

Nederlandse samenvatting

Inleiding

In de tweede helft van de twintigste eeuw hebben vele maatschappelijke en zorg-gerelateerde ontwikkelingen plaatsgevonden, die van grote invloed zijn geweest op de manier waarop geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vandaag de dag wordt aangeboden. Deze ontwikkelingen zijn in sterke mate ingegeven door financiële, politieke en maatschappelijke veranderingen. Samenvattend komt het erop neer, dat de zorg in de afgelopen decennia eerder en dichter in de leefomgeving van de cliënt aangeboden werd, de cliënt meer inspraak in zijn eigen zorgtraject kreeg, er veel meer waarde werd gehecht aan wetenschappelijke evidentie en bekostiging van zorg een belangrijk onderliggend thema werd. De implementatie van veranderingen in een (zorg-) organisatie is geen sinecure. De kwaliteit van de begeleiding van het veranderingsproces heeft invloed op het verloop en het uiteindelijke slagen of falen van de implementatie van een verandering.

Het concept 'collaborative mental health care' (gedeelde geestelijke gezondheidszorg) is een belangrijke verandering in de geestelijke gezondheidszorg sinds het begin van de 21^{ste} eeuw. In de basis gaat het hierbij om de samenwerking tussen hulpverleners vanuit de eerstelijns gezondheidszorg met hulpverleners vanuit de gespecialiseerde gezondheidszorg in het aanbieden van zorg in een vroeg stadium in de leefomgeving van de cliënt. Het concept kent diverse uitwerkingen, waarin er verschillen zijn in het aantal en de expertise van de verschillende samenwerkende hulpverleners en de mate waarin zij samenwerken in de zorgverlening.

In **hoofdstuk 1** wordt (de ontwikkeling van) het concept 'collaborative mental health care' nader beschreven. In dit proefschrift is het 'stepped collaborative mental health care program' (CCP) onderzocht. Een programma, waarbij kortdurende behandeling met maximaal vijf gesprekken wordt aangeboden gedurende een periode van maximaal zes maanden aan cliënten met diverse psychiatrische klachten (die geen acute zorg nodig hebben). De behandeling is gebaseerd op een

kortdurende cognitief- gedragstherapeutische benadering en wordt aangeboden door professionals vanuit de GGZ. Tussen de GGZ professional en de huisarts is regelmatig overleg. Indien nodig kan een psychiatrisch consult door een psychiater worden aangevraagd. Het CCP wordt gezien als de eerste stap volgens de principes van een 'stepped care model' (getrapte zorg). Volgens dit model ontvangen alle cliënten met diverse psychiatrische klachten, die geen acute zorg nodig hebben, in eerste instantie zo snel mogelijk de minst intensieve behandeling, via het CCP. Alleen voor cliënten, die na CCP behandeling onvoldoende hersteld zijn, wordt de behandelintensiteit verhoogd door het verwijzen naar de gespecialiseerde zorg.

Doel van dit proefschrift was het verrijken van de wetenschappelijke evidentie van de korte- en lange termijn effecten van het behandelen van cliënten met algemene psychiatrische klachten in het kader van het collaborative care programma als een eerste stap in een stepped care benadering. Een aanvullend doel was gericht op de toekomst van de zorg, namelijk het onderzoeken welke effecten implementatiefactoren hebben op de adoptie van een, door internet ondersteunde, variant van CCP door GGZ professionals en het gebruik ervan door cliënten.

Belangrijkste bevindingen

Effectiviteit en efficiëntie van CCP in vergelijking met CAU na één jaar

In **hoofdstuk 2** worden de resultaten van een cluster gerandomiseerd onderzoek beschreven naar de effectiviteit en efficiëntie van cliënten, die behandeld zijn in het kader van het CCP in vergelijking met regulier naar de gespecialiseerde GGZ verwezen cliënten. Aan het onderzoek deelnemende huisartsen (n=27) werden willekeurig toegewezen aan één van twee behandelcondities: collaborative care-programma (CCP; n=14) en care as usual conditie (CAU; n=13). CCP-huisartsen hadden een GGZ professional in hun praktijk en werkten volgens het concept van het CCP. CAU-huisartsen (n=13) bleven cliënten op de reguliere manier voor behandeling verwijzen naar gespecialiseerde zorg,

alwaar ze, indien geïndiceerd, werden behandeld. Cliënten die aan het onderzoek deelnamen (n=165) behoorden automatisch tot de conditie, waartoe hun huisarts behoorde (CCP n=102; CAU n=63). Deelnemende cliënten werden gedurende één jaar na verwijzing gevolgd met metingen: tijdens de verwijzing, en 3 maanden, 6 maanden en 12 maanden daarna. Effectiviteit werd gemeten in termen van klachtreductie en efficiëntie onder andere door middel van het aantal contacten met een GGZ professional.

Multi level analyse toonde aan dat CCP even effectief was als CAU in reductie van klachten. Echter, de CCP behandeling bleek significant efficiënter in termen van een korterewachttijd en behandelduur, minder zorgcontacten en lagere zorgkosten.

Kosteneffectiviteit van CCP in vergelijking met CAU na één jaar

De relatie tussen kosten vanuit een maatschappelijke perspectief en de effectiviteit van CCP in vergelijking met reguliere zorg is onderzocht in een kosteneffectiviteitsanalyse, die wordt beschreven in **hoofdstuk 3** van het proefschrift. De inventarisatie van kosten maakte deel uit van het cluster gerandomiseerde onderzoek dat wordt beschreven in hoofdstuk 2. De benadering van de kosten vanuit een maatschappelijk perspectief hield in, dat niet alleen directe GGZ zorgkosten in de analyse werden betrokken, maar tevens indirecte GGZ kosten, kosten vanuit behandelingen in andere zorgsectoren en productiviteitsverliezen door gezondheidsproblemen. De incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) werd berekend door alle geïnterpreteerde kosten te relateren aan behandel-effecten in termen van klachtreductie van de CCP groep versus CAU groep. De onzekerheid rondom de ICER werd geadresseerd door het opstellen van een kosteneffectiviteitscurve.

De in hoofdstuk 2 beschreven superioriteit van het CCP in termen van efficiëntie kon door de kosteneffectiviteitsanalyse worden bevestigd. Er werd geconcludeerd dat ook vanuit maatschappelijk

oogpunt behandeling in het kader van CCP gunstiger was dan reguliere verwijzing en behandeling in de specialistische GGZ.

Is stepped care de juiste benadering voor CCP?

Uit het cluster gerandomiseerde onderzoek beschreven in hoofdstuk 2 kwam naar voren dat 32% van de cliënten, die via het CCP werd behandeld, naderhand alsnog werd verwezen naar de reguliere zorg. Met een post-hoc analyse van de in het kader van het cluster gerandomiseerde onderzoek verzamelde data werd onderzocht in hoeverre er cliënt- of klacht gerelateerde kenmerken gevonden konden worden die voor het begin van de CCP behandeling konden voorspellen of een cliënt onvoldoende zou profiteren van de CCP behandeling en dus (uiteindelijk) toch gespecialiseerde zorg nodig zou hebben. Doel van deze analyse, beschreven in **hoofdstuk 4**, was het beantwoorden van de vraag of er bij voorbaat cliënten geïdentificeerd konden worden die een hogere zorgintensiteit nodig zouden hebben en daarom beter direct naar de gespecialiseerde GGZ verwezen hadden kunnen worden. Met andere woorden, kon evidentie worden gevonden dat de stepped care benadering de juiste benadering was voor alle cliënten of dat een matched care benadering, waarbij toewijzing van cliënten naar CCP of CAU plaatsvindt op basis van specifieke klacht- of patiënt gerelateerde kenmerken voor behandeling, een betere benadering zou zijn geweest.

De resultaten uit een multilevel predictie model tonen aan dat het niet mogelijk was om bij voorbaat cliënten aan te wijzen die op basis van specifieke klacht- of patiënt gerelateerde kenmerken niet voldoende zouden profiteren van CCP en daarom beter gelijk verwezen en behandeld hadden kunnen worden binnen de gespecialiseerde GGZ. Het zorgconcept zelf bleek de belangrijkste voorspeller van de uiteindelijke zorgconsumptie: ongeacht persoons- en klacht gerelateerde kenmerken zouden cliënten die naar CCP werden verwezen minder zorgcontacten nodig hebben in vergelijking met verwijzing naar de reguliere gespecialiseerde zorg. Er werd geconcludeerd dat stepped care de juiste benadering is in de context van het in dit proefschrift onderzochte populatie in CCP.

Lange termijn efficiëntie van CCP tot vijf jaar na verwijzing

Naast korte termijneffecten tot één jaar na verwijzing, werd voor dit proefschrift ook onderzoek gedaan naar lange termijneffecten op het gebied van efficiëntie. Voor deze studie (**hoofdstuk 5**) werd wederom gebruik gemaakt van de verzamelde data in het kader van het cluster gerandomiseerde onderzoek, aangevuld met data uit het elektronische patiëntendossier van de zorgverlener. Gegevens over alle GGZ zorgcontacten werden geïnccludeerd in de analyse. De twee onderzoeksgroepen uit het cluster gerandomiseerde onderzoek, de CCP groep en CAU groep, werden vergeleken op GGZ zorggebruik gedurende 5 jaar na verwijzing. Resultaten van deze analyse tonen aan dat de korte termijn efficiëntiewinst van het behandelen van cliënten in CCP in vergelijking met CAU ook op de langere termijn (tot vijf jaar na verwijzing) behouden bleef. Geconcludeerd werd dat er geen indicatie was voor een inhaaleffect van zorggebruik door cliënten, die in eerste instantie via CCP kortdurende zorg ontvingen.

De implementatie van 'blended collaborative mental health care'

In **hoofdstuk 6** wordt de toekomst van collaborative mental health care en de GGZ in het algemeen geadresseerd: de integratie van internet ondersteuning in de behandeling. In een 'blended variant' van het CCP is de behandeling gesplitst in een deel dat zoals gebruikelijk uit face-to-face contacten bestaat en een ander deel van de behandeling, dat wordt aangeboden via een online module. Middels de, in dit hoofdstuk beschreven, studie werd de invloed van implementatie op de adoptie van de blended CCP variant door de GGZ professional en het gebruik ervan door cliënten onderzocht. Het design van deze studie was een naturalistisch retrospectieve analyse van een patiëntencohort, dat in de jaren 2014 en 2015 de blended variant van de collaborative care behandeling aangeboden heeft gekregen (n=1.831) in combinatie met een vragenlijstonderzoek, uitgevoerd in 2016. Voor het

vragenlijstonderzoek werden de behandelaren van de cliënten uit het cohort benaderd (n=91). In de vragenlijst werden factoren geadresseerd die een wetenschappelijk bewezen relevante bevorderende of belemmerende invloed op de implementatie van eHealth kunnen hebben. Ten behoeve van de retrospectieve analyse van het patiëntencohort werden regulier verzamelde data over het gebruik van de blended behandeling en uitkomstdata, verzameld via Routine Outcome Monitoring, gebruikt. Middels multi level analyse werd de invloed van implementatie factoren, zoals ervaren door GGZ professionals, op hun adoptie van de blended behandeling als ook het gebruik van de behandeling door cliënten onderzocht. Het onderzoek laat zien dat slechts 10% van de zorgprofessionals de blended behandeling aan cliënten aanbiedt en dat 69% van de cliënten van de online module gebruik maakt. Er werd geconcludeerd dat een organisatiestructuur nodig is die zorgprofessionals ondersteunt om betekenis te kunnen geven aan deze nieuwe manier van behandelen, inzicht geeft in veranderende rollen en verantwoordelijkheden, als ook doorlopende evaluatie en feedback mogelijk maakt, zodat professionals zich de nieuwe manier van werken eigen kunnen maken. Indien aan deze voorwaarden wordt voldaan kan worden verwacht dat blended collaborative care een structureel onderdeel wordt van collaborative mental health care.

Conclusie

Het doel van het onderzoek beschreven in dit proefschrift was het evalueren van collaborative mental health care als een relevante verandering in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Op basis van de beschreven bevindingen en in het licht van eerder onderzoek concluderen we dat collaborative mental health care (in zijn diverse vormen) inderdaad het GGZ landschap in Nederland heeft veranderd. De relevantie en doelmatigheid van het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns, de praktijk van de huisarts, werd ondersteund en heeft inmiddels geleid tot veranderingen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het is echter de vraag of de manier waarop het aanbieden van GGZ in de eerstelijns in Nederland is

georganiseerd de gewenste effecten gaat opleveren. In de huidige organisatie van de BasisGGZ, waarin collaborative care wordt aangeboden, worden professionals gedwongen om cliënten toe te wijzen aan een van de zorgzwaartetrajecten binnen de BasisGGZ. Gebaseerd op de bevindingen in dit proefschrift, waar geen persoons- en klacht gerelateerde kenmerken zorgintensiteit konden voorspellen, kan men zich afvragen in hoeverre professionals erin slagen om een juiste toewijzing te doen en of deze werkwijze wellicht zelfs een negatieve invloed heeft op de efficiëntiewinst die werd gevonden in het in dit proefschrift onderzochte collaborative care model.

De integratie van internet ondersteuning in CCP heeft de potentie om het zorglandschap verder te veranderen door het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, het verhogen van zelfsturing en autonomie van cliënten en het verhogen van kosteneffectiviteit van de zorg. Om deze winsten te kunnen boeken is het echter van belang dat beleidsmakers zich realiseren, dat de implementatie en integratie van internet ondersteuning in de zorg een substantiële verandering voor zorgprofessionals met zich meebrengt aangezien deze hun rol als hulpverleners en professionele identiteit beïnvloedt. Dit onderzoek geeft belangrijke aanwijzingen voor beleidsmakers en organisaties, dat zij voldoende aandacht moeten besteden aan het implementatieproces van internet ondersteuning in de geestelijke gezondheidszorg en het implementatieproces moeten begeleiden en bovenal evalueren door wetenschappelijk onderzoek, zodat wetenschappelijke onderbouwing en structurele integratie hand in hand gaan.