

Samenvatting (Summary in Dutch)

Achtergrond en doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit promotie onderzoek was om de zorg voor angst en depressie in kaart te brengen, enerzijds bekeken vanuit de huidige 'evidence-based' richtlijnen voor huisartsen en anderzijds vanuit het perspectief van patiënten zelf. 'Evidence-based medicine' en 'patient-centred medicine' zijn op het moment twee belangrijke stromingen binnen de algemene en geestelijke gezondheidszorg. In de afgelopen decennia is het aantal potentiële psychische stoornissen, zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM), enorm toegenomen. Daarnaast is er ook steeds meer medicatie (vooral antidepressiva) voorgeschreven en gebruikt voor psychische problemen en zijn er richtlijnen ontwikkeld die voorschrijven welke zorg voor welk probleem het beste werkt en dus wordt aanbevolen. Het patiëntenperspectief is bovendien ook steeds belangrijker geworden. Patiënten worden tegenwoordig geacht actief mee te denken en spelen een belangrijke rol in hun eigen behandel plan. Verschillende beleidsontwikkelingen en aangenomen wetten (bijv. de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO) hebben ervoor gezorgd dat patiënten zelf meer te zeggen en te kiezen hebben. Kortom, een paternalistische vorm van zorgverlening waarbij de dokter het 'het beste weet' en de uiteindelijke beslissing neemt heeft plaats gemaakt voor een meer vraaggestuurde vorm van hulpverlening waarbij de patiënt met zijn of haar behoeften en ideeën centraal staat.

In dit proefschrift is beschreven hoe de zorg voor angst en depressie patiënten binnen de huisartsenpraktijk er uit ziet, bekeken vanuit deze twee stromingen. Hierbij is ook gekeken of er eventuele tegenstrijdigheden of spanningen te ontdekken viel tussen zorg die volgens richtlijnen wordt gegeven en zorg die voldoet aan de behoeften van de patiënt. De meeste analyses in dit proefschrift zijn gebaseerd op data die zijn verzameld voor de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). NESDA is een longitudinale cohort studie die 2981 volwassenen heeft geïnccludeerd voor de nulmeting (baseline meting) en deze mensen gedurende 8 jaar zal volgen. Van de mensen die geworven zijn via huisartspraktijken, het 'eerstelijns sample', hebben 743 participanten een huidige (aanwezig in de afgelopen 6 maanden) angst of depressieve stoornis. In dit proefschrift is gebruik gemaakt van data van de baseline meting (diagnoses, sociaal-demografische en psychosociale kenmerken en andere patiënt factoren) en

data dat een jaar later is verzameld (ernst van symptomen en mate van functioneren).

Een veelgebruikt theoretisch model om zorggebruik te verklaren is het model van Andersen. Dit model onderscheidt drie groepen factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Op het individuele niveau zijn dit *predisponerende factoren* (demografische kenmerken, sociale structuur en persoonlijke ideeën), *factoren die zorggebruik mogelijk maken* (financiële situatie en bereikbaarheid van zorg) en *factoren die iemands behoeften beschrijven* (ervaren behoeften en geëvalueerde behoeften). Leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociale steun en persoonlijke ideeën van mensen over de gezondheidszorg beïnvloeden iemands keuze om al dan niet hulp te zoeken. Iemands financiële situatie en de bereikbaarheid van zorg zijn factoren die het mensen mogelijk maken om zorg te kunnen ontvangen. Tenslotte worden er twee typen 'behoefte' onderscheiden: de *geëvalueerde behoefte* aan zorg, uitgedrukt in een 'stoornis' of 'diagnose' wat vaak aangeeft dat hulp volgens professionele normen nodig is voor de patiënt, en de *ervaren behoefte* aan zorg, de zorg die de patiënt zelf nodig vindt. De ervaren behoefte aan zorg is gemeten door middel van de Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ) tijdens de baseline meting van NESDA. Deze vragenlijst meet of patiënten vinden dat ze een bepaalde vorm van hulp zouden kunnen gebruiken voor hun psychische klachten. Hiernaast kan met de PNCQ onderscheid worden gemaakt of behoeften aan zorg volledig, gedeeltelijk of onvolledig vervuld zijn. De PNCQ is ontwikkeld voor de Australische nationale studie naar psychische gezondheid en welzijn (NSMHWB) die in 1997 en 2007 is gehouden onder een representatieve groep inwoners van Australië. Omdat deze originele Engelstalige PNCQ vertaald is in het Nederlands en er in beide studies (NESDA en NSMHWB) een groot aantal patiënt kenmerken is gemeten, was een internationale vergelijkingsstudie mogelijk.

Het volgen van huisartsen richtlijnen (NHG-standaarden) voor angst en depressie is in een eerdere studie (waaraan wij ook meewerkten) reeds gedefinieerd en onderzocht (Smolders, 2009). De informatie die uit deze studie naar voren is gekomen is in het huidige proefschrift gebruikt om patiënten in te kunnen delen in twee groepen: patiënten die wel volgens de richtlijnen zijn behandeld en patiënten die niet of niet geheel volgens de richtlijnen zijn behandeld. In dit laatste hoofdstuk zullen de algemene bevindingen en belangrijkste discussiepunten per hoofdstuk worden samengevat in het Nederlands.

Belangrijkste bevindingen

Literatuur overzicht over het patiëntenperspectief op de zorg voor angst en depressie

In onze systematische literatuur studie (hoofdstuk 2) zijn 71 artikelen geanalyseerd die gaan over de ideeën van mensen over behandeling en hun behoeften aan zorg voor angst en depressie. Mensen blijken over het algemeen de voorkeur te geven aan psychologische behandelvormen boven medicatie. Een meerderheid ziet antidepressiva als verslavend en veel mensen schamen zich of hebben praktische redenen (bijvoorbeeld tijdsgebrek) of financiële redenen om geen hulp te zoeken. Jongeren, ouderen en mensen die behoren tot een minderheidsgroep binnen de samenleving lijken het meest kwetsbaar als het gaat om het zoeken en ontvangen van zorg voor angst en depressie. Deze mensen hebben minder vaak behoefte aan hulp, herkennen of erkennen hun psychische probleem minder snel en hebben vaker negatieve ideeën over behandelingen.

Van de 71 studies die geïnccludeerd zijn in deze overzichtsstudie waren de meeste in Amerika (35), Engeland (12) en Australië (10) uitgevoerd, slechts één studie kwam uit Nederland. Het is dus onzeker of de conclusies ook gelden voor Nederlanders aangezien de gezondheidszorg en financiële regelingen erg verschillend zijn tussen bijvoorbeeld Nederland en Amerika. Om te beslissen of deze conclusies over ervaren zorgbehoeften ook in Nederland geldig zijn is er binnen een Nederlandse groep patiënten met angst en depressie problemen nieuw onderzoek uitgevoerd. Deze patiënten werden geworven via huisartspraktijken.

Door de patiënt ervaren behoeften aan zorg en barrières

In hoofdstuk 3 en 4 zijn bij patiënten die geworven zijn binnen NESDA, de behoeften aan zorg gemeten door middel van de PNCQ. In hoofdstuk 3 zijn de ervaren behoeften aan zorg beschreven en is gekeken in hoeverre bepaalde patiënt factoren geassocieerd zijn met het hebben van een zorgbehoefte. In hoofdstuk 4 is een internationale vergelijking gemaakt tussen Nederland en Australië. Patiënten van het eerstelijns NESDA sample hebben vooral onvervulde behoeften aan informatie en counseling en veel minder aan medicatie, praktische hulp, het leren van nieuwe vaardigheden en een verwijzing naar een andere (gespecialiseerde) hulpverlener. Terwijl jongere patiënten vaker geen behoefte hadden aan medicatie, voelden oudere patiënten minder vaak een behoefte aan informatie, counseling, vaardigheidstraining en een verwijzing. Klinische status bleek ook gerelateerd aan het al dan niet ervaren van een zorgbehoefte. Patiënten met alleen een angststoornis, en geen depressie, hadden minder vaak behoeften aan zorg,

terwijl patiënten met een angst en depressieve stoornis en diegenen die meer beperkingen in hun dagelijks leven ervaarden, juist vaker aangaven een zorgbehoefte te hebben. Na te hebben gecontroleerd voor leeftijd, klinische status en mate van beperkingen bleek het vertrouwen in professionele hulp en (positieve) ervaringen met ontvangen hulp nog steeds significant geassocieerd te zijn met de ervaren behoefte aan medicatie en counseling. Deze studie geeft dus aan dat ideeën over en ervaringen met zorg belangrijke factoren zijn voor het zorggebruik. Ze bleken zelfs belangrijker te zijn dan de sociaal-demografische eigenschappen van patiënten en de klinische ernst.

De internationale vergelijkingsstudie tussen Nederland en Australië laat zowel overeenkomsten als verschillen zien in ervaren zorgbehoeften. In beide landen heeft de meerderheid van de patiënten met een angst of depressieve stoornis geen hulp of niet genoeg hulp ontvangen terwijl medicatie behoeften vaak wel volledig zijn vervuld. De meest genoemde reden waarom behoeften niet of niet volledig zijn vervuld is dat patiënten hun problemen liever zelf wilden oplossen. Verder waren veel patiënten pessimistisch over het nut van informatie, medicatie en counseling en wisten zij niet waar ze praktische hulp of vaardigheidstrainingen moesten zoeken. Patiënten van de Australische studie hadden vaker behoefte aan medicatie, counseling en praktische steun en hadden over het algemeen genomen vaker volledig vervulde zorgbehoeften vergeleken met patiënten van de Nederlandse studie (NESDA). Australische patiënten bleken pessimistischer over de werkzaamheid van medicatie en vaardigheidstrainingen en bleken meer schaamte te voelen voor het volgen van vaardigheidstrainingen. Daarentegen zagen Nederlandse patiënten meer alternatieve opties voor hulp.

Richtlijn naleving en patiënt factoren

In hoofdstuk 5 is onderzocht welke factoren, zoals beschreven in het model van Andersen, gerelateerd waren aan het wel of niet krijgen van zorg volgens de huisartsen richtlijnen voor angst en depressie. Van de 721 patiënten van wie alle benodigde gegevens compleet waren hadden 281 patiënten (39%) in het afgelopen jaar zorg ontvangen zoals omschreven is in de richtlijnen. 440 patiënten (61%) hadden dus niet (of niet genoeg van) deze zorg ontvangen. Patiënten met een hoog opleidingsniveau, comorbiditeit van angst en depressie, ernstigere symptomen en meer beperkingen en patiënten die een goede bereikbaarheid van zorg ervaarden hadden een grotere kans om zorg volgens de richtlijnen te ontvangen. Hiernaast waren positieve ervaringen met ontvangen zorg, vertrouwen in professionele hulp en ervaren behoeften aan zorg ook positief gerelateerd aan het ontvangen van zorg volgens de richtlijnen. Wanneer al deze factoren stap voor stap in een (logistisch)

regressie model bijeen werden gebracht bleken opleidingsniveau, de bereikbaarheid van zorg en ervaren zorgbehoeften van patiënten het sterkst geassocieerd te zijn met richtlijn naleving, sterker dan de klinische behoefte.

Richtlijn naleving en klinische status

In hoofdstuk 6 werd de klinische ernst van patiënten die waren behandeld volgens de richtlijnen vergeleken met de klinische ernst van patiënten die deze behandeling niet hebben ontvangen. Hiernaast werd er ook gekeken naar de eventuele vermindering van klachten tussen de baseline meting (T0) en 1 jaar later (T1). Terwijl patiënten die zorg hadden ontvangen volgens de richtlijnen significant ernstigere angst en depressie symptomen hadden dan de patiënten die niet deze zorg hadden ontvangen, waren beide groepen evenveel opgeknapt na 1 jaar. Patiënten die volgens de richtlijnen waren behandeld waren dus niet *meer* verbeterd dan de andere patiënten groep. Patiënten die op T1 matige of ernstige angst of depressie symptomen hadden (N=213) bleken vaker geen baan en een kleiner sociale netwerk te hebben en hadden ernstigere depressie symptomen op T0, vergeleken met patiënten die milde symptomen op T1 hadden (N=346). Uiteindelijk bleek de ernst van de symptomen op baseline het sterkst gerelateerd aan de ernst van de symptomen na 1 jaar. Hoewel we kunnen concluderen dat eerdere ernst van symptomen, werkstatus, sociale steun en co-morbiditeit van angst en depressie een rol lijken te spelen bij de klinische status (ernst van symptomen), moet de invloed van richtlijn naleving op klinische status nog worden vastgesteld in toekomstig onderzoek. Het naturalistische onderzoeksdesign is een beperking in deze studie waardoor we geen definitieve uitspraken kunnen doen over het effect van richtlijn naleving op het klinische beloop. Op basis van resultaten van een gerandomiseerde klinische trial zouden wel verdere conclusies kunnen worden getrokken over de invloed van richtlijn naleving op klinische status.

Kosten van richtlijn naleving en volledig vervulde zorgbehoeften

Hoofdstuk 7 beschrijft de kosten van patiënten die zorg wel en niet volgens de richtlijnen hebben ontvangen en de kosten van patiënten die volledig vervulde zorgbehoeften hebben of niet. Directe kosten (o.a. consulten bij de huisarts, psycholoog of psychiater, medicatie, ziekenhuiszorg) en indirecte kosten (onder andere productiviteitsverlies) werden meegenomen. Zorg die volgens de richtlijnen is gegeven bleek duurder te zijn dan zorg die niet volgens de richtlijnen is gegeven. Daarentegen werd er geen verschil in kosten gevonden tussen patiënten wiens zorgbehoeften volledig waren vervuld (N=116) en patiënten die nog onvervuld (of gedeeltelijk vervuld) zorgbehoeften hadden (N=305). Hoewel de kosten voor de

maatschappij niet significant verschillend waren voor patiënten wiens behoeften waren vervuld of niet, bleken sociaal-demografische eigenschappen, ernst van de symptomen en richtlijn naleving wel enige invloed te hebben op het verschil in kosten tussen deze twee groepen. Omdat ook hier weer sprake was van een observationele cohort studie, wat betekent dat groepen verschillend kunnen zijn op specifieke kenmerken, en dit was het geval, kunnen we ook hier geen definitieve uitspraken doen of richtlijn naleving of het vervullen van patiënt behoeften de maatschappij meer of minder kost dan wanneer dit niet het geval is.

Het theoretisch model van Andersen

In dit proefschrift is het theoretische model van Andersen gebruikt om de mogelijke relaties tussen verschillende kenmerken van patiënten en het gezondheidszorggebruik te illustreren. Dit model onderscheidt, zoals eerder genoemd, drie groepen factoren, namelijk 1) demografische kenmerken, sociale structuur en persoonlijke ideeën, de zogenoemde predisponerende factoren; 2) factoren die zorggebruik mogelijk maken zoals iemands financiële situatie en de bereikbaarheid van zorg; en 3) factoren die iemands zelf ervaren en geëvalueerde behoeften beschrijven.

Van de predisponerende *factoren* bleken leeftijd, sekse, opleidingsniveau, geboorteland, sociale structuur en specifieke ideeën van mensen een rol te spelen bij het gebruik van zorg voor angst en depressie problemen. Leeftijd bleek vooral geassocieerd met ervaren zorgbehoeften en ernst van depressie symptomen. Sekse speelde een rol bij de ervaren behoefte aan verwijzing (vooral mannen) en behoefte aan hulp in het algemeen (vooral vrouwen). Opleidingsniveau was geassocieerd met ervaren behoefte aan praktische steun, het ontvangen van zorg volgens de richtlijnen en ernstige symptomen na 1 jaar. Patiënten die niet in Nederland waren geboren verschilden in hun behoeften aan informatie en praktische hulp van de patiënten die wel in Nederland waren geboren, maar beide groepen hadden evenveel kans om volgens de richtlijnen behandeld te worden. Uit de internationale vergelijkingsstudie tussen Nederland en Australië kwam naar voren dat een bepaalde nationale cultuur mogelijk van invloed zou kunnen zijn op de ervaren zorgbehoeften van mensen. Hoewel in de literatuur was gevonden dat het wel of niet getrouwd zijn van invloed was op zorggebruik voor angst of depressie klachten, vonden we binnen NESDA geen relaties tussen verschillende vormen van sociale structuur en het ontvangen van zorg (volgens richtlijnen). Tenslotte bleken persoonlijke ideeën van mensen over hun gezondheid en mogelijke behandelingen erg belangrijk te zijn voor hun verdere beslissingen om wel of geen hulp te zoeken en hun keuze voor een bepaalde vorm van hulp.

Uit de literatuur kwam naar voren dat bepaalde factoren die zorggebruik mogelijk maken gerelateerd zijn aan de ervaren behoefte aan professionele hulp. Dit kon echter niet worden bevestigd met data van NESDA. Iemands financiële situatie, inkomen en werkstatus maakte geen verschil in het wel of niet ontvangen van zorg volgens de richtlijnen. De ervaren bereikbaarheid van zorg was als enige wel sterk geassocieerd met richtlijn naleving. Blijkbaar hebben factoren die zorg mogelijk maken in Nederland geen grote invloed op het ontvangen van zorg, behalve de (ervaren) bereikbaarheid van zorg.

Conclusies van de literatuurstudie en bevindingen die voortkwamen uit NESDA data wijzen er allemaal op dat de door de patiënt ervaren behoefte aan zorg een belangrijke factor is om het gezondheidszorg gebruik van patiënten met angst en depressie te verklaren. In Nederland en Australië geeft een grote groep patiënten met angst of depressie aan geen behoefte te hebben aan enige vorm van hulp, terwijl de meeste medicatie behoeften volledig zijn vervuld en behoeften aan counseling juist niet (volledig) worden vervuld. Vooral de jongere patiënten en patiënten met angst *en* depressie hadden meer kans om een behoefte aan zorg te ervaren, net zoals patiënten die meer vertrouwen hadden in professionele zorg of positieve ervaringen hadden met ontvangen zorg. De ervaren behoefte aan zorg was dus gerelateerd aan verschillende predisponerende factoren en klinische (geëvalueerde) behoefte. Over het algemeen hebben patiënten met ernstigere symptomen en meer beperkingen, zoals verwacht kan worden bij patiënten met co-morbiditeit van angst en depressie, vaker behoefte aan zorg én kregen zij vaker zorg volgens de richtlijnen. De aanwezigheid van specifieke stoornissen bleken ook gerelateerd te zijn aan richtlijn naleving. Dysthymie, een enkele episode van een depressieve stoornis en een gegeneraliseerde angst stoornis vergrootten de kans om zorg volgens de richtlijnen te ontvangen. Terwijl een of meer angststoornissen zonder depressie deze kans verkleinde. De belangrijkste conclusie die getrokken kan worden op basis van de hier gepresenteerde studies is dat, als het gaat om klinische uitkomst, ernst van symptomen de meest belangrijkste determinant is, maar als het gaat om het ontvangen van zorg (volgens de richtlijnen), de ervaren behoefte aan zorg de belangrijkste factor is.

Algemene discussie

Op deze plek worden de belangrijkste resultaten over de zorg van angst en depressie patiënten naast elkaar gezet en zal de gevonden spanning tussen de zorg vanuit het perspectief van de patiënt en de richtlijnen worden besproken. Verder worden de in dit proefschrift gebruikte huisartsen richtlijnen (NHG-standaarden) vergeleken met andere richtlijnen voor angst en depressie. Na het bespreken van

de methodologisch sterke en zwakke punten van de verschillende studies, worden de praktische implicaties op een rijtje gezet. Tenslotte worden er aanbevelingen voorgesteld voor toekomstig onderzoek.

Door de patiënt ervaren behoeften aan zorg versus richtlijn naleving

Patiënten met een angst of depressieve stoornis geven vaak de voorkeur aan een gesprekstherapie boven medicatie. Patiënten bleken hiernaast relatief veel onvervulde behoeften te hebben aan counseling en informatie, terwijl hun medicatie behoeften vaak wel volledig vervuld waren. De huisartsen richtlijnen omschrijven zowel medicatie als psychologische interventies, of een combinatie van beide, als goede behandelopties voor angst en depressie. Hiernaast kan er worden gekozen de patiënt te verwijzen naar een andere of meer gespecialiseerde hulpverlener. Aangezien huisartsen vaak beperkt tijd hebben voor een patiënt en weinig of geen ervaring hebben met het geven van psychologische behandelingen, zijn ze waarschijnlijk eerder geneigd om medicatie voor te schrijven (met een aantal vervolg contacten) omdat ze dit zelf kunnen bieden. Het lijkt dus logisch dat medicatie behoeften relatief vaak worden vervuld terwijl behoeften aan counseling onvervuld blijven.

In het geval van milde depressie zouden huisartsen zelf nog kunnen zorgen voor ondersteunende gesprekken aangevuld met psycho-educatie, maar voor de ernstigere vormen van depressie zijn meer gespecialiseerde psychologische behandelvormen (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie) geïndiceerd. In het geval van angststoornissen (zonder depressie), met name bij een paniek stoornis zonder agorafobie en een sociale of specifieke fobie, wordt een psychologische behandeling aanbevolen. Het blijkt dat juist deze 'angst' groep vaak niet volgens de richtlijnen wordt behandeld. Het lijkt er dus op dat er niet genoeg psychologische behandeling beschikbaar is binnen de huisartsenpraktijk, in het bijzonder voor patiënten met angststoornissen.

De volgende kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk lijken mogelijke oplossingen te bieden voor dit probleem: begeleide zelfhulp, probleem oplossende behandeling, motiverende gespreksvoering, reattribution, gezondheidsvoorlichting en eventueel 'online' interventies. Naast de huisarts zouden deze interventies gegeven kunnen worden door gedetacheerde sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) of praktijkondersteuners die gespecialiseerd zijn in psychische problematiek (POHs-GGZ). Hiernaast kan de huisarts patiënten ook doorverwijzen naar een eerstelijns psycholoog of algemeen maatschappelijk werkers. Uit recent onderzoek blijkt echter dat de voorkeur over het algemeen uitgaat naar de SPV-en en POHs-GGZ, die binnen de

huisartspraktijk werkzaam zijn. POHs-GGZ worden pas sinds enkele jaren ingezet om de huisarts te ondersteunen bij het inventariseren van psychische problemen en het vinden van de juiste behandeling of behandelaar en deze nieuwe functie is momenteel nog in haar testfase en moet nog breed geïmplementeerd worden. De POH-GGZ belooft echter een goede aanvulling te zijn op de zorg aan mensen met psychische problemen binnen de huisartsenpraktijk.

Richtlijnen vergeleken

Wanneer de Nederlandse huisartsen richtlijnen voor angst en depressie worden gelegd naast vergelijkbare richtlijnen uit andere landen, lijkt er ruimte te zijn voor verbetering wat betreft de patiëntgerichtheid. De betrokkenheid van patiënten bij de ontwikkeling van richtlijnen, gezamenlijke besluitvoering, de therapeutische relatie en specifieke aanbevelingen voor speciale groepen mensen zijn punten die niet specifiek voorkomen in de huidige Nederlandse huisartsen richtlijnen, maar wel duidelijk naar voren komen in de richtlijnen van andere landen. De richtlijnen die bij deze vergelijking zijn gebruikt zijn de Engelse richtlijnen die ontwikkeld zijn door het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), de Australische *beyondblue* richtlijnen, de Nieuw-Zeelandse richtlijnen die ontwikkeld zijn door het National Health Committee en de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen.

De grote variatie tussen richtlijnen voor dezelfde type aandoeningen kan mogelijk komen doordat sommige richtlijnontwikkelaars hun aanbevelingen vooral baseren op beschikbaar bewijs (evidence), terwijl anderen juist vaker consensus afspraken gebruiken als uitgangspunt. Verder kan het ook nog uitmaken voor welke doelgroep de richtlijn bedoeld is. Huisartsen zullen bijvoorbeeld minder specifieke aanbevelingen nodig hebben voor hun handelen aangezien hun klinische blik en kennis van de specifieke omstandigheden van patiënten ook erg belangrijk zijn. Een praktijkondersteuner voor bijvoorbeeld diabeteszorg zal daarentegen specifiekere aanbevelingen nodig zal hebben en zal zich hier waarschijnlijk ook strikter aan houden. Tenslotte lijkt cultuur ook een rol te kunnen spelen in de mate waarin richtlijnen gedetailleerde informatie en aanbevelingen bevatten.

Methodologische sterke en zwakke punten

Sterke punten van dit proefschrift zijn de steekproefgrootte en de prospectieve data die gebruikt zijn voor het vaststellen van richtlijn naleving. Het naturalistische onderzoeksdesign is zowel een sterk als een zwak punt. Patiënten bleven in hun natuurlijke omgeving wat een realistisch beeld geeft van hoe de patiënten groepen en de ontvangen zorg eruit ziet. Patiënten die in een bepaalde periode bij de huisarts zijn geweest werden gevraagd mee te werken aan het (NESDA) onderzoek,

wat een redelijk representatieve groep patiënten heeft opgeleverd. Deze patiënten hebben tijdens de baseline meting en 1 jaar later vragenlijsten ingevuld waardoor het natuurlijke beloop en eventuele veranderingen konden worden vastgesteld. Verder is de (huisartsen)zorg die mensen hebben ontvangen niet beïnvloed of gemanipuleerd. Dit laatste is ook een beperking omdat groepen patiënten (door ons ingedeeld op basis van criteria: richtlijn naleving en ervaren zorgbehoeften) hierdoor niet of moeilijk vergelijkbaar zijn. We kunnen bijvoorbeeld niet concluderen of zorg volgens de richtlijnen effectiever is dan zorg die niet volgens de richtlijnen is gegeven, omdat de eerste groep gemiddeld gezien veel ernstigere symptomen heeft gerapporteerd. Om dezelfde reden kunnen we ook geen definitieve uitspraken doen over het verschil in kosten tussen zorg waardoor alle behoeften van mensen zijn vervuld en zorg waarbij dat niet volledig is gebeurd. De beperkte generaliseerbaarheid naar andere landen en naar jongere (< 18 jaar) en oudere (65+) leeftijdsgroepen zijn tenslotte andere wat kleinere beperkingen.

Klinische implicaties

In dit proefschrift zijn een aantal manieren naar voren gekomen om 'evidence-based medicine' en 'patient-centred medicine' dichter bij elkaar te brengen, namelijk door:

- 1) het ontwikkelen en schrijven van een informatie boekje voor patiënten waarin een overzicht wordt gegeven van alle mogelijke behandel opties met daarbij een positief, negatief of neutraal advies om dit te kiezen op basis van de huidige kennis (evidence);
- 2) taakdelegatie in de huisartsenzorg als het gaat om angst en depressie problemen (met name de verdere implementatie van de POH-GGZ); en tenslotte
- 3) meer aandacht voor na- of bijscholing van huisartsen als het gaat om communiceren met een patiënt op een manier waarbij het patiëntenperspectief voldoende aandacht krijgt.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Naar aanleiding van de conclusies die getrokken zijn uit dit promotieonderzoek bevelen we als eerste aan om de huidige situatie en mogelijkheden rondom de POH-GGZ verder te onderzoeken. Meer kennis over in hoeverre deze nieuwe hulpverlener reeds bijdraagt aan het vervullen van behoeften van patiënten en de klinische effectiviteit van hun begeleiding of behandeling kan aanwijzingen geven voor verdere verbetering van de zorg voor angst en depressie binnen de eerstelijns. Ten tweede zou onderzoek zich kunnen richten op hoe arts-patient communicatie

er precies uitziet bij angst en depressie problematiek en waar verbetering mogelijk is. Verschillende internationale vergelijkingen in ervaren behoeften aan zorg zou meer inzicht in de externe validiteit van de PNCQ en het concept 'ervaren zorgbehoefte' kunnen geven. Tenslotte zouden gerandomiseerde experimentele trials (RCTs) verder moeten testen of richtlijn naleving effectiever en kosten-effectiever is dan wanneer richtlijnen niet of niet geheel worden nageleefd, en of het daadwerkelijk geen verschil maakt of patiënt behoeften wel of niet worden vervuld, bekeken vanuit een kostenperspectief.