

Dutch summary | Samenvatting

De casus voor stepped care

Exploratie van de toepasbaarheid en kostenutiliteit van stepped-care strategieën bij depressiemanagement

De meerwaarde van stepped care

Depressieve stoornissen zijn veelvoorkomend. Het doormaken van een depressie en de gevolgen ervan zijn ingrijpend. De kwaliteit van leven kan aanzienlijk verminderen, ook voor de naastbetrokkenen. Depressie kent verschillende verschijningsvormen. Welke behandeling het meeste baat biedt, kan van persoon tot persoon variëren. Het nemen van beslissingen over het beste behandelbeleid is altijd, bij iedere patiënt, omgeven door onzekerheid, zoals onzekerheid over de diagnose, de prognose, de behandelrisico's en te verwachten behandelresultaten. Met deze onzekerheid dienen zorgprofessionals rekening te houden, waarbij de risico's van zowel overbehandeling als onderbehandeling moeten worden afgewend. Stepped care (getrapte zorg) biedt een meerwaarde in de zorg voor depressie, zoals wordt onderbouwd in dit proefschrift. Stepped care levert namelijk passende zorg op; zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig is. De definitie van stepped care luidt: "Stepped care is zorg die zo licht als mogelijk en tegelijkertijd zo intensief als nodig is, rekening houdend met de aard, duur, ernst en het beloop van symptomen - of fasen van depressie - in het nemen van beslissingen over een passend individueel behandelplan om behandeldoelen te bereiken door, ten eerste, interventies die lichter in intensiteit zijn te prefereren boven intensievere interventies indien dit passend en aannemelijk is, en, ten tweede, door het behandelplan aan te passen en over te stappen op vervolgenterventies, naargelang het monitoren van de behandelresponse aangeeft dat dit nodig is."

Er zijn diverse wetenschappelijk onderbouwde behandelvormen beschikbaar, zoals beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Spijker et al. 2013) en in de Zorgstandaard Depressieve stoornissen (Meeuwissen, van Bon et al. 2018). De multidisciplinaire richtlijn geeft aanwijzingen voor gedeelde besluitvorming, het - met de patiënt gezamenlijk - evalueren van behandeluitkomsten en, indien nodig, tijdig overstappen op beter passende interventies, volgens stepped-care behandelstrategieën. Hierbij wordt rekening gehouden met persoonlijke voorkeuren en omstandigheden. In alle uitgevoerde studies in dit proefschrift, zijn de interventies en de stappenvolgorde, voor het overwegen ervan, geheel gebaseerd op aanbevelingen volgens de multidisciplinaire richtlijn en conform de zorgstandaard voor depressie.

Een micro-, meso- en macroperspectief

Stepped care kan bijdragen aan het verbeteren van de depressiezorg vanuit drie perspectieven:

- 1 Een microperspectief: door het verbeteren van de behandeluitkomsten voor patiënten en het ondersteunen van hulpverleners bij de klinische besluitvorming over het behandelbeleid aan de hand van stepped-care behandelstrategieën.
- 2 Een mesoperspectief: door het verbeteren van de kwaliteit van de organisatie van de depressiezorg, zodat deze de voorwaarden biedt voor stepped-care behandelstrategieën.
- 3 Een macroperspectief: door het verbeteren van de kostenutiliteit van de depressiezorg met het toepassen van stepped-care behandelalgoritmes.

Volgens het stepped-care model in dit proefschrift geeft verbetering van de zorg vanuit één van deze drie perspectieven, ook verbetering in de beide andere perspectieven. Op basis van de uitgangspunten van het stepped-care model kunnen stepped-care programma's, verbeterstrategieën, behandelstrategieën, behandelalgoritmes en andere kwaliteit verbeterende of beslissingsondersteunende instrumenten en heuristieken worden ontwikkeld. Deze maken de te overwegen behandelopties en de klinische beslissingen die zorgprofessionals en hun patiënten gezamenlijk moeten nemen, expliciet.

Stepped care is geen nieuw concept in de geestelijke gezondheidszorg, maar de wijze van toepassen ervan varieert en de kosteneffectiviteit is nog onvoldoende onderzocht.

1 Algemene inleiding

Hoofdstuk 1, de algemene inleiding, introduceert de kernbegrippen in dit proefschrift, beschrijft relevante ontwikkelingen in relatie tot stepped care en bespreekt de toepasbaarheid ervan in de depressiezorg. Ook worden de onderzoeksvragen en doelstellingen van dit proefschrift beschreven, wordt uiteengezet wat de zorg voor depressieve stoornissen tot een geschikte casus maakt voor dit proefschrift en wordt de wijze waarop de onderzoeksvragen worden geadresseerd besproken. Het proefschrift is vervolgens opgebouwd uit drie delen.

I Stepped care en depressiemanagement

Deel I, waarin de uitgangspunten van het stepped-care model (getrapte-zorgmodel) en van het Chronic Care Model (chronische-zorgmodel) vanuit het micro-, meso- en macroperspectief uiteen worden gezet, legt de basis voor het verdere proefschrift.

2 Stepped care: concept en doelen

Dit hoofdstuk gaat in op de meerwaarde van stepped care in de depressiezorg. Stepped care is, zoals wordt beschreven, in de eerste plaats een geschikte behandelstrategie voor klinische besluitvorming bij onzekerheid over de juiste behandeling voor de patiënt. Stepped-care strategieën kunnen zorgprofessionals ondersteunen, telkens wanneer een beslissing genomen moet worden over wat nu de beste behandeling is voor de patiënt. Dit is het geval als evidentie over mogelijke matchingsfactoren tussen de patiënt en een specifieke behandeling, waarbij een differentieel effect van de behandeling bij deze patiënt verwacht kan worden, niet voorafgaand bekend kan zijn. Essentieel hierbij is dat stepped-care strategieën rekening houden met individuele patiëntkenmerken en met persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van de patiënt.

De kernelementen van stepped-care strategieën betreffen het intensiveren van de zorg naargelang de behoeften van de patiënt, door: 1. Kiezen van de minst intensieve interventie waarmee de behandeldoelen bereikt kunnen worden, rekening houdend met de aard, duur, ernst en het beloop van de depressiesymptomen; 2. Regelmatig monitoren van de ernst en het beloop van de depressiesymptomen en periodiek evalueren van de behandeling en de behandeluitkomsten; 3. Aanpassen van het individuele behandelbeleid door tijdig overstappen op een intensievere interventie, totdat de behandeldoelen zijn bereikt. Als de behandeldoelen zijn bereikt, bijvoorbeeld als de symptomen in remissie zijn, wordt deze strategie herhaald voor nieuwe behandeldoelen, zoals terugvalpreventie of persoonlijk herstel.

3 Depressiezorg-management: concept en doelen

Dit hoofdstuk gaat in op hoe stepped care de vier componenten van het chronische-zorg model kan versterken:

- i *Ondersteuning van zelfmanagement.* Het ondersteunen van zelfmanagement wordt vaak ingezet als een eerste-stap interventie in stepped-care modellen. Gedurende vervolgstappen in de behandeling kan het ondersteunen van het zelfmanagement van de patiënt helpen om persoonlijk herstel te bereiken.
- ii *De organisatie van het zorgsysteem.* Stepped care voorziet in een sturingsprincipe voor het inrichten van de zorgverlening en het alloceren van zorg. Door evidence-based interventies te structureren in een stappenvolgorde met toenemende intensiteit, voor het gehele zorgcontinuüm, wordt het coördineren van integrale zorgprocessen vereenvoudigd. Het monitoren van de voortgang en het overstappen op een volgende interventie vindt plaats op basis van expliciete criteria. Stepped care is zo, met andere woorden, een manier om de zorgverlening te organiseren. Geïntegreerde zorgverlening, met hoge kwaliteit van zorg en efficiënte zorgprocessen, verbetert de condities voor zorgprofessionals om individuele stepped-care strategieën uit te voeren en kan, bovendien, onzekerheid rondom het nemen van beslissingen over het behandelbeleid verminderen.
- iii *Beslissingsondersteuning.* Evidence-based richtlijnen en andere kwaliteitszorgstandaarden of beslissingsondersteunende tools die hiervan kunnen worden afgeleid, ondersteunen de klinische besluitvorming en dragen zo bij aan het bereiken van betere behandeluitkomsten voor patiënten, zoals in stepped-care behandelstrategieën. Ook ondersteunt het inrichten van zorgprocessen op basis van kwaliteitsstandaarden de klinische besluitvorming, zoals in stepped-care zorgverlening.
- iv *Klinische informatiesystemen.* Klinische informatiesystemen voorzien in tijdige en relevante data op zowel patiëntniveau als op geaggregeerd niveau om effectieve en efficiënte zorg te faciliteren. Het monitoren en evalueren van zorgprocessen is fundamenteel in depressiezorg-management. De focus op het monitoren en evalueren van zorgprocessen binnen zorgorganisaties ligt bij stepped care op het optimaliseren van individuele behandelstrategieën en gezondheidswinst voor patiënten.

In dit hoofdstuk wordt bovendien een procesmodel voor kwaliteitsverbetering van de depressiezorg geïntroduceerd. Dit model biedt een kader voor het implementeren en evalueren van verbeterstrategieën op het gebied van kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Het gebruik en de inbedding van kwaliteitsstandaarden in de praktijk kan volgens dit model worden bevorderd met verbeterstrategieën vanuit mesoperspectief, om de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening te verbeteren. Feedbackloops tussen het patiëntniveau (microperspectief) en het zorgprocesniveau van de zorgverlening (mesoperspectief), maken het mogelijk te sturen op informatie die

relevant is voor het kunnen bijstellen van de individuele behandelstrategie. Op deze wijze kunnen de behandeluitkomsten voor patiënten worden verbeterd. Tegelijkertijd kan een verbetercyclus op basis van deze sturingsinformatie de kwaliteit en efficiëntie van zorgprocessen verbeteren. De patiëntgerichte focus is cruciaal om value-based zorg te bereiken.

II Implementeren van stepped care

Deel II van het proefschrift gaat over de implementatie van stepped care, *in casu* depressie. Drie empirische studies illustreren hoe de implementatie van stepped-care strategieën kan worden uitgevoerd. Deze implementatiestudies zijn, voor zover bekend, de eerste studies in Nederland op dit gebied. De strategieën voor het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening (het mesoniveau in het stepped-care model) resulteerden in verbeterde patiëntuitkomsten (het microniveau in het stepped-care model). Deze empirische studies dragen als volgt bij aan het verbeteren van de praktijk van de depressiezorg:

- 1 Door evidence-based behandelopties te structureren in opeenvolgende behandelopties, in het gehele zorgcontinuüm, op basis van de multidisciplinaire richtlijn, met bijbehorende evaluatiecriteria voor het overwegen of overstappen op een volgende interventie.
- 2 Door praktische beslistools aan te reiken die zorgprofessionals ondersteunen bij het kiezen uit verschillende behandelopties en bij het aanpassen van evidence-based behandelstrategieën aan persoonlijke behoeften van patiënten.
- 3 Door de toepasbaarheid en de aannemelijkheid ervan te demonstreren wanneer stepped care wordt geïmplementeerd in de dagelijkse zorgpraktijk.

De uitkomsten van deze studies zijn in lijn met de bevindingen van door andere onderzoekers uitgevoerde gecontroleerde studies.

4 De uitvoerbaarheid van een stepped-care programma voor depressie-management

De studie in hoofdstuk 4 betreft de implementatie van een stepped-care programma voor depressie-management in een tweeënhalft jaar durende pilot-studie. Onderdeel van dit programma is een stepped-care algoritme voor de diagnostiek en behandeling van depressie, gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie. Zorgprofessionals die werkten met het algoritme werden ondersteund door een liaison-consultatie functie vanuit de gespecialiseerde ggz, waarbij de huisarts consult kon vragen aan een psychiater of psychotherapeut in de instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Adherentie door huisartsen en consultatie-gevende zorgprofessionals aan het stepped-care programma bleek 96% te zijn in deze pre-post studie, gemeten met interviews met 28 zorgprofessionals over 235 patiënten met lichte, matige of ernstige depressie. Het percentage verwezen patiënten naar de gespecialiseerde ggz nam significant af (van 26% naar 21%; $p=.0180$), waardoor meer patiënten hun behandeling konden vervolgen in de huisartsenzorg of basis-ggz. Consultatie-verzoeken kwamen meer in overeenstemming met het stepped-care programma. We concluderen dat het implementeren van een stepped-care programma voor depressie haalbaar en uitvoerbaar is in een multidisciplinaire zorg-setting en geassocieerd is met minder verwijzingen naar de gespecialiseerde ggz.

5 Aannemelijkheid van stepped care en kwaliteitsverbetering van de depressiezorg

De studie in hoofdstuk 5 betreft kwaliteitsverbetering van de depressiezorg op mesoniveau vanuit een stepped-care benadering, met als doel het laten samenwerken van zorgprofessionals en het inzetten van praktische tools om de Multidisciplinaire richtlijn Depressie toe te passen. Een vereenvoudigd stepped-care model voor depressie, bestaande uit een eerste-stap behandeling voor niet-ernstige depressie (kortdurende of milde symptomen) met niet-intensieve behandelingen, en een tweede-stap behandeling voor patiënten met een ernstige depressie en voor patiënten die niet voldoende opknapt na 6-12 weken met een eerste-stap behandeling, werd geïmplementeerd met de Doorbraakmethode. Dertien multidisciplinaire teams participeerden, met in totaal 101 zorgprofessionals en 536 patiënten. Het beloop van de depressiesymptomen en de behandelresponse werden gemeten aan de hand van de Beck Depression Inventory (BDI) totdat herstel werd bereikt; herstel werd gedefinieerd als een BDI-score van 10 of lager gedurende een periode van 6 maanden.

Tweederde van de patiënten (66%; $n=356$ patiënten) had een niet-ernstige depressie. Het percentage van patiënten met een niet-ernstige depressie die werden behandeld volgens het stepped-care model was gemiddeld 78% (range 53-100%). Significant meer patiënten met een niet-ernstige depressie ontvingen de eerste-stap behandeling naarmate het project vorderde. In de groep met een ernstige depressie werd 57% (range 25-100%) van de patiënten behandeld conform het stepped-care model. De overige 43% van deze patiënten werd onderbehandeld en ontving te lichte interventies, in plaats van psychotherapie dan wel antidepressiva. Blijkbaar volstaat de implementatiemethode niet voor de groep patiënten met een ernstige depressie. Sleutelvariabelen in de veranderstrategie, die worden beschreven in relatie tot de uitkomsten op mesoniveau, zijn: top-down doelstellingen, het aanbieden van praktische tools, standaarden en duidelijke instructies over de gevraagde gedragsverandering van zorgprofessionals - om te onderscheiden naar ernst van de depressie en om minder intensieve interventies aan te bieden - en het objectief meten van uitkomsten met de

BDI. De geïntroduceerde gedragsverandering werd bestendig gedurende de veranderperiode en in de meeste aan het onderzoek deelnemende teams ook na deze periode.

We concluderen dat een stepped-care benadering aannemelijk is voor patiënten en voor zorgprofessionals, en kan leiden tot kwaliteitsverbetering van de depressiezorg.

6 Een zelfhulpinterventie voor comorbide depressie en angststoornissen in de diabeteszorg

Zelfhulpinterventies kunnen een gepaste eerste stap zijn in de behandeling van een depressie of angststoornis die optreedt bij patiënten met diabetes mellitus type 2. Strategieën voor tijdige herkenning en adequate behandeling van de psychische aandoening zijn belangrijk bij deze patiënten. Dit hoofdstuk laat zien dat een zelfhulpinterventie succesvol geïmplementeerd en geïntegreerd kan worden in de diabeteszorg, vanuit een chronische-zorgbenadering, met als doel onderherkenning en onderbehandeling van psychische aandoeningen te voorkomen. De interventies vragen een minimale inzet van diabetesverpleegkundigen om, aan de hand van hiertoe ontwikkelde tools, de screening uit te voeren, de zelfhulpinterventie aan te bieden en te begeleiden, of de patiënt te verwijzen voor meer gespecialiseerde zorg. De verpleegkundigen werken samen met de patiënt en de huisarts.

Gedurende de pilot-studie met pre-test post-test design screenen zeven getrainde verpleegkundigen die samenwerkten met 73 huisartsen, 111 diabetes type 2-patiënten middels een gestandaardiseerd screeningsinterview. Zesentwintig van de 53 screenpositieve patiënten voldeden aan de diagnostische criteria voor een angststoornis of depressieve stoornis volgens het MINI International Neuropsychiatric Interview. Van deze 26 patiënten volgden er 16 de zelfhulpinterventie in vijf sessies. Na zes maanden vond follow-up meting plaats. Een procesevaluatie vond plaats halverwege de training en aan het einde van de pilotstudie.

Gemeten met de Patient Health Questionnaire (PHQ), verbeterden angstsymptomen (3.2 punten verbetering; $p=0.011$), depressiesymptomen (5.7 punten verbetering; $p=0.007$), en ernst van de somatische symptomen (2.9 punten verbetering; $p=0.041$) significant. Diabetes-gerelateerde negatieve emoties (op de PAID-NL) verminderden met 3.8 punten ($p=0.048$). De zelfgerapporteerde algehele gezondheidsstatus gemeten met de Visual Analogue Scale (range 0-100) van de EQ-5D, verbeterde gemiddeld met 14 punten ($p=0.007$). Emotioneel rol-functioneren (SF-36) liet 33.4 punten verbetering zien ($p=0.010$), fysiek rol-functioneren verbeterde met 40 punten ($p=0.007$) en emotioneel welbevinden met 19.4 punten ($p=.003$). Depressie- en angstsymptomen verminderden, net als diabetes-gerelateerde distress, na het volgen van de begeleide zelfhulpinterventie,

terwijl het gezondheidsprofiel en de mentale component van kwaliteit van leven verbeteren.

Deze bevindingen suggereren dat de verbeterstrategie op het mesoniveau van de zorg, bestaande uit het implementeren van zelfmanagementstrategieën begeleid door de verpleegkundige en het bieden van praktische tools voor verpleegkundigen, resulteert in verbeterde patiëntenuitkomsten. De getrainde verpleegkundigen waren competent in het screenen en behandelen van emotionele problemen bij diabetespatiënten, als deze gefaciliteerd werden met een gevalideerde vragenlijst en tools voor het begeleiden van de zelfhulpinterventie. Nauwe betrokkenheid van de huisartsen lijkt een relevante factor in het accepteren van deze rol van de verpleegkundige.

III De effectiviteit van depressiezorg-management en de kostenutiliteit van stepped care

In deel III worden achtereenvolgens de effectiviteit van depressiemanagement en de kostenutiliteit van stepped care geëvalueerd. Om de heterogeniteit in uitkomsten van depressiemanagement-programma's te kunnen verklaren werd een systematische review van reviews en empirische studies verricht, inclusief metaregressie-analyses.

Om de positieve bevindingen in deel II verder te onderzoeken werd evidentie vanuit verschillende bronnen gecombineerd in een modelleringsstudie.

7 De effectiviteit van depressiemanagement-programma's

In dit hoofdstuk worden de meta-analyse en metaregressie-analyses over effectstudies naar programma's voor depressiemanagement vanuit het chronische-zorgmodel besproken. De meta-analyse laat zien dat de depressiemanagement-programma's over het algemeen effectief zijn. Gepoolde effecten van deze zorgprogramma's lieten, in vergelijking met gebruikelijke zorg, significante verbetering zien in response op de behandeling (RR=1.38; $p<0.05$) en adherentie aan de behandeling (RR=1.36; $p<0.05$). De resultaten over de kosten waren beperkt en minder overtuigend. Het is vooralsnog onduidelijk welke specifieke interventies of componenten van deze programma's essentieel zijn in het bewerkstelligen van effectiviteit.

Aan de hand van metaregressie-analyses is onderzocht in welke mate de geobserveerde heterogeniteit die gerelateerd is aan de effectiviteit van de depressiemanagement-programma's, kan worden verklaard door kenmerken van de geïnccludeerde studies (kwaliteit van de studies, follow-up duur), het aantal

componenten in het chronische-zorgmodel, en patiëntkenmerken. Subgroep-analyses lieten een aantal significante verbeteringen zien die werden getest door metaregressie-analyses.

Studiekwaliteit verklaarde in relatie tot verbetering van de behandelresponse (RR=1.39; 95% CI: 1.12-1.73; $I^2=88\%$ in de subgroep-analyse), een substantieel deel van de heterogeniteit (36.6%; $p=0.04$). Subgroep-analyse van patiëntkenmerken liet zien dat de effectiviteit van de depressiemanagement-programma's voor patiënten met een depressieve stoornis minder groot was (RR=1.24; 95% CI: 1.09-1.41; $I^2=36\%$) dan voor patiënten met depressiesymptomen waarbij niet werd voldaan aan de diagnostische criteria (RR=1.88; 95% CI: 1.46-2.42; $I^2=0\%$). In de meta-regressie-analyse verklaarde het hebben van een depressieve stoornis (in plaats van depressiesymptomen waarbij niet wordt voldaan aan de criteria van een depressieve stoornis), een substantieel deel van de heterogeniteit in de adherentie aan de behandeling (88.7%; $p=0.01$). Mogelijke redenen hiervoor zijn dat het moeilijker is voor patiënten met een depressieve stoornis om therapietrouw te zijn aan de behandeling, of dat het er aan ligt dat de gepaste interventie intensiever is, of dat het voor hulpverleners moeilijker is om de behandeling uit te voeren zoals bedoeld. Duidelijk is dat het de moeite loont om therapietrouw van de patiënt en adherentie van de zorgprofessional te verbeteren, aangezien dit bijdraagt aan het vergroten van de effectiviteit van depressiemanagement-programma's.

Deze studie onderstreept dat het effectief is om in depressieprogramma's rekening te houden met de ernst van de depressie, en andere bronnen van heterogeniteit, en dat dit bijdraagt aan persoonsgerichte zorg. Andere aspecten van klinische diversiteit, zoals comorbiditeit, persoonlijke geschiedenis, levensfase en andere patiëntkenmerken dienen nader onderzocht te worden als bron van heterogeniteit, want indien deze factoren de heterogeniteit in uitkomsten van de zorg kunnen verklaren, is het relevant om de zorg hierop gericht af te stemmen.

8 De kostenutiliteit van richtlijnconforme stepped-care algoritmes

Klinische richtlijnen voor depressieve stoornissen bevelen stepped-care strategieën aan voor het sequentieel inzetten van evidence-based behandelingen, die bij voorkeur kosteneffectief zijn. In dit hoofdstuk wordt de kostenutiliteit van op de Multidisciplinaire richtlijn Depressie gebaseerde stepped-care algoritmes geëvalueerd aan de hand van een depressie state-transition model, een adaptatie van het model van Vos et al. (2005). Dit economische model maakt een onderscheid naar lichte versus matige tot ernstige depressieve stoornissen. De inputwaarden in het model zijn gebaseerd op literatuuronderzoek en op de expertschattingen door de leden van de Werkgroep Richtlijnontwikkeling Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Stepped-care scenario's werden vergeleken met care-as-usual scenario's.

We simuleerden het zorggebruik van een patiëntenpopulatie met verschillende ernstniveaus van de depressie, de bijbehorende kosten van de zorg en opgeleverde gezondheidswinst, uitgedrukt in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde

levensjaren (QALY's). De modelleringsstudie laat zien dat het bereiken van gezondheidswinst aan de hand van de stepped-care algoritmes hoogstwaarschijnlijk kosteneffectief is. De modelsimulaties geven aan dat één QALY gezondheidswinst bij een lichte depressieve stoornis in het stepped-care scenario samengaat met een kostenpost van € -2.500 (dominant), in vergelijking met care-as-usual. De kosten zijn € 3.200 per QALY bij een matige tot ernstige depressieve stoornis.

Bij een willingness-to-pay plafond van € 20.000 voor het winnen van een extra QALY, kunnen de beide stepped-care algoritmes als kosteneffectief worden beschouwd, met meer dan 95% zekerheid. Dit betekent dat stepped care zeer waarschijnlijk een kosteneffectieve keuze is vergeleken met care-as-usual. Deze bevindingen ondersteunen de Nederlandse richtlijnaanbevelingen, volgens welke de stepped-care algoritmes de klinische besluitvorming ondersteunen.

9 Algemene discussie

In hoofdstuk 9 tenslotte, de algemene discussie, worden de voornaamste bevindingen besproken, in antwoord op de uitgangsvragen en in het licht van recente studies. Ook worden theoretische en methodologische overwegingen, beperkingen van de uitgevoerde studies en implicaties van de bevindingen besproken. De volgende aanbevelingen worden gegeven voor onderzoek, beleid en praktijk van de depressiezorg.

- 1 *Maak een onderscheid tussen stepped care als behandelstrategie en stepped care als wijze van organiseren van de zorgverlening.*

Doe dit zowel in onderzoek als in de toepassing van stepped care in zorgbeleid en praktijk van de depressiezorg. Algemene conclusies in de evaluatie van stepped care kunnen alleen onder voorbehoud worden gemaakt indien slechts één aspect ervan is onderzocht. Onderzoek hoe zorgprofessionals werken met de heuristieken voor klinische besluitvorming, in klinisch redeneren en in gedeelde besluitvorming, en hoe zij omgaan met onzekerheid.

- 2 *Laat de stappenvolgorde van interventies aansluiten op de aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie.*

Doe dit bij het opzetten van onderzoek en implementatie, bij het toepassen van stepped-care behandelstrategieën en bij het organiseren van de depressiezorg. Dit geldt voor het overwegen van verschillende interventies binnen een behandelstap, de volgorde waarin interventies elkaar kunnen opvolgen en de criteria voor evaluatie en overstappen op een vervolgenterventie. Dit betekent ook dat, bij voorkeur, interventies voor het gehele zorgcontinuüm voorhanden zijn, inclusief interventies die als eerste stap worden ingezet, maar ook gespecialiseerde interventies voor persistente, terugkerende of meer ernstige depressie.

- 3 *Zorg dat het sturingsprincipe in de zorg is ingegeven door de relevantie voor het kunnen bijstellen van individuele behandelstrategieën.*

Kies bij het monitoren en evalueren van zorgprocessen op het mesoniveau van de zorg, de indicatoren en metingen zodanig dat deze aansluiten op kritische beslispunten en behandeldoelen in de individuele patiëntenzorg. Op deze wijze kunnen te registreren proces- en uitkomstendata dienen als sturingsinformatie in stepped-care behandelstrategieën en kunnen behandeluitkomsten voor patiënten worden verbeterd. Zorg dat kwaliteitsindicatoren voor extern en intern gebruik op elkaar aansluiten, ook bij kwaliteitscontrole, zorgcontractering en het maken van zorgovereenkomsten of andere prestatieafspraken. Zo kan een verbetercyclus op basis van deze sturingsinformatie de kwaliteit en efficiëntie van zorgprocessen verbeteren.

- 4 *Gebruik de zorgstandaard en de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling waarvoor deze zijn ontwikkeld.*

Zorgstandaarden, die zijn gebaseerd op richtlijnen, kunnen richtlijnen niet vervangen of overbodig maken, want deze verschillende kwaliteitsstandaarden dienen andere doelen. Verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de depressiezorg kan worden gebaseerd op de zorgstandaard, die is ontwikkeld door alle betrokken zorgpartijen. Dit kan alleen indien deze wordt gebaseerd op actuele, regelmatig geactualiseerde richtlijnen voor goede zorg, die worden ontwikkeld om zorgprofessionals te ondersteunen in het nemen van beslissingen over het beste behandelbeleid en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt.

- 5 *Pas op de richtlijnen gebaseerde stepped-care behandelstrategieën toe bij persoonsgerichte zorg.*

Onzekerheid is inherent aan de diagnostiek en behandeling van depressie en hiermee dienen patiënten en zorgprofessionals rekening te kunnen houden. Om zorgprofessionals te ondersteunen bij beslissen in onzekerheid zijn de stepped-care algoritmes van toegevoegde waarde, zolang evidentie voor matching-factoren waarmee differentiële effecten kunnen worden bereikt – en die voorafgaand aan de behandeling te herkennen zijn – gering is. Ontwikkel ook heuristieken voor patiënten, zoals actuele en beslissingsondersteunende keuzehulpen, die hen niet alleen informeren over passende zorg, maar ook kunnen voorbereiden op gedeelde besluitvorming. Deze keuzehulpen dienen rekening te houden met beslissingonzekerheid en met patiëntenvoorkeuren.

10 Conclusies

In dit proefschrift verkennen we de toepasbaarheid en kostenutiliteit van stepped-

care strategieën voor depressie en wat de toegevoegde waarde hiervan is voor de depressiezorg. Stepped-care behandelstrategieën kunnen zorgprofessionals, en hun patiënten, ondersteunen bij het nemen van beslissingen in onzekerheid, waarbij zowel overbehandeling als onderbehandeling wordt voorkomen. Een stepped-care zorgverlening kan bijdragen aan het reduceren van deze onzekerheid en de kwaliteit van zorgprocessen verbeteren, zoals uitgelegd in dit proefschrift. Dit proefschrift draagt bij aan de evidentie voor de toepasbaarheid, aannemelijkheid, effectiviteit en kostenutiliteit van stepped-care strategieën voor depressie.

De voornaamste conclusies van dit proefschrift voor beleidsmakers en zorgprofessionals zijn, ten eerste, dat stepped-care strategieën essentieel zijn in het verkrijgen van optimale behandelresultaten voor depressie-patiënten. En ten tweede, bij kwaliteitsverbetering op het meso- en macroniveau van de zorg is het van cruciaal belang dat de focus ligt op het primaire proces en het bereiken van verbeterde uitkomsten op patiënten-niveau. Beleidsmakers in de zorg kunnen de depressiezorg verbeteren door de voorwaarden te scheppen om stepped-care strategieën uit te kunnen voeren. Zorgprofessionals kunnen de behandeluitkomsten voor patiënten verbeteren door beslissingsondersteunende instrumenten, zoals de stepped-care algoritmes, te gebruiken bij beslissingen in onzekerheid.

Stepped care draagt bij aan het leveren van zorg op maat vanuit een persoonsgerichte benadering. Zolang dit het geval is geldt *voor elke casus*, dat de stepped-care benadering waarde toevoegt in de zorg voor depressie.