

# VU Research Portal

## Blended CBT for Depression

Kooistra, L.C.

2021

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Kooistra, L. C. (2021). *Blended CBT for Depression*.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# **NEDERLANDSE SAMENVATTING**

## Het proefschrift in vogelvlucht

Het grootste deel van dit proefschrift gaat over psychologische behandeling van depressie. Hierbij richt het zich specifiek op cognitieve gedragstherapie (CGT). Er is onderzocht of deze therapie ook *blended* aangeboden kan worden. Dit houdt in dat de therapie zowel bestaat uit online sessies die via een website worden aangeboden als sessies met een psycholoog op de poli (face-to-face sessies). Dit proefschrift onderzoekt de toepasbaarheid van blended CGT voor depressie in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sGGZ). Omdat ten tijde van de start van dit proefschrift blended behandeling nog een nieuw begrip was, is allereerst een behandelprotocol ontwikkeld. Daarna zijn de kosten en effecten van deze blended CGT onderzocht, door de nieuwe therapie te vergelijken met de bestaande (standaard) CGT die, zonder het gebruik van het internet, face-to-face op de poli wordt gegeven. Er is ook gekeken naar de werkrelatie tussen therapeuten en patiënten en of deze relatie bij blended CGT anders is dan bij standaard CGT. Tenslotte is met de data over een periode van zes jaar uit een andere studie onderzocht wat voorspellers zijn voor dat mensen met een angst of stemmingsstoornis in de sGGZ in behandeling komen.

## Sleutelbegrippen

### Depressie

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door het ervaren van een sombere of neerslachtige stemming en/of het verlies van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten. In dit proefschrift werd als definitie van een depressieve stoornis de classificatie gehanteerd van de American Psychiatric Association (APA) uit de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Om aan de classificatie depressieve stoornis te voldoen, moeten de klachten van een neerslachtige stemming of verlies van interesse vrijwel de hele dag en bijna elke dag aanwezig zijn gedurende een periode van minimaal twee weken. Andere symptomen die geassocieerd worden met depressie zijn een verandering in gewicht of eetlust (toename of afname), slaapproblemen (te weinig of juist te veel slapen), vermoeidheid of lage energie, psychomotorische agitatie of vertraging, gevoelens van waardeloosheid of onterechte schuldgevoelens, concentratieproblemen of geheugenproblemen en terugkerende gedachten aan de dood, gedachten aan zelfdoding of een specifiek plan voor zelfdoding. Er kan een depressieve stoornis worden gediagnostiseerd wanneer iemand last heeft van vijf of meer van de bovenstaande symptomen, waaronder in ieder geval een sombere stemming of verlies van interesse. Daarnaast moet er sprake zijn van een 'klinisch significante' lijdensdruk of van beperkingen in het functioneren, bijvoorbeeld op het gebied van werk of het sociaal leven (DSM-V, 2013). De ernst van een depressie kan variëren van licht tot zeer ernstig, waarbij de ernst toeneemt als iemand meer symptomen ervaart.

### Behandeling van Depressie in Nederland

In Nederland worden milde psychische klachten behandeld door de huisarts, vaak met extra ondersteuning van een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk; de POH-GGZ.

Wanneer de klachten niet voldoende opklaren, of al bij aanmelding ernstiger van aard zijn, kan iemand naar de basis GGZ (bGGZ) of sGGZ worden doorverwezen. De bGGZ richt zich op milde tot matige klachten en biedt kortdurende behandeling aan, meestal bestaande uit vijf tot tien sessies. In de sGGZ wordt behandeling gegeven aan mensen die meer ernstige of complexe klachten ervaren, waarvoor een meer intensieve, multidisciplinaire of langdurige behandeling nodig wordt geacht. In het geval van depressie bestaat behandeling in de sGGZ veelal uit farmacotherapie of psychologische behandeling, dan wel een combinatie van beide therapieën. De meest onderzochte en toegepaste psychologische behandeling voor depressie is CGT. Deze therapie richt zich op de samenhang tussen gedachten, gedrag en gevoel. Door middel van gedragsmatige en cognitieve technieken leert iemand om gedrag en gedachten te analyseren en aan te passen om op die manier ook de sombere stemming te beïnvloeden. Bijvoorbeeld door langzaam weer actiever te worden, of door negatieve gedachten uit te dagen.

Inmiddels wordt CGT ook online aangeboden. Dit houdt meestal in dat er ingelogd wordt op een website die toegang verleent tot gestructureerde informatie die is opgedeeld in verschillende sessies of lessen. De sessies bestaan over het algemeen uit 1) informatie over de klachten en het hoe en waarom van de verschillende behandeltechnieken en 2) oefeningen die de persoon helpen om de technieken toe te passen in het dagelijks leven. Vaak wordt de informatie aangeboden in een combinatie van tekst, plaatjes, video's en voorbeelden van lotgenoten. Daarnaast wordt er meestal aandacht besteed aan het monitoren van symptomen zoals stemming en slaap, waarbij het verloop over de tijd in grafieken wordt weergegeven. Met de komst van smartphones wordt dit meestal door middel van de smartphone geregistreerd, bijvoorbeeld door personen elke dag een korte vragenlijst te laten invullen.

Op basis van wetenschappelijk onderzoek is al langer bekend dat online CGT effectief is in het verminderen van de ernst van depressieve klachten. Dit lijkt met name zo te zijn wanneer de online behandeling wordt begeleid door een professional, bijvoorbeeld door middel van geschreven berichten waarin feedback wordt gegeven op de gemaakte opdrachten. Omdat deze onderzoeken zich vooral richtten op personen in de algemene bevolking in plaats van op patiënten uit de klinische praktijk, was (bij aanvang van dit proefschrift) nog weinig bekend was over de effecten en toepasbaarheid van online behandeling voor depressie in de GGZ. Tegelijkertijd was er al wel grote interesse in implementatie van online behandeling in de GGZ, met als belangrijk argument dat deze therapievorm mogelijk tot een kostenbesparing zou kunnen leiden.

### **Blended Behandeling**

Dit proefschrift heeft als uitgangspunt de toepassing van online therapie in de sGGZ te bevorderen door het niet als opzichzelfstaande behandeling aan te bieden, maar het te vermengen (blenden) met face-to-face behandeling. Deze geïntegreerde hybride aanpak had de voorkeur boven een aanpak waarbij de twee vormen van therapie naast elkaar worden aangeboden (*add-on* benadering). De rationale achter deze beslissing was het idee dat de geïntegreerde methode eerder een kostenbesparing zou kunnen opleveren, doordat er minder face-to-face sessies worden aangeboden dan in de gebruikelijke therapie.

Omdat bij de start van dit proefschrift nog geen artikelen beschikbaar waren over een dergelijke blended behandeling voor depressie in de sGGZ, is het onderzoek in dit proefschrift van verkennende aard en beschrijft het een eerste evaluatie van kosten, effecten en werkrelatie in blended CGT voor depressie. Hierbij wordt de blended behandeling specifiek vergeleken met de gebruikelijke face-to-face CGT om zo inzicht te verwerven in de toegevoegde waarde van blended CGT in de sGGZ.

### **Overzicht van de hoofdstukken**

In hoofdstuk 2 wordt het proces beschreven van de ontwikkeling van het blended behandelprotocol. De inhoud van de behandeling is daarbij gebaseerd op bestaande CGT-protocollen van onder andere Aaron Beck en Judith Beck. Daarnaast is het protocol voorgelegd aan drie patiënten die eerder met face-to-face CGT waren behandeld en aan achttien therapeuten die ervaren zijn in het werken met CGT. Hun adviezen met betrekking tot een blended CGT-protocol zijn in de opzet verwerkt. Het blended behandelprotocol dat op deze wijze tot stand kwam, bestaat uit tien face-to-face sessies en negen online sessies. Van de online sessies is één bedoeld voor het geven van informatie over het werken met het platform. De overige acht sessies bevatten informatie en opdrachten, welke worden ondersteund met videomateriaal en voorbeelden van lotgenoten. Na afloop van elke online sessie ontvangen patiënten geschreven feedback van hun therapeut. Door patiënten elke week zowel een face-to-face als een online sessie aan te bieden was de geplande behandelduur tien weken.

Het blended behandelprotocol is in een pilotstudie getest door negen patiënten verdeeld over zeven therapeuten. De patiënten konden goed overweg met het protocol en achtten zich adequaat behandeld. De behandelduur kwam uit tussen 10 en 13 weken. De therapeuten vonden het protocol gemakkelijk te hanteren en goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Het gebruik van het protocol hielp de therapeuten zich strikt te houden aan het behandelplan. Temeer daar de patiënten ook inzage in het protocol hadden. Deze uitkomsten bevestigden de indruk dat blended CGT een vermindering zou kunnen opleveren van het aantal face-to-face sessies ten opzichte van de standaard CGT. Daarmee zou ook de duur van de behandeling verkort kunnen worden. Dit zou mogelijk een kostenverlagend effect op de geestelijke gezondheidszorg kunnen betekenen alsmede de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren door verkorte wachttijden.

Hoofdstuk 3 wordt het wetenschappelijk protocol (de onderzoeksopzet) van een Randomized Controlled Trial besproken (Registratienummer 2014.191). Het doel van deze trial was om de haalbaarheid en de acceptatie van blended CGT te onderzoeken in de sGGZ. Er werd daartoe een vergelijking gemaakt van de kosten en effecten van blended CGT voor depressie ten opzichte van de standaard face-to-face CGT (status quo). De studie had als opzet om 150 volwassen patiënten met een depressieve stoornis (APA, DSM-IV-TR, 2000) te includeren. Deelnemers werden op basis van loting (at random) aan de blended CGT dan wel aan de standaard CGT toegewezen.

Voor de blended behandeling werd gebruik gemaakt van het protocol dat in de bovengenoemde studie werd ontwikkeld (hoofdstuk 2). De standaard CGT ging uit van sessies die eens per week plaatsvinden over een periode van 20 weken. Kosten en effecten werden gemeten bij aanvang het onderzoek en na 10, 20 en 30 weken. De verschillen in kosten en effecten tussen de twee behandelvormen werden vervolgens tegen elkaar afgezet in een kosteneffectiviteit-analyse. Als voornaamste klinische uitkomstmaten werd gekozen voor verandering in ernst van depressie en voor de aanwezigheid van de depressiediagnose op de verschillende meetmomenten. Daarnaast werd er in een kostenutiliteit-analyse ook gekeken naar gewonnen QALYs. (voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren). Kosten werden bekeken vanuit het perspectief van de gezondheidszorg (medische kosten) en vanuit maatschappelijke perspectief. Vanuit dat perspectief betreffen kosten - behalve de medische kosten - ook zaken als productiviteitsverlies als gevolg van verminderde werkprestaties en kosten geassocieerd met hulp van vrienden en familie (informele zorg). Naast kosteneffectiviteit, werd ook de werkrelatie en binding tussen patiënt en therapeut gemeten, evenals tevredenheid over zowel de behandeling en bruikbaarheid van het (online) systeem.

Hoofdstuk 4 bespreekt de resultaten van het in hoofdstuk 3 beschreven onderzoek. Het bleek niet mogelijk het beoogde aantal patiënten (n=150) te rekruteren binnen de beschikbare tijdsperiode. Er namen uiteindelijk 102 patiënten deel aan het onderzoek, verdeeld over drie GGZ-instellingen. Patiënten werden in het onderzoek op basis van loting toegewezen aan de blended CGT (n=53) of de standaard CGT (n=49). Van deze 102 patiënten, startten 97 (95%) ook daadwerkelijk met behandeling binnen het onderzoek. Beide behandelvormen werden gemiddeld gedurende een langere periode aangeboden dan werd verwacht op basis van het behandelprotocol. Voor blended CGT was dit gemiddeld 18,5 weken (SD 6,5, range 5 tot 35) in plaats van de geplande 10 weken. Voor de standaard CGT lag de gemiddelde duur op 35 weken (SD 22,5, range 4 tot 82) in plaats van 20 weken. Wanneer wordt gekeken naar de therapiedosis die patiënten ontvingen die aan de behandeling begonnen, dan valt op dat bij blended CGT de patiënten gemiddeld alle geplande sessies ontvingen (gemiddeld 11 face-to-face sessies, SD 3,5, range 2 tot 16; en 10,5 online sessies SD 3,4, range 2 tot 30). Patiënten in de standaard CGT-groep ontvingen juist minder dan het verwachte aantal sessies met een gemiddelde van 14 face-to-face sessies (SD 6, range 3 tot 27) in plaats van de 15 tot 20 sessies waar van uit werd gegaan in het protocol. Ondanks dat blended CGT uit minder face-to-face sessies bestond, is de totale tijd die therapeuten gemiddeld aan patiënten besteedden niet significant minder dan bij de standaard CGT, namelijk 14,0 (SD 6,2) uur voor blended CGT versus 13,3 (SD 6,3) uur voor standaard CGT. Dit leek vooral te maken te hebben met de inschatting van de tijd die therapeuten aan de online feedback besteedden. Hiervoor werd in de analyses 30 minuten per feedback bericht gerekend.

Voor de kosten en effecten werden er geen significante verschillen gevonden tussen de twee behandelingen. In kosten-effectiviteitsanalyses werd vervolgens onderzocht hoe het verschil in effect tussen blended CGT en standaard CGT opwoog tegen het verschil in kosten. Hierbij werd gebruik gemaakt van 5000 Monte Carlo simulaties.

Vanuit een maatschappelijk kostenperspectief – dat bestaat uit kosten gemaakt met medische zorg, productieverlies en informele zorg – werd blended CGT niet kosten-effectief bevonden in vergelijking met standaard CGT, omdat de nieuwe interventie gepaard ging met een toename in kosten. Vanuit het perspectief van de gezondheidszorg (medische kosten) had blended CGT een hoge kans op een betere kosten-effectiviteitsratio voor afname in de ernst van de depressie en op een betere kosten-utiliteitsratio (QALYs).

Omdat het om een relatief kleine studie ging, moeten de resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Meer uitgebreid gerandomiseerd onderzoek is nodig om de verschillende soorten kosten - en de toerekening ervan aan specifieke posten - nader te bepalen. Echter, op basis van de klinische effecten en verkorte therapieduur, lijkt blended CGT de moeite waard om verder te ontwikkelen.

In hoofdstuk 5 komt de werkrelatie tussen therapeuten en patiënten aan de orde. Het beschreven onderzoek richtte zich op vraag of deze relatie anders is bij blended CGT dan bij standaard CGT. De werkrelatie werd gemeten in de tiende week van de behandeling. Daarnaast werd het verloop in de ernst van depressieve klachten gemeten met een klachtenlijst die patiënten gedurende de therapie wekelijks invulden (QIDS-SR). Uit de statische analyses bleek dat zowel in de blended CGT groep als in de standaard CGT groep patiënten en therapeuten de werkrelatie positief beoordeelden. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen. Het vervangen van een deel van de face-to-face sessies door online therapiesessies had geen negatief effect op de werkrelatie noch op het behandelresultaat. Voor blended CGT werd geen associatie gevonden tussen het verloop van de depressieve klachten en de beoordeling van de werkrelatie door patiënten en therapeuten. Voor standaard CGT werd er wel een verband gevonden tussen de patiëntbeoordeling en het verloop in klachten. In deze groep ging een betere beoordeling van de werkrelatie gepaard met minder ernstige depressieve klachten. Verder onderzoek is nodig om deze bevinding te repliceren en verder uit te diepen.

Hoofdstuk 6 had als doel om na te gaan in hoeverre mensen met een angst- en stemmingsstoornis daadwerkelijk in zorg komen bij de sGGZ. Om dit te onderzoeken werd er data van 701 deelnemers uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) geanalyseerd. Het bleek dat over een periode van zes jaar 28,3% van de mensen die bij aanvang van de studie voldeden aan de diagnostische criteria van een angst of stemmingsstoornis bij de sGGZ aanklopten. In de studie werd gekeken naar eventuele kenmerken die als voorspellers voor deze transitie naar de sGGZ zouden kunnen dienen. Het bleek dat bepaalde klinische factoren zoals de ernst van de symptomen niet voorspellend waren, ondanks dat deze beschreven worden in de GGZ-richtlijnen. Klinische variabelen die wel werden bevestigd, waren gedachten aan de dood of zelfmoord, eerdere therapie in de eerstelijnszorg (basis GGZ) en eerdere farmacotherapie. Daarnaast werden jongere leeftijd, hoger opleidingsniveau, openheid voor nieuwe ervaringen en de ervaring van een onbeantwoorde hulpvraag als voorspellers gevonden.

## Conclusie

Dit proefschrift bevat een van de eerste studies waarin blended CGT systematisch is vergeleken met standaard CGT wanneer dit wordt aangeboden binnen de specialistische GGZ. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen beide behandelvormen in de klinische effecten en kosten. Uit een kosteneffectiviteits-analyse, - waarin de verschillen in kosten en effecten tegen elkaar worden afgezet - kwam naar voren dat vanuit maatschappelijk perspectief blended CGT niet kosteneffectief was in vergelijking met standaard CGT. Vanuit het perspectief van de zorgverlener had blended CGT een hoge kans kosteneffectief te zijn ten opzichte standaard CGT, wanneer depressieve klachten en gewonnen levensjaren in goede gezondheid (QALYs) als klinische uitkomst worden gebruikt.

Patiënten en therapeuten waren tevreden over de blended behandeling en konden een goede werkrelatie opbouwen. Doordat er met een strak protocol werd gewerkt, was er meer zekerheid over de behandelinterventies die een patiënt heeft gehad dan vaak het geval is in reguliere behandeling. Dit ondersteunt besluitvorming over wat te doen na de blended CGT, namelijk afsluiten, doorgaan of doorverwijzen. Blended CGT lijkt te kunnen bijdragen aan een verkorte therapieduur. Dit kan een gunstig effect hebben op wachttijden voor behandeling. Op het moment dat vermindering van de tijdsinvestering van de therapeut tot doel gesteld wordt, zijn verdere aanpassingen van het behandelprotocol nodig, bijvoorbeeld door de tijd te verminderen die wordt besteed aan online feedback.

Meer onderzoek is nodig om de toepasbaarheid en effecten van blended CGT te beoordelen. Zo draagt een grotere onderzoeksgroep bij aan een meer betrouwbare inschatting van kosten en effecten. Daarnaast is het wenselijk om ook naar de resultaten van blended behandeling op de langere termijn te kijken. Op basis van de bevindingen in dit proefschrift kan worden gesteld dat blended CGT voor depressie een behandeling is die de moeite waard is om verder te ontwikkelen en onderzoeken.