

Bijlage Totstandkoming en methoden

Zorgstandaard Bipolaire stoornissen

Autorisatiedatum 19 10 2017

1. Samenstelling werkgroep

Leden van de werkgroep	
Voorzitter	Dhr. Ralph Kupka
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Mw. Marieke van Eijkelen
DFZ (agenda lid)	Dhr. Paul Felix
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Dhr. Rocco Hoekstra
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Dhr. John Huijg
Tekstschrijver	Mw. Anneke Huson
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Mw. Amati de Jong
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Manja Koenders
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Dhr. Henk Mathijssen
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Mw. Catrien Reichart
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Dhr. Sicco Steenhuisen
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Irene Tolner
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Thea van Troost
Leden van de adviesgroep	
Persoonlijke titel	Dhr. Kees Aaldijk
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Mischa van Bendegem
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Thea Daggenvoorde
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Martine Daniels
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Mw. Annemieke Dols
Persoonlijke titel	Dhr. Rick Dooremalen
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Dhr. Peter Goossens
Landelijke Vereniging POH-GGZ	Mw. Mieke van der Heijden
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Mw. Manon Hillegers
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Mw. Anneke Hoogelander
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Mw. Loes Kaarsgaren
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Dhr. René Keet
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Dhr. Tim Peetoom
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Dhr. Janwillem Renes
GGZ Nederland	Mw. Lisette Rops
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Dhr. Raphael Schulte
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	Mw. Anja Stevens
Projectgroep Trimbos-instituut	
Projectleider	Dhr. Harry Michon
Adviseur, Programmahoofd Zorginnovatie	Mw. Daniëlle van Duin
Budget Impact Analyse	Dhr. Joran Lokkerbol
Review	Dhr. Matthijs Oud
Search	Mw. Angita Peterse
Conjunct Analyse	Dhr. Bob van Wijngaarden
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

Deze zorgstandaard beoogt allereerst om richting geven aan de manier waarop de zorgvraag van mensen met een bipolaire stoornis wordt beantwoord. Een tweede doel is adequate diagnostiek te bevorderen. Met name bij mensen die tekenen vertonen van een bipolaire stemmingsstoornis en bij mensen die een verhoogde kans op de stoornis hebben.

Een centraal uitgangspunt is dat de patiënt een volwaardig partner is in het zorgproces, met eigen verantwoordelijkheid. De behandeling hoort zoveel mogelijk volgens de actuele richtlijnen te worden uitgevoerd, met name de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen. Het uiteindelijke doel van behandeling is dat mensen met deze aandoening optimaal kunnen functioneren en hun leven als volwaardig burger kunnen inrichten.

4. Doelgroep van de standaard

Deze zorgstandaard is bedoeld voor professionals, patiënten en naastbetrokkenen (zoals partner, ouders, kinderen, familieleden, vrienden) en beschrijft de zorg voor mensen met een vorm van de bipolaire stemmingsstoornis, geclassificeerd als bipolaire I stoornis, bipolaire II stoornis of een andere subcategorie. Delen van de zorgstandaard zijn ook van toepassing op mensen met een verhoogd risico op deze aandoening (zie Vroege herkenning en preventie).

5. Afbakening en uitgangspunten

5.1 Afbakening

Bij een bipolaire stoornis heb je last van een afwisseling van manische en een depressieve periodes, met tussendoor een normale stemming. In een manie ben je vaak uitbundig en daadkrachtig, in een depressie vaak juist teruggetrokken en passief. De symptomen van deze aandoening en de functionele beperkingen die daaruit voortkomen kunnen goed worden behandeld. In Nederland hebben naar schatting zo'n 225.000 mensen een bipolaire stoornis.

Deze zorgstandaard beschrijft goede zorg voor mensen met een bipolaire stemmingsstoornis, gezien vanuit de patiënt en naastbetrokkenen. Het is een algemeen raamwerk bedoeld voor alle partijen om inzichtelijk te maken wat patiënten kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

De tekst beperkt zich zo veel mogelijk tot wat specifiek van belang is voor mensen met een bipolaire stoornis. Veel onderdelen van goede zorg zijn echter stoornisoverstijgend, ofwel generiek. Hiervoor verwijzen we naar [Visie op zorg](#) en naar relevante generieke modules die worden genoemd in het hoofdstuk Samenhang met andere standaarden.

Herkennen en tijdig ingrijpen

De zorgstandaard bipolaire stoornissen beschrijft alle onderdelen van de zorg voor mensen met deze aandoening. Belangrijk onderdeel van de behandeling is psycho-educatie. Dat helpt bij het begrijpen en accepteren van de aandoening en geeft inzicht in de behandeling. Door op deze manier het zelfmanagement te bevorderen kunnen patiënten en naasten de signalen beter en eerder herkennen, en dan passende maatregelen nemen. Medicijnen spelen een belangrijke rol in de behandeling. Daarnaast kan psychotherapie worden ingezet, als dit past bij het klachtenpatroon en de behoefte van de patiënt.

5.2 Uitgangspunten algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. 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. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, 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. Bronnen

De basis voor deze zorgstandaard is de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (2015). Speciaal voor deze standaard is de richtlijn aangevuld met een [EBRO-module Tijdige herkenning van bipolaire stoornissen](#).

Andere uitgangspunten zijn de [achterbanraadpleging van de VMDB \(huidige naam: Plusminus\)](#), de budget impact analyse en een conjunctanalyse onder professionals (zie [Budget Impact Analyse Bipolaire stoornissen](#) en [Conjunct analyse Bipolaire stoornissen](#)).

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:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)
- 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 Psychiatrie (NVvP)

GGZ Standaarden

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
- 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. Punten van discussie

De zorgstandaard is vastgesteld op basis van consensus van de werkgroepleden. Over enkele zaken bleven uiteenlopende meningen bestaan.

7.1 Cliënt of patiënt?

De patiëntvertegenwoordigers spraken liever over 'cliënt' dan over 'patiënt', zoals dat ook in de achterbanraadpleging naar voren kwam. De term cliënt wordt als minder stigmatiserend ervaren omdat de zorgvrager zo niet alleen op zijn ziekte wordt aangesproken. Bij de ontwikkeling van de zorgstandaarden is er echter voor gekozen om in alle zorgstandaarden de term 'patiënt' te gebruiken. Iemand wordt in de tekst van deze zorgstandaard 'patiënt' genoemd als het gaat over zijn rol als zorgvrager in een behandeling. Wij willen benadrukken dat mensen met een bipolaire stoornis daarnaast vele andere rollen kunnen vervullen. Bijvoorbeeld die van partner, familielid, werknemer, klant en burger. Deze rollen moeten in het zorgproces niet uit het oog worden verloren. Waar dat van toepassing is, zijn deze termen gebruikt.

7.2 Stoornis of aandoening?

Er was ook discussie over het gebruik van de term 'stoornis'. Sommigen ervoeren die als stigmatiserend en hadden de voorkeur voor de term 'aandoening'. In deze zorgstandaard wordt afwisselend de term 'stoornis' en 'aandoening' gebruikt, afhankelijk van de context. Het gebruik van deze twee termen staat toegelicht op de Introductiepagina van de zorgstandaard

7.3 Complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAM)

Er was discussie over de al dan niet aangetoonde effectiviteit van dergelijke geneeswijzen bij de bipolaire stoornis, met name wat betreft een effect op manische klachten. Daarnaast is over CAM geen systematisch literatuuronderzoek gedaan in het kader van de richtlijnvorming en ook niet door de werkgroep voor de zorgstandaard, zodat CAM alleen in meer algemene termen in [Behandeling en begeleiding](#) aan de orde komt.

7.4 Wie moet regiebehandelaar zijn?

Tot slot was er discussie over wie de regiebehandelaar zou moeten zijn tijdens opname in een kliniek. Met het oog op de continuïteit van de behandeling zou volgens sommigen bij een klinische opname van iemand die al in behandeling is, de ambulante behandelaar de behandeling moeten voortzetten en zo regie behouden. Anderen vonden dit onwerkbaar (en dus onwenselijk) omdat dit ertoe zou leiden dat er op een opnameafdeling geen eenduidigheid over het behandelbeleid zou zijn. Bovendien is het in de praktijk voor ambulante behandelaars niet uitvoerbaar om op meerdere opnameafdelingen (verschilt per regio) eigen patiënten te blijven behandelen en adequaat met de verschillende behandelteams te communiceren, zeker als snelle beslissingen moeten worden genomen. In principe is er de mogelijkheid om ook bij klinische opname de regie bij de ambulante behandelaar te houden, zie [Organisatie van zorg](#).

8. Gebruikers van de standaard

Deze zorgstandaard is bedoeld voor patiënten met een bipolaire stemmingstoornis en naastbetrokkenen (zoals partner, ouders, kinderen, familieleden, vrienden).

- De standaard beschrijft de zorg voor mensen met een vorm van de bipolaire stemmingsstoornis, geclassificeerd als bipolaire I stoornis, bipolaire II stoornis of een andere subcategorie.
- Delen van de zorgstandaard zijn ook van toepassing op mensen met een verhoogd risico op deze aandoening (zie vroege herkenning en preventie).

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.

9. Betrokkenheid patiënten- en naastenorganisaties

De inbreng vanuit patiënt- en familieperspectief heeft bij de totstandkoming van deze zorgstandaard op verschillende manieren vorm gekregen. In de werkgroep van de standaard hadden 3 patiënten zitting, van wie er 1 tevens naaste was. Daarnaast is er een uitgebreide achterbanraadpleging gehouden die bestond uit 2 bijeenkomsten van een klankbordgroep en uit 6 focusgroepen. Aan deze bijeenkomsten namen zowel patiënten als naastbetrokkenen deel (zie voor alle onderdelen daarvan achtergronddocument Verslaglegging achterbanraadpleging zorgstandaard Bipolaire stoornissen).

Er kwam een aantal wensen, aandachts- en verbeterpunten naar voren die rechtstreeks te maken hadden met de zorg bij de bipolaire stoornis. Daarnaast kwam een groot aantal algemene aandachtspunten en wensen naar voren. Zoveel mogelijk punten zijn impliciet verwerkt in de onderdelen van deze zorgstandaard waar zij het meest betrekking op hebben. Andere, meer generieke aandachtspunten zijn doorgegeven aan de werkgroepen die zich met het betreffende onderwerp bezighouden.

10. 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 indicerend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de Zorgstandaard Bipolaire stoornissen.

11. 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.

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

Op 16 juli 2019 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.