

Bijlage Totstandkoming en methoden

Zorgstandaard Depressieve stoornissen

Autorisatiedatum 15 03 2018

1. Samenstelling werkgroep, adviesgroep en projectgroep

Leden van de Werkgroep	
Voorzitter	Dhr. Jan Spijker
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Mw. Sonja Aalbers
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LWP)	Dhr. Reinoud Albrecht (tot 4 februari 2017)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Mw. Mariëlle van Avendonk (vervangend lid)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Claudi Bockting
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LWP)	Mw. Pernet Huijs
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid/Depressievereniging	Mw. Anneke Huson
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid/Depressievereniging	Mw. Nathalie Kelderman
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Josephine van der Lande
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Mw. Sylvia van Manen
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid/Depressievereniging	Mw. Marlies Oudijk
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Dhr. Eric Ruhe
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Marie Louise Seelen
Leden van de Adviesgroep	
GGZ Nederland	Dhr. Michael van den Boogaard
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Nancy Cloosterman
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Mw. Julie Kil
Nederlandse Vereniging van Psychiaters (NVvP)	Dhr. Willem Nolen
Persoonlijke titel	Dhr. Freek Pannekoek
Nederlandse Vereniging van Psychiaters (NVvP)	Dhr. Frenk Peeters
V&VN	Mw. Gabriel Roodbol
Persoonlijke titel	Dhr. Aart Schene
Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)	Dhr. Frank Slagter
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Dhr. Andrew Tan

Projectgroep Trimbos-instituut	
Projectleider	Mw. Marja van Bon-Martens (vanaf 1 september 2016) Dhr. Peter van Splunteren (tot 1 oktober 2016)
Auteur	Mw. Jolanda Meeuwissen Mw. Marja van Bon-Martens Namens de Werkgroep Ontwikkeling Zorgstandaard Depressieve stoornissen
Adviseur, Programmahoofd Zorginnovatie	Mw. Daniëlle van Duin
Budget Impact Analyse	Dhr. Joran Lokkerbol
Review	Mw. Saskia van Dorselaer Dhr. Matthijs Oud Dhr. Bob van Wijngaarden
Search	Mw. Angita Peterse
Quick scan jeugd	Dhr. Bob van Wijngaarden
Praktijktest	Dhr. Peter van Splunteren Mw. Jolanda Meeuwissen
Projectassistentie	Mw. Nelleke van Zon

2. Belangenverstrengeling

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben (gehad). De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van Akwa GGZ.

3. Doelstelling van de standaard

De belangrijkste functie van deze zorgstandaard is richting te geven aan de zorg voor mensen met depressieve klachten, een unipolaire depressieve stoornis (depressie), persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie) of een verhoogd risico daarop.

De zorgstandaard geeft hiertoe, vanuit het perspectief van patiënt en naasten, een beschrijving van goede zorg voor mensen met depressieve klachten, een unipolaire depressieve stoornis of een persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie).

Het doel is ook dat mensen met een depressie hun leven ondanks de klachten of aandoening als volwaardig burger kunnen inrichten met maatschappelijke behoeften, verplichtingen en mogelijkheden. Uitgangspunt is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. Hierbij is een transparante aanpak van doorslaggevend belang.

4. Doelgroep van de standaard

De Zorgstandaard Depressieve Stoornissen is bedoeld voor hulpverleners werkzaam in de huisartsenzorg, generalistische basis ggz, de kinder- en jeugdpsychiatrie en de (hoog)gespecialiseerde ggz, die betrokken zijn bij de herkenning, diagnostiek, behandeling en begeleiding van mensen met depressieve klachten, een (unipolaire) depressieve stoornis (depressie) of persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie) volgens DSM-5, alsmede voor hun patiënten en diens naasten.

Deze zorgstandaard kan tevens relevant zijn voor andere beroepsgroepen die betrokken zijn in de zorg voor mensen met en depressie.

De zorgstandaard richt zich op kinderen en jongeren (vanaf 8 jaar), jongvolwassenen (18-25 jaar), volwassenen (18+) en ouderen (65+). Indien geen leeftijdsspecifieke aandachtspunten zijn aangegeven is de beschreven zorg van toepassing op al deze leeftijdsgroepen.

De zorgstandaard richt zich op de ggz (incl. de huisartsenzorg) en niet gericht op het gemeentelijke jeugddomein, de jeugdzorg en jeugdbescherming, de kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg (JGZ). De zorgstandaard kan hier wel van toepassing zijn.

5. Afbakening en uitgangspunten

5.1 Afbakening

Deze zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met depressieve klachten, een unipolaire depressieve stoornis of een persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie). Deze zorgstandaard betreft zowel depressieve klachten (ookwel genoemd 'minor' depression, waarbij geen sprake is van een depressieve stoornis die voldoet aan de criteria volgens DSM-5) als (unipolaire) depressieve stoornissen (al dan niet persisterend). Onder persisterende depressieve stoornissen verstaan we zowel chronische depressie als dysthymie, conform de DSM-5.

Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring, behandeling en herstel, participatie en re-integratie van mensen met unipolaire depressieve stoornissen. Het beschrijft de norm waaraan goede zorg moet voldoen.

5.2 Algemeen uitgangspunt van de kwaliteitsstandaarden van Akwa GGZ

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence based), maar ook over praktijkkennis (practice based) en de voorkeuren van patiënten en naasten (experience based). Daarbij wordt nadrukkelijk gesteld dat kwaliteitsstandaarden geen wetten of dwingende voorschriften zijn die tot standaardzorg zouden leiden. Het zijn praktijkgerichte documenten die de basis vormen voor matched care en gepersonaliseerd zorg. In de dagelijkse praktijk bieden zij zowel zorgverleners als patiënten en naasten houvast.

Het werken volgens kwaliteitsstandaarden is dus geen doel op zich. Vaak is een patiëntenpopulatie daarvoor te divers. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de zorgverlener, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

5.3 Uitgangspunten zorgstandaard Depressieve stoornissen

De werkgroep heeft vanaf 1 januari 2015 tot februari 2017 gewerkt aan de totstandkoming van de zorgstandaard. Het uitgangspunt voor de zorgstandaard vormden de:

- Multidisciplinaire richtlijn Depressie en de daarbij horende patiëntenversie (2005), inclusief addenda voor jeugdigen (2009) en ouderen (2008);
- de NHG standaard Depressie (2012);
- de Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming (2015);

- de JGZ-richtlijn Depressie (2016);
- de niet-geautoriseerde conceptversie van de zorgstandaard voor depressie (2012);
- de module psychische klachten in de huisartsenpraktijk (2015).

Op het gebied van patiëntperspectief zijn de uitkomsten van de desksearch en evaluatie project lotgenoten door de Depressie Vereniging meegenomen. Daarnaast heeft de Depressie Vereniging in het kader van deze zorgstandaard een achterbanraadpleging gehouden over de thema's terugvalpreventie en dysthymie. De resultaten hiervan zijn verwerkt in de Rapportage vragenlijst terugvalpreventie (zie PDF) en waar relevant opgenomen in deze zorgstandaard.

De zorgstandaard is verder gebaseerd op een aantal richtlijn-updates van de wetenschappelijke kennis, over het onderwerp voeding en voedingssupplementen en op het gebied van dysthymie, en op een quickscan op het gebied van behandeling bij jeugdigen, zie achtergronddocument Quickscan Jeugd en achtergronddocument Samenvatting literatuurverkenning naar rol voeding in behandeling van depressie.

De FVB heeft gedurende de periode 01-08-2015 tot 01-04-2016 een desksearch toegepast voor de diverse vormen van vaktherapie bij depressie, chronische depressie en dysthymie en de resultaten verwerkt conform de EBRO-methode, zie achtergronddocument Resultaten deskresearch vaktherapieën.

Op het gebied van jeugdigen en op het gebied van ouderen heeft expert-raadpleging plaatsgevonden.

Op het gebied van kosteneffectiviteit heeft een Budget Impact Analyse (BIA) plaatsgevonden, met als onderdeel een systematische literatuurreview naar evidentie op het gebied van kosteneffectiviteit van aanbevolen interventies. Zie ook Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg, achtergronddocument Omschrijving depressie module DepMod en achtergronddocument Resultaten simulaties. Behalve zoals hier genoemd, zijn er geen nieuwe literatuursearches gedaan.

Het ontwikkelen van deze zorgstandaard kende een aantal beperkingen. Eventuele evidentie die beschikbaar is gekomen na het verschijnen van de bovengenoemde kwaliteitsinstrumenten danwel niet is meegewogen in deze kwaliteitsinstrumenten is, tenzij anders aangegeven, niet beoordeeld in het kader van deze zorgstandaard. Dit geldt voor evidentie op het gebied van kinderen en jongeren en ouderen en voor alle leeftijden op het gebied van psychotherapie. Hier geldt ook dat 'the absence of evidence of the effects doesn't equal the evidence of absence of effects'.

Deze onderwerpen en verschillende onderwerpen die naar voren zijn gebracht in de commentaarronde (o.a. op het gebied van andere psychotherapie dan CGT, speltherapie, vaktherapieën, fysiotherapie, ergotherapie, sociaal werk, persoonsgerichte zorg en transdiagnostische zorg), maar niet konden worden verwerkt in deze zorgstandaard, zijn opgenomen in het onderhoudsplan.

6. Totstandkoming

6.1 Hoe deze standaard tot stand is gekomen

De standaard is ontwikkeld door een werkgroep met afvaardiging van professionals, patiënten en naasten (voor de samenstelling zie onder 1). Akwa GGZ begeleidt dit proces.

Een conceptversie van de standaard is vervolgens voorgelegd aan beroeps-, branche-, en patiëntenverenigingen in de ggz voor commentaar. Het binnengekomen commentaar is verwerkt door de werkgroep. Daarna zijn de betrokken organisaties (zie onder 6.2) uitgenodigd om de standaard te autoriseren en is de standaard gepubliceerd op [GGZ Standaarden](#), waarmee deze standaard onderdeel is geworden van de professionele standaard voor hulpverleners in de ggz. Van de standaard is een patiëntenversie gemaakt en gepubliceerd op [Thuisarts.nl](#).

6.2 Partijen betrokken waren bij de autorisatiefase

Deze kwaliteitsstandaard is geautoriseerd door de volgende partijen:

- Depressie Vereniging

GGZ Standaarden

- Ergotherapie Nederland
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)
- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Deze partijen hebben geen bezwaar gemaakt tegen de autorisatie van deze kwaliteitsstandaard:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

6.3 Procedure voor onderhoud en herziening

Deze standaard wordt iedere vier jaar getoetst op de vraag of herziening aan de orde is. Deze beoordeling wordt voorbereid door het bureau van Akwa GGZ. De Kwaliteitsraad van Akwa GGZ adviseert het bestuur van Akwa GGZ over de vraag of herziening aan de orde is.

Leden van de Kwaliteitsraad kunnen Akwa GGZ verzoeken de standaard op een eerder moment te beoordelen.

De beoordelingsdatum kunt u vinden op GGZ Standaarden, bij deze standaard onder het tabblad Status.

7. Gebruikers van de standaard

De zorgstandaard richt zich op kinderen en jongeren (vanaf 8 jaar), jongvolwassenen (18-25 jaar), volwassenen (18+) en ouderen (65+).

De zorgstandaard richt zich op de ggz (incl. de huisartsenzorg). De standaard is niet gericht op het gemeentelijke jeugddomein, de jeugdzorg en jeugdbescherming, de kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg (JGZ), maar kan hier wel van toepassing zijn.

Deze standaard is bedoeld voor professionals die werken in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), wijkteams, jeugdhulpverlening, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en de hoogspecialistische ggz, zoals academische afdelingen en hoogspecialistische ggz-afdelingen.

8. Betrokkenheid patiënten- en naastenorganisaties

De zorgstandaard is geschreven vanuit het perspectief van patiënten. De participatie van patiënten is essentieel bij de ontwikkeling van een zorgstandaard. Bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard zijn patiënten en familie op de volgende wijze betrokken:

- deelname aan de werkgroep door 3 leden van de Depressie Vereniging en Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid;
- een focusgroep over gepaste zorg bij persisterende depressieve stoornis (chronische depressie en dysthymie) en hiaten in de zorg bij dysthymie;
- een enquête onder leden en niet-leden van de Depressie Vereniging over ervaringen en wensen op het gebied van terugvalpreventie.

9. Kwaliteitsstatuut

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de curatieve GGZ te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de Zorgstandaard Depressieve stoornissen.

10. Financiering van deze standaard

De totstandkoming van deze standaard is gefinancierd door Akwa GGZ. Akwa GGZ wordt in opdracht van het ministerie van VWS gefinancierd door ZonMw.

11. Deze standaard is opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland

Op 16 juli 20219 is deze kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

Het Register bevat alle kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het Toetsingskader. Dit kader toetst of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.