Akwa GGZ Alliantie kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg

Rapport

Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ - Depressie

14 maart 2023

Inhoud

1 Achtergrond panel en zorgstandaard Depressie 3
2 De zorgstandaard Depressieve stoornissen 3
3 Belangrijkste bevindingen 5
4 Welke patiënt wordt waar behandeld voor welke ernst van klachten? 6
5 Zijn de behandelstappen voor depressie bruikbaar en zinvol? 8
6 In hoeverre werken professionals volgens de behandelstappen? 9
7 In hoeverre evalueren professionals de behandeling volgens het stappenschema? 10
8 Wordt het stappenplan voor medicatie gevolgd? 11
9 Behandelaanbod 12
9.1 Basisinterventies 12
9.1 Eerste-stapinterventies 14
9.1 Kortdurende behandelingen 16
9.1 Psychotherapie 17
9.1 Terugvalpreventie 19
10 Diagnostiek 21
11 Zorgstandaard in organisatie 23
12 Verschil tussen settings 24
13 Verschil tussen sectoren 25

Achtergrond panel en zorgstandaard Depressie

Akwa GGZ heeft een online Panel met meer dan 1000 ggz-professionals. Doel van het panel is om de praktijkervaring en mening van ggz-professionals in te zetten voor het verbeteren van kwaliteit in de ggz.

Deze enquête ging over de zorg voor mensen met depressieve klachten of een depressie.
De multidisciplinaire richtlijn Depressie ondergaat momenteel een herziening – de nieuwe versie verschijnt naar verwachting in het voorjaar van 2023. Daarna start de herziening van de Zorgstandaard Depressieve stoornissen. De uitkomsten van deze enquête geven inzicht in hoeverre de zorgstandaard Depressieve stoornissen bekend is in Nederland, of de zorgstandaard gebruikt wordt én of deze bruikbaar is. De uitkomsten kunnen gebruikt worden bij een eventuele herziening van de zorgstandaard en/of voor het ontwikkelen van hulpmiddelen om de zorgstandaard nog beter te kunnen gebruiken. De enquête is door 412 panelleden ingevuld.

De zorgstandaard Depressieve stoornissen

De zorgstandaard Depressieve stoornissen volgt de *patient journey*, de ‘reis’ die mensen maken door de geestelijke gezondheidszorg als zij depressieve klachten of een depressieve stoornis hebben. Deze reis bestaat uit een aantal behandelstappen.

De depressiezorg in Nederland kenmerkt zich als ‘gepaste zorg’. De patiënt krijgt de zorg die past bij de aard en mate van ernst van de klachten, terwijl die zorg zo min mogelijk inbreuk maakt op diens leven en dat van gezinsleden. Gepaste zorg legt in principe ook het minst beslag op beschikbare middelen en mankracht.
Mensen met lichte klachten beginnen indien mogelijk met een weinig intensieve aanpak, mensen met ernstige of langdurige klachten stappen in op een meer intensief niveau van behandeling. Tijdens de behandeling wordt het beloop van de klachten gevolgd en wordt de ernst regelmatig gemeten.

	Lichte depressie	Matige/ernstige depressie	Persisterende depressie
Basis en eerste stap	Basisinterventies Aanbevolen: eerste-stapinterventies	Basisinterventies Behandeloptie: eerste-stapinterventies	Basisinterventies Behandeloptie: eerste-stapinterventies
Evaluatie	Na 3 maanden. Onvoldoende herstel: → tweede stap	Na 3 maanden. Onvoldoende herstel: → tweede stap	Na 3 maanden. Onvoldoende herstel: → tweede stap
Tweede stap	Kortdurende behandeling	Behandelopties: psychotherapie of medicatie	Behandelopties: psychotherapie gericht op persisterende depressie of medicatie, of combinatiebehandeling
Evaluatie	Na 6 weken evalueren: Voortgang: → doorgaan en na 6 weken opnieuw evalueren. Geen voortgang: → aanpassen	Na 4 maanden. Te weinig voortgang: → aanpassen	Na 4 maanden. Te weinig voortgang: → aanpassen
Aanpassen	Psychotherapie	Andere psychotherapie of farmacotherapie	Andere psychotherapie of farmacotherapie
Evaluatie	Na 4 maanden: Te weinig voortgang: → Intensiveren	Bij voorkeur 6-8 weken, minimaal eens in 4 maanden Na 8 maanden geen verbetering: → combineren	Bij voorkeur 6-8 weken, minimaal eens in 4 maanden Na 8 maanden geen verbetering: → combineren
Intensiveren of combineren	Intensivering behandeling (andere psychotherapie of farmacotherapie)	Combinatiebehandeling (psychotherapie en farmacotherapie)	Voldoende lange combinatiebehandeling
Evaluatie	(zorgstandaard geeft geen termijn)	(zorgstandaard geeft geen termijn) Onvoldoende herstel: → vervolg	Bij voorkeur na 4 maanden. Onvoldoende herstel: → vervolg
Vervolg		Behandelen als persisterende depressie	Overwegen ECT, overwegen intensivering met dag-behandeling of klinische opname (als > 2 maal 4 maanden behandeld is), overwegen verwijzen. Aandacht voor leefstijl, rehabilitatie, herstelondersteunende zorg en praktische hulp.

Belangrijkste bevindingen

De behandelstappen zoals beschreven in de zorgstandaard zijn goed bruikbaar in de praktijk (zowel basis als gespecialiseerde ggz). De meeste professionals herkennen de stappen en werken volgens het schema, of wijken indien nodig af. Een meerderheid van de deelnemers vindt dat het stappenplan tot goede zorg leidt, en dat het schema hen helpt om zelf goede zorg te verlenen.

60% van de respondenten geeft aan dat de zorgstandaard binnen hun organisatie is verwerkt in een zorgpad of zorgprogramma en/of aan bod komt tijdens intervisie, interne scholing dan wel multidisciplinair overleg. Daar staat tegenover dat bijna een kwart van de respondenten aangeeft dat de eigen organisatie geen aandacht besteedt aan de zorgstandaard, en 15% niet weet of de organisatie er aandacht aan besteedt.

Het aanbod van basisinterventies is goed. Het aanbod van eerste-stapinterventies en psychotherapie is vaak aanwezig maar niet compleet. De kortdurende therapieën, die door de zorgstandaard aanbevolen worden bij lichte depressies, zijn vooral in de gespecialiseerde ggz lang niet altijd onderdeel van het behandelaanbod.

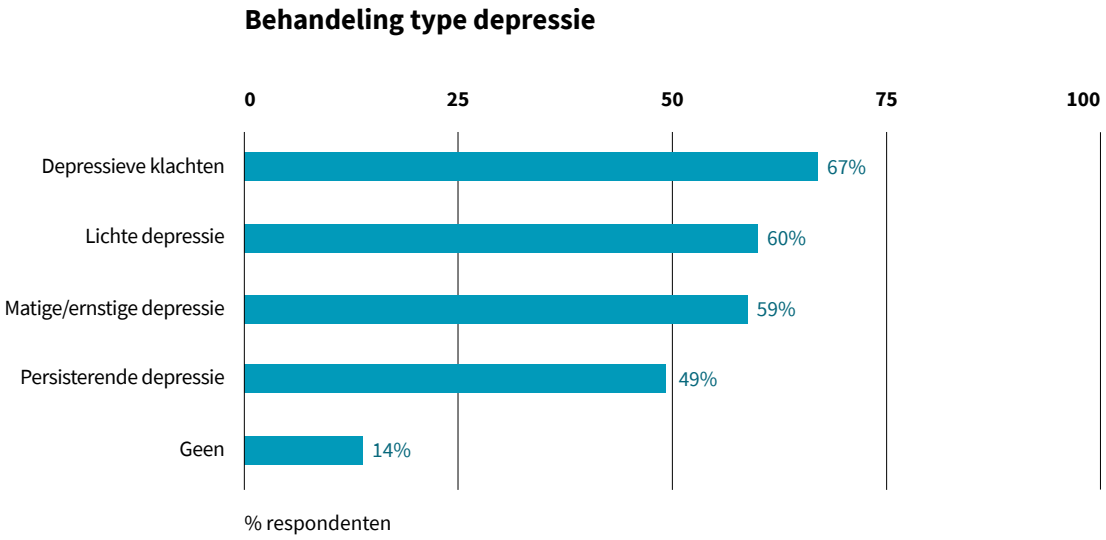
In de gespecialiseerde ggz worden lichtere interventies (basis, eerste-stap en kortdurende behandeling) lang niet aan alle patiënten aangeboden. Ook niet bij patiënten met een lichte depressie. Dit is hetzelfde voor terugvalpreventie.

Volgens de zorgstandaard kan, wanneer na de eerste-stapinterventies voldoende effect is bereikt, de behandeling afgerond worden. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat patiënten met een lichte depressie zelden of nooit stoppen na de eerste-stapinterventies. Bij andere type depressies komt het nog minder vaak voor dat patiënten na deze interventies stoppen.

Vrijwel alle respondenten geven aan te evalueren na de verschillende behandelfases, het gebeurt alleen lang niet altijd volgens het schema in de zorgstandaard.

Welke patiënt wordt waar behandeld voor welke ernst van klachten?

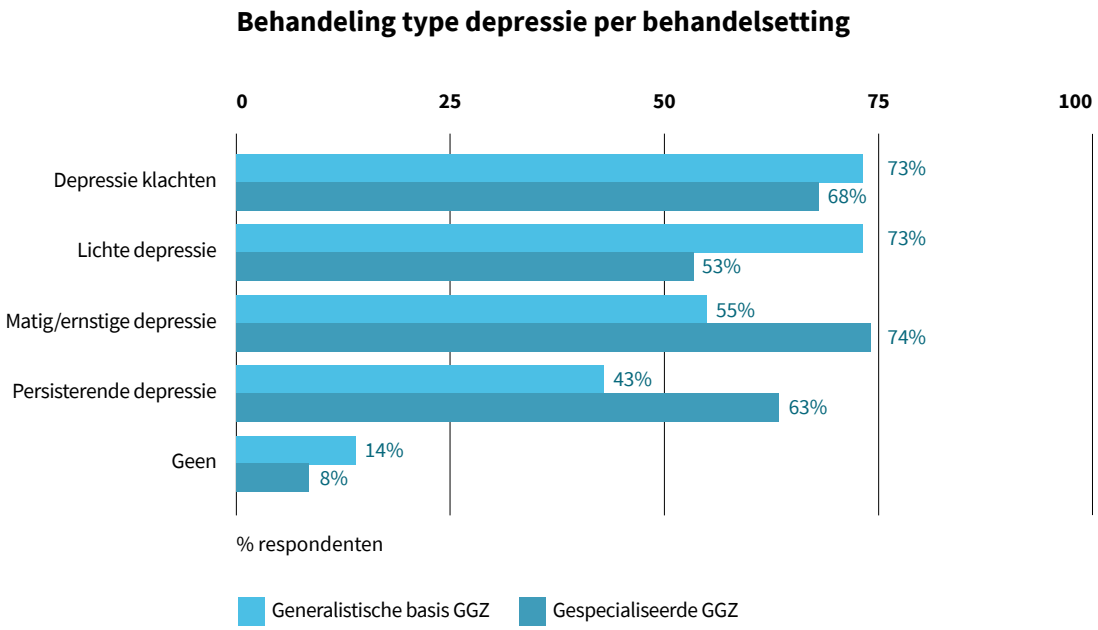
De panelleden is gevraagd welk type depressie zij behandelen.



→ Respondenten geven het vaakst aan depressieve klachten te behandelen en het minst vaak persisterende depressies.

→ 14% van de respondenten behandelt geen depressieve klachten of stoornissen. Deze respondenten hebben enkel de vragen ingevuld over de waardering van de behandelstappen en het gebruik van de zorgstandaard in hun organisatie.

Vervolgens zijn deze uitkomsten uitgesplitst naar de behandelsetting van de respondent.

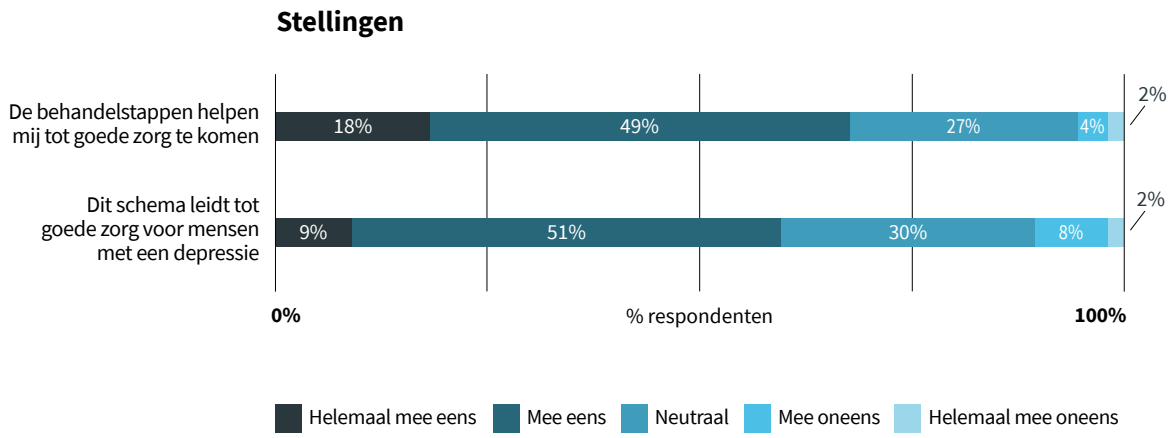


→ Depressieve klachten en de verschillende type depressies worden zowel in de generalistische basis als in de gespecialiseerde ggz behandeld.

→ Depressieve klachten en lichte depressie het vaakst in de generalistische basis ggz. Matige, ernstige en persisterende depressie het vaakst in de gespecialiseerde ggz.

Zijn de behandelstappen voor depressie bruikbaar en zinvol?

Veel panelleden zijn positief over de behandelstappen voor goede zorg, zoals aanbevolen door de zorgstandaard.



- → 67% van de respondenten vindt dat de behandelstappen zoals beschreven in de zorgstandaard hen helpen om tot goede zorg te komen. Slechts 6% van de respondenten vindt van niet en 27% staat hier neutraal in.
- → Slechts 10% van de respondenten is het niet eens met de stelling ‘Dit schema leidt tot goede zorg voor mensen met een depressie’. Ook hier is een grote groep respondenten die hier neutraal over denkt (30%).
- → Respondenten in de gespecialiseerde ggz zijn het vaker (helemaal) eens met de stelling ‘De behandelstappen helpen mij tot goede zorg te komen’ dan respondenten in de generalistische basis ggz, respectievelijk 71% vs. 56% is het hiermee eens

Ook is gevraagd wat respondenten positief aan het schema vinden en wat verbeterpunten zijn. Het aantal genoemde positieve opmerkingen overtrof het aantal verbeterpunten ruimschoots.

Positief

Helder/duidelijk: *225 respondenten*
Stepped-care: *61 respondenten*
Biedt houvast/structuur: *53 respondenten*
Evaluatiemomenten zijn goed: *35 respondenten*

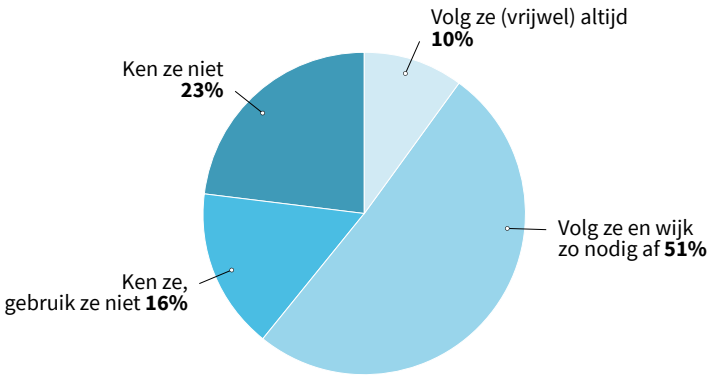
Verbeterpunten

Meer ruimte voor maatwerk: *26 respondenten*
Er missen interventies: *22 respondenten*
Periodes van stappen en/of evaluatie zijn te kort of te lang: *14 respondenten*

In hoeverre werken professionals volgens de behandelstappen?

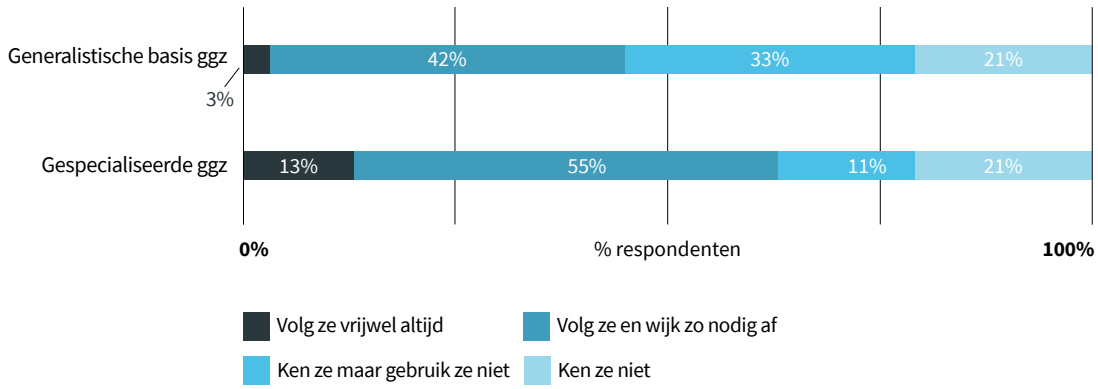
Het schema met de behandelstappen is voorgelegd aan respondenten die patiënten met depressieve stoornissen behandelen (353 respondenten) met de vraag of zij dit herkennen en in hoeverre zij het schema volgen. Het algemene beeld is als volgt:

Gebruik behandelstappen



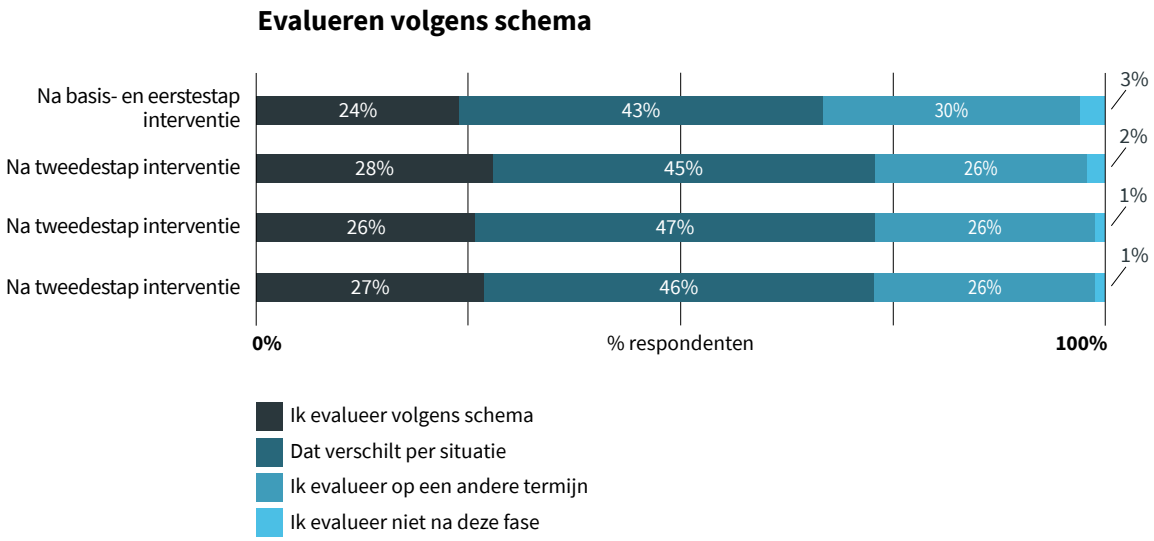
- → Drie kwart van de respondenten kent de behandelstappen die in de zorgstandaard beschreven staan.
- → Ruim meer dan de helft van de respondenten geeft aan de behandelstappen in de zorgstandaard te volgen. De meesten wijken hier zo nodig van af.
- → Uitgesplitst naar behandelsetting (generalistische of gespecialiseerde ggz) doet er zich wel een opvallend verschil voor. Respondenten die in de gespecialiseerde ggz werken volgen vaker de behandelstappen dan respondenten in de generalistische basis ggz.

Gebruik behandelstappen uitgesplitst naar setting



In hoeverre evalueren professionals de behandeling volgens het stappenschema?

In de zorgstandaard staan aanbevelingen over wanneer en hoe vaak de effecten van de behandeling het beste kunnen worden geëvalueerd, zodat daarna beslissingen over (eventueel) vervolg kunnen worden genomen.

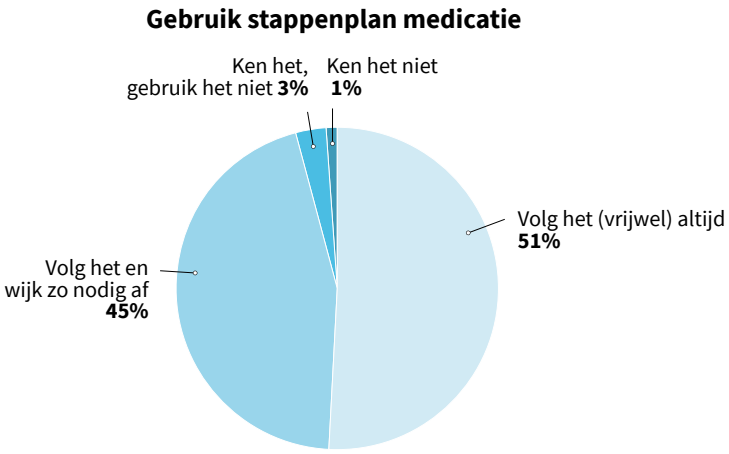


→ Een kwart van de respondenten geeft aan volgens schema te evalueren.
→ Bijna driekwart van de respondenten geven aan wel te evalueren maar op een andere termijn dan wordt geadviseerd in de zorgstandaard of dat dit verschilt per situatie.
→ Maar een heel klein deel (1-3%) van de respondenten geeft aan helemaal niet te evalueren na de verschillende fases in de behandelstappen.

Wordt het stappenplan voor medicatie gevolgd?

De zorgstandaard bevat een specifiek stappenplan voor het voorschrijven van medicatie.

84 respondenten gaven aan medicatie voor te schrijven. Vrijwel iedereen van hen kent en werkt volgens dit stappenplan - een groot deel wijkt hier wel van af indien nodig.



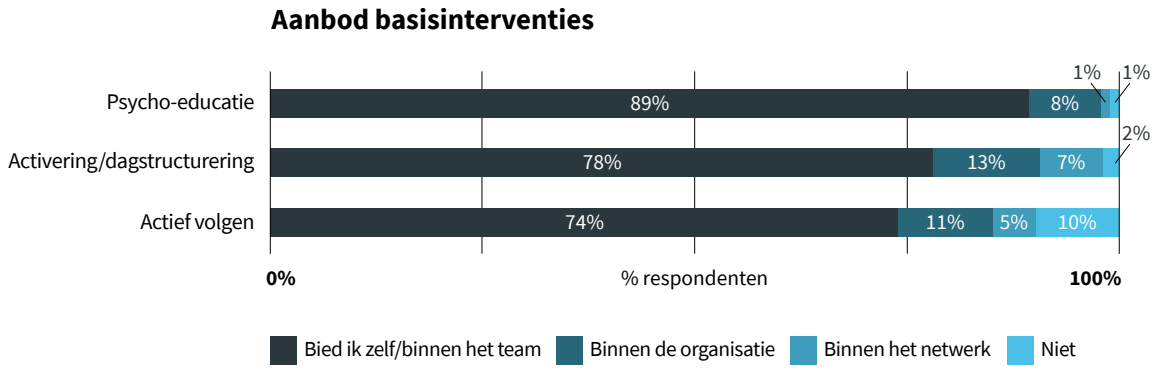
Behandelaanbod

353 respondenten behandelen depressieve stoornissen. Hiervan behandelen 248 lichte depressies, 243 matig en/of ernstige depressies en 202 persisterende depressies.
De respondenten hebben de voor hen relevante vragen over behandeling beantwoord.

Basisinterventies

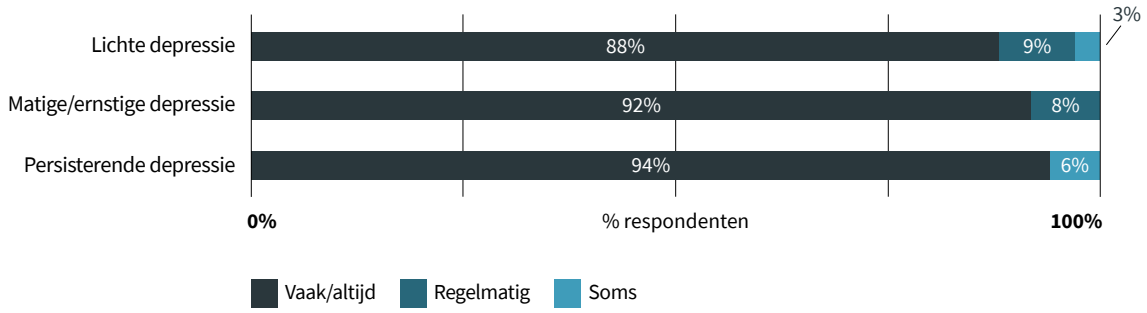
De zorgstandaard adviseert als basisinterventies voor mensen met een depressie:

- Psycho-educatie
- Activering en dagstructurering
- Actief volgen

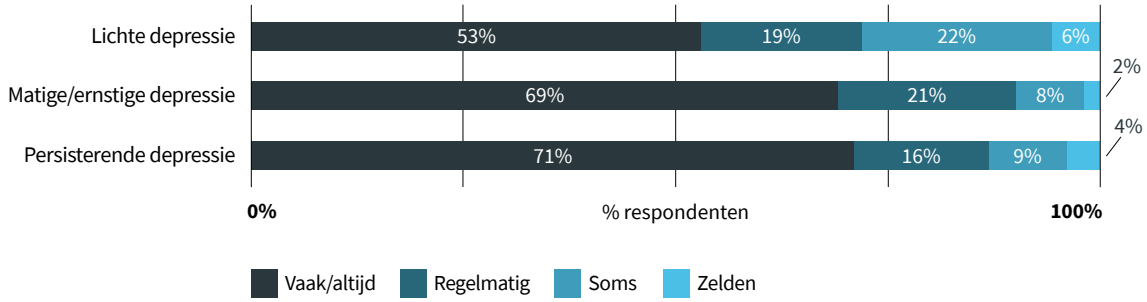


→ Vrijwel alle respondenten geven psycho-educatie en werken aan activering en dagstructurering. In sommige gevallen wordt het niet door hun zelf of het eigen team geboden maar wel binnen de organisatie of het netwerk.
→ Het actief volgen wordt door 90% van de respondenten geboden.

Basis GGZ: Aantal patiënten basisinterventies



Gespecialiseerde GGZ: Aantal patiënten basisinterventies



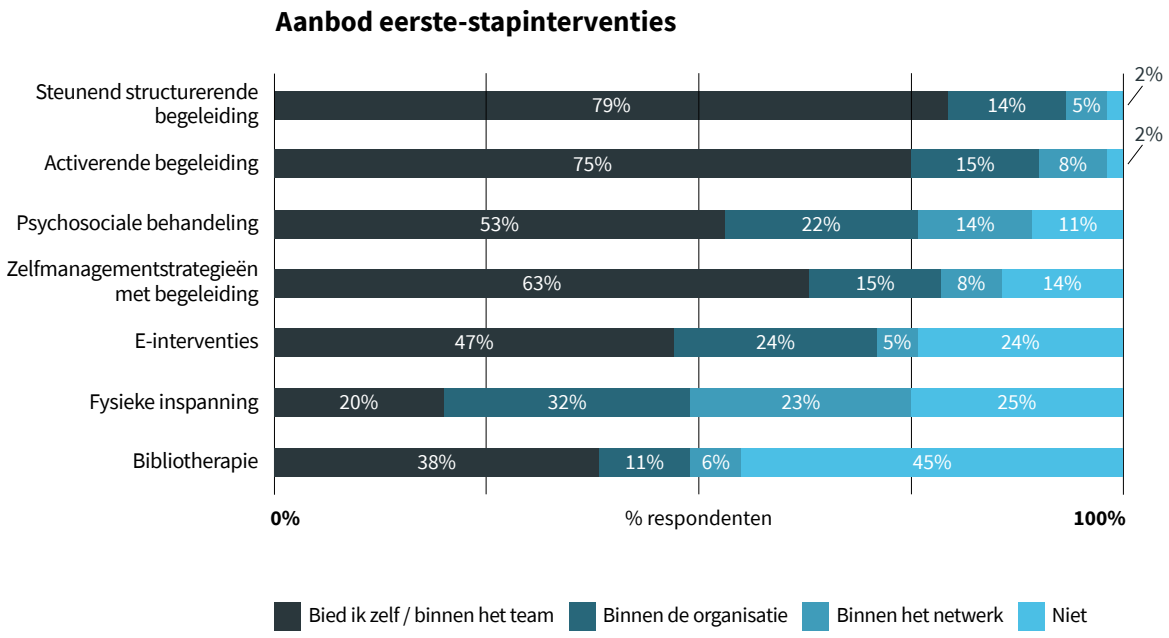
→ In de generalistische basis ggz krijgen patiënten met verschillende type depressies meestal basisinterventies aangeboden.

→ In de gespecialiseerde ggz gebeurt dit minder vaak. Voornamelijk patiënten met een lichte depressie krijgen minder vaak basisinterventies aangeboden.

Eerste-stapinterventies

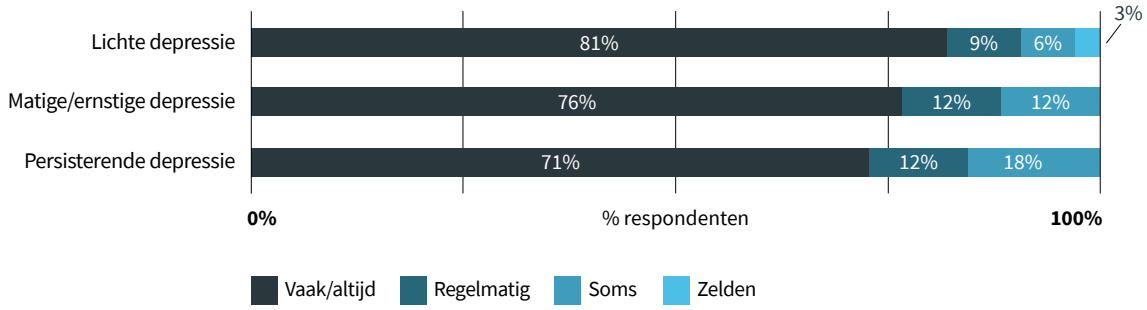
De zorgstandaard beveelt als eerste-stap interventies aan:

- Bibliotherapie
- Zelfmanagementstrategieën met begeleiding
- E-interventies
- Steunend structurerende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning, running-therapie
- Psychosociale behandeling
- Behandelevaluatie en vervolg

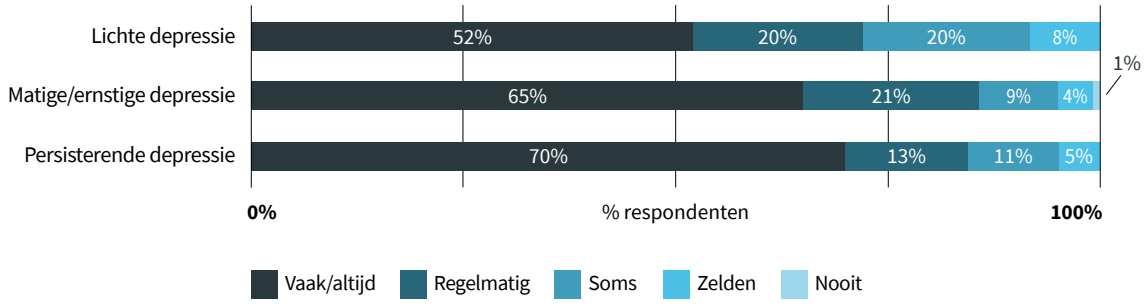


→ Steunend en structurerende begeleiding wordt bijna altijd aangeboden; bibliotherapie wordt het minst geboden.

Basis GGZ: Aantal patiënten eerstestapinterventies



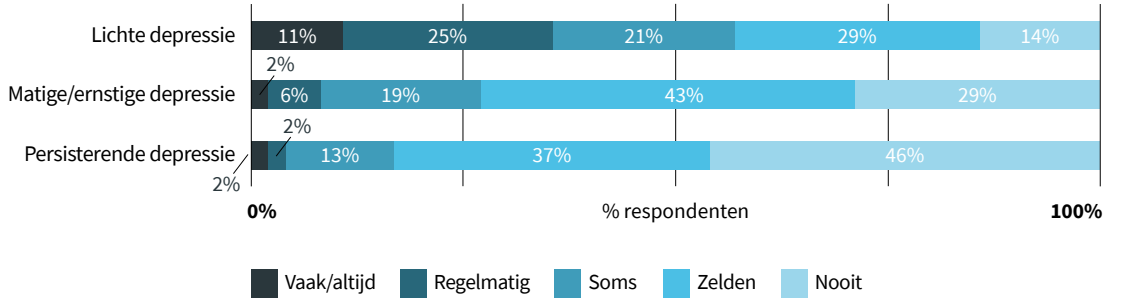
Gespecialiseerde GGZ: Aantal patiënten eerstestapinterventies



→ Net als bij de basisinterventies krijgen patiënten in de generalistische basis ggz vaak eerste-stapinterventies aangeboden.
→ In de gespecialiseerde ggz gebeurt dit minder vaak.

Drie maanden na het inzetten van eerste-stapinterventies beveelt de zorgstandaard om de behandeling te evalueren en bij voldoende herstel over te gaan op terugvalpreventie. Veel respondenten geven echter aan dat na de eerstestapsinterventies meer behandeling nodig is.

Aantal patiënten dat stopt na eerststapinterventies

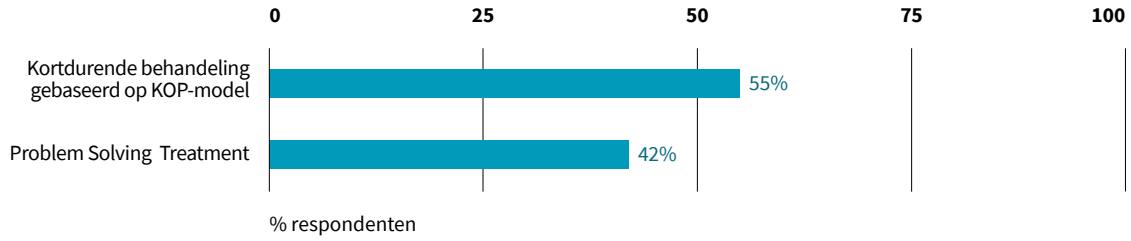


→ Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat patiënten met een lichte depressie zelden of nooit stoppen na de eerste-stapinterventies.
→ Bij andere type depressie stoppen patiënten nog minder vaak na de eerste-stapinterventies.

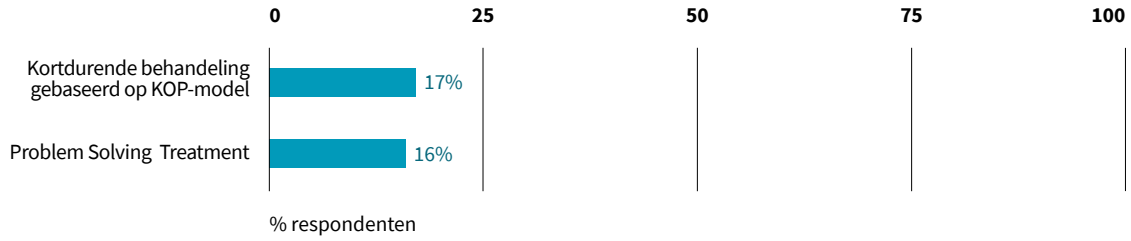
Kortdurende behandelingen
Kortdurende behandelingen worden overwogen bij een lichte depressie die langer dan 3 maanden bestaat of een recidief betreft, waarbij eerste-stap interventies niet zijn ingezet of niet tot voldoende behandelresultaat hebben geleid.

De zorgstandaard adviseert deze kortdurende behandelingen:
- Problem Solving Treatment (PST)
- Kortdurende behandeling (KDB), gebaseerd op het KOP-model

Basis GGZ: Aanbod kortdurende behandeling



Gespecialiseerde GGZ: Aanbod kortdurende behandeling

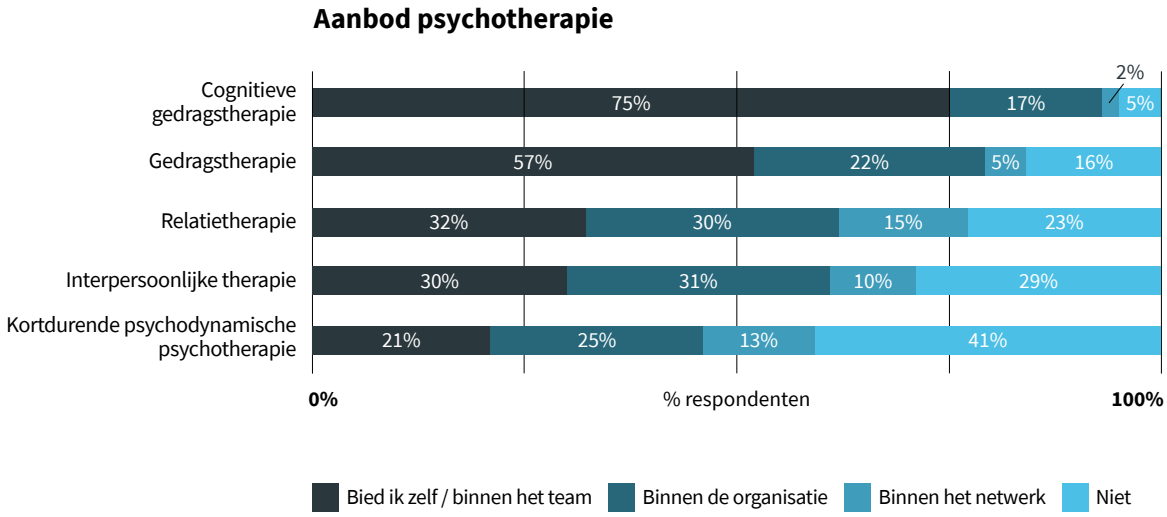


→ In de basis ggz biedt 70% van de respondenten tenminste één van beide interventies.
→ In de gespecialiseerde ggz biedt slechts 28% van de respondenten één van beide interventies.

Psychotherapie
De zorgstandaard geeft aan dat deze vormen van psychotherapie eerste keuze zijn bij volwassenen:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT);
- Gedragstherapie (GT);
- Interpersoonlijke therapie (IPT);
- Kortdurende psychodynamische psychotherapie (kortdurende PDT).

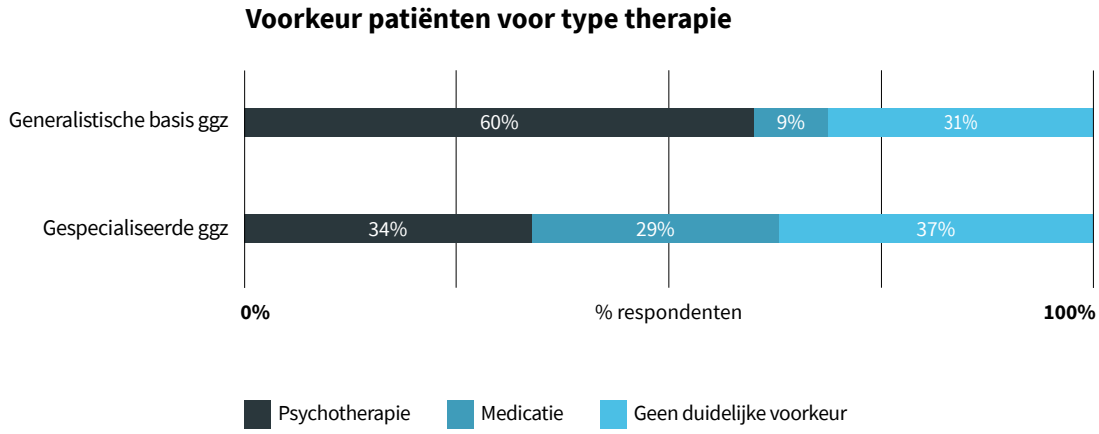
Indien er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen zijn adviseert de zorgstandaard om (partner)relatietherapie te overwegen.



→ Cognitieve gedragstherapie en gedragstherapie worden vaak (in ieder geval binnen het netwerk) geboden.
→ Kortdurende psychodynamische therapie wordt het minst vaak geboden. Van de respondenten geeft 41% aan dat dit niet wordt geboden.

Zorgstandaard over psychotherapie en medicatie
Conform de Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt bij een lichte depressie farmacotherapie pas ingezet na onvoldoende herstel met psychotherapie en wordt bij een ernstige, terugkerende depressie farmacotherapie overwogen uitsluitend in combinatie met psychotherapie.

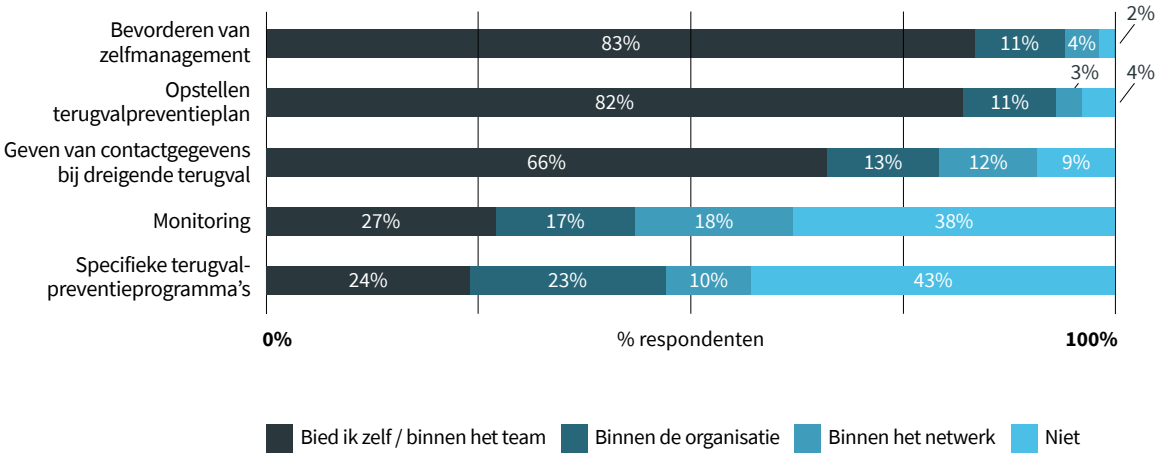
Aan respondenten is gevraagd waar de voorkeur van hun patiënten naar uitgaat. Het blijkt dat dat sterk verschilt per setting:



Terugvalpreventie

Terugvalpreventie neemt een belangrijke plaats in bij de behandeling van en zorg voor patiënten met een depressie. Terugvalpreventie kan bestaan uit het bevorderen van zelfmanagement, regelmatige monitoring gedurende meerdere jaren, door het standaard opstellen van een terugvalpreventieplan, het aanbieden van specifieke terugvalpreventieprogramma's en contactinformatie bij een dreigende terugval of recidivering zodat indien dit optreedt een nieuwe behandeling snel kan worden ingezet.

Aanbod vormen terugvalpreventie

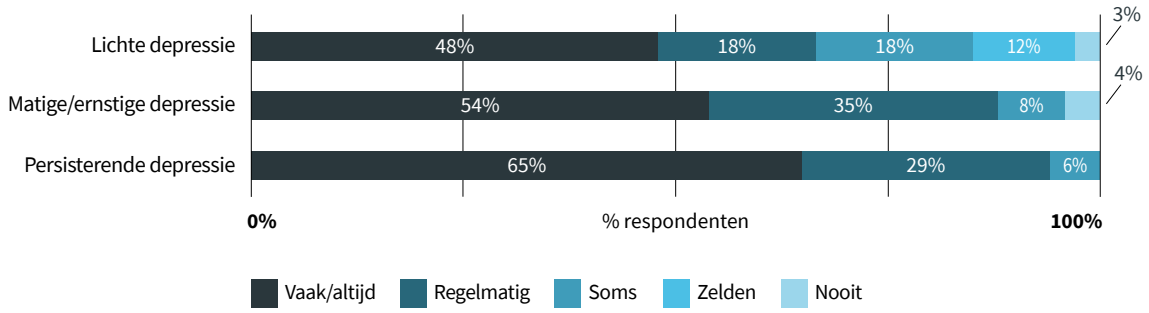


→ Vormen van terugvalpreventie die het vaakst geboden worden zijn het bevorderen van zelfmanagement en het opstellen van een terugvalpreventieplan.

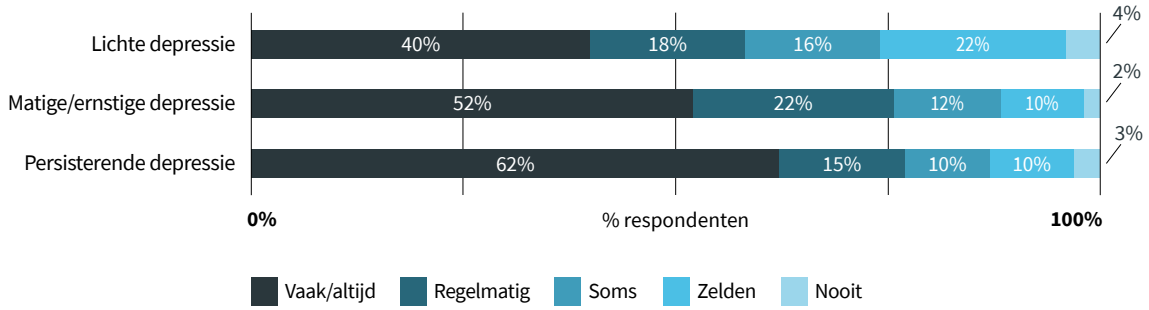
→ Ook worden er vaak contactgegevens gegeven die gebruikt kunnen worden bij een dreigende terugval.

→ Het blijven monitoren na de behandeling en specifieke terugvalpreventieprogramma's worden minder vaak aangeboden.

Basis GGZ: Aantal patiënten terugvalpreventie



Gespecialiseerde GGZ: Aantal patiënten terugvalpreventie

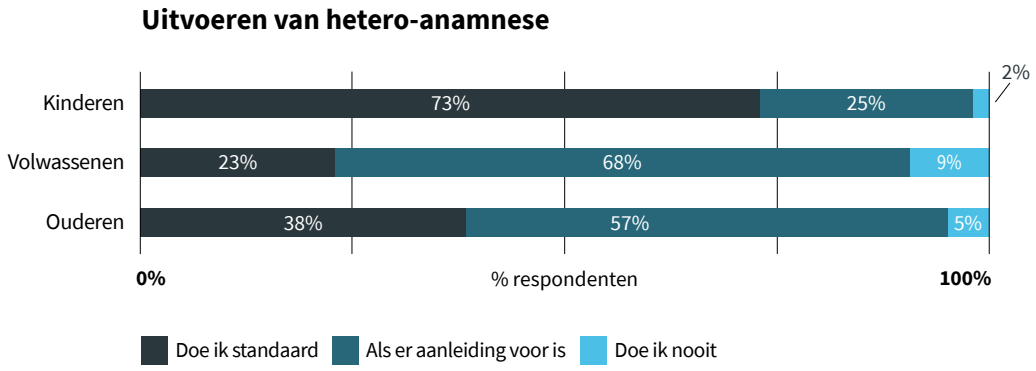


→ Patiënten met een persisterende depressie krijgen het vaakst terugvalpreventie aangeboden, daarna patiënten met een matige of ernstige depressie. Patiënten met een lichte depressie krijgen dit het minst vaak.

→ Opvallend is dat dit minder vaak wordt aangeboden in de gespecialiseerde ggz dan in de generalistische basis ggz.

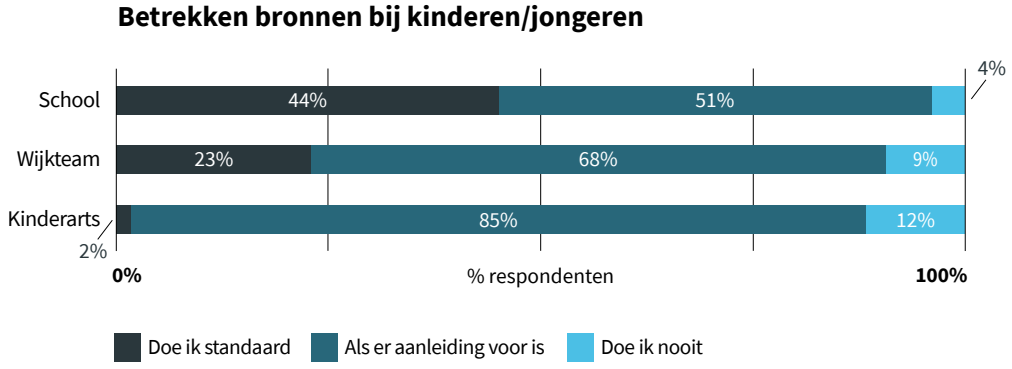
Diagnostiek

225 respondenten zijn betrokken bij diagnostiek. Hiervan behandelen 79 kinderen/jongeren, 316 volwassenen en 139 ouderen.
De zorgstandaard geeft als aanbeveling dat waar mogelijk gezins- of familieleden of andere belangrijke personen bij de diagnostiek betrokken worden om heteroanamnestische gegevens te verkrijgen, en daarbij bij kinderen cognitieve stoornissen niet over het hoofd te zien.



→ Het uitvoeren van hetero-anamnese gebeurt vaak niet standaard maar wanneer er aanleiding voor is.
→ Bij kinderen gebeurt het wel vaak standaard.

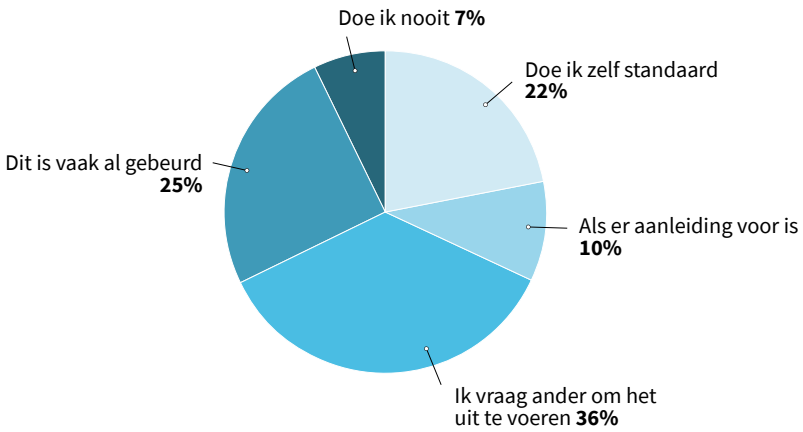
De zorgstandaard adviseert dat bij kinderen en jongeren school of andere belangrijke informatiebronnen kunnen worden betrokken bij de hetero-anamnese.



→ Ook het betrekken van bronnen bij kinderen en jongeren gebeurt vaak alleen als er aanleiding voor is.
→ De school wordt het vaakst betrokken.

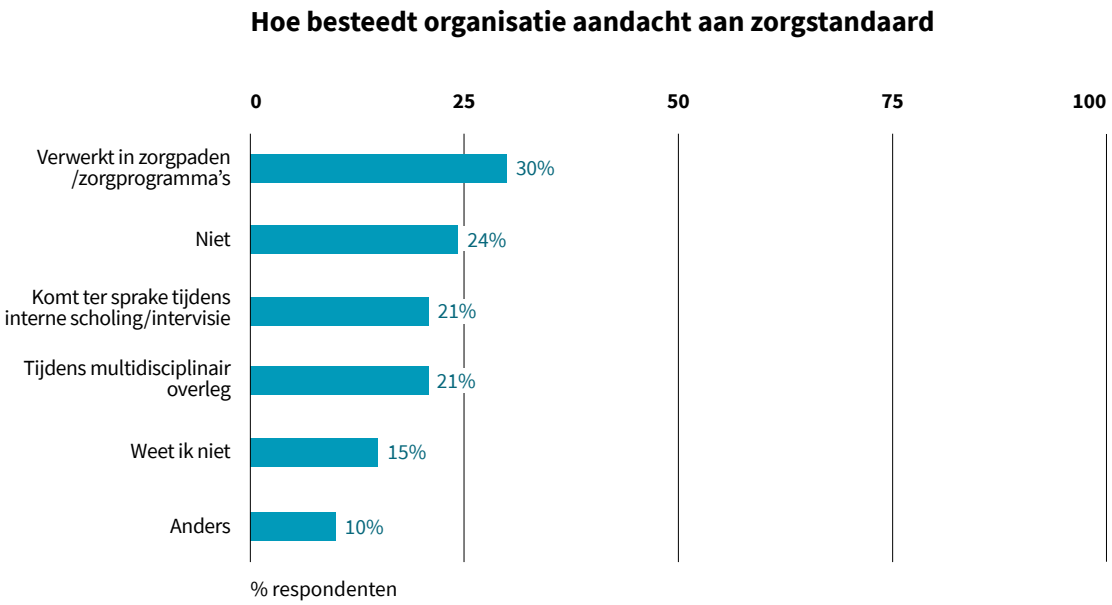
Zorgstandaard over somatische anamnese en aanvullend onderzoek bij ouderen
Bij ouderen dienen, volgens de zorgstandaard, een somatische anamnese, aanvullend lichamelijk en laboratoriumonderzoek standaard plaats te vinden. Vasculaire risicofactoren dienen te worden geïnventariseerd, met name bij depressie die voor het eerst op latere leeftijd ontstaat (late-onset) en indien niet zozeer stemmingsproblemen maar eerder remming (apathie, traagheid) en cognitieve problemen op de voorgrond staan.

Somatische anamnese en aanvullend onderzoek bij ouderen



→ Het merendeel van de respondenten voert een somatische screening en aanvullend onderzoek uit bij ouderen; zelf of laat iemand anders het doen.
→ In 36% van de gevallen wordt een ander gevraagd dit uit te voeren en in 25% van de gevallen is het al gebeurd.

Zorgstandaard in organisatie

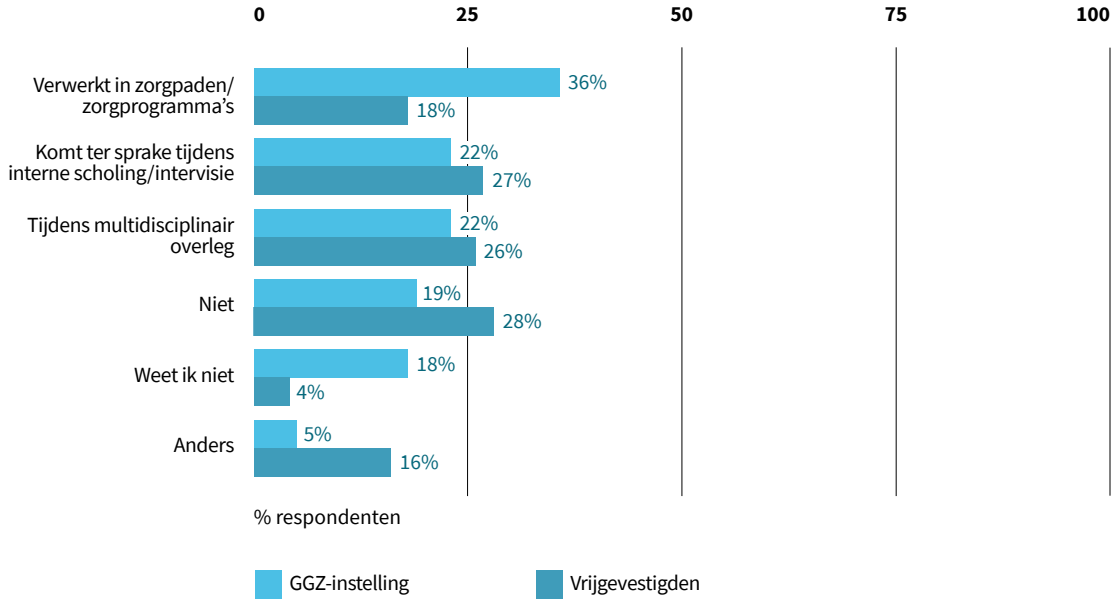


- → Van de respondenten geeft 24% aan dat de organisatie geen aandacht aan de zorgstandaard besteedt, daarnaast weet 15% dit niet.
- → De zorgstandaard is verwerkt in zorgpaden/zorgprogramma's van de organisatie volgens 30% van de respondenten.
- → De zorgstandaard komt daarnaast er sprake tijdens interne scholing/intervisie of bij het multidisciplinair overleg bij 21% van de respondenten.

Verschil tussen settings

Omdat het mogelijk verschilt tussen GGZ-instellingen en vrijgevestigden hoe er met zorgstandaarden wordt gewerkt, is dit voor deze twee settings apart bekeken.
In deze grafiek zijn de antwoorden weergegeven van respondenten die uitsluitend in een GGZ-instelling werken (241 respondenten) en respondenten die uitsluitend als vrijgevestigde werken (68 respondenten).

Aandacht zorgstandaard GGZ-instellingen in verschillende settings

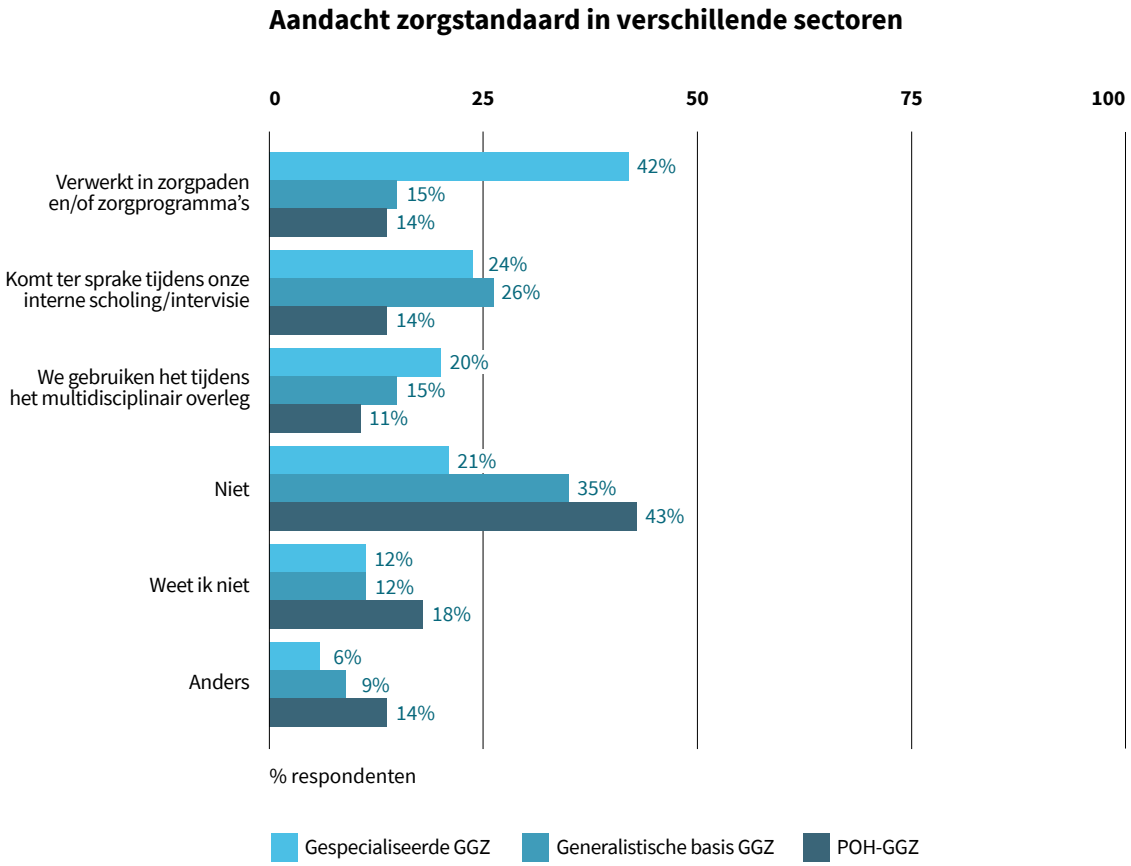


→ In GGZ-instellingen is de zorgstandaard vaker verwerkt in zorgpaden en zorgprogramma, 36% van de respondenten werkzaam in een GGZ-instelling geeft dit aan ten opzichte van 18% van de vrijgevestigden.

→ Vrijgevestigden hebben vaker “anders” geantwoord op de vraag hoe zij de zorgstandaard gebruiken. De meesten doen dit door zelf de zorgstandaard periodiek door te nemen.

Verschil tussen sectoren

In deze grafiek zijn de antwoorden weergegeven van respondenten die uitsluitend in de gespecialiseerde ggz werken (140 respondenten), respondenten die uitsluitend in de generalistische basis ggz werken (34 respondenten) en uitsluitend in de POH-GGZ werken (28 respondenten).



→ De zorgstandaard is in de gespecialiseerde ggz het vaakst verwerkt in zorgpaden of zorgprogramma's. In de generalistische basis ggz en de POH-GGZ is dit veel minder vaak het geval.

→ Respondenten werkzaam in de POH-GGZ geven het vaakst aan dat hun organisatie geen aandacht besteed aan de zorgstandaard. Ook weten zij het vaakst niet of dit gebeurt.

Akwa GGZ

Klik hier als je wilt deelnemen aan het online panel van Akwa GGZ.

Heb je vragen? Neem contact met ons op.

030-307 92 70
info@akwaggz.nl
www.akwaggz.nl
LinkedIn

Akwa GGZ staat voor alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg en is een door ggz-organisaties geïnitieerd kwaliteitsinstituut. We werken samen met patiënten, naasten en professionals aan ontwikkeling en borging van kwaliteit in de ggz. Dat doen we door samen met onze partners kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Ook bieden we lerende netwerken een veilige, digitale omgeving waar zij proceskenmerken en uitkomsten van zorg met elkaar kunnen delen.