

Nut van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnspatiënten met depressie en fysieke multimorbiditeit

Referentie

Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomized controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638.

Duiding

Jean Luc Belche, Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège

Klinische vraag

Wat is het effect van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, gebaseerd op een korte psychologische interventie, vergeleken met gebruikelijke zorg, op symptomen van depressie en zelfzorgcapaciteit bij patiënten met diabetes en/of coronair lijden én met een diagnose van depressie?

Achtergrond

Klinische studies richtten zich vooral op specifieke gezondheidsproblemen van patiënten zonder comorbiditeit. Uit een epidemiologisch onderzoek blijkt evenwel dat multimorbiditeit (minstens 2 chronische aandoeningen) aanzienlijk toeneemt vanaf 65 jaar, maar ook dat meer dan de helft van het aantal patiënten met multimorbiditeit jonger is dan 65 jaar (1). Ongeveer één derde van de patiënten met multimorbiditeit heeft ook mentale problemen (vooral depressie), waarvan de ernst toeneemt naarmate het aantal lichamelijke aandoeningen stijgt en naarmate de patiënt maatschappelijk meer kwetsbaar is (1). De hier besproken studie gaat uit van de veronderstelling dat voor patiënten met multimorbiditeit een geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking ('integrated collaborative care model') in de eerste lijn een gunstig effect heeft op depressie en op het omgaan met chronische aandoeningen.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 387 volwassen patiënten gerekruteerd tussen januari en november 2012 in 36 eerstelijnspraktijken (V.K.)
- rekrutering in niet-academische huisartspraktijken die beschikten over een elektronische registratie van patiënten met diabetes en/of coronair lijden
- inclusiecriteria: patiënten met minstens:
 - diabetes (niet nader omschreven) en/of coronair hartlijden (niet nader omschreven) én
 - sinds minstens 2 weken symptomen van depressie (score ≥ 10 op de PHQ-9-vragenlijst (Patient Health Questionnaire))
- exclusiecriteria: jonger dan 18 jaar; in een palliatieve zorgfase; met bipolaire type I- of type II-stoornis, middelenmisbruik, zelfmoordgedachten of depressie behandeld met psychotherapie in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg
- controle door de behandelende arts van de in- en exclusiecriteria in het elektronisch patiëntendossier; eerste uitnodiging aan de patiënt via de post, met een rappel en telefonische

aansporing bij het uitblijven van respons; om Zuid-Aziatische patiënten te rekruteren werd aan hen een informatiefolder opgestuurd in hun taal samen met de vertaalde uitnodiging voor de studie; een onderzoeker die deze talen machtig was, volgde deze patiënten verder op

- telefonische screening van patiënten op depressie om te verifiëren wie in aanmerking kwam; bij de patiënten die voldoende hoog scoorden had na 2 weken een individuele ontmoeting plaats waarbij opnieuw werd gescreend; basisevaluatie bij patiënten die nog steeds in aanmerking kwamen
- patiëntkenmerken voor de geïncludeerde patiënten:
 - gemiddelde leeftijd: 58,5 jaar (**SD** 11,7); 62% mannen; 85,5% blank
 - 64% van de patiënten met matig ernstige tot ernstige depressie (PHQ 9-score van 15 tot 27); 34% kreeg antidepressiva voorgeschreven en 16% anxiolytica; 68,4% van de patiënten had diabetes, 46,5% coronair hartlijden en 15% beide diagnoses; de totale patiëntenpopulatie had gemiddeld 6 andere chronische aandoeningen
 - 76% van de patiënten was gerekruteerd uit praktijken in maatschappelijk achtergestelde regio's en van hen kwam 54% uit sterk achtergestelde regio's; 25% had een betaalde baan.

Onderzoeksopzet

- gerandomiseerde, gecontroleerde, **pragmatische, clustergerandomiseerde**, parallelgroepen studie
- 191 patiënten in de interventiegroep versus 196 in de controlegroep
- interventie: individuele sessies met focus op 2 aspecten:
 - samenwerking: 1 tot 8 korte, face-to-face psychotherapiesessies gespreid over 3 maanden met een casemanager die hiervoor opgeleid werd door een multidisciplinair team van psychologen, psychiater en huisarts; tijdens deze psychotherapiesessies werd gewerkt aan gedragsactivatie, cognitieve herstructurering, graduele blootstelling, aanpassing van leefstijl, medicamenteuze behandeling en preventie van herval
 - integratie: geïntegreerd zorgoverleg tussen de casemanager, een verpleegkundige van de huisartspraktijk en de patiënt om de evolutie op te volgen
- controlegroep: gebruikelijke zorg van iedere huisartspraktijk (inclusief multidisciplinaire samenwerking) gedurende de volledige studieduur.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: gecorrigeerd gemiddeld verschil in zelfgerapporteerde depressieve symptomen op basis van de **SCL-D13*** (Symptom Check List Depression Scale) na 4 maanden
- secundaire uitkomstmaten: mentale gezondheid (angst (**GAD-7***), depressie, sociale steun); fysieke gezondheid (globale kwaliteit van leven, ziektespecifieke kwaliteit van leven, functionaliteit); management van chronische aandoeningen (zelfzorg, zelfeffectiviteit, opvattingen); op het einde van de studie werd ook het zorgproces geëvalueerd door de patiënt (patiëntgerichte zorg, zorgervaring en tevredenheid); voor alle secundaire uitkomstmaten gebruikten de auteurs specifieke meetinstrumenten (maand 0 en maand 4)
- de onderzoekers die telefonisch de resultaten verzamelden, waren gedurende de volledige studieduur niet op de hoogte van de toegewezen behandeling
- intention to treat-analyse.

Resultaten

- evaluatie na 4 maanden bij 90% van de patiënten (n=350), die gemiddeld 4,4 psychotherapiesessies kregen; bij 35% waren het minstens 6 sessies; 16% volgde hoogstens 1 sessie; 24% van de patiënten nam deel aan 2 zorgoverlegsessies en 50% woonde geen enkel zorgoverleg bij
- resultaten voor de primaire en secundaire uitkomstmaten: *zie tabel*.

	Gecorrigeerd gemiddeld verschil voor interventie versus controle (95% BI; p-waarde)	Gestandaardiseerd gemiddeld verschil (95% BI)
primaire uitkomstmaat		
Symptomen van depressie (SCL-D-13*)	-0,23 (-0,41 tot -0,05; p=0,01)	-0,30 (-0,54 tot -0,07)
secundaire uitkomstmaten		
Angst (GAD-7*)	-1,45 (-2,45 tot -0,56; p=0,006)	-0,28 (-0,47 tot -0,09)
Gedrag en opvattingen over omgaan met chronische aandoeningen (heiQ*)	significant verschil voor 5 van de 8 aspecten van de vragenlijst (p<0,05)	
Kwaliteit van de zorgverlening bij chronische aandoeningen (PACIC*) / patiënttevredenheid (CSQ*)		0,39 (geen BI vermeld)/0,53 (geen BI vermeld)
Andere criteria	geen significant verschil (p>0,05)	

*** Meetinstrumenten**

- ✓ **SCL-D-13:** Symptom Checklist Depression Scale. Lijst van 13 symptomen aangebracht door de patiënt om de ernst van de depressie te meten. Scores van 0 tot 4: hogere scores wijzen op meer ernstige depressie.
- ✓ **GAD-7:** Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale. Evaluatie in 7 vragen van de ernst van de angst (scores van 0 tot 21). Hogere scores wijzen op meer ernstige vorm van angst. Een score ≥ 10 vraagt bijkomend grondiger onderzoek.
- ✓ **heiQ:** Health Education Impact Questionnaire. Deze vragenlijst evalueert educatieve programma's, interventies om het zelfmanagement bij chronisch zieke patiënten te stimuleren. Vragenlijst met 40 items onderverdeeld in 8 dimensies (te beantwoorden op een Likert-schaal van 1 tot 4 punten); hogere scores wijzen op verbetering.
- ✓ **PACIC:** Patient Assessment of Chronic Illness Care. Deze vragenlijst met 20 items (scores van 1 tot 5) onderverdeeld in 5 subschalen, meet specifieke acties om de kwaliteit van de zorg voor chronische zieken te verbeteren; hogere scores wijzen op een betere patiëntgerichte zorg
- ✓ **CSQ:** Client Satisfaction Questionnaire. Vragenlijst met 8 items (door de patiënt te beantwoorden op een Likert-schaal van 4 punten); een hogere totaalscore wijst op een grotere tevredenheid van de patiënt.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een multidisciplinaire aanpak op basis van een korte, beperkt intensieve psychotherapie, in samenwerking met een verpleegkundige en geïntegreerd in de gebruikelijke zorg van de eerstelijnspraktijk, de symptomen van depressie kan verminderen en de zelfzorgcapaciteit bij het omgaan met chronische aandoeningen kan verbeteren bij patiënten met psychische en fysieke multimorbiditeit. De effectgrootte is matig en kleiner dan het vooropgestelde effect, maar men moet rekening houden met de studiecontext. De studie vond immers plaats in een courante zorgsetting bij een maatschappelijk kwetsbare populatie met aanzienlijke psychische en fysieke multimorbiditeit.

Financiering van de studie

National Institute for Health Research Collaboration (NIHR) for Leadership in Applied Health Research and Care for Greater Manchester.

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs verklaren geen financiering te hebben ontvangen die de besluiten van de studie eventueel konden beïnvloeden.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Deze COINCIDE-studie (Collaborative Interventions for Circulation and Depression) is goed opgezet. Uit het eerder gepubliceerde, goed uitgewerkte onderzoeksprotocol (2) blijkt dat voldaan is aan alle criteria van een clustergerandomiseerd onderzoek (3).

De toewijzing aan de onderzoeksgroepen verliep zoveel mogelijk geblindeerd en door de clusterrandomisatie verminderde de kans op contaminatie in de controlegroep. De auteurs erkennen dat er mogelijk sprake is van bias op het einde van de toewijzing (voor de onderzoekers) zonder dit statistisch te toetsen of van een wijziging in de initiële opvolging (voor de zorgverleners). Beide kunnen het effect van de interventie eventueel verminderd hebben. De evaluatie van de primaire uitkomstmaat was gebaseerd op zelfrapportering van de patiënt (SCL-D-13) in een face-to-facesessie. Bij de patiënt kan hier sprake zijn van **response bias**.

Voor de primaire uitkomstmaat bedroeg de a posteriori berekende correlatie tussen de clusters 0,03. In beide clusters was het aantal deelnemers voldoende groot en beide clusters waren ook voldoende homogeen (4).

De auteurs verklaren dat voor geen enkele uitkomstmaat meer dan 20% van de gegevens ontbrak. Na intention to treat-analyse en de vervanging van ontbrekende gegevens volgens een gevalideerde statistische methode, bevestigen de auteurs dat het ontbreken van gegevens maar weinig effect gehad heeft op de studieresultaten. Ze illustreren dit ook in hun publicatie met 2 tabellen.

De auteurs gebruikten gevalideerde meetinstrumenten voor de evaluatie van de verschillende uitkomstmaten. Veranderingen in sommige specifieke indicatoren voor fysieke co-morbiditeit (bv. HbA1c) zijn niet onderzocht, maar dat was moeilijk uitvoerbaar in een tijdspanne van 4 maanden. Op basis van vroegere studies legden de auteurs de drempel voor minimale klinische relevantie vooraf vast op 0,4 en deze drempel is niet bereikt. De effectgrootte van de interventie bedroeg 0,3 wat als 'matig' aanzien kan worden (5). Maar in de context van deze pragmatische studie vinden de auteurs dit resultaat toch klinisch relevant (*zie verder*).

Interpretatie van de resultaten

Met hun onderzoek bereikten de auteurs 2 ambitieuze doelstellingen die zeker in de eerste lijn belangrijke consequenties hebben: enerzijds de opzet van een interventie die dicht bij de praktijk aanleunt omdat ze realistisch is en weinig intensief, en anderzijds de participatie van patiënten die 3 specifieke elementen van multimorbiditeit combineren namelijk sociale achterstelling, psychische problemen en chronische fysieke aandoeningen (1). Hierbij includeerden de auteurs evenwel alleen patiënten met diabetes en/of coronair lijden. Op die manier waren veel andere chronische aandoeningen uitgesloten. Bovendien vond bij ongeveer 30% van de patiënten geen enkele interventie plaats.

De interventie beperkte zich uiteindelijk tot een korte tussenkomst van een casemanager met een opleiding in educatie en activering van de patiënt, in combinatie met een zorgoverleg tussen patiënt, casemanager en praktijkverpleegkundige.

'Collaborative care' is een interventie die gebaseerd is op het 'chronic care model'. Er is op zijn minst een casemanager bij betrokken, expert in chronische aandoeningen, maar verschillende praktische invullingen zijn mogelijk (6). Om de interventie goed te kunnen plaatsen en vergelijken moet men dus bij elke geïncludeerde studie zeer goed nagaan hoe de interventie er precies uitziet.

De betekenis van het geïntegreerde zorgoverleg is uiteindelijk gering, want ongeveer de helft van de patiënten heeft hier niet aan deelgenomen. In het licht van de resultaten is 'geïntegreerd' waarschijnlijk enigszins overdreven. In de praktijk zijn er verschillende gradaties van integratie mogelijk. De auteurs stelden in een tweede publicatie van dezelfde studie via interviews bij de patiënten in de interventiegroep vast dat patiënten terughoudend zijn ten opzichte van een meer geïntegreerde aanpak van hun psychische en fysieke problemen (7).

Een ander belangrijk aspect van deze studie is de inclusie van een populatie die overeenkomt met de werkelijke cohort van multimorbiditeit (jongere patiënten, psychische en fysieke multimorbiditeit, socio-economische achterstelling) (1). Deze patiëntkenmerken hebben waarschijnlijk een rol gespeeld bij de rekruteringsproblemen. Zelfs met een intensieve rekruteringscampagne bedroeg de respons slechts 1 op 10. Misschien hadden de gewone, eigen zorgverleners meer succes gehad bij het rekruteren van hun patiënten voor gerichte interventies. Die methode sluit beter aan bij de realiteit, maar leidt dan weer tot het risico van selectiebias.

De auteurs deden extra inspanningen om anderstalige patiënten te rekruteren, maar over de resultaten hiervan vinden we niets terug bij de beschrijving van de populatie of van de resultaten.

We willen er ook op wijzen dat een behoorlijk aantal patiënten niet in aanmerking kwam door de exclusiecriteria voor psychische gezondheid.

Structurele kenmerken, eigen aan het gezondheidszorgsysteem van het V.K. zoals inschrijving van de patiënt, huisartspraktijken met een eerstelijnsverpleegkundige en beschikbaarheid van casemanagers die samenwerken met de verpleegkundige, kunnen een positieve rol hebben gespeeld bij de implementatie van de interventie en kunnen de resultaten in positieve zin beïnvloed hebben.

Deze studie benadert de reeks pragmatische studies met een interventie die zo nauw mogelijk aansluit bij de dagelijkse praktijk en met weinig of geen voorselectie van de deelnemers (8).

Andere studies

Andere studies onderzochten het effect van een geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij patiënten met depressie en diabetes (9) of bij minder specifieke populaties met multimorbiditeit (10). In deze laatste studie berekenden de auteurs een NNT van 8,4 patiënten die gedurende 4 maanden behandeld moeten worden om een significante verbetering te bekomen op het vlak van depressie (10). De duur van de opvolging in deze studies was kort (4 tot 12 maanden) en het effect op lange termijn blijft dus een vraagteken.

Besluit van Minerva

Deze clustergerandomiseerde studie bij patiënten met multimorbiditeit (diabetes en/of coronair lijden) én met symptomen van depressie, toont aan dat multidisciplinaire samenwerking gebaseerd op een korte psychologische interventie en geïntegreerd in de gebruikelijke zorg, de symptomen van depressie kan verminderen en de zelfzorgcapaciteit van patiënten met chronische aandoeningen kan verhogen. De effectgrootte is gering en kleiner dan aanvankelijk voorzien, maar de studie vond plaats bij een (sterk) maatschappelijk achtergestelde populatie. Het effect van deze interventie moet nog onderzocht worden in de Belgische zorgcontext.

Voor de praktijk

Voor patiënten met depressie en minstens één andere chronische aandoening beveelt NICE multidisciplinaire samenwerking aan gebaseerd op een gedragstherapeutische benadering en in functie van de noden en de beschikbare middelen (11). De hier besproken studie kan clinici aanmoedigen om complementair casemanagers in te schakelen.

We moeten evenwel rekening houden met het feit dat de gezondheidszorg in België anders gestructureerd is dan in het V.K. Eerstelijnspraktijken zijn in België meestal nog monodisciplinair en weinig geïntegreerd. Er zijn ook nog weinig casemanagers die zich niet beperken tot 1 aandoening.

Minerva wees al eerder op de vereiste structurele en culturele veranderingen die nodig zijn voor de implementatie van deze vorm van gezondheidszorg in België (12).

Bij de moeilijkheden die de auteurs ondervonden om patiënten te rekruteren, stelt zich vooral de vraag naar de toegang tot de gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare patiënten met psychische en fysieke multimorbiditeit.

Referenties

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
2. Coventry PA, Lovell K, Dickens C, et al. Collaborative Interventions for Circulation and Depression (COINCIDE): study protocol for a cluster randomized controlled trial of collaborative care for depression in people with diabetes and/or coronary heart disease. *Trials* 2012;13:139.
3. Chevalier P. Clusterrandomisatie. *Minerva* 2012;11(4):51.
4. Michiels B. Bias in geclusterde studies. *Minerva* 2013;12(2):25.
5. Sedgwick P. Randomized controlled trials: understanding effect sizes. *BMJ* 2015;350:h1690.
6. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 10.
7. Knowles SE, Chew-Graham C, Adeyemi I, et al. Managing depression in people with multimorbidity: a qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. *BMC Fam Pract* 2015;16:32.
8. Michiels B. Wat is er zo speciaal aan pragmatische klinische studies ? *Minerva* 2014;13(10):129.
9. Atlantis E, Fahey P, Foster J. Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4:e004706.
10. Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2013;347:f4913.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. NICE Guideline CG91. Published date: October 2009.
12. Chevalier P, Roland M. Multidisciplinaire samenwerking voor depressie. *Minerva* 2007;6(5):70-2.