

De effectiviteit van videoconsultaties bij volwassenen met depressie of angst

Referentie

Haun MW, Tönnies J, Hartmann M, et al. Model of integrated mental health video consultations for people with depression or anxiety in primary care (PROVIDE-C): assessor masked, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2024;e079921. DOI: 10.1136/bmj-2024-079921

Duiding

Eveline Raemdonck, klinisch psychologe
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is de effectiviteit van videoconsultaties in vergelijking met standaardzorg op psychosociale uitkomsten bij volwassenen met depressie- en angststoornissen binnen de eerstelijnszorg?

Achtergrond

Wegens het stigma en het taboe dat bestaat rond psychotherapie, de wachtlijsten, financiële barrières en vervoersproblemen hebben mensen met depressie- of angststoornissen vaak beperkte toegang tot gespecialiseerde psychologische zorg (1,2). De laatste jaren wordt de integratie van (gespecialiseerde) psychologische hulpverlening binnen het eerstelijnszorglandschap daarom sterk aangemoedigd (3). Zo zijn er bijvoorbeeld huisartsen die samenwerken met een psycholoog (of andere disciplines) binnen dezelfde praktijk (4). Naast de fysieke aanwezigheid van specialistische hulpverlening in de eerstelijnspraktijk, worden ook online consultaties vooropgesteld om geïntegreerde zorg te bevorderen (5). Echter is er beperkt onderzoek beschikbaar naar de evidentie van online geïntegreerde specialistische zorg. Bovendien is het beschikbare onderzoek beperkt tot sterk gereguleerde omgevingen en derhalve moeilijk te generaliseren naar de klinische praktijk (6,7). De studie die we hier zullen bespreken bouwt voort op een succesvolle pilootstudie waarin onderzoekers de effectiviteit nagaan van videoconsultaties binnen het eerstelijnszorglandschap gericht op volwassenen met depressie en angst (8,9).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering gebeurde op basis van verwijzing door 29 huisartsen in Duitsland (Baden-Wuerttemberg en Rhineland-Palatinate)
- inclusiecriteria:
 - volwassenen (18 jaar of ouder) met minstens een van de volgende psychische stoornissen: 1) ten minste matig ernstige depressie, gedefinieerd als een score ≥ 10 (waarbij zeker het item anhedonie of depressief gevoel aanwezig zijn) op de **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**; 2) ten minste matig ernstige gegeneraliseerde angst, gedefinieerd als een score ≥ 10 op de **Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7)**; of 3) een gecombineerde angst- en depressiescore van ≥ 12 op de **Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS)**
 - niet of onvoldoende behandeld met psychotherapie, psychofarmaca of beide
 - schriftelijke geïnformeerde toestemming
- exclusiecriteria: aanwezigheid van 1) middelenmisbruik of -afhankelijkheid, 2) acuut suïcidaal gedrag of gevaarlijk gedrag naar anderen toe, 3) dringende medische behandelnoten (zoals ziekenhuisopname), 4) acute psychotische symptomen, 5) ernstige cognitieve stoornissen of dementie, 6) belangrijke auditieve of visuele beperking, 7) zwangerschap in het tweede of derde trimester, 8) onvoldoende Duitse taalvaardigheid, of 9) eerdere ervaring met videoconsultaties tijdens deelname aan de pilootstudie

- uiteindelijke inclusie van 376 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar (SD 14), waarvan 238 (63%) vrouwen, 220 (59%) met minstens één chronische fysieke aandoening, 183 (49%) nooit een psychiatrische of psychotherapeutische behandeling gehad, 153 (41%) met een matig ernstig symptoom en 139 (37%) met een zeer ernstig symptoom.

Onderzoeksopzet

Multicenter gerandomiseerde, gecontroleerde studie met parallelle groepen:

- interventiegroep (n=187): deelnemers kregen over een tijdspanne van 8 weken in totaal 5 videoconsultaties van 50 minuten met een specialist geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnspraktijk (of thuis bij een verhoogd risico van covid-19-complicaties); de andere kerncomponenten van de interventie waren: diagnostische verduidelijking en casusformulering met *stepped care* (getrapte zorg) gebaseerd op tussentijdse monitoring van symptomen; kortdurende psychotherapie gericht op de therapeutische relatie en emotieregulatie; tweewekelijkse supervisie begeleid door een consulent gespecialiseerd in psychiatrie en psychosomatiek
- controlegroep (n=189): routinezorg door de huisarts
- stratificatie volgens eerstelijnszorgpraktijk en ernst van de symptomen

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: absolute verandering in ernst van depressieve en angstsymptomen gemeten met de PHQ-ADS na 6 maanden
- secundaire uitkomstmaten:
 - absolute verandering in ernst van depressieve en angstsymptomen gemeten met de **PHQ-ADS** na 12 maanden
 - absolute verandering in ernst van depressieve symptomen gemeten met de **PHQ-9** na 6 en 12 maanden
 - absolute verandering in ernst van angstsymptomen gemeten met de **GAD-7** na 6 en 12 maanden
 - psychologische stress gerelateerd aan somatische klachten gemeten met de **Somatic Symptom Disorder B-criteria (SSD-12)**
 - herstel gemeten met vijf subschalen van de **Recovery Assessment Scale** (persoonlijk vertrouwen en hoop, doel- en succesgerichtheid, bereidheid om hulp te vragen, afhankelijkheid van anderen, en gedomineerd door symptomen)
 - kwaliteit van leven gemeten met de **Short-Form Health Survey (SF-36)**
 - patiënt- en kwaliteitsgerichte zorg gemeten met verkorte versie van de **Patient Assessment of Chronic Illness Care**
 - ongewenste gebeurtenissen
- de vragenlijsten werden door geblindeerde onderzoekers ingevuld tijdens computer geassisteerde telefonische interviews met de deelnemers
- intention-to-treatanalyse.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: ernst van depressieve en angstsymptomen was
 - statistisch significant lager met videoconsultaties versus controle na 6 maanden: gemiddeld verschil van -2,4 punten met 95% BI van -4,5 tot -0,4; p=0,02; effectgrootte van 0,21 (met 95% BI van 0,03 tot 0,39)
 - statistisch significant lager met videoconsultaties versus controle na 12 maanden: gemiddeld verschil van -2,9 punten met 95% BI van -5,0 tot -0,7; p=0,007; effectgrootte van 0,30 (met 95% BI van 0,08 tot 0,52)
- secundaire uitkomstmaten:
 - statistisch significante verbetering met videoconsultaties versus controle voor ernst van depressieve symptomen, psychologische stress gerelateerd aan somatische klachten,

- kwaliteit van leven (mentale component), en patiënt- en kwaliteitsgerichte zorg na 6 maanden
 - statistisch significante verbetering met videoconsultaties versus controle voor ernst van depressieve symptomen, ernst van angstsymptomen en psychologische stress gerelateerd aan somatische klachten na 12 maanden
 - geen statistisch significant verschil tussen interventie- en controlegroep voor herstel en kwaliteit van leven (fysieke component)
- in beide studiearmen werden geen ernstige ongewenste effecten gerapporteerd; specifieke ongewenste effecten in de interventiegroep waren: 28% rapporteerde minstens één ongewenst effect gerelateerd aan de interventie, 9% ervoer meer down-momenten sinds het einde van de interventie; 8% was angstig dat collega's of vrienden op de hoogte waren van hun deelname aan de interventie; er was geen statistisch significant verschil tussen vrouwen en mannen voor de rapportage van ongewenste effecten.

Besluit van de auteurs

Met een relatief laag-intensieve behandeling leidde het PROVIDE-model tot een beperkte afname van depressieve en angstsymptomen op korte en lange termijn. Depressie en angststoornissen komen veel voor waardoor het geringe effect een cumulatieve impact kan hebben op de volksgezondheid van deze populatie.

Financiering van de studie

Gefinancierd door het Duitse federale ministerie van Opvoeding en Onderzoek (*Bundesministerium für Bildung und Forschung*, BMBF).

Belangenconflicten van de auteurs

Auteurs verklaren geen belangenconflict te hebben bij deze studie.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De methodologie van deze multicenter RCT werd uiteengezet in een vooraf gepubliceerd protocol en de studie zelf is gerapporteerd volgens de Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). Op basis van duidelijk omschreven maar brede in- en exclusiecriteria werden uiteindelijk 376 deelnemers gerandomiseerd. Men bereikte de vooropgestelde steekproefgrootte van 160 deelnemers per studiearm om met een power van 80% een minimaal klinisch relevant verschil van 3 punten op de PHQ-ADS te behalen. Hierbij hield men ook rekening met een studie-uitval van 20% en een correlatie van 0,35 punten tussen de baselinemeting en de verandering ten opzichte van de baselinemeting. Door deze correlatie mee te nemen in de berekening van de steekproefgrootte kon men corrigeren voor een mogelijke samenhang tussen de ernst van de symptomen bij aanvang en het effect van de interventie (waarbij mensen met minder symptomen minder ruimte zouden hebben voor verbetering).

Bij de randomisatie stratificeerden de onderzoekers voor eerstelijnszorgpraktijk en symptoomernst op de PHQ-ADS (score van 10-19 (mild), 20-29 (matig), en 30-48 (ernstig)). De participerende huisartsen, de deelnemers en de psychologische hulpverleners konden niet geblindeerd worden. De interviewers en de data-analisten waren wel gemaskeerd voor de toewijzing van de deelnemers. Toch kan men daarmee detectiebias niet volledig uitsluiten omdat het in se blijft gaan om door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten. Ook de onbedoelde 'ontmaskering' van de effectbeoordelaars tijdens 20% van interviews kan tot een overschatting van het effect geleid hebben. De keuze voor de PHQ-ADS-vragenlijst als primaire uitkomstmaat kan begrepen worden vanuit de hoge comorbiditeit van angst en depressie. Deze vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit. Echter, als personen alleen depressieve of angstsymptomen vertonen, kan het effect van de interventie onderschat worden doordat veranderingen in specifieke symptomen mogelijk worden verdund

binnen de totaalscore. Teneinde het risico van attrition bias te beperken werden de data geanalyseerd volgens intention to treat met imputatie van ontbrekende gegevens.

Beoordeling van de resultaten

In deze studie zag men met online videoconsultaties in vergelijking met een controlegroep een afname van de ernst van depressieve en angstsymptomen en van psychologische stress gerelateerd aan somatische klachten. Echter, de effectgroottes waren klein en de daling van de absolute score van PHQ-ADS was lager dan het vooropgestelde minimaal klinisch relevante verschil. Ook voor de secundaire uitkomstmaten vonden de onderzoekers weinig klinisch relevante verschillen tussen de interventie- en de controlegroep. De kleine effectgroottes zijn mogelijk het gevolg van de pragmatische studieopzet en zijn in overeenstemming met andere studies in de eerstelijnszorg (9,10). Een invloed van andere behandelmodaliteiten op de uitkomstmaten kan niet uitgesloten worden. Zo ontving in de interventiegroep 43% van de deelnemers extra gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bovenop de interventie en gebruikte 34% psychotrope medicatie. Op 6 maanden was er echter geen statistisch significant verschil en op 12 maanden slechts een minimaal verschil in verandering van PHQ-ADS-score tussen personen die extra zorg kregen versus geen extra zorg kregen. Ter vergelijking in de controlegroep kreeg 47% gespecialiseerde zorg en 27% gebruikte psychofarmaca. Bijkomend identificeerden de onderzoekers negen deelnemers in de controlegroep die tijdens de studie een beroep deden op een vorm van online video-consultaties, wat mogelijk tot contaminatiebias geleid heeft met een verdunning van het effect tot gevolg. Door te rekruteren via huisartsen kon men zelf-selectiebias van deelnemers voorkomen. Echter, van de 3 471 huisartsen die men contacteerde gingen er slechts 53 in op de uitnodiging om patiënten te rekruteren*. In het kader van een pragmatische studie was dit misschien wel te verwachten maar een mogelijke selectiebias kan daardoor niet uitgesloten worden. Nochtans was deelname of geen deelname van patiënten aan de studie alleen statistisch significant geassocieerd met relatiestatus ($p=0,02$): alleenstaanden namen minder vaak deel in vergelijking tot mensen met een relatie. De onderzoekers geven als verklaring hiervoor dat sociale steun en stigma belangrijke drijfveren zijn om hulp te zoeken en te aanvaarden. Mogelijk had selectiebias op niveau van de huisarts wel een effect op het resultaat. Misschien selecteerde men meer gemotiveerde huisartsen die reeds een gunstige psychologische begeleiding gaven aan hun patiënten en kon er geen extra effect van videoconsultaties aangetoond worden. Verder onderzoek naar barrières bij huisartsen om patiënten bij deze interventie te betrekken kunnen waardevol zijn alvorens in te toekomst deze interventie te implementeren. Ook is verder onderzoek nodig naar de extrapoleerbaarheid van de resultaten naar een groep met technologisch minder vaardige personen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De Belgische richtlijn van Domus Medica over volwassen patiënten, inclusief ouderen, met depressie in de eerste lijn stelt een getrappt zorgmodel voor in functie van de ernst van de symptomen. Bij milde (tot matige) depressie worden laag-intensieve psychologische interventies aanbevolen, al dan niet uitgevoerd en opgevolgd door de huisarts. Bij ernstige depressieve klachten dienen naast een medicamenteuze aanpak meer intensieve psychologische interventies ingeschakeld te worden, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie. Huisartsen worden geadviseerd om, in overleg met de patiënt, zoveel als mogelijk samen te werken met hulpverleners uit de eerste lijn (inclusief psychologen). Ook op maat gebruik van online hulpverlening wordt in de richtlijn aanbevolen (12). Met betrekking tot angst, bevelen de richtlijnen voor geestelijke gezondheidszorg aan om bij milde (tot matig ernstige) angstsymptomen eerste stap interventies in te voeren (inclusief e-health ondersteunende structurerende begeleiding). Bij matige en ernstige angstsymptomen geniet psychologische behandeling een lichte voorkeur boven farmacotherapie (13). Beide richtlijnen bevelen e-healthinterventies wel aan, maar er wordt niet specifiek verwezen naar het gebruik van videoconsultaties met een hulpverlener. De videoconsultaties binnen de huidige studie volgden het getrapte zorgmodel, zoals ook aanbevolen in beide richtlijnen (8,12,13).

* Er werden er slecht 29 geïncludeerd omdat de steekproefgrootte bereikt was.

Besluit van Minerva

Deze multicenter pragmatische RCT met blinding van effectbeoordelaars toont aan dat het volgen van online videoconsultaties effectief kan zijn in het reduceren van de ernst van depressie- en angstsymptomen tot 12 maanden na de interventie. De effectgroottes zijn echter klein en mogelijk klinisch niet relevant. Ook bestaat er in deze studie een belangrijk risico van selectie- en detectiebias. Desondanks kan men dankzij de brede in- en exclusiecriteria en het pragmatisch studiedesign de resultaten van deze studie reeds extrapoleren naar de klinische praktijk.

Referenties

1. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety* 2018;35:195-208. DOI: 10.1002/da.22711
2. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017;210:119-24. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078
3. Crowley RA, Kirschner N, Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* 2015;163:298-9. DOI: 10.7326/M15-0510
4. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42. DOI: 10.1136/bmj.330.7495.839
5. Hilty DM, Rabinowitz T, McCarron RM, et al. An update on telepsychiatry and how it can leverage collaborative, stepped, and integrated services to primary care. *Psychosomatics* 2018;59:227-50. DOI: 10.1016/j.psych.2017.12.005
6. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med* 2007;22:1086-93. DOI: 10.1007/s11606-007-0201-9
7. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015;72:58-67. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1575
8. Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, et al. Mental health specialist video consultations versus treatment-as-usual for patients with depression or anxiety disorders in primary care: randomized controlled feasibility trial. *JMIR Ment Health* 2021;8:e22569. DOI: 10.2196/22569
9. Haun MW, Tönnies J, Hartmann M, et al. Model of integrated mental health video consultations for people with depression or anxiety in primary care (PROVIDE-C): assessor masked, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2024;e079921. DOI: 10.1136/bmj-2024-079921
10. Funder DC, Ozer DJ. Evaluating effect size in psychological research: sense and nonsense. *Adv Methods Pract Psychol Sci* 2019;2:156-68. DOI: 10.1177/2515245919847202
11. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-60. DOI: 10.3399/bjgp09X395139
12. Declercq T, Habraken H, Van den Ameel J, et al. Depressie bij volwassenen: Beleid. Ebpracticenet, 2017. Beschikbaar op <https://ebpnet.be/nl/ebsources/1219?searchTerm=depressie>
13. Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen. GGZ Standaard, 2017. Beschikbaar op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>