

ONDERHOUDSPLAN ZORGSTANDAARD

Depressieve stoornissen



Maart 2018

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Helling 12
3523 CC UTRECHT
030 737 04 70
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGz

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Algemeen onderhoudsplan	2
1.1	Naam standaard	2
1.2	Opleverdatum	2
1.3	Eigenaar	2
1.4	Betrokken partijen bij de ontwikkeling	2
1.5	Werkwijze	2
2	Suggesties voor revisie	3
2.1	Verbeterpunten vanuit de werkgroep n.a.v. de uitgangspunten van het ontwikkelproces	3
2.2	Verbeterpunten n.a.v. de commentaarronde	4
2.3	Verbeterpunten n.a.v. de autorisatieronde	5



1 Algemeen onderhoudsplan

1.1 Naam standaard

Zorgstandaard Depressieve stoornissen

1.2 Autorisatie datum

15 maart 2018

1.3 Eigenaar

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

1.4 Betrokken partijen bij de ontwikkeling

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- GGZ Nederland
- Landelijk Platform GGZ/Depressievereniging
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) (tot 4-2-2017)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- 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 van Psychiaters (NVvP)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

1.5 Werkwijze

De kwaliteitsstandaarden, waarvan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ de eigenaar is, worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding is geboden. Vanaf de opleverdatum vindt ieder jaar een beoordeling plaats, waarbij elke drie jaar een volledige revisie start. Voor de doorontwikkeling wordt een tijd van maximaal 12 maanden genomen. Hierdoor is er voor elke kwaliteitsstandaard elke 4 jaar een herziene versie. Daarnaast worden er ieder jaar kleine aanpassingen gedaan. De standaarden blijven daardoor continu actueel.

2 Suggesties voor revisie

2.1 Verbeterpunten vanuit de werkgroep n.a.v. de uitgangspunten van het ontwikkelproces

- In de zorgstandaard zijn specifieke aandachtspunten aangegeven voor jeugdigen en ouderen bij een aantal onderwerpen, op basis van beschikbare richtlijnen en expertraadpleging. De zorgstandaard is niet volledig gericht op jeugdigen en ouderen en het is niet mogelijk om te veronderstellen, indien geen specifieke aandachtspunten zijn aangegeven, dat de aanbevelingen die voor volwassenen gelden effectief en toepasbaar zijn voor jeugdigen en ouderen. Bij een herziening van de zorgstandaard is gerichtere aanpak op het gebied van jeugdigen en ouderen wenselijk, zoals in de vorm van te ontwikkelen EBRO-modules. Voor depressie bij jeugdigen m.b.t. psychologische behandelingen (waaronder ook systeeminterventies, schoolinterventies, speltherapie en intensieve behandeling), biologische behandelingen, terugvalpreventie, vaktherapieën, overwegingen voor besluitvorming etc.). Voor depressie bij ouderen m.b.t. psychologische behandelingen, biologische behandelingen, terugvalpreventie, diagnostiek, vaktherapieën, overwegingen voor besluitvorming etc.
- De zorgstandaard is niet gericht op het gemeentelijke jeugddomein, de jeugdzorg en jeugdbescherming, de kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het is wenselijk dat de zorgstandaard wordt uitgebreid naar het gemeentelijk jeugddomein, de jeugdzorg en jeugdbescherming.
- Heel jonge kinderen vallen buiten de scope van de huidige zorgstandaard. Het is wenselijk dat de zorgstandaard wordt uitgebreid voor jeugdigen onder de 8 jaar.
- De zorgstandaard en de onderliggende Multidisciplinaire richtlijn Depressie dienen goed op elkaar aan te sluiten. Wijzigingen en aanvullingen ten opzichte van de multidisciplinaire richtlijn die tot stand zijn gebracht met het ontwikkelen van de zorgstandaard dienen te worden doorgevoerd in de richtlijn, zoals op het gebied van persisterende depressieve stoornis.
- De zorgstandaard is gebaseerd op richtlijnen en EBRO-modules. De richtlijnen en EBRO-modules waarop de zorgstandaard is gebaseerd dienen regelmatig geactualiseerd te worden. Eventuele evidentie die beschikbaar is gekomen na het verschijnen van de kwaliteitsinstrumenten waarop de zorgstandaard is gebaseerd, dan wel evidentie die niet is meegewogen in deze kwaliteitsinstrumenten is, tenzij anders aangegeven, niet beoordeeld in het kader van deze zorgstandaard. Dit geldt in het algemeen voor de evidentie voor diagnostiek en behandeling die verschenen is na de searches die voor de Multidisciplinaire richtlijn zijn gedaan. Dit geldt in het bijzonder voor evidentie op het gebied van jeugdigen en ouderen (zie punt 1). En dit geldt voor alle leeftijden voor evidentie op het gebied van psychotherapie en andere therapievormen als speltherapie, vaktherapieën, fysiotherapie, ergotherapie, beweegzorg, sociaal werk, persoonsgerichte zorg en transdiagnostische zorg.
- Op het gebied van vaktherapieën heeft in het kader van het ontwikkelen van de zorgstandaard een desksearch plaatsgevonden. Verdere wetenschappelijke onderbouwing van de vaktherapieën dient plaats te vinden in het kader van het onderhoudsplan om zowel de richtlijntekst als de zorgstandaardtekst te actualiseren. Speltherapie is sinds januari 2017 toegevoegd aan vaktherapie. Er heeft om die reden geen desksearch plaatsgevonden voor vaktherapie. Deze search dient alsnog te worden uitgevoerd in het kader van het onderhoudsplan.
- In het aangepaste format Model Zorgstandaard van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (versie okt 2016) is een paragraaf toegevoegd: Innovatieve behandelingen. Welke innovatieve behandelingen voor depressieve stoornissen worden toegepast in Nederland? En wat zijn daarvoor de indicatiegebieden? Het

was in het kader van de zorgstandaardontwikkeling niet meer mogelijk innovatieve behandelingen toe te voegen. Innovatieve behandelingen komen in aanmerking voor prioritering bij een herziening van de zorgstandaard.

- Voor het geleidelijk afbouwen van medicatie (tapering) is het wenselijk dat duidelijk is in welke doseringen dit dient te gebeuren. Hiertoe dient meer evidentie in kaart te worden gebracht.

2.2 Verbeterpunten n.a.v. de commentaarronde

- De NHG standaard en de MDR komen op bepaalde punten niet volledig overeen (met name: welke ernstschalen te gebruiken; farmacotherapie – wel of niet een TCA voorschrijven?). Op deze punten dient overeen gekomen te worden zodat de zorgstandaard eenduidig kan zijn op deze punten.
- Behalve de in de zorgstandaard beschreven psychotherapieën waarvoor evidentie gevonden is, kunnen ook andere psychotherapieën geschikt zijn, zoals genoemd werd in de commentaarronde. De werkgroep heeft deze andere behandelvormen niet kunnen beoordelen of opnemen in de zorgstandaard, aangezien er ofwel weinig evidentie voorhanden is en deze niet zijn beschreven in de kwaliteitsstandaarden waarop de zorgstandaard is gebaseerd, ofwel andere behandelvormen effectiever zijn, zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden waarop de zorgstandaard is gebaseerd. Genoemde andere (psycho)therapieën zijn: schematherapie, inzichtgevende therapie, client-centred therapy, gedragstherapeutische technieken, gedragstherapeutische of emotiegerichte relatietherapie, cognitieve en constructionele methodieken, speltherapie, psychoanalyse, psychodynamische (groeps)psychotherapie, Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP), ACT en EMDR. In een update van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en de zorgstandaard dient hiernaar (literatuur)onderzoek te worden gedaan. Dit geldt eveneens voor e-health, vaktherapieën, beweegzorg en ergotherapie.
- Keuzeinformatie voor patiënten ten aanzien van de verschillende interventies is relevant, met name met betrekking tot de verschillende vormen van psychotherapie. Deze keuzeinformatie dient ontwikkeld te worden in het kader van het onderhoudsplan.
- In de diagnostiek en behandeling van depressieve stoornissen dient rekening te worden gehouden met eventuele relevante sekse/genderverschillen. De zorgstandaard dient geactualiseerd te worden op basis van de recente factsheet op dit gebied (Kunst LE, Hallers-Haalboom ET & Bekker MHJ, 2017), voor zover relevant.
- De beleving en aanpak van depressie kunnen per persoon erg kunnen verschillen, zoals aangegeven in de zorgstandaard. De werkgroep onderschrijft het standpunt dat profilering en stadiëring belangrijk zijn. Evidentie schoot nog te kort om profilering en stadiëring concreet uit te kunnen werken in de huidige zorgstandaard. Dit is een gewenste ontwikkelrichting.
- De samenhang met andere zorgstandaarden dient te worden verduidelijkt n.a.v. de commentaarronde (commentaar LP-GGZ).
- Bij patiënten met complexe en ernstige stoornissen is vaak sprake van co- of zelfs multimorbiditeit. In de praktijk kan comorbiditeit een behandeling fors compliceren. Er is nog weinig kennis beschikbaar over de behandeling van depressie bij comorbiditeit. Het onderwerp comorbiteit dient onderdeel te zijn van de ontwikkelagenda. Hoe te handelen bij comorbiditeit? Wat is een geschikte aanpak? Zijn er exclusiecriteria voor bepaalde behandelvormen? Deze vragen zijn beperkt geadresseerd in de huidige zorgstandaard.
- Toevoeging van geschikte meetinstrumenten per klacht/doel met een beschrijving van doelgroep, werkwijze, scoremogelijkheden, betrouwbaarheid, validiteit, responsiviteit, enz. is als wenselijk aangegeven.
- De volgende recente Cochrane review dient te worden beoordeeld in het kader van het onderhoudsplan: http://www.cochrane.org/CD004044/DEPRESSN_pharmacological-treatment-psychotic-depression.

2.3 Verbeterpunten n.a.v. de autorisatieronde

- De implicatie van de rol van persoonlijkheidsstoornissen en van trauma dient volgens het NIP nader te worden uitgewerkt op basis van Newton-Howes et al 2014 en Nanni 2012.
- Een recente meta-analyse (Cuijpers et al 2017) geeft nieuwe inzichten in het wenselijke therapie-aanbod. Op basis van deze review is een snelle revisie van zowel de multidisciplinaire richtlijn en NHG-standaard als de zorgstandaard wenselijk en mogelijk.
- Ten aanzien van de epidemiologie van depressieve stoornissen zijn nieuwe cijfers bekend op basis van Nemesis-II die afwijken van NEMESIS-I. Op basis van deze cijfers is een snelle revisie wenselijk en mogelijk.
- De V&VN vakcommissie Denktank GGZ geeft de volgende opmerkingen om te verwerken in de eerstvolgende revisie (op hun verzoek letterlijk weergegeven):
 1. Op bladzijden 128 en 129 de gesignaleerde beperking worden aangepast; de uitwerking van antidepressiva afbouw (kan zorgvuldiger); de definiëring van de diverse betrokken disciplines en de essentie van de verschillende beroepsniveau's worden nu niet goed weergegeven.
 2. Hoe verhoudt de zorgstandaard zich tot de MDR Depressie is ondanks de inspanningen in hoofdstuk 2 en specifiek paragraaf 2.5, nog niet volledig duidelijk. Ik snap wat het toevoegt t.o.v. de Richtlijn, maar niet wat het betekent voor de status van de MDR. Kan deze standaard de Richtlijn vervangen? Worden hulpverleners geacht beide documenten te gebruiken, en patiënten?
 3. Er wordt in de Zorgstandaard eigenlijk nergens gesproken over de functie van Cognitief Gedragstherapeutisch Werkers. Binnen de gedragstherapie en cognitieve therapie toch een steeds groter wordende groep professionals. Het lijkt dat meer specifieke kennis over beide onderwerpen een waardevolle toevoeging is bij specialistische zorg bij depressie voor HBO-professionals (verpleegkundigen, PTT'ers, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers enz.). Is het een overweging geweest om deze opleiding/ groep niet te benoemen, of vindt men de waarde nog onvoldoende bewezen?
 4. Hoofdstuk 4.3.2.3 over behandeling bij comorbiditeit vind ik wel erg kort. Er staat natuurlijk een verwijzing, maar wellicht die paar somatische aandoeningen (dat zijn er ook weer niet zo heel veel) die gecorreleerd zijn met depressie specifiek noemen, lijkt mij niet overbodig (dan kan voor behandeling wel verwezen worden naar de Generieke module Comorbiditeit).
 5. In de opsomming van complexe psychische comorbiditeit mis ik de Autisme Spectrum Stoornissen. In onze dagelijks praktijk komt het vrij veel voor en compliceert dat de behandeling vaak behoorlijk.
 6. In hoofdstuk 5 wordt veel aandacht geschonken aan het thema 'zelfmanagement'. Er wordt vanuit gegaan dat iedereen begrijpt wat die term betekent, ik vraag me af of dit helemaal terecht is. Wat is de definitie, is zelfregie waar later over gesproken wordt hetzelfde?
 7. In hoofdstuk 5.2 gaat het over behandeling. Dan wordt eerst geschreven over basisinterventies en een stukje verder over eerste-stap interventies. Ze zijn vrijwel hetzelfde. Dat kan op zich natuurlijk, maar mij is niet duidelijk wat het verschil is. Is de bedoeling van basisinterventies, dat ze door de hele behandeling heen gelden? Want er wordt ook altijd mee gestart (dat geeft natuurlijk de verwarring met eerste-stap interventies). Dat vind ik niet zo duidelijk geformuleerd/ gedefinieerd.
 8. In hoofdstuk 6 worden de woorden empowerment, eigen regie en zelfmanagement in een zin genoemd. Ik vraag me af of er veel lezers zijn die onderscheid in die drie termen kennen. Ik niet. Wellicht ook beter definiëren? Dit is misschien een beetje zout op slakken, maar ik werk nu eenmaal in een academisch ziekenhuis: op pagina 63 gaat het over gespecialiseerde GGZ en andere centra waar depressie zorg plaatsvindt. Derdelijns zorg voor depressie in academisch setting ontbreekt.

Opmerkingen NIP op autorisatieformulier:

- Nr 515 jeugdigen: Men blijft (pg 36) vasthouden aan het aanbevelen van alleen CGT en IPT. Dat is een onnodige beperking van keuze voor jongeren en geen juiste interpretatie van de stvz. In de meest recente Cochrane review (Cox 2014) wordt geconcludeerd dat geen voorkeur geformuleerd kan worden. Aanvullend zijn er 2 reviews (Abbass et al. 2013; Midley et al 2011) waarbij goede effecten van PDT blijken. In aansluiting hierop kan ook de eerder vermelde IMPACT studie worden genoemd. (NB bij het vorige commentaar stond abusievelijk de Cochrane review bij volwassenen (Shinohara 2013) genoemd, waar de wg terecht in haar reactie op wees).

Literatuur:

1. Cox, G.R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S.N., Parker, A.G., Hetrick, S.E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. The Cochrane Library, 11.
 2. Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 8, 863-875.
 3. Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. Journal of Child Psychotherapy, 37, 232-260.
- Ook bij ouderen wordt een voorkeur voor CGT uitgesproken (pg 37 voorlaatste alinea) terwijl in de tekst daarna een beschrijving volgt van een therapie die men meer psychodynamisch of naratief kan noemen. Mi.is dat niet helemaal logisch of zou het, bij afwezigheid van vergelijkende studies bij ouderen als gelijkwaardige optie geformuleerd behoren te worden.
 - Nr 541: De implicatie van de reviews over de rol van PS en van trauma (Newton-Howes et al 2014; Nanni 2012) bij onvoldoende resultaat van depressie behandeling worden genegeerd met de opmerking dat allerlei andere factoren ook van belang kunnen zijn. Dat is weinig overtuigend en ik zou willen aanbevelen dat gezien het zeer frequent voorkomen van deze problematiek in de praktijk toch te heroverwegen. Het verzoek is om bij de autorisatie niet op alle details te letten. Vooral het advies bij jongeren beperkt echter de keuzes voor de patiënt meer dan nodig is op grond van de (zeer beperkte) evidentie bij deze doelgroep .

Opmerkingen ZN n.a.v. toevoeging tekst over psychotherapie:

- Op pagina 34 en 47 staat dat er aanwijzingen zijn dat het doen van meer sessies van diverse vormen van psychotherapie psychotherapie zin heeft bij complexe depressie en persisterende depressie. ZN is akkoord met deze versie van de zorgstandaard onder de voorwaarde dat bij de eerste revisie de toevoeging van de literatuurreferentie wordt geborgd conform een GRADE weging.



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg