

# Stepped Care is geen hiërarchie van professionals

## Over interventie-intensiteit, professionele autonomie en de positie van de verpleegkundig specialist

### Inleiding

Stepped care wordt internationaal erkend als een strategie om zorg doelmatig en patiëntgericht te organiseren. Het model beoogt behandelingen te ordenen van laag naar hoog intensief, met opschaling op basis van gemeten behandelrespons. In verschillende domeinen, waaronder depressie, angst, chronische pijn en eerstelijnszorg, is stepped care onderzocht en geïmplementeerd (Härter et al., 2015; Seekles et al., 2011; van Straten et al., 2015).

In de praktijk zien we echter een ontwikkeling die niet in lijn is met de oorspronkelijke uitgangspunten van stepped care. Het model wordt regelmatig geïnterpreteerd als een hiërarchisch doorverwijssysteem van beroepsgroepen: eerst een 'lagere' zorgverlener, daarna pas een arts of medisch specialist. Deze interpretatie wijkt af van de wetenschappelijke basis van stepped care en heeft directe gevolgen voor de positionering van professionals, waaronder de verpleegkundig specialist.

Deze notitie verduidelijkt wat stepped care wél is, wat het niet is, en waarom het gelijkstellen van stepped care aan een beroepshiërarchie inhoudelijk en organisatorisch onjuist is.

### Wat is stepped care volgens de literatuur?

De kern van stepped care bestaat uit drie elementen:

1. Start met de minst intensieve interventie die naar verwachting effectief is.
2. Monitor systematisch de uitkomsten.
3. Schaal op wanneer vooraf vastgestelde criteria aangeven dat de respons onvoldoende is.

Deze principes worden onder andere beschreven in studies naar depressiezorg en collaborative care-modellen (Härter et al., 2015; van Straten et al., 2015). Het model is interventie-gericht: de "stappen" verwijzen naar behandelintensiteit, niet naar functieniveau of beroepsgroep.

Onderzoek laat zien dat stepped care effectief kan zijn, maar niet automatisch superieur is aan gebruikelijke zorg. Effectiviteit hangt samen met correcte implementatie, monitoring en matching op ernst en complexiteit (Seekles et al., 2011; van Straten et al., 2015).

Belangrijk is dat in geen van deze studies stepped care wordt gedefinieerd als een vaste volgorde van professionals.

## Wat stepped care niet is

Stepped care is geen:

- Verplichte route langs meerdere beroepsgroepen
- Hiërarchische ladder van zorgverleners
- Capaciteitsinstrument om schaarste te managen
- Bezuinigingsmaatregel

Implementatieonderzoek laat zien dat besluitvorming binnen stepped care complex is en sterk afhankelijk van klinische oordeelsvorming (Delgadillo et al., 2015; Gellatly, 2011). Wanneer beslissingen primair worden gestuurd door beschikbaarheid van professionals in plaats van door patiëntbehoefte, wijkt de praktijk af van het model zoals bedoeld.

De CADTH-review naar stepped care bij chronische pijn benadrukt bovendien dat modellen sterk variëren in vorm en uitwerking, en dat succes afhankelijk is van randvoorwaarden zoals triage en monitoring (Barbara & Severn, 2022). Een rigide hiërarchisch model wordt daar niet als uitgangspunt gehanteerd.

## Evidence over effectiviteit en implementatie

Stepped care kan effectief zijn, maar alleen onder specifieke voorwaarden.

- In een cluster-RCT naar depressiezorg werd effectiviteit aangetoond wanneer systematische monitoring en samenwerking goed waren georganiseerd (Härter et al., 2015).
- Een RCT in de eerstelijnszorg liet zien dat stepped care niet significant beter was dan gebruikelijke zorg, wat onderstreept dat het model geen automatisch kwaliteitsvoordeel biedt (Seekles et al., 2011).
- Een systematische review concludeerde dat stepped care variabel effectief is en sterk afhankelijk van implementatiekwaliteit (van Straten et al., 2015).
- Implementatiestudies in Nederland tonen aan dat het model organisatorisch complex is en niet vanzelfsprekend leidt tot betere zorg (van der Weele et al., 2015).

De wetenschappelijke literatuur ondersteunt daarmee een genuanceerd beeld: stepped care is een potentieel effectief interventiekader, maar geen organisatorisch dogma en geen bewijs voor een beroepshiërarchie.

## Professionele autonomie en besluitvorming

Besluitvorming binnen stepped care vereist klinisch oordeel. Onderzoek naar besluitvorming laat zien dat behandelaren hun keuze om al dan niet op te schalen baseren op ernst, respons en complexiteit, niet op functietitel (Delgadillo et al., 2015).

Gellatly (2011) beschrijft dat stepped care vraagt om reflectieve en contextgebonden besluitvorming. Wanneer stappen mechanisch worden toegepast, bijvoorbeeld door iedereen verplicht in een 'laagste' stap te laten starten, verdwijnt het klinisch maatwerk dat het model juist beoogt.

## De positie van de verpleegkundig specialist

Binnen het stepped-caremodel staat niet de beroepsgroep centraal, maar de interventie en de benodigde competentie. Dit impliceert dat professionals worden ingezet op basis van deskundigheid en bevoegdheid, niet op basis van hiërarchische ordening.

De verpleegkundig specialist is wettelijk zelfstandig bevoegd behandelaar binnen het eigen deskundigheidsgebied. Dat betekent:

- Eigen diagnostische verantwoordelijkheid
- Zelfstandige indicatiestelling
- Regiebehandelaarschap
- Behandelverantwoordelijkheid

Wanneer de verpleegkundig specialist structureel wordt gepositioneerd als verplichte eerste stap vóór een arts, is dat geen toepassing van stepped care maar een organisatorische keuze. Voor een dergelijke hiërarchische verplichting bestaat geen onderbouwing in de stepped-careliteratuur.

Het model legitimeert niet dat één beroepsgroep per definitie 'lager' staat dan een andere. Wat telt is de juiste match tussen zorgvraag en expertise.

## Randvoorwaarden voor correcte implementatie

Op basis van de literatuur zijn cruciale randvoorwaarden:

1. Zorgvuldige triage op ernst en complexiteit
2. Systematische outcome-monitoring
3. Heldere escalatiecriteria
4. Interdisciplinaire samenwerking
5. Respect voor professionele autonomie

Wanneer deze randvoorwaarden ontbreken, verliest stepped care zijn effectiviteit en kan het zelfs leiden tot vertraging van passende zorg (van der Weele et al., 2015).

## Standpunt

Op basis van de beschikbare literatuur zouden we willen stellen dat:

1. Stepped care is een interventiemodel, geen beroepshiërarchie.
2. Het model rechtvaardigt geen verplichte volgorde van professionals.

3. Effectiviteit hangt af van triage, monitoring en klinisch oordeel.
4. De verpleegkundig specialist is een zelfstandig bevoegde behandelaar en kan, afhankelijk van deskundigheid en patiëntbehoefte, in verschillende intensiteitsstappen opereren.
5. Het structureel positioneren van de verpleegkundig specialist als 'voorportaal' is geen wetenschappelijk onderbouwde toepassing van stepped care.

## Conclusie

Stepped care gaat over interventie-intensiteit en responsgestuurde besluitvorming. Het model ondersteunt doelmatige zorg, mits correct geïmplementeerd.

Het reduceren van stepped care tot een hiërarchische ladder van professionals doet geen recht aan de wetenschappelijke basis van het model en ondermijnt professionele autonomie.

Een juiste toepassing vraagt om deskundigheidsmatching, uitkomstgerichte besluitvorming en respect voor de zelfstandige positie van alle betrokken zorgprofessionals, inclusief de verpleegkundig specialist.

## Literatuur

Barbara, A. M., & Severn, M. (2022). *Stepped care models for chronic pain*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK605112/>

Delgadillo, J., Gellatly, J., & Stephenson-Bellwood, S. (2015). Decision making in stepped care: How do therapists decide whether to prolong treatment or not? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 328–341.

<https://doi.org/10.1017/S135246581300091X>

Gellatly, J. L. (2011). *Decision-making in stepped care for common mental health problems* (Doctoral dissertation, The University of Manchester).

Härter, M., Dirmaier, J., Dwinger, S., Kriston, L., Scholl, I., Daubmann, A., König, H.-H., & Wegscheider, K. (2015). Effectiveness of a stepped care program for depression in routine care: Results of a cluster-randomized trial.

*Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(4–5), 420–429. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2124-7>

Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care: A randomized controlled trial. *Trials*, 12, 171. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-171>

van der Weele, G. M. A., et al. (2015). Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: Results of an explorative study within

primary care in the Netherlands. *BMC Family Practice*, 16, 5.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-5>

van Straten, A., Hill, J., Richards, D., & Cuijpers, P. (2015). The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working-age adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170, 119–130.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.030>