kan bemoeilijken en waardoor een hoger afkappunt nodig is. In andere onderzoeken naar de validatie van de PHQ-9 bij lichamelijk chronisch zieke patiënten wordt ook aangetoond dat een afkappunt van 12 optimaal is (Lowe e.a. 2004; Kendrick e.a. 2009).

Een beperking is dat in het validatieonderzoek patiënten werden geïnccludeerd die de PHQ-9-vragenlijst hadden ingevuld in de twee weken voorafgaande aan het onderzoek. Dit kan een effect hebben gehad op de validatie; in theorie zouden de depressieve klachten zover kunnen zijn afgenomen dat ze al niet meer aanwezig waren. In de praktijk werden vrijwel alle patiënten binnen 3 dagen na ontvangst van de vragenlijst gebeld. Dat zou betekenen dat er vrijwel geen sprake is van bias op dit vlak.

Effectiviteit collaboratieve care

In het onderzoek naar de effectiviteit van collaborative care voor de behandeling van depressieve stoornis bij lichamelijk chronisch zieken bleek dat alleen ernstig

depressieve patiënten een verbetering van de depressie hadden. De behandeling van verschillende lichamelijk chronische aandoeningen in combinatie met depressieve stoornis is een nieuwe toepassing van collaborative care en lijkt vooral meerwaarde te hebben in de ernstig depressieve groep. De reden dat dit effect niet in de groep met een matige depressieve stoornis werd gevonden kan zijn omdat de gebruikelijke zorg voor deze patiënten in Nederland al goed georganiseerd is. Voor patiënten met een ernstige depressieve stoornis is de gebruikelijke zorg mogelijk onvoldoende om hun klachten te behandelen; een behandeling met collaborative care sluit mogelijk beter aan bij de wensen en mogelijkheden van patiënten met een ernstige depressie en dit kan verklaren waarom in deze groep patiënten een groter effect werd gevonden.

Een beperking van dit onderzoek is dat de therapietrouw niet is gemeten, terwijl dit wellicht een beeld had kunnen geven waarom collaborative care in de groep patiënten met een ernstige depressie beter werkt dan bij degenen met een matig ernstige depressie.

Het is opvallend dat de collaborativecarebehandeling een verbetering geeft op somatische complicaties voor de groep met een matig ernstige depressie op basis van de PHQ-9. Dit effect is meer uitgesproken dan in het onderzoek van Katon e.a. (2010); wat laat zien dat patiënten met diabetes in de collaborativecaregroep een verbetering hebben op het gebied van hemoglobine, cholesterol en bloeddruk. Twee reviews laten zien dat collaborative care de kwaliteit van leven kan verbeteren (Baumeister e.a. 2012; Schaefer e.a. 2013); wat kan samenhangen met de afname van somatische complicaties en behoefte aan medische behandeling bij lichamelijk chronisch zieke patiënten met een depressieve stoornis.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De resultaten van de collaborativecarebehandeling in de ziekenhuissetting bij lichamelijk chronisch zieken zijn bemoedigend. Omdat de onderzoeksgroep klein was, is de generaliseerbaarheid van deze behandeling beperkt en het verdient aanbeveling om dit onderzoek in een grotere groep te repliceren. Daarnaast kan het interessant zijn om te bekijken hoe het collaborativecaremodel geïntegreerd (zowel online als face-to-face) of via e-health ingezet kan worden. Stjernswärd e.a. (2006) hebben namelijk laten zien dat e-health kan zorgen voor een verbetering van de depressieve stoornis. Daarbij moet echter worden gewaakt voor het mogelijk optreden van teruggetrokken gedrag bij de professional en gebrek aan betrokkenheid bij de patiënt; in een aantal onderzoeken bleek namelijk dat de mortaliteit zich ongunstig ontwikkelde indien lichamelijk chronisch zieke patiënten e-health aangeboden kregen in plaats van reguliere zorg (Van der Feltz-Cornelis 2013).

CONCLUSIE

Depressieve stoornis komt vaak voor bij patiënten met lichamelijk chronische aandoeningen, met name patiënten met diabetes met 2 of meer diabetesgerelateerde complicaties vormen een risicogroep. Door screening met de PHQ-9 kan bepaald worden of er aanwijzingen zijn voor een depressieve stoornis, waarbij een afkappunt van 12 wenselijk is. Collaborative care, zoals onderzocht in dit artikel, lijkt matig effectief te zijn voor ernstige depressieve stoornis bij patiënten met een lichamelijk chronische aandoening. Daarnaast vermindert het de somatische complicaties en behandelingen bij matig ernstige comorbide depressieve stoornis. Echter, omdat het onderzoek een kleine groep patiënten betreft, is replicatieonderzoek in een grotere studie gewenst.

LITERATUUR

- Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Jr. Effectiveness of 'disease management' programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2080-90.
- Baumeister H, Hutter N. collaborative care for depression in medically ill patients. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 405-14.
- Carney RM, Freedland KE. Depression in patients with coronary heart disease. *Am J Med* 2008; 121(11 Suppl 2): S20-7.
- Dalal AA, Shah M, Lunacsek O, Hanania NA. Clinical and economic burden of depression/anxiety in chronic obstructive pulmonary disease patients within a managed care population. *COPD* 2011; 8: 293-9.
- Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 464-70.
- Feltz-Cornelis CM van der, Ten Have M, Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, De Graaf R. Presence of comorbid somatic disorders among patients referred to mental health care in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1119-25.
- Feltz-Cornelis, CM van der. Comorbid diabetes and depression: do E-health treatments achieve better diabetes control? *Diabetes Management* 2013; 3: 379-88.

- Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ* 2008; 178: 997-1003.
- Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 569-80.
- Graaf R de, Ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; doi: 10.1007/s00127-010-0334-8.
- Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T e.a. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 741-8.
- Katon W, Unutzer J, Fan MY, Williams JW Jr, Schoenbaum M, Lin EH, e.a. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006; 29: 265-70.
- Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, e.a. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010; 363: 2611-20.
- Kendrick T, Dowrick C, McBride A, Howe A, Clarke P, Maisey S, e.a. Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *BMJ* 2009; 338: b750.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, Chavannes NH, Knottnerus JA, van Eijk JT. Improving quality of life in depressed COPD patients: effectiveness of a minimal psychological intervention. *COPD* 2010a; 7: 315-22.
- Lee HJ, Chapa D, Kao CW, Jones D, Kapustin J, Smith J, e.a. Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21: 214-24.
- Lowe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004; 42: 1194-201.
- 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: 1211-21.
- Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD Jr, Levan RK, e.a. Does 'disease management' improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004; 117: 182-92.
- Pouwer F, Beekman AT, Nijpels G, Dekker JM, Snoek FJ, Kostense PJ, e.a. Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: results from a community-based study. *Diabetologia* 2003; 46: 892-8.
- Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, Schellberg D, Boelter R, Faber R, e.a. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: a cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 106-19.
- Steenbergen-Weijenburg KM van, de Vroege L, Ploeger RR, Brals JW, Vloedbeld MG, Veneman TF, e.a. Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 235.
- Steenbergen-Weijenburg KM van, van Puffelen AL, Horn EK, Nuyen J, van Dam PS, van Benthem TB, e.a. More co-morbid depression in diabetes type 2 patients with multiple complications. An observational study at a specialized outpatient clinic. *Diabet Med* 2011; 28: 86-9.
- Stjernswärd S, Ostman M. Potential of e-health in relation to depression: short survey of previous research. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 698-703.
- Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, e.a. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 2008; 300: 2161-71.
- Vliet IM van, de Beurs E. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV en ICD-10-stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 393-7.
- Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med* 2000; 343: 1942-50.
- Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing* 2006; 35: 457-9.

SUMMARY

Collaborative care for co-morbid major depressive disorder in chronically ill outpatients in a general hospital

K.M. VAN STEENBERGEN-WEIJENBURG, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, T.B. VAN BENTHEM, E.K. HORN, R. PLOEGER, J.W. BRALS, C. LEUE, J. SPIJKER, L. HAKKAART-VAN ROIJEN, F.F.H. RUTTEN, A.T.F. BEEKMAN

BACKGROUND Depression is highly prevalent in patients with chronic physical illnesses. A promising intervention for this group of patients is the collaborative care treatment as developed in the us.

AIM To demonstrate the prevalence of depression and the risk factors of depression in diabetes patients, to describe how the screening for depression can be carried out and to assess whether the collaborative care treatment in the Netherlands is effective.

METHOD A questionnaire was completed every three months in order to determine whether there was an improvement in patients' depression and physical symptoms. The outcomes were analysed by means of the multilevel logistic regression analyses.

RESULTS On the basis of the Patient Health Questionnaire, about 26% of the diabetes patients were found to have a depression. This questionnaire was validated for the measurement of depression in diabetes patients, the best results being found at a cut-off point of 12. In cases of fairly severe depression, collaborative care had no effect on depressive symptoms but did reduce severe physical complications. In cases of more severe depression, collaborative care only had an effect on depressive symptoms, but was not found to have any effect on physical complications.

CONCLUSION There is evidence that collaborative care can reduce depression and physical complications in chronically ill patients. However, more research is needed to find out whether collaborative care can become more effective if it is supplemented with digital methods and group therapy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 248-257

KEY WORDS collaborative care, chronic medically ill patients, depression, diabetes