

Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte

INITIATIEF

Werkgroep psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening

IN SAMENWERKING MET

Patiëntenfederatie Nederland

Verplegenden & Verzorgenden Nederland

Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk

Nederlands Instituut van Psychologen

Landelijke Vereniging Medische Psychologie

Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO) en Psycho-Oncologische Centra (Concentris)

Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

De ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard werd gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Colofon

KWALITEITSSTANDAARD PSYCHOSOCIALE ZORG BIJ SOMATISCHE ZIEKTE
©2019

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de schrijfgroep	4
Samenvatting.....	5
Algemene inleiding	8
Verantwoording.....	14
Module 1 Definitie van psychosociale zorg in de somatische zorg.....	24
Module 2 Psychosociale zorg: inhoud	32
Module 3 Psychosociale zorg: organisatie	38
Bijlage 1 Rapport Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen.....	47
Bijlage 2 Verslag invitational 12 mei 2017	55
Bijlage 3 Betrokken zorgverleners.....	58
Bijlage 4 Disseminatie- en implementatie	61
Bijlage 4c Disseminatie- en implementatietabel.....	67
Bijlage 5 Indicatoren	71
Bijlage 6 Kennislacunes	72

Samenstelling van de schrijfgroep

Schrijfgroep:

- Renske Kranenburg, beleidsmedewerker, Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Niek Golsteijn, verpleegkundig specialist (V&VN)
- Rinske van Koningsveld, neuroloog (NVN)
- Petra Kuijpers, cardioloog (NVVC)
- Anette Pet, klinisch psycholoog en psychotherapeut (IPSO)
- Rudolf Ponds, klinisch neuropsycholoog (NIP)
- Joost van Tongeren, KNO-arts (NVKNO)
- Jolanda Winters, sociaal werker (BPSW)
- Rik Withaar, klinisch psycholoog-psychotherapeut (LVMP)

Meeleesgroep:

- Hans Blaauwbroek - Huidpatiënten Nederland
- Cécile van Dierendonck en Herman Kraaij - Stichting Hematon (namens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties)
- Jos van Erp - Harteraad
- Masja van het Hoofd - Parkinson vereniging
- Petra Kortenhoeven - Oogvereniging
- Anne Speijer - VSOP: voor zeldzame en genetische aandoeningen
- Fred Verbeek - Stichting Hoormij

Meeleesgroep V&VN

Met ondersteuning van:

- Loes Schouten, gezondheidswetenschapper en zelfstandig adviseur
- Tessa Geltink, junior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Sanne Snoeijs, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dunja Dreesens, senior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Samenvatting

Onderstaande is het overzicht van de aanbevelingen en belangrijkste definities uit de kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziekte. Het doel van de standaard is drieledig. Ten eerste het vergroten van de bewustwording van nut en noodzaak van psychosociale zorg als onderdeel van het somatische zorgtraject. Ten tweede om aan te geven wat eronder verstaan wordt en tot slot de mogelijkheid te bieden voor ziekte specifieke richtlijnen die nog geen psychosociale zorgmodule hebben naar deze standaard te verwijzen. De modules zijn ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de schrijfgroep met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. De modules zijn bedoeld voor alle betrokkenen bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een somatische ziekte die een grote impact heeft op het psychisch en/of sociaal functioneren.

In deze samenvatting ontbreken de wetenschappelijk literatuur en de overwegingen die tot de aanbevelingen geleid hebben. Lezers van deze samenvatting worden voor deze informatie verwezen naar de volledige kwaliteitsstandaard. Deze samenvatting van aanbevelingen staat niet op zichzelf.

Definities

Gezondheid

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn – en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken – en het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

Psychosociale zorg

Psychosociale zorg is een verzamelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg.

Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard.

Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten en stoornissen.

Module 1 – Definitie van psychosociale zorg in de somatische zorg

Aanbevelingen voor de primaire zorgverlener in de somatische zorg ter detectie van mogelijke psychosociale problematiek.

Integreer als zorgverlener aandacht voor de gevolgen van een somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de patiënt in de behandeling en zorg van dezelfde patiënt; psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid.

Besteed als zorgverlener tijdig en regelmatig aandacht aan psychosociale klachten bij patiënten met een somatische ziekte. Deze problemen komen frequent voor. Risicovariabelen die een rol spelen bij de mate waarin psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen optreden (niet uitputtend):

- persoonlijkheid van de patiënt;
- weinig sociale steun die de patiënt ervaart;
- mogelijkheid coping-vaardigheden van de patiënt;
- culturele achtergrond;
- lichamelijke en geestelijke gezondheid en/of beperkingen;
- omgevingsfactoren, zoals huisvesting, werksituatie, financiële status;
- aard, ernst en duur van de (chronische) ziekte;
- comorbiditeit;
- leeftijd van de patiënt (jongeren lijken extra kwetsbaar).

Besteed als zorgverlener tevens aandacht aan de gevolgen van de somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de naaste(n) van de patiënt.

Module 2 – Psychosociale zorg: inhoud

Besprek met de patiënt dat de somatische ziekte gevolgen kan hebben zowel op het lichamelijk vlak als op het mentale, emotionele, existentiële en sociale vlak en op maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.

Stel de patiënt gerust dat dit erbij kan horen en veel voorkomt.

Besprek met de patiënt welke psychosociale ondersteuning en/of psychologische zorg gewenst is en waar de patiënt hiervoor terecht kan.

Geef gericht en vooral gedoseerd informatie en ga na of de patiënt (en naaste) het begrijpt.

Gebruik naast het gesprek – indien nodig – een screeningsinstrument als ondersteuning om de psychosociale zorgbehoefte(n) van de patiënt te bepalen.

Module 3 – Psychosociale zorg: organisatie

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk dat psychosociale zorg verleend of geïnitieerd wordt.

Overleg met de patiënt – na vaststelling van de psychosociale zorgbehoefte(n) – bij welke zorgverlener de patiënt het beste terecht kan met zijn zorgvraag.

Weet als zorgverlener naar wie je voor welke psychosociale ondersteuning en psychologische zorg kunt doorverwijzen zowel binnen de zorginstelling als daarbuiten.

Zorg als zorginstelling ervoor dat duidelijk is:

1/ welk zorgaanbod op psychosociaal vlak door wie geboden wordt in de instelling en met wie er wordt samengewerkt buiten de instelling; en

2/zorg ervoor dat deze informatie terug te vinden is voor zowel de patiënten als de zorgverleners.

Algemene inleiding

Aanleiding voor het maken van de kwaliteitsstandaard

Psychosociale zorg (PSZ) maakt integraal onderdeel uit van de somatische zorg. Vooral bij somatische ziekten met een grote impact op het psychisch en/of sociaal functioneren. Richtlijnen voor somatische aandoeningen besteedden tot voor kort geen tot weinig aandacht aan de psychosociale aspecten van een somatisch zorgtraject. Daarnaast concludeerde in 2015 een werkgroep onder leiding van het ministerie van VWS met daarin een brede vertegenwoordiging van partijen uit het zorgveld dat aandacht voor psychosociale zorg tijdens het somatische zorgtraject onderbelicht blijft. Vooral in het medisch-specialistische domein (zie bijlage 1). Bij sommige aandoeningen is men al verder zoals in de oncologie, de module PSZ in de KNO-richtlijn Tinnitus (2016) en de NVVC-richtlijn Hartrevalidatie (2011). Zorgverleners voelen zich niet altijd voldoende toegerust om psychosociale aspecten aan de orde te stellen. Tevens concludeerde deze werkgroep dat patiënten met een (chronische) somatische ziekte vaak met diverse zorgverleners op verschillende locaties te maken hebben, waardoor de organisatie van psychosociale zorg bemoeilijkt wordt. De beschikbaarheid van toegespitste en samenwerkende psychosociale zorgverleners is daarnaast problematisch vanwege financiële drempels en toegankelijkheid.

Deze kwaliteitsstandaard is bedoeld om ten eerste deze leemte te vullen, ook in de bestaande somatische richtlijnen. Ten tweede te beschrijven wat psychosociale zorg is en tot slot de bewustwording ervan en aandacht ervoor in het somatische zorgtraject te vergroten.

Kernpunten

Een somatische ziekte heeft invloed op zowel het lichamelijk als het psychisch, sociaal, maatschappelijk en spiritueel welbevinden van patiënt en naasten.

Patiënten ervaren te weinig aandacht voor de impact van een somatische aandoening op psychosociaal functioneren.

Psychosociale zorg is onderdeel van integrale zorg.

Nog niet elke ziekte specifieke richtlijn heeft een module over psychosociale zorg.

Somatisch en psychosociaal

Een lichamelijke ziekte of intensieve medische behandeling kan het leven ingrijpend verstoren. Niet alleen op somatisch gebied, maar ook op psychisch, sociaal en maatschappelijk vlak (Borrell-Carrió, 2004). Patiënten ervaren vaak gevoelens van onzekerheid, machteloosheid, angst, woede, eenzaamheid, twijfel, onbegrip, frustratie en zorg. Het zijn natuurlijke en veelvoorkomende reacties op ziek zijn. Ook kunnen er problemen ontstaan op het gebied van maatschappelijk functioneren, zingeving, werk, slaap, relatie en seksualiteit. Patiënten moeten het hoofd bieden aan onzekerheid over de toekomst, veranderingen in relaties (afhankelijkheid van anderen, veranderde

rolpatronen, seksualiteit) en in maatschappelijke rollen (maatschappelijke positie, arbeid, financiële positie).

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met klachten zoals hierboven beschreven – oftewel psychosociale klachten – door hun ziekte een aanmerkelijk lagere kwaliteit van leven ervaren, meer moeite hebben met het nemen van beslissingen over behandeling en zorg, zich minder houden aan behandelingsvoorschriften, vaker medische zorg zoeken (leidend tot hogere zorgkosten) en minder tevreden zijn met de medische zorg die ze ontvangen (<http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>, i.c. NCCN, 2015; Skarstein, 2000; Kennard, 2004; Von Essen, 2002; Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie NVVC, 2011). Ook psychische stoornissen komen vaker voor bij patiënten met een somatische ziekte (NIVEL, 2012; Pratt, 2016; Katon, 2011). Dit geldt zowel voor patiënten die zich aan het begin van het zorgtraject bevinden en net een diagnose hebben ontvangen, als voor patiënten die reeds langer in het zorgtraject zitten of chronisch ziek zijn. Ook voor naasten is het moeilijk om met de onzekerheid of veranderingen om te gaan (Patiëntenfederatie Nederland, 2017; Roddis, 2016; Nicholls, 2017).

Behoefte aan meer ondersteuning

Een deel van de patiënten en naasten doorloopt het aanpassingsproces bij een somatische ziekte zonder onoverkomelijke problemen en heeft voldoende aan de steun van naasten en directe zorgverleners. Er bestaat echter ook een groep patiënten die behoefte heeft aan (extra) professionele ondersteuning bij het kunnen omgaan met de ingrijpende gevolgen van hun lichamelijke ziekte of behandeling. Patiënten ervaren nog steeds dat hier onvoldoende aandacht voor is (NIVEL, 2013; Patiëntenfederatie, 2017; IPSO, 2014). Een derde bespreekt de problemen met andere patiënten of iemand van een patiëntenorganisatie. Slechts een op de vijf patiënten spreekt met een professional die gespecialiseerd is, zoals geestelijk verzorger, Sociaal Werk Zorg en GZ Maatschappelijk Werk (vanaf nu Sociaal Werk Zorg in de standaardgenoemd; hiermee worden GZ-maatschappelijk werkers en sociaal werkers Zorg worden bedoeld) of psycholoog (NIVEL, 2013).

Drie van de tien kankerpatiënten geven aan dat zij problemen graag hadden willen bespreken met een (para)medicus of verpleegkundige. Een vijfde was graag bijgestaan door een psychosociaal zorgverlener (NIVEL, 2013).

Uit ander onderzoek naar de behoeften van patiënten met een ernstig fysiek multitrauma komt eveneens naar voren dat veel patiënten zich niet gehoord voelen op het psychosociale vlak en veel patiënten daaraan wel behoefte hebben (Visser, 2018).

In een vragenlijstonderzoek onder patiënten die een chronische aandoening en/of ingrijpende behandeling (merendeels reuma en hart- en vaataandoeningen) hebben gehad, gaf meer dan de helft van de deelnemers (N=4.499 patiënten) aan geen informatie te hebben gekregen van zorgverleners over het eventueel ontstaan van psychosociale klachten, terwijl men hier wel behoefte aan had. Daarnaast gaf meer dan de helft van de deelnemers aan dat er geen aandacht was voor psychosociale klachten van naasten of mantelzorgers (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Iets meer dan de helft legt psychosociale klachten voor aan een arts, verpleegkundige of paramedicus. Een kwart hiervan heeft geen hulp of ondersteuning gehad, terwijl bij twee derde van deze deelnemers hieraan wel behoefte bestond (Patiëntenfederatie

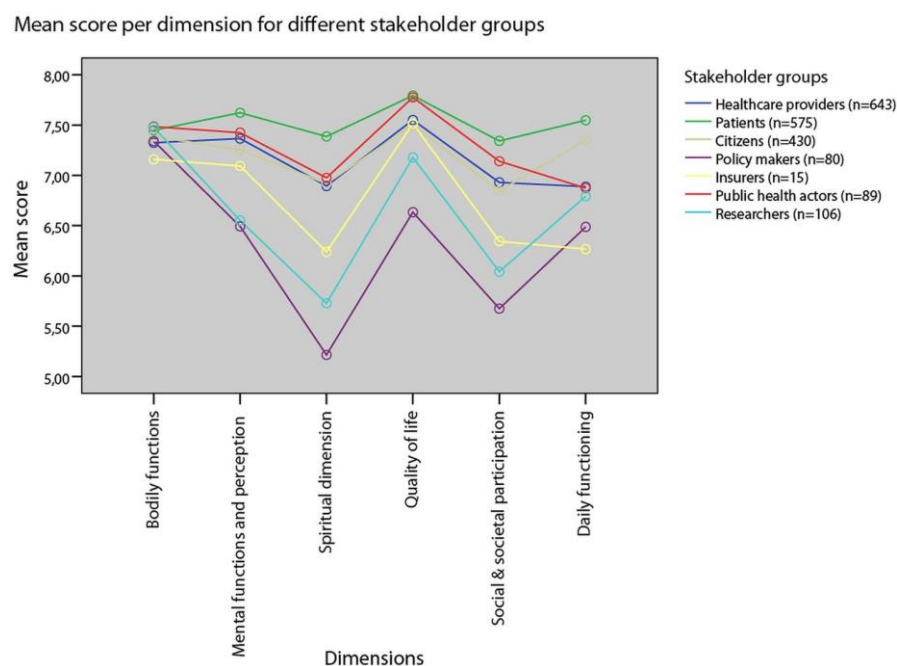
Nederland, 2017).

Psychosociale zorg maakt onlosmakelijk deel uit van de patiëntenzorg

Psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met een somatische ziekte is belangrijk en maakt onlosmakelijk deel uit van de zorg. Informeren naar welbevinden en alert zijn op mogelijke impact op psychosociaal functioneren behoort tot 'goed dokterschap' en behoort tot de professionele competenties van elke zorgverlener. Door mogelijke gevolgen voor psychosociaal functioneren te benoemen en te bespreken, kan bij die patiënten bij wie dat nodig is tijdige psychosociale zorg worden geboden. Dit draagt bij aan de verbetering van zowel het lichamelijk als psychisch, sociaal en maatschappelijk welbevinden en daarmee de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten. Ook lijkt er bewijs te zijn dat het zorgkosten bespaart (Myers, 2012; Andlin-Sobocki, 2005; Hochlehnert, 2011; Coley, 2009).

Psychosociale zorg en zorgverleners

Er is onvoldoende aandacht voor de impact van een somatische aandoening op psychosociaal functioneren van patiënten. Niet alle zorgverleners zijn zich voldoende bewust van het belang van psychosociale zorg en/of signaleren adequaat en handelen hiernaar (zie figuur 1). Mogelijke redenen hiervoor zijn dat zorgverleners zich onvoldoende toegerust voelen om psychosociale aspecten aan de orde te stellen, zij door tijdsdruk deze aspecten onvoldoende ter sprake brengen, er onvoldoende psychosociale zorgverleners voorhanden zijn, het zorgaanbod onvoldoende bekend is of de veronderstelling leeft dat het benoemen van de gevolgen voor psychosociaal functioneren extra zorg oproept of problemen versterkt. Dit terwijl uit onderzoek blijkt dat juist onvoldoende aandacht voor psychosociale zorg vaak tot problemen leidt (Richards, 2018).



Figuur 1: De gemiddelde score per doelgroep die aangeeft hoe belangrijk men een bepaalde dimensie als onderdeel van gezondheid vindt (bron: Huber, BMJ, 2016)

Psychosociale zorg en patiënten

Patiënten zelf stellen psychosociale problemen niet altijd aan de orde of niet op tijd aan de orde. Voor sommige patiënten rust er een taboe op het bespreken van psychosociale problemen en/of het vragen om hulp. Anderen voelen zich te kwetsbaar of durven de zorgverlener hiermee niet lastig te vallen. Ook kan de omgeving weinig uitnodigend zijn om dit onderwerp aan te kaarten. (Rademakers, 2016).

Patiënten en naasten zijn zich ook niet altijd bewust van de mogelijke (korte en lange termijn) gevolgen die hun aandoening heeft op hun psychosociaal welbevinden en de mogelijke aanpassingsproblemen die hieruit kunnen voortvloeien. Soms is niet meteen duidelijk waar behoefte aan is of worden signalen niet duidelijk en/of niet goed opgemerkt.

Doel van de standaard

1. Het bewust maken van patiënten, naasten, zorgverleners en zorgaanbieders van de gevolgen van een somatische ziekte op psychosociaal functioneren, het belang van (tijdige en regelmatige) aandacht voor psychosociale aspecten en de verantwoordelijkheid van zorgverleners hierin.
2. Het aanzetten van zorgverleners tot (tijdig) signaleren en bespreken van psychosociaal functioneren en psychische klachten, eventueel te screenen hierop en wanneer nodig door te verwijzen.
3. Het ondersteunen van zorgverleners en zorgaanbieders voor het verlenen van en doorverwijzen naar psychosociale zorg.
4. Het bevorderen van onderlinge samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en zorgaanbieders binnen de psychosociale zorg.

Daarnaast kan naar deze standaard/modules verwezen worden in ziektespecifieke richtlijnen, zorgstandaarden en protocollen die (nog) geen module psychosociale zorg bevatten. Deze standaard kan tevens als basis dienen voor het ontwikkelen van een psychosociale zorgmodule die afgestemd is op de specifieke behoeften van de patiënt, die samenhangen met een specifieke ziekte.

Afbakening van de standaard

Deze kwaliteitsstandaard richt zich op psychosociale zorg voor volwassenen (en hun naasten) met een somatische ziekte(n) met een impact op het psychisch en/of sociaal functioneren tijdens het somatische zorgtraject en de periode daarna.

De kwaliteitsstandaard beschrijft wat psychosociale zorg bij somatische ziekte inhoudt; op welke wijze deze geleverd kan worden; en hoe deze zorg in onderlinge samenwerking georganiseerd kan worden gedurende het hele ziekteproces van de patiënt.

Deze kwaliteitsstandaard beschrijft algemene aanbevelingen voor psychosociale zorg voor mensen met een somatische ziekte. Voor ziektespecifieke aandachtspunten, ook op het vlak van psychosociale zorg, wordt verwezen naar richtlijnen, protocollen, standaarden, keuzehulp en informatie over ziekte en behandeling.

Beoogd gebruikers van de standaard

Deze standaard is geschreven voor alle zorgverleners en zorgaanbieders betrokken bij de zorg voor mensen met een somatische ziekte die een impact heeft op het psychisch en/of sociaal functioneren.

Definities en begrippen

De belangrijkste definities die in deze standaard gebruikt worden staan hieronder.

Gezondheid

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn – en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken – en het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. (WHO; Huber, 2011)

Psychosociale zorg

Psychosociale zorg is een verzamelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg.

1. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige/milde problemen van psychische en sociale aard.
2. Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische problemen en stoornissen (bron: VWS-advies psychosociale zorg voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen, 2015)

Psychosociale ondersteuning

Psychosociale ondersteuning omvat communicatie, informatie, betrokkenheid, vertrouwen en aandachtige interactie tussen behandelaar, verpleegkundigen en patiënt. Het gaat om praktische en emotionele ondersteuning met als doel het aanpassen aan de nieuwe situatie en het vinden van een nieuw evenwicht, wat uiteindelijk moet leiden tot behoud van kwaliteit van leven.

Psychologische zorg

Psychologische zorg omvat diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen. De afdelingen (medische) psychologie en psychiatrie in het ziekenhuis zijn ondersteunende en (mede) behandelende specialismen. Een ggz-organisatie biedt hulp aan volwassenen, kinderen en ouderen bij psychische problemen en bij ernstige psychische en psychiatrische ziektes.

Psychologische diagnostiek

Psychologische diagnostiek doet middels gespreksmethoden, gestandaardiseerde vragenlijsten en testmethoden onderzoek naar klachten en psychische stoornissen zoals angst en depressie.

Onderliggende problematiek, persoonlijkheidsproblematiek of ontwikkelingsstoornissen, zowel als een interacterend toestandsbeeld (bijvoorbeeld psychotrauma na ic-opname, eetstoornissen bij diabetes, depressie na hartinfarct, en angst bij dialyse) wordt in kaart gebracht. Uitkomsten kunnen de bejegening in de primaire zorg ondersteunen en

effectiviteit van medische zorg bevorderen, alsmede de patiënten ondersteunen in hun begrip van de situatie en het vermogen tot aanpassing.

Neuropsychologische diagnostiek brengt de verschillende cognitieve functies in kaart, als aandacht en geheugen. Dit gebeurt bij hersenaandoeningen maar bijvoorbeeld ook na chemotherapie bij kanker, bij depressie na hartinfarct of bij hartfalen, of na een doorgemaakte reanimatie.

Psychologische behandeling

De behandeling is gericht op het veranderen van gedrag, emoties en cognities middels gestructureerde en op wetenschappelijke modellen gestoelde interventies.

Psychologische behandeling kan bestaan uit voorlichting, registratie van klachten en beïnvloedende factoren om daarmee inzicht te vergroten in de problematiek. Ook het geven van gedragsadviezen is een onderdeel. Het behelst over het algemeen gesprekstherapie, probleemgericht en kortdurend. Psychotherapie is systematische – op de persoon en diens ziekte aangepaste – beïnvloeding van gedrag en emoties en gedachten middels *evidence-based* methoden in individuele, relatie- of groepssetting. Doelen zijn vaak acceptatie en aanvaarding, angstreductie, verbeteren stemming, versterken van gezondheidsgedrag als bijvoorbeeld therapietrouw. Ook de behandeling van aanpassing en verwerking van patiënten met een neuropsychologische aandoening valt onder psychologische behandeling.

Verantwoording

Leeswijzer

Deze kwaliteitsstandaard richt zich op psychosociale zorg voor volwassenen met somatische ziekten die gevolgen hebben voor het psychisch en/of sociaal functioneren. Module 1 beschrijft waarom aandacht voor psychosociale zorg belangrijk is en hoe vaak psychosociale klachten bij somatische ziekte voorkomen. Module 2 gaat in op wat psychosociale zorg inhoudt. In module 3 staat beschreven wat psychosociale zorg bij somatische ziekten inhoudt en op welke wijze en met welke aandachtspunten deze geleverd kan worden. Hoe deze zorg in onderlinge samenwerking georganiseerd en bekostigd kan worden staat beschreven in module 4.

In de standaard worden voorbeelden genoemd van richtlijnen, screeningsinstrumenten, enzovoort. Dit zijn voorbeelden, de standaard wil en kan hierin niet uitputtend zijn.

Deze kwaliteitsstandaard wordt na het doorlopen van de commentaar- en autorisatiefase opgenomen in de Richtlijnen database (www.richtlijnen database.nl) en aangeboden aan het Register van Zorginstituut Nederland.

Methodologie ontwikkeling kwaliteitsstandaard

Geldigheid

Voor het beoordelen van de actualiteit van deze standaard is de schrijfgroep niet in stand gehouden. Uiterlijk in 2023 wordt bepaald of de modules van deze standaard nog actueel zijn. De geldigheid van de standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

De aan deze standaard deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers van de standaard delen de verantwoordelijkheid voor het actueel houden van de standaard.

Initiatief

De standaard is een gezamenlijk initiatief van de partijen die vertegenwoordigd waren in de werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening.

Autorisatie

De standaard is geautoriseerd door:

- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Landelijke vereniging Medische Psychologie (LVMP)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van Hoofd-Halsgebied (KNO)

- Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) (verklaring van geen bezwaar)
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidspsychologen (NVGzP)
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) (verklaring van geen bezwaar)
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie (NVT)
- Nederlandse Orthopedie Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)

Algemene gegevens

De ontwikkeling van de standaard werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de standaard is in 2017 een multidisciplinaire schrijfgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van relevante disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor, of te maken hebben met patiënten met een somatische ziekte met een impact op psychosociaal functioneren van die patiënten en hun naaste(n) (zie samenstelling van de schrijfgroep).

De schrijfgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname.

De schrijfgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze kwaliteitsstandaard.

Belangenverklaringen

De KNMG-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremeling is gevolgd. Alle schrijfgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoek financiering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatie management, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van schrijfgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen
Golsteijn	Verpleegkundig specialist Ziekenhuis Rivierenland te Tiel	geen	geen
Ponds	Afdelingshoofd Medische Psychologie, MUMC en klinisch neuropsycholoog Adelante revalidatiecentrum	Bestuurslid Nederlandse vereniging voor Neuropsychologie, onbetaald	geen
Tongeren	KNO-arts Isala te Zwolle	Werkgroep lid van Richtlijn Tinnitus Werkgroep lid Medisch technisch Stichting Eardrop	geen
Winters	Maatschappelijk werker, beleidsadviseur & trainer professionalisering sociaal werk. Ontwerper maatwerktrainingen	- Bestuurslid SKJ (Stichting kwaliteitsregister Jeugd) vacatiegeld - Opdracht BPSW, ondersteunen gezondheidszorg Maatschappelijk Werk. Betaald	Vanuit de BPSW word ik regelmatig voor opdrachten ingehuurd.

Kranenburg	Beleidsmedewerker Patiëntenfederatie Nederland	nvt	geen
Pet	Hoofd Patiëntenzorg Helen Dowling Instituut en klinisch psycholoog/psychotherapeut (fulltime)	Jaargroepopleider BIG-opleiding GZ-psycholoog bij Rinogroep Utrecht (aanne name gesprek, en halfjaarlijks schriftelijk evalueren en aan het begin, na een jaar en aan het eind, mondeling evalueren met praktijkopleider en opleiding) Betaalde functie.	Het Helen Dowling Instituut biedt psychologische zorg bij kanker als ggz-instelling. Het instituut heeft belang bij een helderheid omtrent de regelgeving. Als ggz-instelling is er op dit moment een duidelijke regelgeving mbt wat onder de verzekerde ggz valt.
Withaar	Klinisch psycholoog Isala RV vz Medische Psychologie Isala te Zwolle	voorzitter CONEG bureau Isala (PeerSupport) betaald Lid Raad van Toezicht Braindynamics BV te Hengelo (onkostenvergoeding) Onderzoeker Penquin Study in Antarctica Trial NTR: 1586 (onbetaald) Beroepsbelangencommissie LVMP (onbetaald) Financiële commissie LVMP (onbetaald) Peer Support training (freelance) betaald)	In dienst van Isala, algemeen ziekenhuis te Zwolle. Isala heeft belang bij een goede afbakening psychologische zorg van ziekenhuispatiënten. Lidmaatschap LVMP (idem) collegae LVMP zijn gebaat bij duidelijkheid psychosociale zorg chronisch zieken.
Koningsveld, van	Neuroloog		Geen

Kuijpers	Cardioloog MUMC+ te Maastricht	Eigenaar Hart voor de Zaak, advies en consultatie op het gebied van psychocardiologie sluimerend actief. Ik ben lid van de werkgroep Cardiovasculaire preventie en Hartrevalidatie van de NVVC, onbezoldigd.	Nee, Zoals boven vermeld, bestaat mijn eigen zaak bij de KvK maar is zeer sluimerend. Het idee was ooit om kennis over dit onderwerp te verspreiden en consultaties of lezingen uit te voeren. Mocht dit in de toekomst toenemen, dan zal het te schrijven advies niet beïnvloed zijn hierdoor. De missie is al jarenlang mensen en collega's van het belang van psychosociale aspecten bij ziekte (cardiologie) te doordringen. Ik ben naar voren geschoven door de NVVC omdat ik al sinds jaar en dag met dit onderwerp bezig ben, en ik de expertise heb. Ik heb er geen persoonlijk belang bij. Mijn belang is dat men leert hoe belangrijk dit onderwerp is.
-----------------	-----------------------------------	---	---

Inbreng patiëntenperspectief

Er is aandacht besteed aan het patiëntenperspectief ten eerste door deelname in de schrijfgroep door de Patiëntenfederatie Nederland, ten tweede door het geven van input en meelesen van teksten door de meelesgroep (zie samenstelling van de meelesgroep), gebruikmaking van wetenschappelijke literatuur en tot slot door een enquête die is uitgezet bij het patiëntenpanel van de Patiëntenfederatie Nederland. De conceptstandaard is tevens voor commentaar voorgelegd aan de relevante patiëntenverenigingen.

Implementatie

In de verschillende fasen van de standaardontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de standaard(modules) en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de standaard in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze standaard is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*; Brouwers, 2010) dat internationaal een breed geaccepteerd instrument is.

Knelpuntenanalyse

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de standaard heeft een werkgroep onder voorzitterschap van het ministerie van VWS en later Zorginstituut Nederland de knelpunten op het vlak van psychosociale zorg in kaart gebracht (VWS, 2015). De volgende partijen hebben deelgenomen aan deze werkgroep: Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verplegenden en Verzorgenden Nederland (V&VN), Federatie van Medisch Specialisten (FMS, onder wie NVKNO, NVVC en NVN), Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO) en Psycho-Oncologische Centra (Concentris), Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), GGZ Nederland, Zorginstituut Nederland (ZIN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en Integrale Kankercentra Nederland (IKNL). Het rapport van de werkgroep is opgenomen als bijlage 1.

Bij de start van het project heeft een werkconferentie plaatsgevonden. Tijdens deze conferentie zijn het raamwerk en thema's voor de standaard bepaald. Aan deze conferentie hebben de volgende partijen deelgenomen: Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, LVMP, NIP, IKNL, IGJ, FENAC, NVKNO en Zorginstituut Nederland. Het verslag is opgenomen als bijlage 2.

Daarnaast leverde een enquête die door de Patiëntenfederatie Nederland is uitgezet binnen haar patiëntenpanel ook knelpunten op.

Tot slot zijn er Interviews gehouden om een beeld te krijgen van de praktijk, organisatie van zorg en ervaringen op het vlak van psychosociale zorg bij somatische ziekte.

Hiervoor is gesproken met:

- patiënten (4);
- psychologen (2 individuele interviews en een groepsinterview (3));
- verpleegkundigen (5; groepsinterview);
- sociaal werker Zorg (voorheen maatschappelijk werker) (1);
- medisch specialisten: kno-artsen, cardioloog en neuroloog (4).

Uitgangsvragen

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de schrijfgroep en de adviseurs concept-uitgangsvragen opgesteld.

Samenvatten van de literatuur

Er is geen systematische literatuursearch en -analyse gedaan voor dit onderwerp. De aanbevelingen zijn gebaseerd op bij de schrijfgroep bekende richtlijnen, leidraden, zorgstandaarden, rapporten en wetenschappelijke artikelen en binnen de beroepsgroep gangbare afspraken, aangevuld met de expert-opinion van de

schrijfgroepleden. Verder is gebruik gemaakt van interviews. Op basis van deze literatuur en *expert opinion* is de werkgroep tot een aanbeveling gekomen.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast wetenschappelijke literatuur, bestaande richtlijnen, rapporten ook andere aspecten belangrijk, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (*patient values and preferences*), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, rapporten en bestaande richtlijnen en de overwegingen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de standaard is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Kennislacunes

Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Een overzicht van de onderwerpen waarvoor (aanvullend) wetenschappelijk van belang wordt geacht, staat in bijlage 6 (onder aanverwante producten).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt)organisaties voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de schrijfgroep en tijdens een werkconferentie (12 april 2018). De definitieve richtlijn werd aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt)organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Lijst met gebruikte afkortingen

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
FENAC	Federatie Nederlandse Audiologische Centra
FMS	Federatie van Medisch Specialisten
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IKNL	Integrale Kankercentra Nederland
IPSO	Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO) en Psycho-Oncologische Centra (Concentris)
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
LVMP	Landelijke Vereniging voor Medische Psychologie
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NKF	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
NVKNO	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied

NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVPO	Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
PSZ	Psychosociale zorg
V&VN	Verplegenden en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Literatuur

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42. PubMed PMID: 20603348.
- Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html. 2012.
- Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van Medisch Specialisten.
- Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, et al. Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures--a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2012; 72(1): 5-10.
- Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005; 12 Suppl 1: 39-44.
- Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, et al. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *J Psychosom Res*. 2011; 70(2): 135-9.
- Coley KC, Saul MI, Seybert AL. Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. *J Emerg Med*. 2009; 36(1): 3-7. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie, NVVC, Utrecht, 2011.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82. PubMed PMID: 15576544.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016 12;6(1):e010091. PubMed PMID: 26758267.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Rapport Psychosociale zorg voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen, Den Haag, 2015.
- Nicholls W, Patterson P, McDonald FE, et al. Unmet needs in young adults with a parent with a chronic condition: a mixed-method investigation and measure development study. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(1):191-200. PubMed PMID: 27163582.
- Visser E, Gosens T, Den Oudsten B, et al. Physical Trauma Patients with Symptoms of an Acute and Posttraumatic Stress Disorder: Protocol for an Observational Prospective Cohort Study. *JMIR Res Protoc*. 2018 29;7(3):e88.
- Rademakers J. De actieve patiënt als utopie. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder Hoogleraar Gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie aan de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences van Maastricht University, vrijdag 13 mei 2016.
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2017). Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Geraadpleegd tussen september 2017-augustus 2018, via <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>
- Vragenlijst patiëntenpanel, Patiëntenfederatie Nederland, Utrecht, 2017
- Raad voor volksgezondheid en samenleving (RVS). Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag, 2017.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen, Den Haag, 2015.
- Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Skarstein J, Aass N, Fossa S, et al. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2000;49:27-34.
- Kennard B, Stewart S, Olvera R, et al. Non-adherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med Settings*. 2004;11:30-9.
- Von Essen L, Larsson G, Oberg K, et al. 'Satisfaction with care': associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2002;11(2):91-9.
- Pratt LA, Druss BG, Manderscheid RW, et al. Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Mar-Apr;39:39-45. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.12.003. Epub 2015 Dec 18. PubMed PMID: 26791259; PubMed Central PMCID: PMC5113020.
- Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):7-23. Review. PubMed PMID: 21485743; PubMed Central PMCID: PMC3181964.
- Roddis JK, Holloway I, Bond C, et al. Living with a long-term condition: Understanding well-being for individuals with thrombophilia or asthma. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 Aug 16;11:31530. doi: 10.3402/qhw.v11.31530. eCollection 2016. PubMed PMID: 27534945; PubMed Central PMCID: PMC4989274.
- Van der Stege H, Visser AP, Vahedi Nikbakht-van de Sande CVM, Den Hollander RMC, Van den Brom A (IPSO). Over naasten en onderzoek over kinderen. Rotterdam, 2014.
- Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, et al. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2018 Feb;25(3):247-259. doi:10.1177/2047487317739978. Epub 2017 Dec 7.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Utrecht, 2012

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013. Utrecht, 2013

Module 1 Definitie van psychosociale zorg in de somatische zorg

Inleiding

Psychosociale zorg maakt integraal onderdeel uit van het somatische zorgtraject. De WHO beschreef het in 1948 als volgt: “Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, *geestelijk en maatschappelijk* welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.” (cursief door schrijfgroep). Op basis van de definitie van Huber voegt de schrijfgroep het volgende aan de definitie van gezondheid toe: het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. (Huber, 2011).

Ondanks deze brede definitie van gezondheid, blijkt dat er nog onvoldoende aandacht is voor eventuele problemen en behoeften op het psychosociale vlak. Daarnaast is vaak onvoldoende bekend welke mogelijkheden er zijn om deze zorg te (laten) bieden (Ludmir, 2018). Wat we in Nederland onder psychosociale zorg verstaan, de prevalentie, contextfactoren evenals de kosten en baten ervan komen in deze module aan de orde.

Uitgangsvraag

- 1.1 Wat is psychosociale zorg?
- 1.2 Wat is de prevalentie van psychosociale klachten en psychische stoornissen en welke contextfactoren spelen een rol?
- 1.3 Wat zijn de kosten en baten van psychosociale zorg?

1.1 Wat is psychosociale zorg?

Er bestaan meerdere definities van psychosociale zorg. In 2015 heeft een werkgroep met een brede vertegenwoordiging uit het gehele zorgveld (zie bijlage 1) de term psychosociale zorg en de onderliggende termen gedefinieerd (VWS, 2015). Vanwege de vertegenwoordiging van deze partijen in de werkgroep en de bereikte consensus, hanteert en handhaaft de schrijfgroep deze definitie van psychosociale zorg.

De definitie luidt (VWS, 2015):

Definitie psychosociale zorg:

Psychosociale zorg is een verzamelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg.

Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard.

Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten* en stoornissen.

* In de oorspronkelijke definitie wordt gesproken van psychische problemen.

1.2 Prevalentie en contextfactoren

Niet iedereen met een somatische ziekte ervaart psychosociale problemen. En mensen met een somatische ziekte kunnen die psychosociale problemen op verschillende momenten in het ziekte- dan wel zorgproces ervaren.

Kernpunt

Psychosociale klachten bij patiënten met een somatische ziekte komen frequent voor.

In de literatuur komen verschillende prevalentiecijfers voor; van 8 tot 30% (Navarta-Sánchez, 2016; Greenwell, 2015; Prizer, 2012; Flores, 2017; Dobkin, 2014; Yang, 2012; Lageman, 2012; Xie, 2015; Holmes, 2009; Langenbach, 2005; Fackrell, 2017; McCormack, 2015; Durai, 2016; Zirke, 2013; Philippot, 2012; Goebel, 2006; Weise, 2008; Greenwell, 2016; Hinrichs-Rocker, 2009; Visser, 2018; Visser, 2017; Al Maghaireh, 2016; Mc Giffin, 2016; Hartman-Shea, 2011; Papathanessoglou, 2010; Roddis, 2016; Van Strate, 2010; Baumeister, 2011; Zeber, 2013; Kok, 2015; Rudisch, 2003; Feng, 2016). De cijfers variëren als gevolg van onder andere: aard, stadium en duur van de somatische ziekte; definitie van psychosociale problematiek en psychische stoornissen; selectie van patiënten; en gebruikte meetinstrumenten.

Prevalentie in Nederland

Psychosociale problemen als gevolg van een (chronische) somatische ziekte zijn frequent en manifesteren zich op verschillende moment tijdens het ziekteproces en erna. Uit data van het NIVEL en het Trimbos Instituut komt naar voren dat een op de drie patiënten met een chronische ziekte psychosociale problemen ervaart (NIVEL, 2012, NEMESIS-2). Ook psychische stoornissen komen voor, vooral angst en depressie worden vaker gezien bij mensen met een somatische ziekte. Een op de zes patiënten ervaart klinisch relevante angst- en/of depressieve klachten (Bielas, 2018; Bonaccio, 2018; Pedersen, 2018; Richards, 2018).

Aanvullend onderzoek door het NIVEL (Jansen, 2012) onder patiënten met een chronische ziekte wijst uit dat vooral mensen met ernstige beperkingen en jonge mensen vaak meer psychosociale problemen ervaren. Wat in ieder geval bekend is dat er een aantal risicovariabelen is – zonder uitputtend te zijn – voor de mate waarin psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen optreden (IKNL, 2017):

- persoonlijkheid van de patiënt;
- sociale steun die de patiënt ervaart;
- coping vaardigheden van de patiënt;
- culturele achtergrond;
- lichamelijke en geestelijke gezondheid en/of beperkingen;
- omgevingsfactoren, zoals huisvesting, werksituatie, financiële status
- aard, ernst en duur van de (chronische) ziekte;
- co-morbiditeit;
- leeftijd van de patiënt (jongeren lijken extra kwetsbaar).

Prevalentie psychosociale problemen bij naasten

Een somatische ziekte heeft niet alleen invloed op het leven van de patiënt, maar ook op het leven van diens naaste(n). De partner, ouders, kinderen, broers en/of zussen kunnen eveneens te maken krijgen met psychosociale problemen (Nicholls, 2017). Generieke cijfers ontbreken, maar voor patiënten met hartfalen blijkt dat bij een op de vijf mantelzorgers psychische klachten (waaronder depressieve en angstklachten) voorkomen. Deze cijfers komen overeen met klachten bij mantelzorgers die voor patiënten met andere ziekten zorgen (Molloy, 2005). Uit IPSO-onderzoek blijkt dat de ernst van de psychosociale klachten van naasten vergelijkbaar is met die van de patiënten met kanker (Garssen, 2011).

Patiënten en naasten hebben de ervaring dat problemen van naasten niet worden onderkend. Uit onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland geeft 56% van de 4.499 deelnemers aan dat er geen aandacht was voor de impact op psychosociaal functioneren van naasten of mantelzorgers (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

1.3 Kosten en baten

Een veelgehoorde aanname is dat psychosociale begeleiding en psychologische diagnostiek en behandeling veel tijd en geld kosten. Dit is echter onjuist. Tijdig aandacht voor psychosociale problematiek betaalt zich in veelvoud terug, zowel in tijd en kosten als in patiëntuitkomsten en patiënttevredenheid (Kim, 2016; Grinshteyn, 2016; Kaplan, 2002; Tovian, 2004; Stewart, 2017; Knapp, 2015; Wodarski, 2000; Barlow, 2005; Beresnevaité, 2016; Desan, 2011; Farquhar, 2018; Sockalingam, 2016). Inzet van psychosociale zorg draagt bij aan betere uitkomsten van medisch-specialistisch handelen enerzijds en heeft kostenbesparende effecten op de somatische zorg anderzijds (Tyrer, 2014; Visser, 2015; Konnopka, 2012; Carlson, 2004).

Een goed voorbeeld is het psychologisch behandelen van een angststoornis vooraf aan een medische behandeling bij grote ingrepen. Dit versterkt effectief en efficiënt medisch handelen. Ook wordt door psychologisch behandelen therapietrouw bevorderd of kan het een alternatief zijn voor medicamenteuze behandeling (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie bij menopauzeklachten bij jonge vrouwen met borstkanker). Morbiditeit daalt (NEMESIS, 2012). Daarnaast verhoogt psychosociale zorg de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van mensen met een somatische aandoening, bevordert het arbeids(re)integratie en voorkomt het psychische comorbiditeit en medische onder- en overconsumptie (Van Son, 2013; Van Son, 2016; Van Delft-Schreurs, 2017; Richards, 2018).

Kernpunt

Psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid.

Ervaren gezondheid

Het belang van psychosociale aspecten in het somatische zorgtraject wordt steeds meer onderkend (WHO, 2001; Gezondheidsraad, 2005). En dat een somatische ziekte

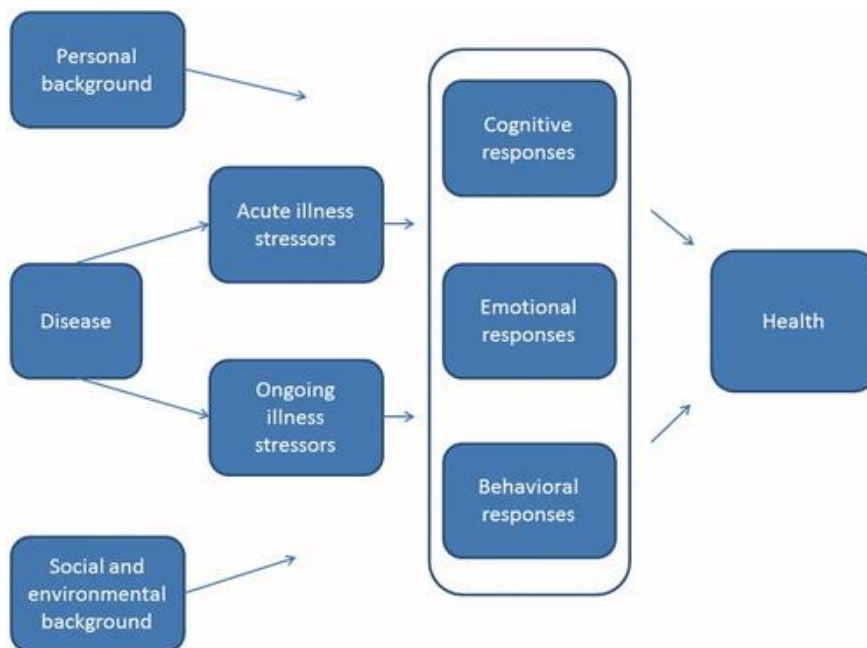
niet alleen lichamelijke gevolgen heeft, maar ook zijn tol eist op psychisch, sociaal en maatschappelijk vlak, wordt steeds vaker onderkend (Prior, 2016; Pratt, 2016, Weissman, 2015; Katon, 2011). Dit wordt weerspiegeld in de nieuwe definitie van gezondheid zoals beschreven door Huber c.s. in 2011. Daarbij wordt gezondheid niet gezien als 'afwezigheid van ziekte' maar als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. In deze optiek wordt gezondheid gedefinieerd aan de hand van de zes belangrijke levensdomeinen of dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren en ligt de focus van zorg op gezondheid en op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren (Huber, 2011).

Kernpunten

Het belang van psychosociale en psychische gezondheid in het somatische zorgtraject wordt steeds meer onderkend.

Het bio-psychosociaal model is leidend in de somatische zorg.

Dekker en De Groot illustreren het bovenstaande in hun ziekte-response model (zie figuur 2). Dit model geeft weer hoe zowel de cognitieve, emotionele als gedragsmatige responsen op ziekte samen de ervaren gezondheid verklaren. Het maakt duidelijk hoe de sociale omgeving en de persoonlijke geschiedenis direct invloed hebben op de respons op ziekte, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen acute stressoren – zoals behandeling of exacerbaties – en chronische stressoren – zoals functioneel onvermogen of progressiviteit van ziekte.



Figuur 2: Schematische weergave van psychologische aanpassing aan (chronische) ziekte (Dekker & De Groot, 2018) NB Er is nog geen Nederlandse vertaling van het model beschikbaar.

Aanbevelingen

Integreer als zorgverlener aandacht voor de gevolgen van een somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de patiënt in de behandeling en zorg van die patiënt; psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid.

Besteed als zorgverlener tijdig en regelmatig aandacht aan psychosociale klachten bij patiënten met een somatische ziekte. Deze problemen komen frequent voor.

Risicovariabelen die een rol spelen bij de mate waarin psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen optreden (niet uitputtend):

- persoonlijkheid van de patiënt;
- weinig sociale steun die de patiënt ervaart;
- mogelijkheid coping-vaardigheden van de patiënt;
- culturele achtergrond;
- lichamelijke en geestelijke gezondheid en/of beperkingen;
- omgevingsfactoren, zoals huisvesting, werksituatie, financiële status;
- aard, ernst en duur van de (chronische) ziekte;
- comorbiditeit;
- leeftijd van de patiënt (jongeren lijken extra kwetsbaar).

Besteed als zorgverlener tevens aandacht aan de gevolgen van de somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de naaste(n) van de patiënt.

Lijst met gebruikte afkortingen

NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
IPSO	Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO) en Psycho-Oncologische Centra (Concentris)
NEMESIS	Nederlandse Studie naar Gezondheid en Welzijn
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie (<i>World Health Organisation</i>)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
IKNL	Integrale Kankercentra Nederland

Literatuur

- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2017). Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Geraadpleegd op ..., via <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). How should we define health? *BMJ* 2011, 343(4163):235-237.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen, Den Haag, 2015
- Constitution of the World Health Organization. In: *World Health Organization: Basic documents*. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken*. Utrecht, 2012
- Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos instituut.

- Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, et al. Health-related quality of life and risk of composite coronary heart disease and cerebrovascular events in the Moli-sani study cohort. *Eur J Prev Cardiol.* 2018 Feb;25(3):287-297. doi: 10.1177/2047487317748452. Epub 2017 Dec 15.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Utrecht, 2012
- Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005 Jun;7(4):592-603.
- Garssen B, Lee M van der, Poll A van der, et al. (2011). Psycho-oncologie helpt. Evaluatie van gespecialiseerde psycho-oncologische zorg in Nederland. Utrecht: Instellingen Psycho-Sociale Oncologie (IPSO)
- Kim, K; et al. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American Journal of Public Health.* 106, 4, e3-e28, Apr. 2016. ISSN: 00900036.
- Wodarski JS. The role for social workers in the managed health care system: A model for empirically based psychosocial interventions. *Crisis Intervention & Time-Limited Treatment.* United Kingdom, 6, 2, 109-139, 2000. ISSN: 1064-5136
- Barlow JH, Wright CC, Turner AP, et al. A 12-month follow-up study of self-management training for people with chronic disease: are changes maintained over time? *Br J Health Psychol.* 2005;10(Pt 4):589-99. PubMed PMID: 16238867.
- Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag, 2005
- Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomized controlled trial. *Lancet.* 2014 18;383(9913):219-25. PubMed PMID: 24139977.
- Visser MS, Zonneveld LN, Van't Spijker A, et al. The Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Training for Patients with Unexplained Physical Symptoms. *Value Health.* 2015;18(5):570-7. PubMed PMID: 26297084.
- Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, et al. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2012;81(5):265-75. PubMed PMID: 22832397.
- Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology.* 2004;13(12):837-49; discussion 850-6. PubMed PMID: 15578622.
- Beresnevaite M, Benetis R, Taylor GJ, et al. Impact of a Cognitive Behavioral Intervention on Health-Related Quality of Life and General Heart Rate Variability in Patients Following Cardiac Surgery: An Effectiveness Study. *Psychosomatics.* 2016;57(6):605-615. PubMed PMID: 27452635.
- Desan PH, Zimbren PC, Weinstein AJ, et al. Proactive psychiatric consultation services reduce length of stay for admissions to an inpatient medical team. *Psychosomatics.* 2011;52(6):513-20. PubMed PMID: 22054620.
- Farquhar JM, Stonerock GL, Blumenthal JA. Treatment of Anxiety in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *Psychosomatics.* 2018;59(4):318-332. PubMed PMID: 29735242.
- Sockalingam S, Alzahrani A, Meaney C. Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay. *Psychosomatics.* 2016;57(3):264-72. PubMed PMID: 27005725.
- JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY VOL. 71, NO. 14, 2018 a 2018
- Ludmir J, Small AJ. The Challenge of Identifying and Addressing Psychological Comorbidities. *J Am Coll Cardiol.* 2018 10;71(14):1590-1593. PubMed PMID: 29622167.
- Dekker J, de Groot V. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation - an exploration. *Disabil Rehabil.* 2018;40(1):116-120. PubMed PMID: 27830936.
- Graaf R de, Have M ten, Dorselaer S van. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos instituut.
- Vragenlijst patiëntenpanel, Patiëntenfederatie Nederland, 2017
- Francisc Borrell-Carrió, Anthony L. Suchman Ronald M. Epstein, *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry*, 2004
- Pratt LA, Druss BG, Manderscheid RW, Walker ER. Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016 Mar-Apr;39:39-45. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.12.003. Epub 2015 Dec 18. PubMed PMID: 26791259; PubMed Central PMCID: PMC5113020.
- Weissman JF, Pratt LA, Miller EA, et al. Serious Psychological Distress Among Adults: United States, 2009-2013. *NCHS Data Brief.* 2015;(203):1-8.
- Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(1):7-23. Review. PubMed PMID: 21485743; PubMed Central PMCID: PMC3181964.
- Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie, NVVC, Utrecht, 2011; p. 55-57 en p.187
- Richtlijn Aanpassingsstoornis bij kanker, Werkgroep Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker/Trimbos-instituut, Utrecht, 2016
- Van der Stege H, Visser AP, Vahedi Nikbakht-van de Sande CVM, Den Hollander RMC, Van den Brom A (IPSO). *Over naasten en onderzoek over kinderen.* Rotterdam, 2014.

- Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, et al. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2018 Feb;25(3):247-259. doi:10.1177/2047487317739978. Epub 2017 Dec 7.
- Nicholls W, Patterson P, McDonald FE, et al. Unmet needs in young adults with a parent with a chronic condition: a mixed-method investigation and measure development study. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(1):191-200. PubMed PMID: 27163582.
- Grinshteyn E, Wendel J. Behavioral health conditions: Direct treatment costs and indirect social costs. In: O'Donohue, W; et al. *Quality improvement in behavioral health.* Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. 9-32. ISBN: 978-3-319-26209-3.
- Kaplan RM, Groessl EJ. Applications of cost-effectiveness methodologies in behavioral medicine. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(3):482-93. PubMed PMID: 12090364.
- Tovian, SM. Health Services and Health Care Economics: The Health Psychology Marketplace. *Health Psychology.* US, 23, 2, 138-141, Mar. 2004. ISSN: 0278-6133.
- Stewart RE, et al. Can we pay for performance in behavioral health care? *Psychiatric Services.* US, 68, 2, 109-111, Feb. 1, 2017. ISSN: 1075-2730.
- Knapp M, Snell T, Healey A. How do child and adolescent mental health problems influence public sector costs? Interindividual variations in a nationally representative British sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(6):667-76. PubMed PMID: 25265159.
- Prior A, Fenger-Grøn M, Larsen KK. The Association Between Perceived Stress and Mortality Among People With Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2016 1;184(3):199-210. PubMed PMID: 27407085.
- Navarta-Sánchez MV, Senosiain García JM, Riverol M, et al. Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers. *Qual Life Res.* 2016;25(8):1959-68. PubMed PMID: 26742928.
- Greenwell K, Gray WK, van Wersch A, et al. Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat Disord.* 2015;21(1):1-11. PubMed PMID: 25457815.
- Prizer LP, Browner N. The integrative care of Parkinson's disease: a systematic review. *J Parkinsons Dis.* 2012;2(2):79-86. PubMed PMID: 23939435.
- Flores Alves Dos Santos J, Tezenas du Montcel S, Gargiulo M, et al. Tackling psychosocial maladjustment in Parkinson's disease patients following subthalamic deep-brain stimulation: A randomised clinical trial. *PLoS One.* 2017 11;12(4):e0174512. PubMed PMID: 28399152.
- Dobkin RD, Tröster AI, Rubino JT, et al. Neuropsychological outcomes after psychosocial intervention for depression in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014 Winter;26(1):57-63. PubMed PMID: 24275895.
- Yang S, Sajatovic M, Walter BL. Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2012;25(2):113-21. PubMed PMID: 22689704.
- Lageman SK, Mickens M, Verkerke T. et al. (2012). Deep Brain Stimulation for Parkinson's Disease. In A.R. Block & D.B. Sarwer, (Eds.), *Presurgical Psychological Screening: Understanding Patients, Improving Outcomes* (pp. 127-149). Washington, DC: American Psychological Association.
- Xie CL, Wang XD, Chen J, et al. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioral and psychodynamic therapy for depression in Parkinson's disease patients. *Neurol Sci.* 2015;36(6):833-43. PubMed PMID: 25724804.
- Holmes S, Padgham ND. Review paper: more than ringing in the ears: a review of tinnitus and its psychosocial impact. *J Clin Nurs.* 2009;18(21):2927-37. PubMed PMID: 19735344.
- Langenbach M, Olderog M, Michel O, et al. Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(1):73-7. PubMed PMID: 15694221.
- Fackrell K, Smith H, Colley V, et al. Core Outcome Domains for early phase clinical trials of sound-, psychology-, and pharmacology-based interventions to manage chronic subjective tinnitus in adults: the COMIT'ID study protocol for using a Delphi process and face-to-face meetings to establish consensus. *Trials.* 2017 23;18(1):388. PubMed PMID: 28835261.
- McCormack A, Edmondson-Jones M, Fortnum H. Investigating the association between tinnitus severity and symptoms of depression and anxiety, while controlling for neuroticism, in a large middle-aged UK population. *Int J Audiol.* 2015;54(9):599-604. PubMed PMID: 25766493.
- Durai M, Searchfield G. Anxiety and depression, personality traits relevant to tinnitus: A scoping review. *Int J Audiol.* 2016;55(11):605-15. PubMed PMID: 27387463.
- Zirke N, Seydel C, Szczepek AJ, et al. Psychological comorbidity in patients with chronic tinnitus: analysis and comparison with chronic pain, asthma or atopic dermatitis patients. *Qual Life Res.* 2013;22(2):263-72. PubMed PMID: 22430181.
- Philippot P, Nef F, Clauw L, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating tinnitus. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19(5):411-9. PubMed PMID: 21567655.
- Goebel G, Kahl M, Arnold W, et al. 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2006;(556):70-9. PubMed PMID: 17114147.

- Weise C, Heinecke K, Rief W. Biofeedback-based behavioral treatment for chronic tinnitus: results of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):1046-57. PubMed PMID: 19045972.
- Greenwell K, Sereda M, Coulson N, et al. A systematic review of techniques and effects of self-help interventions for tinnitus: Application of taxonomies from health psychology. *Int J Audiol*. 2016;55 Suppl 3:S79-89. PubMed PMID: 27146036.
- Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, et al. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) - a systematic review. *Eur J Pain*. 2009;13(7):719-30. PubMed PMID: 18952472.
- Visser E, Gosens T, Den Oudsten B, et al. Physical Trauma Patients with Symptoms of an Acute and Posttraumatic Stress Disorder: Protocol for an Observational Prospective Cohort Study. *JMIR Res Protoc*. 2018 29;7(3):e88. PubMed PMID: 29599104.
- Visser E, Gosens T, Den Oudsten BL, et al. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017;82(6):1158-1183. PubMed PMID: 28520689.
- Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, et al. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 2016;25(19-20):2745-56. PubMed PMID: 27256250.
- McGiffin JN, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. *Rehabil Psychol*. 2016;61(2):120-31. PubMed PMID: 27196855.
- Hartman-Shea K, Hahn AP, Fritz Kraus J, et al. The role of the social worker in the adult critical care unit: a systematic review of the literature. *Soc Work Health Care*. 2011;50(2):143-57. PubMed PMID: 21347983.
- Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):118-28. PubMed PMID: 20500650.
- Roddis JK, Holloway I, Bond C, Galvin KT. Living with a long-term condition: Understanding well-being for individuals with thrombophilia or asthma. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 Aug 16;11:31530. doi: 10.3402/qhw.v11.31530. eCollection 2016. PubMed PMID: 27534945; PubMed Central PMCID: PMC4989274.
- Straten A van, Geraedts A, Verdonck-de Leeuw I, et al. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010;69(1):23-32. PubMed PMID: 20630260.
- Baumeister H, Hutter N, Bengel J, et al. Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2011;80(5):275-86. PubMed PMID: 21646822.
- Zeber JE, Manias E, Williams AF, et al; ISPOR Medication Adherence Good Research Practices Working Group. A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a report of the ISPOR medication adherence & persistence special interest group. *Value Health*. 2013;16(5):891-900. PubMed PMID: 23947984.
- Kok JL, Williams A, Zhao L. Psychosocial interventions for people with diabetes and co-morbid depression. A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(10):1625-39. PubMed PMID: 26118440.
- Feng HP, Chien WC, Cheng WT, et al. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(34):e4464. PubMed PMID: 27559951.
- Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry*. 2003 1;54(3):227-40. Review. PubMed PMID: 12893099.
- M. A. C. Van Son, J. De Vries, J. A. Roukema, et al. The course of health status and (health-related) quality of life following fracture of the lower extremity: a 6-month follow-up study. *Qual Life Res*. 2016; 25: 1285–1294. Published online 2015 Nov 5. doi: 10.1007/s11136-015-1167-4
- Van Son MA, De Vries J, Roukema JA, et al. Health status and (health-related) quality of life during the recovery of distal radius fractures: a systematic review. *Qual Life Res*. 2013 Nov;22(9):2399-416. doi: 10.1007/s11136-013-0391-z. Epub 2013 Mar 22. Review.
- Van Delft-Schreurs CCHM, van Son MAC, de Jongh MAC, et al. The relationship between physical and psychological complaints and quality of life in severely injured patients. *Injury*. 2017 Sep;48(9):1978-1984. doi: 10.1016/j.injury.2017.05.007. Epub 2017 May 5.

Module 2 Psychosociale zorg: inhoud

Inleiding

Emotionele ondersteuning en een empathische houding staan centraal bij het verlenen van psychosociale zorg (De Haes, 2017; Jaspers, 2010; Chambers, 2014). Psychosociale zorg is erop gericht mensen met een somatische ziekte én hun naasten te helpen zo goed mogelijk om te gaan met ziekte en behandeling en de gevolgen daarvan.

De module Definitie van psychosociale zorg in de somatische zorg staat stil bij wat er onder psychosociale zorg verstaan wordt en gaat in op hoe psychosociale zorg eruit kan zien/ziet.

Uitgangsvraag

- 2.1 Wat houdt psychosociale zorg in het somatische domein in?
- 2.2 Hoe psychosociale problemen te herkennen en te bespreken?
- 2.3 Hoe de psychosociale behoefte te signaleren?

2.1 Aandacht voor en bewustwording van psychosociale zorgbehoefte

Een grote groep patiënten en naasten doorloopt het aanpassingsproces bij een somatische ziekte zonder onoverkoombare problemen en heeft voldoende aan de steun van naasten en psychosociale zorg van zorgverleners. Daarnaast is er echter een substantiële groep die aanvullende psychosociale ondersteuning en/of psychologische zorg nodig heeft vanwege aanhoudende psychische klachten en aanpassingsproblemen. Schattingen over het aantal patiënten met (chronisch) somatische ziekten en aanhoudende psychische klachten of psychosociale problemen lopen per ziektebeeld sterk uiteen, maar in het algemeen kan worden gesteld dit ongeveer 1 of de 3 patiënten treft (Heijmans, 2003). Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (veelal de behandelend arts) en betrokken zorgverleners, om - samen met patiënt en naaste - in te schatten of zij in staat zijn zelf de juiste zorg te bieden of doorverwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners (zie bijlage 3). De hoofdbehandelaar is tevens eindverantwoordelijk.

Kernpunten

Psychosociale zorg is een onlosmakelijk onderdeel van somatische zorg en een verantwoordelijkheid van alle zorgverleners betrokken bij patiëntenzorg.

De behoefte aan en mate van psychosociale zorg verschilt per patiënt en kan gedurende de (chronische) somatische ziekte veranderen.

Verschillende behoeften en individuele afstemming

Behoeften en vragen verschillen per patiënt gedurende het ziekteproces. En deze kunnen anders van aard zijn en vragen om een andere aanpak. Het is, zeker bij psychosociale zorg, van belang oog te hebben voor de diversiteit van patiënten en naasten en hun specifieke wensen en behoeften.

Aanpassingsfasen

Van Erp en Donders (2004) veronderstellen drie globale aanpassingsfasen gedurende een ziekteproces: de herstelfase, de verwerkingsfase en uiteindelijk een acceptatiefase. Veelal is er sprake van een cyclisch proces, waarbij in meerdere fasen verwerking en aanpassing nodig is.

Bij het verlenen van (of doorverwijzen naar) psychosociale zorg is het van belang om veranderingen te signaleren en te bespreken met de patiënt. Problemen in het begin van het ziekteproces vragen om andere psychosociale zorg of aanpak dan problemen in latere (aanpassings)fasen. Interventies gedurende de herstelfase zijn vaak vooral gericht op het omgaan met de ziekte (*disease management*) en in de verwerkings- en acceptatiefase op het omgaan met (definitieve of nieuwe/verergerende) beperkingen (*disability management*) (Weezel en De Jong, 2008; Van Son, 2016)

2.2 Herkennen & bespreken

Het begint bij het gesprek

Psychosociale zorg vergt aandacht voor de korte en lange termijn gevolgen van een somatische ziekte op het leven van de patiënt en zijn/haar naasten in brede zin.

Door de (gevolgen van) ziekte en behandeling kunnen patiënten en naasten last krijgen van heftige emoties en verschillende psychosociale klachten. Het is daarom van belang dat zorgverleners, tijdens het gehele zorgtraject van een patiënt, regelmatig en actief (door)vragen naar lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociale participatie en dagelijks functioneren (Huber, 2011) van zowel patiënt als naaste.

Kernpunten

Zorgverleners maken de gevolgen van een somatische ziekte op verschillende aspecten van het leven van de patiënt bespreekbaar.

Het tijdig signaleren en behandelen van psychosociale klachten of psychische stoornissen verhoogt de effectiviteit van medisch handelen en hierdoor neemt gezondheidsschade door ziekte en behandeling af.

Het is van belang dat de zorgverleners over de juiste deskundigheid beschikken voor het herkennen en bespreken van de gevolgen van een somatische ziekte op het leven van de patiënt (en diens naasten).

Het is noodzakelijk dat 'directe' zorgverleners zoals arts en verpleging, expliciet aandacht besteden aan problemen die zich kunnen voordoen als gevolg van een somatische ziekte en de behandeling ervan. Het behoort idealiter een vast onderdeel te zijn van het gesprek tussen zorgverlener en patiënt (en diens naaste). Bij het bespreken ervan is het belangrijk uit te leggen dat dit natuurlijke en veel voorkomende reacties zijn, waarvoor dan ook tijd in het gesprek met de zorgverlener wordt ingeruimd. Een luisterend oor en het verstrekken en/of meegeven van informatie dan wel het aangeven waar de patiënt terecht kan voor nadere informatie of begeleiding en zorg hoort hierbij.

Kader 1: Welke vragen kunt u stellen voor het bespreekbaar maken van de mogelijke gevolgen van een somatische ziekte

Handvat: welke vragen kunt u als zorgverlener stellen aan de patiënt?

- Hoe gaat het met u?
- Wat doet deze klacht/ziekte met u?
- Heeft uw klacht/ziekte invloed op uw dagelijkse leven? Hoe uit zich dat? Hoe merkt u dat?
- Had u voor u ziek werd hier ook last van?
- Wat heeft u nodig om hiermee om te gaan?
- Wat is het effect van uw klachten op uw sociale leven?
- Zijn er dingen in uw leven, relatie(s), werk veranderd?
- Mensen die deze klacht/ziekte hebben, ondervinden soms/vaak problemen in hun dagelijkse leven. Herkent u dit?
- Zo ja, er zijn diverse zorgverleners die u hierbij kunnen helpen en naar wie ik u kan verwijzen.

Bij het bespreken van de korte en lange termijn gevolgen van een somatische ziekte op het leven van de patiënt en diens naaste(n) staan de volgende aandachtspunten centraal:

- Emotionele ondersteuning en een empathische houding.
- Geef naast informatie over de (mogelijke gevolgen van) ziekte en behandeling, ook informatie over de impact op psychosociaal functioneren als eventueel gevolg van ziekte en behandeling.
- Benadruk dat psychosociale problemen natuurlijke en veel voorkomende reacties zijn.
- Bied ruimte om psychosociale problemen en/of psychische stoornissen bespreekbaar te maken.
- Maak duidelijk dat er (op verschillende momenten) verschillende vormen van ondersteuning en zorg beschikbaar zijn.

- Geef voorlichting over ondersteuningsmogelijkheden.
- Informeer over methodes voor zelfmanagement en gespecialiseerde psychosociale begeleiding en psychologische zorg (diagnostiek en behandeling)
- Verwijs mensen naar een specifieke patiëntenorganisatie voor hun aandoening voor bijvoorbeeld (laagdrempelig) contact met lotgenoten of ervaringsdeskundigen en meer informatie vanuit patiëntenperspectief.
- Bespreek met de patiënt de keuze(s) voor de ondersteuning en zorg, en eventueel welke behandelaar.
- Begeleid en ondersteun de patiënt bij het nemen van beslissingen (samen beslissen/*shared decision making*).
- Ga regelmatig (bijvoorbeeld bij vaste controles of op een half jaar na behandeling) na of er sprake is van psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen (behandeling) en verwijs indien nodig door (zie hiervoor eventuele richtlijnen van uw eigen wetenschappelijke/beroepsvereniging).

2.3 Signaleren van psychosociale zorgbehoefte

Signaleren van psychosociale zorgbehoefte

Het is de taak van zorgverleners om een eventuele (veranderende) zorgbehoefte als gevolg van psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren. Het bespreken van de problematiek met de patiënt maakt een eventuele zorgvraag van de patiënt duidelijk. Zo wordt een beeld gevormd van de impact van de ziekte op het psychisch en sociaal functioneren van de patiënt (mogelijke depressie, angst, maar ook problemen ten aanzien van werk, financiën, dagelijks functioneren, sociale steun, seksualiteit). Tevens kan duidelijk worden of de psychosociale klachten zich uiten in een (toename) van lichamelijke klachten. Op basis van de resultaten van het gesprek wordt samen met de patiënt bepaald welke zorg nodig en gewenst is, op welke manier die zorg vormgegeven kan worden en welke expertise hiervoor nodig is (zie overzicht bijlage 3).

Kernpunten

Vroegtijdige en systematische signalering van psychosociale zorgbehoefte met de patiënt is gedurende het hele zorgtraject van belang.

Voor het vaststellen van de behoefte aan of noodzaak van psychosociale zorg kan de zorgverlener, naast gesprekken, ter ondersteuning screeningsinstrumenten inzetten.

Bij een vermoeden van psychische stoornissen wordt psychodiagnostiek verricht.

Omdat zorg en ziekte evolueren is aandacht voor psychosociaal welbevinden tijdens het gehele zorgtraject van belang: per fase kunnen andere psychosociale en/of psychische problemen spelen. Zonder systematische signalering is de kans op onderdiagnostiek en

onderbehandeling van psychosociale problematiek en psychische stoornissen groot (NCNN, Tuinman, 2008).

Signalering van een psychosociale zorgbehoefte richt zich op veel voorkomende adaptatieproblemen en het vroegtijdig opsporen van psychopathologie. Daarnaast moet er extra aandacht zijn voor mensen met kenmerken op een verhoogd risico op psychosociale klachten en mensen met een grotere zorgbehoefte (zie kader 1 in module 1). Zo kan de (psychosociale) zorg voor patiëntengroepen als minderjarigen, mensen met co- of multimorbiditeit, lage gezondheidsvaardigheden, een verstandelijke beperking, psychiatrische en/of psychogeriatrische patiënten een specifieke aanpak vergen. Maar ook bij de 'gemiddelde' patiënt is aandacht voor patiëntspecifieke kenmerken en voorkeuren van belang; gender en diversiteit spelen een belangrijke rol in de behandeling (Fauser, 2013).

Inzet van screeningsinstrumenten

Om de behoefte aan en/of noodzaak van psychosociale zorg bij de patiënt en/of naaste vast te stellen kunnen screeningsinstrumenten op terugkerende momenten tijdens de behandeling en bij controles worden ingezet. Deze instrumenten zijn ondersteunend aan de gesprekken tussen de zorgverlener en patiënt/naasten.

Er bestaan diverse screeningsinstrumenten om de ernst van de (psychosociale) gevolgen van een ziekte vast te kunnen stellen. Het voert te ver om ze allemaal in deze standaard te noemen. In ziektespecifieke richtlijnen, protocollen en standaarden worden verschillende instrumenten of *patient reported outcome measures* (PROM's) voorgesteld of aanbevolen. Voorbeelden van algemene screeningsinstrumenten zijn: Lastmeter (Tuinman, 2008), RAND 36/SF36 (Van der Zee, 2012) en HADS (Cosco, 2012).

Psychodiagnostiek

Psychodiagnostiek wordt ingezet als er verdenkingen zijn op psychische stoornissen. Bij het vermoeden van psychische stoornissen verwijst de medisch specialist (of huisarts; deze kan dit ook zelf doen samen met POH-GGZ, NHG-Standaard Angst, Depressie en Overspanning (i.o)) de patiënt door naar een verpleegkundig-specialist GGZ, psychiatrisch verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog of psychiater. Deze kunnen (neuro-)psychologisch onderzoek doen naar psychische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsaspecten en/of cognitieve functies en –stoornissen en passende behandeling indiceren.

Aanbevelingen

Bespreek met de patiënt dat de somatische ziekte gevolgen kan hebben zowel op het lichamelijk vlak als op het mentale, emotionele, existentiële en sociale vlak en op maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.

Stel de patiënt gerust dat dit erbij kan horen en veel voorkomt.

Geef gericht en vooral gedoseerd informatie en ga na of de patiënt (en naaste) het begrijpt.

Gebruik naast het gesprek – indien nodig - een screeningsinstrument als ondersteuning om de psychosociale zorgbehoefte(n) van de patiënt te bepalen.

Lijst met gebruikte afkortingen

GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
Gz-psycholoog	Gezondheidszorg-psycholoog
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
RAND 36	RAND 36-Item Health Survey (distributed by RAND)
SF36	Short Form Health Survey (consisting of 36 items)
PROM	Patient Reported Outcome Measures

Literatuur

- Heijmans M. L. Peters, M. Rijken, P. Verhaak, Ziek zijn eist zijn tol. Medisch Contact, 2003
- Jaspers J., van Middendorp H. (2010) 1 Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Van Erp en Donders (2004) Leven met verandering Verslag van de symposiumreeks Coping en verwerking bij chronische ziekte.
- Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos instituut.
- Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer*. 2008 15;113(4):870-8. PubMed PMID: 18618581.
- Gualthérie van Weezel, LM, Jong, CF de (2008). Ziekte. In: Savenije A, Lawick, M.J. van, Reijmers, E.T.M. (red). Handboek systeemtherapie. De Tijdstroom Utrecht, 2008, p 609-620.
- Haes H de, Weezel LG van. Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor professionals. 3^e ed. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V; 2017.
- Chambers SK, Hutchison S, Clutton S, et al. Intervening to improve psychological outcomes after cancer: what is known and where next? *Australian Psychologist*. 2014 49(2), 96-103.
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2017). Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Geraadpleegd van september 2017-augustus 2018, via <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>,
- Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Handboek vrouwspecifieke geneeskunde. 1st ed. Utrecht: Praelum uitgevers; 2013.
- M. A. C. Van Son, J. De Vries, J. A. Roukema, et al. The course of health status and (health-related) quality of life following fracture of the lower extremity: a 6-month follow-up study. *Qual Life Res*. 2016; 25: 1285–1294. Published online 2015 Nov 5. doi: 10.1007/s11136-015-1167-4
- Van Son MA, De Vries J, Roukema JA, et al. Health status and (health-related) quality of life during the recovery of distal radius fractures: a systematic review. *Qual Life Res*. 2013 Nov;22(9):2399-416. doi: 10.1007/s11136-013-0391-z. Epub 2013 Mar 22. Review.
- Tuinman M, Gazendam S, Donofrio J, et al. Screening and referral for psychosocial disorders in oncologic practice. *Cancer*. 2008; 113 (4):870 – 8. <http://lastmeter.nl/>
- K. I. van der Zee en R.Sanderma. Rand-36. Een handleiding. 2e druk 2012 Research Institute SHARE UMCG / Rijksuniversiteit Groningen ISBN 90 72156 60 9
- Cosco TD, Doyle F, Ward M, et al. Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2012;72(3):180-184.

Module 3 Psychosociale zorg: organisatie

Inleiding

Psychosociale zorg als onderdeel van het somatische zorgtraject kan op verschillende manieren georganiseerd worden in de 1^e, 2^e en 3^e lijn. Bovendien ligt in het ziekenhuis niet alles op het bordje van de behandelend medisch specialist; andere zorgverleners verlenen ook, of misschien wel, vooral psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Daarom is het belangrijk te weten welk zorgaanbod bestaat en wie deze zorg verlenen, zodat er aangesloten kan worden op de behoefte van de patiënt (en naaste).

Uitgangsvraag

- 3.1 Wie is verantwoordelijk voor psychosociale zorg in het somatische zorgtraject?
- 3.2 Wat is het zorgaanbod?
- 3.3 Hoe ziet de samenwerking eruit?

3.1 Aanbod van psychosociale zorg

Passende zorg

Het aanbod van psychosociale ondersteuning en psychologische zorg verschilt per instelling en regio, en varieert in doelstelling en setting. Voorbeelden zijn risicoreductie, versterking van zelfzorg of zelfmanagement, verbetering van psychosociaal functioneren en het behandelen van psychische stoornissen. De interventies variëren van voorlichting en educatie tot training, van cognitieve gedragstherapie tot psychotherapie en/of medicamenteuze behandeling.

Voor het inzetten van passende zorg is het belangrijk dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met het lokale zorgaanbod op het gebied van psychosociale zorg, zowel in hun eigen netwerk, de eigen zorginstelling als in de regio. Met andere woorden: wat wordt waar en door wie geboden met welke specifieke deskundigheid. Dit zorgt ervoor dat – samen met de patiënt – gekozen kan worden voor zorg en ondersteuning passend bij de vraag van de patiënt; oftewel *matched care*.

Kernpunten

Het is van belang dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met het lokale zorgaanbod, zowel buiten als binnen de zorginstelling.

Het is van belang dat de zorginstelling inzichtelijk maakt over welk zorgaanbod deze beschikt en welke zorgverleners op het psychosociaal vlak in huis heeft.

Een groot deel van de psychosociale ondersteuning van mensen met een somatische ziekte wordt gegeven door informele zorgverleners, zoals familieleden, vrienden en ervaringsdeskundigen. Zij verlenen de primaire, ondersteunende zorg. Daarnaast wordt psychosociale zorg verleend door huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten. Naast artsen en

verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten bestaan er in zowel de 1^e, 2^e als 3^e lijn zorgverleners die gespecialiseerd zijn in (zie bijlage 3):

- Psychosociale ondersteuning: sociaal werker Zorg, POH-GGZ, wijkteam, geestelijk verzorger, re-integratie coach en geschoolde vrijwilligers; en
- Psychologische zorg (psychodiagnostiek en -behandeling): denk hierbij aan Gz-psycholoog, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut en psychiater.

Om dit te kunnen bereiken, is een overzicht van of informatiemateriaal over het (regionale) aanbod van psychosociale zorg bijvoorbeeld (per ziektebeeld) behulpzaam. Ook het samenstellen en ontsluiten van een overzicht van zorgverleners met specifieke psychosociale zorg deskundigheid (per ziektebeeld) in de regio kan hieraan bijdragen. De Verwijsgidskanker.nl is hier een voorbeeld van.

3.2 Samenwerking en medebehandeling

Onderlinge samenwerking

Psychosociale zorg voor patiënten met een somatische ziekte wordt idealiter verleend in onderlinge samenwerking en afstemming binnen zorginstellingen en/of regionale netwerken. Veelal wordt de samenwerking in een interdisciplinair behandelteam gezien als kwaliteitsverhogend, ook voor psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Binnen deze samenwerking is er tussen zorgverleners, onder regie van de hoofdbehandelaar (en patiënt), vanuit een bio-psychosociaal model afstemming en informatieoverdracht over de zorg.

Kernpunten

Er kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn bij het verlenen van psychosociale zorg aan een patiënt met een somatische ziekte.

De hoofdbehandelaar heeft de regierol daarin en is eindverantwoordelijk.

Samen met de patiënt wordt besloten of formele psychosociale zorg nodig is en waar de patiënt deze wilt krijgen.

Gedurende de medisch-specialistisch behandeling in het ziekenhuis is de medisch specialist hoofdbehandelaar. In deze rol is deze verantwoordelijk voor het signaleren van een psychosociale zorgbehoefte en het aanbieden van passende zorg (of daarvoor door te verwijzen. De verpleegkundig specialist mag ook verwijzen). Waar nodig doet de medisch specialist dat in samenwerking met verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten en in afstemming met zorgverleners vanuit de (afdelingen) sociaal werk, geestelijke verzorging, (medische) psychologie en/of (ziekenhuis)psychiatrie. Binnen de huisartsenzorg gebeurt de psychosociale ondersteuning in samenwerking met de POH-GGZ. Voor psychische diagnostiek en behandeling verwijst de huisarts door. Een medisch-specialistische behandeling is beëindigd als alle behandelaren inclusief medebehandelaars zoals de psycholoog en psychiater hun werk hebben afgerond.

Voorafgaand of na het medisch-specialistisch zorgtraject in het ziekenhuis kan de patiënt ook de gevolgen van de ziekte op psychosociaal functioneren ervaren. Sommige problemen ontstaan in aanloop naar of nadat een bepaalde fase in het medisch-specialistisch zorgtraject is afgerond. Voor of na het medisch-specialistisch traject en wanneer ook de psychosociale behandeling in het ziekenhuis is afgerond, ligt de verantwoordelijkheid voor psychosociale zorg bij de huisarts of bij de GGZ als de patiënt daar in behandeling is. Momenteel kan de huisarts patiënten niet doorverwijzen naar de afdeling medische psychologie in het ziekenhuis. Bij patiënten die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum verblijven, ligt deze verantwoordelijkheid bij de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk revalidatiearts.

Collaborative care

In het buitenland bestaan zorgmodellen als *collaborative care*, *disease management of casemanagement* (Keitner, 2006; Huffman, 2018). Deze modellen gaan ervan uit dat bij een chronische ziekte langdurige behandeling en ondersteuning noodzakelijk is; de aanpak is dus proactief. Het zijn behandelmodellen waarin zorgverleners uit verschillende disciplines (en over de muren van zorginstellingen heen) samenwerken om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren (Wodarski, 2000; Kim, 2016). Binnen het *collaborative care model* houdt de hoofdbehandelaar de regie, geholpen door een zogeheten *casemanager*, bijvoorbeeld een verpleegkundige, verpleegkundig specialist of sociaal werker zorg, die de zorg coördineert. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor consultatie van gespecialiseerde zorgverleners (bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater). Veelal worden *matched care* principes toegepast. Monitoring van de klachten staat centraal, evenals inzet van *evidence-based* behandelingen en ruime aandacht voor zelfmanagement en rehabilitatie of re-integratie (Gilbody, 2006; Badamgarav, 2003; Neumeyer-Gromen, 2004; Genischen, 2006; Van der Feltz-Cornelis, 2012; Huijbregts, 2013; Barlow, 2005).

Onderzoek in de eerste lijn wijst uit dat *collaborative care* in bescheiden mate kan bijdragen aan het bestrijden van depressie en depressieve klachten bij sommige aandoeningen. Hoewel het meeste onderzoek naar *collaborative-care*-programma's in de Verenigde Staten gedaan is, worden dit soort programma's in Nederland steeds meer ingezet (Lucassen, 2013).

Medebehandeling

Als psychische stoornissen worden behandeld naast de somatische behandeling is er sprake van medebehandeling. De medebehandelaar is dan bijvoorbeeld de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of psychiater. Ook als er voorafgaand of volgend op een medische behandeling psychologische zorg wordt verleend, heet dit medebehandeling. Vaak is er dan een eigenstandige zorgvraag.

Psychologische behandeling van co-morbide psychische stoornissen kan plaatsvinden in het ziekenhuis en daarbuiten, afhankelijk van de voor de voorkeuren van de patiënt en beschikbare zorgmogelijkheden.

In de regel worden ziekenhuispatiënten met een psychische stoornis voor medebehandeling doorverwezen naar de verpleegkundig specialist GGZ, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of psychiater in het ziekenhuis. Indien de psychische stoornis losstaand van de somatische behandeling of controles behandeld kan worden, of de patiënt de voorkeur geeft aan psychologische of psychiatrische behandeling buiten het ziekenhuis, zal de medisch specialist, psycholoog of psychiater doorverwijzing naar de huisarts of GGZ voorstellen. Afhankelijk van de ernst en complexiteit van de psychische problematiek wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Psychische stoornissen kunnen bij licht disfunctioneren in de huisartsenpraktijk behandeld worden. Medebehandeling is dan niet nodig.

3.3 Financiering van psychosociale zorg

Bekostiging

Deze kwaliteitsstandaard richt zich, zoals eerder aangegeven, op psychosociale zorg voor patiënten met een somatische ziekte die een impact heeft op het psychisch en/of sociaal functioneren. Hierbij gaat het om psychosociale zorg voorafgaand aan, gedurende de behandeling en in de periode daarna. Als het mensen met een chronische ziekte betreft, kan dit levenslang spelen.

Kernpunt

Het bekostigingssysteem mag geen belemmering vormen voor het verlenen van psychosociale zorg bij een somatische ziekte.

De psychosociale zorg wordt verleend via de huisartsenzorg, de medisch-specialistische zorg en/of geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de WLZ of WMO. Het onderscheid in bekostiging wordt medebepaald door het hoofdbehandelaarschap voor het betreffende zorgtraject.

Zolang de patiënt zorg ontvangt in het ziekenhuis, kan deze een beroep doen op de benodigde psychosociale ondersteuning en psychologische zorg in het ziekenhuis. Tevens kan de patiënt terecht bij de huisarts en POH-GGZ. Tegelijkertijd moet de patiënt ook de mogelijkheid hebben deze ondersteuning en zorg buiten het ziekenhuis te krijgen bijvoorbeeld in de GGZ, tijdens én na het somatische zorgtraject in het ziekenhuis. Hierbij is leidend waaraan de patiënt en diens naaste(n) de voorkeur geven en wat gezien de complexiteit het best passende advies is dat de zorgverlener hierbij kan geven.

Huidige bekostiging

Gedurende het medisch-specialistisch zorgtraject is psychosociale zorg integraal onderdeel van de somatische zorgvraag. Psychosociale ondersteuning in de vorm van sociaal werk zorg en geestelijke verzorging worden tijdens de medische specialistische behandeling in het ziekenhuis bekostigd vanuit een algemene opslag op het DBC-tarief. In geen enkele DBC is de psychosociale zorg geoormerkt. Psychologische zorg in de vorm van psychologische behandeling en diagnostiek wordt geregistreerd door

zorgactiviteiten. Enkele psychologische verrichtingen zijn typerend (hartrevalidatie en kindergeneeskundige poli) en leiden tot een verhoogde DBC-prijs, waarbij in de administratie echter niet te herkennen is wanneer meer somatische diagnostische inzet dan wel psychologische inzet leidt tot meer inkomsten voor het ziekenhuis. Medische psychologie wordt in theorie bekostigd via prijsonderhandelingen over somatische DBC-zorgproducten. Deze onderhandelingen vinden echter niet plaats, vanwege de complexiteit van de materie. In de praktijk is een lumpsumfinanciering van ziekenhuiszorg ontstaan met diverse gevolgen voor de toegankelijkheid van psychosociale ondersteuning en psychologische zorg voor ziekenhuispatiënten.

Het medisch-specialistisch traject is afgelopen als de actieve behandeling beëindigd is en alle (mede)behandelaren – ook verpleegkundig specialist GGZ, psycholoog of psychiater – hun behandeling hebben afgerond en de patiënt is overgedragen aan de huisarts. Dit betekent echter niet altijd dat de zorg en zorgbehoefte stopt. Dit geldt zowel voor de somatische zorg als voor de psychosociale zorg. De psychosociale zorg na het medisch-specialistische traject wordt op verschillende manieren bekostigd. Huisartsenzorg valt onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Begeleiding door sociaal werk Zorg (buiten het ziekenhuis) valt onder de WMO. Behandeling van psychische problemen valt onder de geneeskundige GGZ als sprake is van een DSM-diagnose (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*) behalve als de medisch psycholoog in het ziekenhuis behandeld. De informele zorg, zoals inloophuizen, beschikken niet over wettelijke bekostigingssystematiek.

Bij het bepalen van de aanspraak op verzekerde geneeskundige GGZ op grond van de Zvw wordt gebruik gemaakt van de internationale DSM-classificatie. Behandeling van psychische problemen valt dus alleen onder de geneeskundige GGZ als sprake is van een DSM-stoornis, met uitzondering van de zorg die wordt geleverd aan personen met een aanpassingsstoornis en met uitzondering van medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis. Deze laatste zorg wordt op verschillende wijzen bekostigd. De zorg die de huisarts levert, wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Zorg door de bedrijfsarts wordt betaald door de werkgever. De behandeling voor aanpassingsstoornissen (met of zonder verwijzing) in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt niet vergoed vanuit de Zvw. In enkele gevallen kan de werkgever deze zorg vergoeden voor de patiënt. Vanaf 1 maart 2018 start voor twee jaar een pilot voor (ex-)kankerpatiënten die te maken hebben met psychische klachten, gefinancierd door VWS, in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland en onderzocht door ZonMw. Met als doel om te kijken wat de invloed van zorg volgens de richtlijn Aanpassingsstoornis is op het welzijn en de behoefte aan zorg bij (ex-)kankerpatiënten met de indicatie aanpassingsstoornis. De resultaten van deze pilot dragen bij aan de besluitvorming rond de financiering van de behandeling van de aanpassingsstoornis bij kanker. De behandelaren zijn in de oncologie gespecialiseerde BIG-geregistreerde behandelaren uit het deskundigenbestand van de NVPO. Dit zijnde GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater.

Knelpunten

Het huidige bekostigingssysteem biedt ruimte en mogelijkheden om psychosociale zorg te bekostigen, maar kent tevens een aantal knelpunten:

- Beperkte zichtbaarheid in de ziekenhuisadministratie.

In de praktijk is door DBC-bekostiging voor ziekenhuizen inmiddels een lumpsumfinanciering ontstaan hetgeen de zichtbaarheid (binnen de DBC-bekostiging) van psychosociale zorg beperkt. Bij het invoeren van DBC's in ziekenhuizen is het geormerkte budget voor psychosociale zorg (NRV-rapport, 1988) verloren gegaan. De financiering van de psychosociale zorg staat tweemaal onder druk in het huidige systeem.

1/ Er is geen geormerkte budget voor psychosociale ondersteuning, noch voor medische psychologie. In sommige ziekenhuizen wordt het totale ziekenhuis budget onder de poortspecialismen verdeeld en deze dienen psychosociale zorg of medische psychologie zelf 'in te kopen'. Hetgeen een remmende werking kan hebben op het doorverwijzen van patiënten voor psychosociale zorg (zie knelpunt 2). Momenteel worden DBC's automatisch gesloten na gemiddeld 120 dagen. Het herbevestigen van ziekenhuisbeleid dat een DBC pas kan worden afgesloten indien alle behandelaren, inclusief de psychosociale zorgverleners, hiermee instemmen (zie Rapport Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen, 2015), draagt bij aan zichtbaarheid van de psychosociale zorg. Het voorkomt daarnaast zwevende verrichtingen en zorgt dat bijvoorbeeld de psychosociale zorg verrichtingen wel op de factuur terecht komen.

2/ Neiging om te bezuinigen op psychosociale zorg in de DOT.

Omdat psychosociale zorg niet rechtstreeks gefactureerd kan worden, kan een neiging ontstaan om te bezuinigen op, dan wel niet te verwijzen naar psychosociale zorgverleners, terwijl dit wel gepast zou zijn binnen het medisch specialistisch kader en wellicht tot betere uitkomsten van de medisch specialistische zorg zou leiden.

Medische zorgverleners in en buiten het ziekenhuis zouden mede moeten kunnen beoordelen wanneer psychosociale zorg binnen een medisch specialistisch kader valt.

- Zwevende verrichtingen

Het komt regelmatig voor dat de somatische behandeling is afgerond en het DBC-zorgproduct gesloten, terwijl de patiënt nog steeds psychosociale zorg ontvangt dan wel nodig heeft (in feite mag het DBC-zorgproduct dan niet gesloten worden omdat de behandeling nog niet is afgerond). Deze zorg is vaak al gestart gedurende de somatische behandeling. De psychosociale zorg kan in deze gevallen wel geregistreerd worden, maar niet gekoppeld worden aan een DBC-zorgproduct waardoor de zorgactiviteiten gaan zweven. De kosten van zwevende verrichtingen kunnen wel worden meegenomen in de DBC-zorgproducten, maar worden niet direct aan een specifieke DBC gekoppeld. Het is daardoor niet direct inzichtelijk bij welke DBC-zorgproducten (en diagnoses) de zwevende activiteiten behoren. Zorgadministraties en ziekenhuisdirecties zetten vaak een rem op zwevende verrichtingen omdat deze vanuit administratief oogpunt ongewenst zijn. De geleverde psychosociale zorg zou in dat geval bekostigd dienen te worden door een opslag op de tarieven van DBC-zorgproducten af te spreken. In de praktijk gebeurt dit nagenoeg niet vanwege

lumpsumfinanciering. Zwevende psychosociale verrichtingen worden door ziekenhuis administraties vaak gezien en ingeboekt als financieel risico. Het handhaven van de afspraak dat een DBC pas mag worden afgesloten als alle – inclusief de psychosociale – behandelaren hiermee instemmen (zie knelpunt 1), ondervangt het knelpunt van zwevende verrichtingen.

- Diagnosticeren en behandelen van naasten

Binnen de zorgadministratie van onder andere ziekenhuis en verpleeghuis is nagenoeg geen ruimte voor het diagnosticeren en behandelen van naasten, terwijl dit expliciet ook in het belang is voor het welbevinden van de patiënt. Bijvoorbeeld mediatie (het behandelen van kinderen, door ouders nieuwe inzichten te geven en nieuw gedrag te leren) en systeemtherapie zijn belangrijke behandelstrategieën van de medische psychologie en passen in het behandelen van de patiënt binnen een medisch specialistisch kader. Het betrekken van het systeem van de patiënt bij de behandeling kan binnen het huidige stelsel op twee manieren gerealiseerd worden. Indien bij een gezinslid psychosociale problematiek wordt vermoed, die losstaat van de zorgvraag van de patiënt dan kan de psycholoog of medisch specialist deze gezinsleden verwijzen naar de huisarts of andere psychosociale zorgverleners in de eerste lijn. Indien het gaat om (gezins)systeembehandelingen of adviezen passend binnen de medische zorgvraag van de patiënt, dan maakt de behandeling deel uit van het somatische traject. Ook hier geldt dat de DBC pas gesloten kan worden als alle behandelaren hiermee instemmen (zie het 1e knelpunt).

- Doorbehandelen na overlijden

Volgens de Kwaliteitsstandaard Palliatieve zorg is goede zorg niet afgelopen als de patiënt is overleden; er zijn nabestaanden, partners en (jonge) kinderen die zorg nodig kunnen hebben. Het registreren en administreren van deze zorg aan naasten is in Epic en HIX (ziekenhuisdossiers) niet mogelijk. Zowel zorgaanbieders zoals het VUmc (hebben telefoonlijn ingesteld hiervoor) als de Kinderombudsvrouw (zie NOS journaal 4-6-2018) en de minister van VWS (bekijken mogelijkheid van vrijmaken van gelden) realiseren zich deze tekortkoming in de zorg.

- Onbekendheid medische psychologie

Kennis van medische psychologie in de eerste lijn is beperkt. Er bestaan enkele centra voor soma en psyche in de GGZ, maar niet in de basiszorg en deze zorg kent geen landelijke dekking. Dit zorgt ervoor dat patiënten met bijvoorbeeld aanhoudende psychosomatische klachten (SOLK, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) of angst en stemmingsstoornissen bij een chronische somatische aandoening in de eerste lijn geen adequate zorg kunnen krijgen. De beroepsgroep (LVMP/PAZ) wil graag met andere stakeholders in gesprek over hoe deze lacune in de zorg, ontstaan door verschuiving van zorg voor chronisch zieken naar de eerste lijn, effectief te kunnen opvullen. Het beschikbaar stellen van medisch psychologische zorg aan patiënten uit de eerste lijn zou geboden kunnen worden vanaf een half jaar na sluiting van de DBC in het ziekenhuis. Hiervoor zouden ziekenhuizen/medische psychologie afspraken dan moeten maken met individuele zorgverzekeraars voor een GGZ-contract. Hiermee is

ervaring opgedaan in een pilot in Friesland (2018, Schuitemaker, Directe verwijzing naar medische psychologie loont).

Aanbevelingen

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk dat psychosociale zorg verleend of geïnitieerd wordt. De huisarts en medisch specialist zijn in de praktijk vaak verwijzers.

Overleg met de patiënt – na vaststelling van de psychosociale zorgbehoefte(n) – bij welke zorgverlener de patiënt het beste terecht kan met zijn zorgvraag.

Weet als zorgverlener naar wie je voor welke psychosociale ondersteuning en psychologische zorg kunt doorverwijzen zowel binnen de zorginstelling als daarbuiten.

Zorg als zorginstelling ervoor dat duidelijk is:

1. welk zorgaanbod op psychosociaal vlak door wie geboden wordt in de instelling en met wie er wordt samengewerkt buiten de instelling; en
2. waar deze informatie terug te vinden is voor zowel de patiënten als de zorgverleners.

Lijst met gebruikte afkortingen

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
Gz-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet

Literatuur



- Keitner et al., 2006 Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease management model for depressed patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(9):1412-21. PubMed PMID: 17017828.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006 Nov 27;166(21):2314-21. Review.
- Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry*. 2003 Dec;160(12):2080-90.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, et al. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care*. 2004;42(12):1211-21. PubMed PMID: 15550801.
- Wet langdurige zorg (WLZ) (2014, 3 december). Geraadpleegd tussen augustus 2017 – september 2018, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917>
- Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) (2014, 9 juli). Geraadpleegd tussen augustus 2017 – september 2018, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362>
- Zorgverzekeringswet (Zvw) (2005, 16 juni). Geraadpleegd tussen augustus 2017 – september 2018, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450>
- Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, et al. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *J Psychosom Res*. 2012 Feb;72(2):168-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.11.007. Epub 2011 Dec 9.

- Lucassen PLBJ, Weel-Baumgarten EM van. Langetermijneffecten van collaborative care. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157:A6843
- Huijbregts KML, Jong FJ de, Marwijk H van, et al. Collaborative care voor depressieve patiënten. *Huisarts&Wetenschap*. 2013.
- Wodarski, JS. The role for social workers in the managed health care system: A model for empirically based psycho-social interventions. *Crisis Intervention & Time-Limited Treatment*. United Kingdom, 6, 2, 109-139, 2000. ISSN: 1064-5136
- Kim, K; et al. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*. 106, 4, e3-e28, Apr. 2016. ISSN: 00900036.
- Barlow JH, Wright CC, Turner AP, et al. A 12-month follow-up study of self-management training for people with chronic disease: are changes maintained over time? *Br J Health Psychol*. 2005;10(Pt 4):589-99. PubMed PMID: 16238867.
- Collaborative Care and Related Interventions in Patients With Heart Disease: An Update and New Directions. Jeff C. Huffman, M.D., Caitlin N. Adams, M.D., Christopher M. Celano, M.D. *Psychosomatics* 2018;59:1–18
- Rapport Klinisch Psycholoog in Ziekenhuizen en Verpleeghuizen. Nationale Raad voor de Volksgezondheid.1988. Zoetermeer.

Bijlage 1 Rapport Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen



VOORWOORD	
<p>Goede psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met ingrijpende somatische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld kanker, is van groot belang. Hoe dat voor de individuele patiënt concreet wordt ingevuld, blijkt van veel verschillende factoren af te hangen: de fase van de ziekte, waar en door wie hij wordt behandeld, of de mogelijkheden van stelsel en bekostiging worden benut en in hoeverre management en andere betrokken zorgprofessionals zich bewust zijn van het belang van psychosociale zorg en of zij hier naar handelen.</p>	
<p>Dit kan leiden tot ongewenste verschillen. Terwijl goede zorg en ondersteuning bij een ingrijpende somatische aandoening die grote psychosociale impact heeft, voor iedere patiënt in ons land goed geregeld moet zijn. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een werkgroep psychosociale zorg bij somatische aandoeningen ingesteld, waarvan ondergetekenden de onafhankelijk voorzitter en secretaris waren.</p>	
<p>Dit rapport is het resultaat van een drietal bijeenkomsten, documentenanalyse en interviews met leden van de werkgroep en andere betrokkenen. Er is gesproken met de patiëntenorganisaties, koepels van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, leden van diverse beroepsgroepen en overheidsorganen. Het feit dat zoveel betrokkenen zich hiervoor in een tijdsbestek van twee maanden hebben vrijgemaakt en zich hebben ingezet om een goede inbreng te leveren, geeft aan dat zij de ambitie delen om deze zorg goed te regelen in het belang van de patiënt.</p>	
<p>Dit rapport is het eindproduct van de werkgroep. Iedereen is het er over eens dat goede psychosociale zorg al begint tijdens het somatische behandeltraject. De mogelijkheden daarvoor zijn er, maar er worden diverse belemmeringen ervaren die de uitvoering in de weg kunnen staan. Dit rapport is dus ook het startschot voor diverse acties die nodig zijn om de psychosociale zorg voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen op een hoger plan te krijgen.</p>	
<p>Aan de slag!</p>	
<p>Diana Delnoij, voorzitter Cornelis Jan Diepeveen, secretaris</p>	

INHOUD	
 INLEIDING	3
 FASES	4
 KADER/AANSPRAAK	6
 BEHANDELAARS	8
 ZORGAANBIEDERS	10
 BEKOSTIGING	12
 BEVINDINGEN EN ACTIES 	14



INLEIDING

In opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is een werkgroep ingesteld rond de organisatie en bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. De werkgroep is gevraagd te onderzoeken of er verbeteringen nodig zijn in de organisatie of bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren (bijvoorbeeld kanker). Daarbij was het verzoek niet alleen te rapporteren over knelpunten, maar ook over welke verbeteracties nodig zijn en wie dit oppakt.

In deze rapportage wordt allereerst duidelijk gemaakt:

- welke **elementen** te onderscheiden zijn in de psychosociale zorg bij deze somatische aandoeningen;
 - onder welk **kader** deze zorg valt en welke aanspraak daarvoor geldt;
 - welke **behandelaren** hierbij betrokken zijn;
 - hoe deze zorg is **georganiseerd**;
 - en welke **bekostiging** van toepassing is.
- Deze beschrijvingen geven aan hoe de psychosociale zorg er in het huidige zorgstelsel en binnen de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen uit behoort te zien. Daarna volgt een beschrijving van de **bevindingen/knelpunten**, gevolgd door zo concreet mogelijke acties.

BETROKKEN PARTIJEN

De volgende partijen zijn betrokken bij de totstandkoming van deze rapportage en hebben deelgenomen aan de werkgroepbijeenkomsten.

- Levenmetkanker (LMK)
- Patiëntenfederatie (NPCCF)
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Federatie van Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- GGZ Nederland (GGZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZV)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra, Samenwerking en Ondersteuning (IPOS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, afd. Oncologie (V&VN Oncologie)
- Landelijke Vereniging van Medische Psychologie (LVMP)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)

Voor deze partijen geldt dat er geen bestuurlijke vaststelling heeft plaatsgevonden van deze rapportage. Dit in verband met de gewenste tijdige oplevering aan het Ministerie.

De werkgroep kent ook drie vaste adviseurs:

- Ministerie van VWS
- Zorginstituut Nederland (ZIN)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

AANPAK

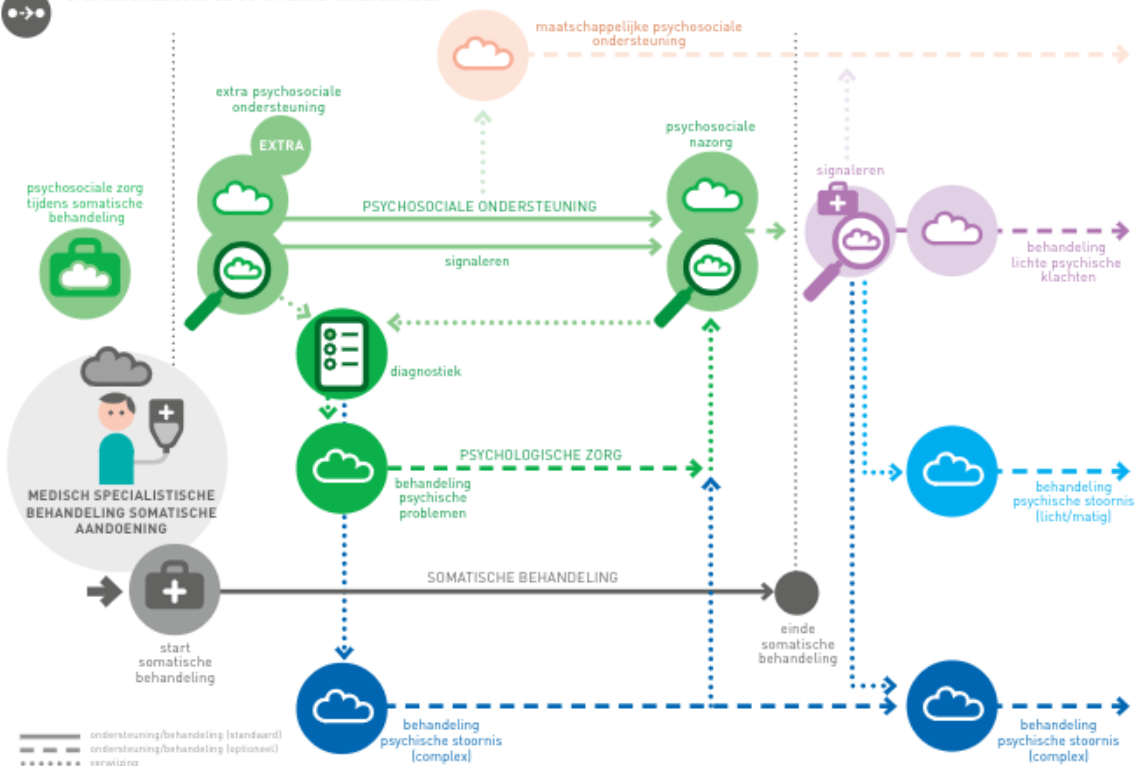
In augustus 2015 is de werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen' door het ministerie van VWS ingesteld met een onafhankelijk voorzitter en secretaris. De werkgroep is in september en oktober 2015 meerdere keren samengekomen. In deze bijeenkomsten is met elkaar gebrainstormd en gediscussieerd over de organisatie en financiering van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Ook zijn er met de betrokken partijen individuele interviews afgenomen en heeft er desk-research plaatsgevonden. In een kort tijdsbestek is zo veel mogelijk informatie verzameld. Op basis van deze informatie is er samen met de betrokken organisaties een knelpuntenanalyse uitgevoerd en zijn vervolgacties geformuleerd.

WAT IS PSYCHOSOCIALE ZORG?

Psychosociale zorg is een koepelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het behandelen van psychische problemen. Dit rapport richt zich op psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren.



PSYCHOSOCIALE ZORG BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN





TOELICHTING

Hoofdbehandelaarschap

Het onderscheid tussen de verschillende disciplines (medisch specialistische zorg, GGZ, huisartsenzorg) wordt mede bepaald door het hoofdbehandelaarschap voor het betreffende zorgtraject. De medisch specialist is hoofdbehandelaar van het somatisch medisch specialistische behandeltraject, inclusief de psychosociale zorg behorend bij deze behandeling. Wel kan er in de situatie waarin sprake is van behandeling van psychische problemen gesproken worden over medebehandeling. De medebehandelaar is dan bijvoorbeeld de psychiater of psycholoog. Als de somatische patiënt voor een separaat GGZ-traject de geneeskundige GGZ in gaat komt er een extra hoofdbehandelaar bij naast het somatische traject.

Hoofdbehandelaarschap in de GGZ

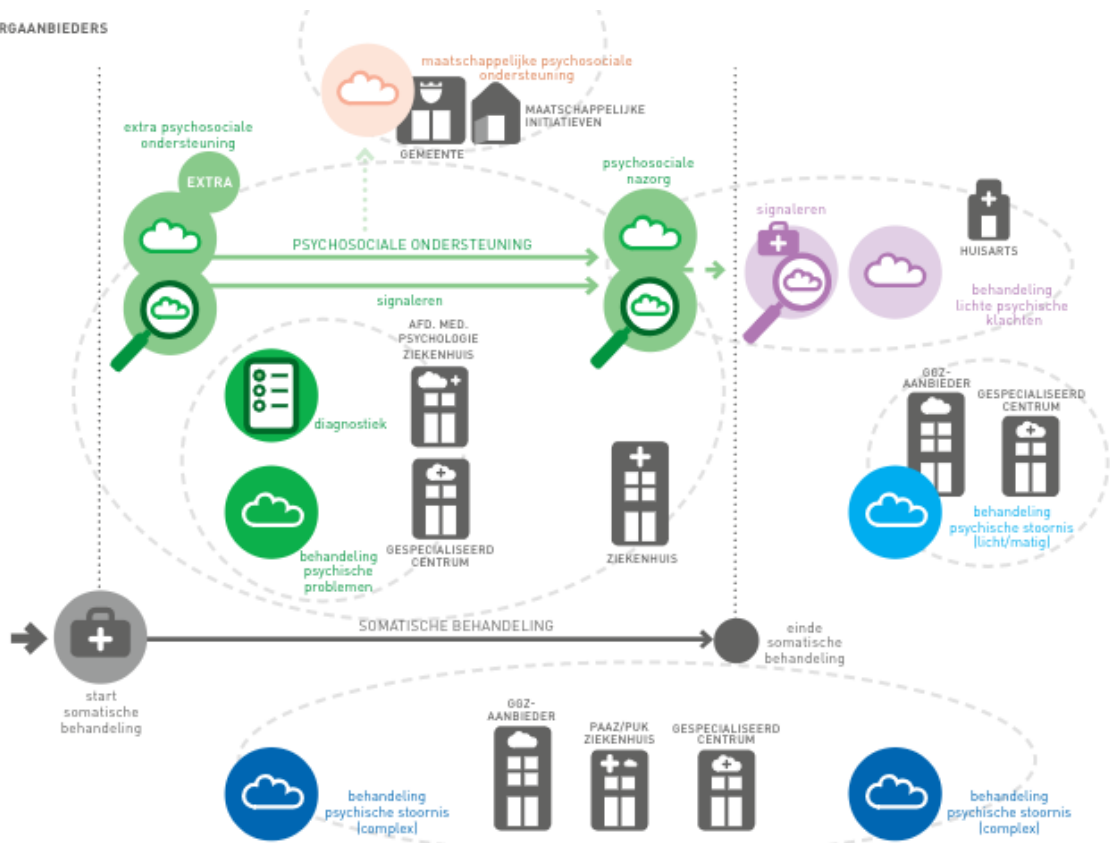
Er wordt veel gesproken over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. De Minister heeft voornamelijk negen beroepsgroepen aangewezen die als hoofdbehandelaar voor de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in aanmerking kunnen komen.

Dit betreft de psychiater, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriatr, verslavingsarts (geregistreerd bij de KNMG), klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut en de verpleegkundig specialist GGZ. Voor jongeren die op hun 18e vanuit de Jeugdwet overkomen naar de ZVW zijn twee categorieën toegevoegd voor de generalistische basis GGZ, namelijk de kinder- en jeugdpsycholoog (geregistreerd bij het NIP) en de orthopedagoog-generalist (geregistreerd bij de NVD).

Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden nadere voorwaarden stellen aan het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ en ook beroepsgroepen hiervan uitsluiten. De Minister van VWS heeft de commissie Meurs ingesteld om te adviseren over de verdere invulling van het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. In mei 2015 heeft de commissie haar advies uitgebracht. De commissie adviseert om te werken met een kwaliteitsstatuut waarin per behandeling een regiebehandelaar wordt aangewezen. De Minister steunt op hoofdlijnen dit advies.



ZORGAANBIEDERS





TOELICHTING

Er kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de levering van psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Het ziekenhuis heeft daarin een regierol. Artsen, verpleegkundig specialisten, (gespecialiseerd) verpleegkundigen spelen een belangrijk rol in de psychosociale ondersteuning en het signaleren van eventuele psychische problemen. Voor extra psychosociale ondersteuning kunnen maatschappelijk werkers of geestelijk verzorgers worden ingezet. In veel ziekenhuizen wordt de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie ingezet voor diagnostiek en behandeling van psychische problemen die het gevolg zijn van somatische aandoeningen. Het is van groot belang dat er in ziekenhuizen een goede samenwerking is tussen de primaire specialismen die een somatische aandoening behandelen en afdelingen zoals de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie. Deze zorg is overigens niet gebonden aan de muren van het ziekenhuis. Ziekenhuizen werken ook regelmatig samen met gespecialiseerde centra (zoals psycho-oncologische centra), GGZ-instellingen of vrijgevestigde zorgverleners die de behandeling van psychische problemen voor hun rekening nemen. Deze zorg hoort dan nog steeds bij het somatische behandeltraject. Hier is dan sprake van onderlinge dienstverlening. In de nazorgfase is het van belang dat er een goede samenwerking is tussen het ziekenhuis en de huisarts zodat in de overdrachtsfase zo weinig mogelijk informatie verloren gaat die voor de behandelaar van belang is om tijdig eventuele psychische problemen te signaleren.



Maatschappelijke initiatieven

Er zijn veel maatschappelijke initiatieven die een belangrijke rol spelen in de psychosociale ondersteuning van patiënten met een somatische aandoening.

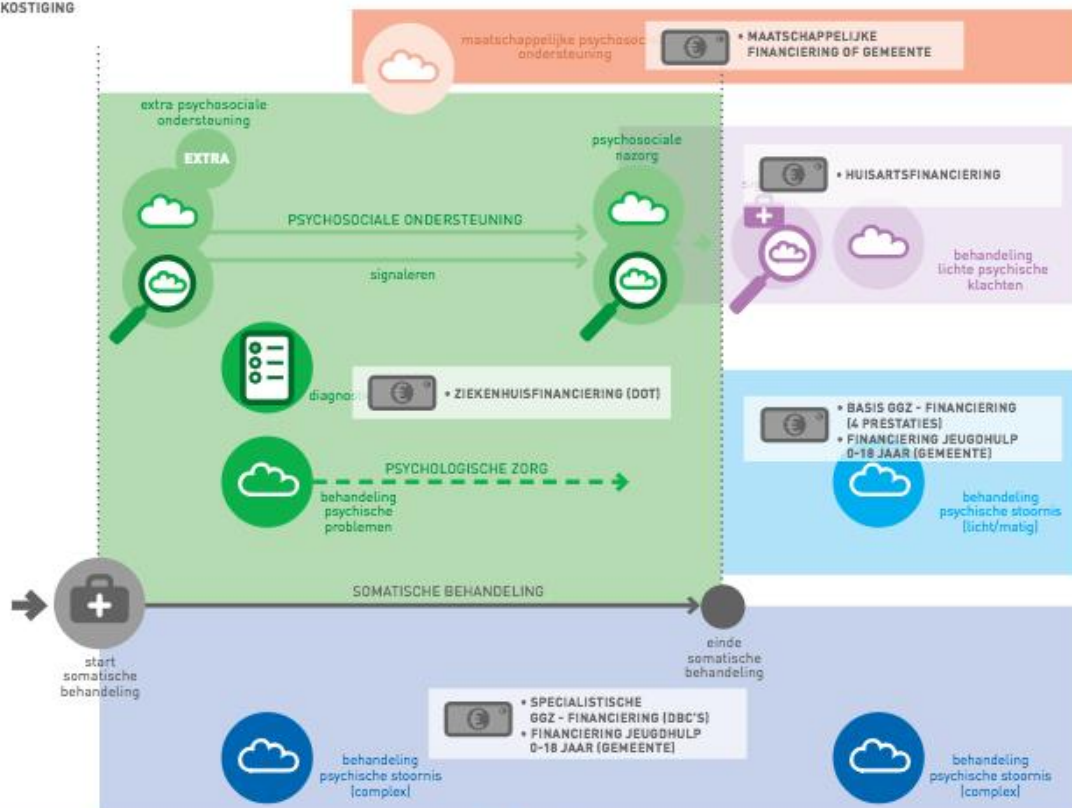
Patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties behartigen de belangen van patiënten en hun naasten. Bij patiëntenorganisaties kunnen patiënten en hun naasten terecht voor informatie over (het omgaan met) de ziekte. Zij brengen patiënten, partners en hun naaste omgeving met elkaar in contact voor het uitwisselen van ervaringen of het delen van angsten en onzekerheden en verdriet. Ze zetten zich daarnaast in voor bewustwording en vergroting van eigen regie en zelfmanagement bij patiënten en naasten. Patiënten worden hierin ondersteund door bijvoorbeeld lotgenotencontact, websites, keuze- en beslisingstrumenten. Ook is er veel aandacht voor ondersteunen van patiënten bij het 'samen beslissen'. Hierdoor zijn patiënten beter in staat aan te geven aan hun zorgverleners wat zij belangrijk vinden en waar zij behoefte aan hebben. Zo kunnen zij ook eerder psychosociale ondersteuning zoeken, wanneer de ziekte/behandeling meer impact heeft op het leven dan vooraf gedacht.

Inloophuizen

Kanker is niet alleen lichamelijk maar ook emotioneel, mentaal en sociaal een zware ziekte. Mensen die met kanker geconfronteerd worden hebben behoefte aan een luisterend oor of begeleiding bij de verwerking van wat hun is overkomen. Inloophuizen bieden mensen met kanker en hun naasten een vorm van maatschappelijk psychosociale ondersteuning. De bezoekers van inloophuizen worden in een huiselijke omgeving welkom geheten door gastvrouwen en gastheren die, vaak uit eigen ervaring, weten wat de impact van kanker is. Mensen met kanker en hun naasten kunnen zonder afspraak binnenlopen voor een kopje koffie en om hun verhaal te doen, deel te nemen aan een ontspannende of creatieve activiteit of in contact te komen met lotgenoten.

Bron: IPSO





TOELICHTING

De medisch specialistische zorg wordt gefinancierd op basis van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Dit financieringssysteem wordt ook wel de DOT-systematiek genoemd. Kenmerkend voor dit financieringssysteem is het integrale karakter van de zorgprestaties. Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject van diagnosestelling tot en met de behandeling (inclusief nazorg). De diagnose en alle activiteiten die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag leiden tot één nota met één prijs die in rekening mag worden gebracht.

Psychosociale zorg in DOT

In de DOT-systematiek vallen alle activiteiten voor psychosociale zorg onder de DBC-zorgproducten van de somatische hoofdbehandelaar. Er zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) veertien zorgactiviteiten voor medische psychologie vastgesteld (zorgactiviteiten 194155 t/m 194166, 194171 en 194172). Indien deze activiteiten uitgevoerd worden bij een patiënt worden deze activiteiten geregistreerd binnen het DBC-zorgproduct van de somatische hoofdbehandelaar. Bij enkele specifieke specialismen/diagnoses levert dit dan een zwaarder DBC-zorgproduct op. Voor de meeste DBC-zorgproducten geldt echter dat deze activiteiten niet verzarend werken op het DBC-zorgproduct. Voor psychosociale zorg (niet zijnde GGZ) geleverd door de psychiater zijn enkele eigen DBC-zorgproducten 'consultatieve psychiatrie' opgenomen in de DBC-systematiek. Deze DBC-zorgproducten worden gebruikt voor medisch-psychiatrische consultatie/medebehandeling (bijvoorbeeld bij een delier).

Per 2015 is sprake van één integraal tarief per DBC-zorgproduct. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt in ziekenhuiskosten en honoraria voor de medisch specialist. Een groot deel van de tarieven voor medisch specialistische zorg zijn vrijgegeven. Dat betekent dat het tarief tot stand komt door onderhandeling tussen de zorgaanbieder en verzekerder. Het ziekenhuis dient er zelf zorg voor te dragen dat alle kosten behorend bij het betreffende zorgproduct ook worden toegerekend aan dit zorgproduct zodat een goede kostprijs de basis is voor de tariefonderhandeling.

Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO)

De NZa stelt op basis van de WMO prestatiebeschrijvingen voor zorg vast voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg. Dit geldt onder andere voor de medisch specialistische zorg, de GGZ en de huisartsenzorg. Voor de

GGZ, de huisartsenzorg en een klein deel van de medisch specialistische zorg stelt de NZa maximumtarieven vast. Deze tarieven worden doorgaans bepaald op basis van kostprijzen van zorgaanbieders. Voor deze tariefbepaling door de NZa is het van belang dat de juiste kosten aan de juiste DBC-zorgproducten worden toegerekend.

Voor de GGZ geldt een andere financieringssysteem. Voor de generalistische basis-GGZ heeft de NZa vier zorgzwaarte-prestaties vastgesteld, te weten Kort, Middel, Intensief en Chronisch. De financiering van de gespecialiseerde geneeskundige GGZ gebeurt op basis van DBC's GGZ. De zwaarte van de DBC's GGZ wordt bepaald door de hoeveelheid tijd die de betrokken behandelaren aan de patiënt besteden. Hiervoor moeten de betrokken behandelaren de directe en indirecte tijd die ze besteden aan de behandeling van de patiënt registreren.

Generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ

Vanaf 2014 is het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ komen te vervallen. De geneeskundige GGZ is omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische Basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Deze nieuwe omschrijvingen worden niet expliciet in de Zvw benoemd. De Zvw kent wat de geneeskundige GGZ betreft alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'. Bij de generalistische Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ gaat het dus om dezelfde wettelijk omschreven 'te verzekeren prestatie'. Wel geldt er een andere bekostigingssystematiek. Als binnen de huisartsenfunctie een patiënt niet langer kan worden geholpen dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De basis GGZ is verder uitgewerkt en neergelegd in regels van de NZa, te weten de Regeling Generalistische basis GGZ en de Beleidsregel Generalistische basis GGZ. Uitgangspunt voor de zorg vormt de zorgvraag van de patiënt. Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria: DSM-stoornis (of vermoeden van), ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. In de basis GGZ worden mensen behandeld met lichte tot ernstige problematiek, met een laag-matig risico en enkelvoudig beeld met lage complexiteit. Bij een hoog risico en/of hoge complexiteit van een DSM-stoornis kan een verzekerde worden verwezen naar de gespecialiseerde GGZ. Bij de gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische problematiek. De behandeling vindt plaats in een multidisciplinaire context.

Huisartsen ontvangen een inschrijftarief per patiënt die aan hun praktijk is verbonden. Daarnaast ontvangen zij een vergoeding per consult of verrichting. Voor de POH-GGZ ontvangt de huisarts een opslag op het inschrijftarief.



BEVINDINGEN EN ACTIES

In de hiervoor beschreven hoofdstukken is duidelijk gemaakt dat psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen onderdeel uitmaakt van het somatische behandeltraject. Verder is beschreven welke elementen onderdeel uitmaken van de psychosociale zorg, onder welk kader deze zorg valt, welke behandelaren hierbij betrokken zijn, hoe deze zorg is georganiseerd en welke bekostiging van toepassing is. Deze beschrijvingen geven aan hoe de psychosociale zorg er in het huidige zorgstelsel en binnen de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen uit behoort te zien. Over deze beschrijvingen is een brede consensus bij de betrokken partijen.

Door de werkgroepbijeenkomsten en de interviews met alle betrokkenen is echter ook gebleken dat de praktijk weerbarstiger is. Hieronder wordt een aantal van de ervaren knelpunten beschreven. Dit geeft een beeld van hetgeen betrokken partijen in de praktijk zien. Het geeft ook aan waarom het belangrijk is om vervolgstappen te zetten. Zo dient beter beschreven te worden wat goede psychosociale zorg is en is er ruimte en aandacht nodig om de zorgprofessional beter in staat te stellen deze zorg op een goede manier te leveren. Ook dient de organisatie van psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen verbeterd te worden door de interne en onderlinge samenwerking te verbeteren. Op het gebied van de bekostiging worden eveneens knelpunten ervaren en er ligt een opdracht om de vindbaarheid van goede psychosociale zorg te vergroten. Deze en andere bevindingen zijn hieronder uiteengezet in 15 punten. Bij elk van de bevindingen zijn ook acties geformuleerd waar partijen in de komende tijd mee aan de slag kunnen.





BEVINDINGEN EN ACTIES

1/5

WAT IS GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DE ZORGPROFESSORAL DEZE ZORG LEVEREN?

BEVINDING

Er is veel onbekendheid over de taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners en zorginstellingen ten aanzien van het aanbieden en leveren van psychosociale zorg aan patiënten met somatische aandoeningen. Zo is niet bekend hoe ver de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis gaat en tot welk moment een huisarts nog kan terugverwijzen naar het ziekenhuis. Ook is niet altijd duidelijk wanneer de zorg valt onder de medisch specialistische zorg en wanneer deze zorg valt onder de geneeskundige GGZ.

Vroegtijdige en systematische signalering, van de behoefte aan psychosociale zorg, dat wil zeggen vanaf het begin van het somatische zorgtraject, is van groot belang om patiënten met een psychosociale zorgvraag goed en tijdig in beeld te krijgen en de juiste behandeling te geven. Er zijn wel richtlijnen beschikbaar, maar deze worden nog onvoldoende nagekomen. Door op tijd problemen te behandelen wordt zwaardere zorg voorkomen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen ontbreekt soms de integrale afstemming: zowel eerste, tweede als eventuele derde lijn moeten daar bij betrokken worden. Richtlijnen moeten goed op elkaar aansluiten.

Er is weinig uniformiteit in de manier waarop psychosociale zorg wordt geleverd en de kwaliteit van de zorg wisselt. Ook de intensiteit waarin deze zorg wordt geleverd, de manier waarop psychosociale zorg is ingebed in de somatische zorgpaden en de specialisaties die beschikbaar zijn verschillen.

ACTIES

1

De bewustwording rond psychosociale zorg dient vergroot te worden: zorgverleners en zorginstellingen dienen zich beiden bewust te zijn van hun taken en verantwoordelijkheden rond psychosociale zorg voor somatische patiënten.

Ook voor zorgverzekeraars, en dus hun verzekerden, moet duidelijk zijn wat kan en mag en wie daarvoor verantwoordelijk is.

Dit rapport zal bijdragen aan deze bewustwording en vergroot de duidelijkheid richting alle betrokkenen. Partijen kunnen hier zelf aan bijdragen door bij elkaar aandacht te vragen voor dit onderwerp.

2

Vroegtijdige signalering van psychosociale problemen dient een kwalitatief hoogwaardig en gestructureerd onderdeel te zijn van het somatische zorgtraject. Bestaande richtlijnen dienen nageleefd te worden. Bestaande en in ontwikkeling zijnde richtlijnen moeten op elkaar aansluiten.

Zo wordt momenteel gewerkt aan generieke comorbiditeitsmodules door de eerste lijn en de ziekenhuispsychiatrie. Dit dient goed aan te sluiten bij de bestaande richtlijnen voor signalering van psychosociale problemen.

3

Er dient meer uniformiteit te komen in de psychosociale zorg voor somatische patiënten. Elke patiënt heeft recht op goede zorg die past bij de behoefte van de patiënt en die rekening houdt met de somatische aandoening. Over- en onderbehandeling moet worden tegengegaan. Zorg op maat moet centraal staan en voor iedereen beschikbaar zijn die het nodig heeft en waarbij sprake is van een verzekerde aanspraak. Om kwalitatief goede zorg te leveren die beantwoordt aan de behoefte van de patiënt is inzicht in de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg, en hun verwachtingen ten aanzien van de zorg die nodig is, van belang.



INDEX



15



BEVINDINGEN EN ACTIES

2/5

WAT IS GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DE ZORGPROFESSORAL DEZE ZORG LEVEREN?

BEVINDING

De zorgverleners die een belangrijke taak hebben in het verlenen van psychosociale ondersteuning tijdens een somatische behandeling (zoals artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) hebben hier niet altijd genoeg tijd voor en zijn hier niet altijd goed voor opgeleid. Ten aanzien van de psychologische zorg geldt dat te weinig zorgverleners zich specialiseren op psychologische zorg bij specifieke somatische zorggebieden. Ook voor de huisartsenpraktijk geldt dat de POH-GGZ niet altijd voldoende geschoold is om psychosociale problemen te signaleren of psychosociale ondersteuning te bieden.

Er ontbreekt een landelijke integrale richtlijn of module die beschrijft wat goede psychosociale zorg bij patiënten met somatische aandoening is. Psychosociale zorg is vaak onderdeel van allerlei somatische richtlijnen/protocollen, maar hierdoor zijn beschrijvingen versnipperd.

Zolang tijdens het somatische behandeltraject psychosociale problemen worden gesignaleerd, gediagnosticeerd en behandeld die een gevolg zijn van de somatische aandoening, is er sprake van medisch specialistische zorg. Wanneer echter het somatische zorgtraject is beëindigd ligt de primaire verantwoordelijkheid (weer) bij de huisarts. Zo nodig kan deze verwijzen naar de geneeskundige GGZ. Zolang de behandeling van een somatische aandoening en bijbehorende nacontroles nog gaande zijn, is het medisch specialistische zorgtraject in ieder geval niet beëindigd.

4

Zorgverleners die psychosociale ondersteuning leveren en psychosociale problemen moeten signaleren dienen hiervoor voldoende uitgerust te zijn, zowel wat betreft scholing als praktijkervaring. Er dient een goede balans te zijn tussen de somatische en de psychosociale elementen van de behandeling. Dit is ook een aandachtspunt bij de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts en POH-GGZ. Om hoogwaardige zorg te kunnen leveren voor de specifieke groepen patiënten met somatische aandoeningen is specialisatie belangrijk. In de bestaande opleiding zou meer aandacht moeten zijn voor de medische psychologie. Verder zouden er landelijke ziektespecifieke scholingsprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden om de psychologische zorg bij specifieke somatische zorggebieden te verbeteren.

5

Er dient een landelijke generieke module voor psychosociale zorg opgezet te worden die een brede basis biedt voor de definiëring van kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Deze kan bijdragen aan het bepalen van de benodigde capaciteit voor deze zorg. Ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor zorgverzekeraars is een dergelijke module behulpzaam.

6

Er dient strakker gedefinieerd te worden wanneer het somatische behandeltraject eindigt en psychosociale zorg daar geen onderdeel meer van is. Dit 'einde somatische behandeling' is belangrijk voor de afbakening van medisch specialistische zorg ten opzicht van de geneeskundige GGZ.



INDEX



16



BEVINDINGEN EN ACTIES

3/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Er is een grote diversiteit bij ziekenhuizen en andere instellingen ten aanzien van de organisatie en interne financiering van psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Er is ook weinig inzicht in de middelen die worden besteed aan psychosociale zorg. Onduidelijk is of ziekenhuizen wel voldoende rekening houden met de kosten van psychosociale zorg in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars. Niet altijd zijn de kosten voor psychosociale zorg apart te alloceren in het ziekenhuis, waardoor deze ook voor zorgverzekeraars niet altijd inzichtelijk zijn.

De samenwerking op het gebied van de psychosociale zorg bij patiënten met een somatische aandoening kan beter, zowel intramuraal als extramuraal. Zorginstellingen onderling weten elkaar niet altijd te vinden als het gaat over psychosociale problemen en in de overdracht van bijvoorbeeld de medisch specialist naar de huisarts gaat regelmatig informatie verloren. Intramuraal is van belang dat de primaire somatische specialismen het belang van goede psychosociale zorg onderschrijven en op een goede manier samenwerken met (gespecialiseerde) collega's op het gebied van de psychosociale/psychologische zorg.

7

ACTIES

De diversiteit in het zorgaanbod dient nader onderzocht te worden en indien er sprake is van onder- of overbehandeling dient het zorgaanbod hierop aangepast te worden. Ziekenhuizen dienen zorg te dragen voor voldoende en kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg. Om als ziekenhuizen goede keuzes te maken (over hoe deze zorg het beste te organiseren) is inzicht in de kosten van psychosociale zorg belangrijk. Het zou goed zijn als er meer richtinggevende cijfers komen over de benodigde capaciteit voor psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Ook de zorgverzekeraar speelt hier een rol omdat deze vanuit zijn zorgplicht mede verantwoordelijk is voor een kwalitatief goed en voldoende aanbod van de psychosociale zorg voor zijn verzekerden.

8

Zorginstellingen onderling dienen zorg te dragen voor een goede informatieoverdracht en zouden meer kunnen samenwerken tijdens bijvoorbeeld de psychosociale nazorg bij een somatisch behandeltraject. Verder kan gewerkt worden aan een matched care model, waarbij gestructureerde en geformaliseerde samenwerkingsverbanden worden aangegaan in de keten. Ook binnen de instellingen kan de samenwerking verbeteren tussen de primaire somatische specialismen en de behandelaren die de psychosociale zorg leveren.



INDEX



17



BEVINDINGEN EN ACTIES

4/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Er worden weinig financieringsafspraken gemaakt tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en andere instellingen die psychosociale zorg leveren. Regelmatig worden patiënten met psychosociale problemen als gevolg van somatische aandoeningen behandeld via de geneeskundige GGZ in plaats van de medisch specialistische zorg. Dat is niet de bedoeling. Ervaren onduidelijkheden in de financiering worden soms als oorzaak hiervoor genoemd.

Mede daardoor wordt weinig gebruik gemaakt van de bestaande ruimte in de regulering als het gaat om de financiering van onderlinge dienstverlening. Vanuit de NZa is er een generieke prestatie beschikbaar en er is geen tariefregulering op van toepassing.

Er bestaat ook onduidelijkheid over de mogelijkheden van financiering van psychosociale zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er wordt in de praktijk weinig gebruik gemaakt van de bestaande mogelijkheden om de zorg op een adequate manier te financieren (zoals tariefdifferentiatie). Ook in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden weinig tot geen specifieke afspraken gemaakt over psychosociale zorg. Mogelijk speelt de informatieachterstand bij zorgverzekeraars een rol. Een groot deel van de zorgactiviteiten wordt op de DBC-nota vermeld, echter geldt dit niet voor de zorgactiviteiten medische psychologie.

De inbedding en transparantie van de psychosociale zorg in de DOT-systematiek is onvoldoende. Er worden diverse activiteiten vastgelegd voor de medisch psychologie, echter zijn deze niet zichtbaar op de nota voor de zorgverzekeraar of de patiënt (zie actiepunt 10). Verder zijn er onduidelijkheden over de verhoudingen tussen de verschillende psychische behandeltrajecten (consultatieve psychiatrie en medische psychologie).

9

ACTIES

Er dienen goede instructies gemaakt te worden hoe psychosociale zorg bij somatische aandoeningen, geleverd door andere instellingen, via onderlinge dienstverlening verrekend kan worden. Ziekenhuizen dienen de kosten van deze zorg te verrekenen in hun tarieven die ze uitonderhandelen met zorgverzekeraars.

10

Er dient duidelijke communicatie plaats te vinden over de mogelijkheden van financiering van psychosociale zorg. Indien gewenst kan een verzoek bij de NZa worden ingediend om ook de zorgactiviteiten voor medische psychologie op te nemen op de zorgnota. Dit kan bijdragen aan meer specifieke contractafspraken zodat de psychosociale zorg een beter zichtbaar onderdeel wordt van het somatische behandeltraject.

11

Er zou bekeken kunnen worden hoe de psychosociale zorg beter ingebed of meer transparant kan worden gemaakt in de DOT-structuur. Daarin kan dan ook bekeken worden hoe de verschillende psychische behandeltrajecten zich tot elkaar verhouden in de DOT-systematiek (bijvoorbeeld consultatieve psychiatrie versus klinische psychologie) en of deze zorg in vervolg-DBC's beter gepositioneerd kan worden.



INDEX



18



BEVINDINGEN EN ACTIES

5/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Innovatieve vormen van financiering van de psychosociale zorg over de keten komen nog weinig tot niet voor, terwijl daar wel mogelijkheden voor zijn (onder bepaalde voorwaarden), bijvoorbeeld wanneer sprake is van nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding, efficiënte zorgorganisatie, substitutie van tweedelijns gezondheidszorg naar eerstelijns gezondheidszorg of verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Maatschappelijke initiatieven kunnen een belangrijke rol spelen in de psychosociale ondersteuning van patiënten met een somatische aandoening. Doorgaans zijn deze initiatieven financieel afhankelijk van giften of financiering door fondsen, wat kan leiden tot financiële onzekerheid.

12

ACTIES

Mogelijk kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op basis van de beleidsregel Innovatie van de NZa, in gezamenlijkheid en in een snelle en eenvoudige procedure een innovatieve (keten)prestatie bedenken die de psychosociale zorg dekt voor een specifieke (lokale) situatie. Maatschappelijke psychosociale initiatieven zouden met lokale gemeenten overleg kunnen voeren over mogelijke ondersteuning vanuit de WMO.

13

Maatschappelijke psychosociale initiatieven zouden met lokale gemeenten overleg kunnen voeren over mogelijke ondersteuning vanuit de Wmo.

WAAR VIND IK GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

Patiënten weten vaak niet de weg te vinden naar goede psychosociale zorg. Ook zorgverleners zelf weten vaak niet wat de verwijsmogelijkheden zijn. Verder ontbreekt een landelijk inzicht in voor somatische aandoeningen gespecialiseerde zorgverleners. Alleen de NVPD heeft een deskundigenbestand met gespecialiseerd zorgverleners in de oncologie.

14

Zorginstellingen, zorgverleners en zorgverzekeraars dienen een volledig beeld te hebben van de mogelijkheden die er zijn om de patiënt de beste zorg te geven die nodig is. De vindbaarheid van goede psychosociale zorg moet worden vergroot en er moet meer inzicht komen in de verwijsmogelijkheden naar gespecialiseerde psychosociale zorg (zowel binnen instellingen als daarbuiten). Mogelijk kan het deskundigenbestand ontwikkeld worden voor andere somatische aandoeningen (net als bij de oncologie).

Er is geen goed landelijk inzicht in de verschillende maatschappelijke psychosociale initiatieven, terwijl deze wel een belangrijke rol kunnen spelen bij de sociale ondersteuning van patiënten en hun naasten. Zorgverleners wijzen om die reden vaak ook niet door. Dit zou kunnen leiden tot onnodig zwaar zorggebruik.

15

Er zou landelijk inzicht moet komen in de verschillende maatschappelijke psychosociale initiatieven en welke kwaliteitskenmerken op dat initiatief van toepassing zijn. Patiënten en hun naasten moet de weg gewezen worden naar maatschappelijke initiatieven die het herstelproces (ook sociaal en emotioneel) en de maatschappelijke integratie kunnen ondersteunen.



INDEX

19

Bijlage 2 Verslag invitationaal 12 mei 2017

12 mei noden patiënt en screening

- Zijn de behoeften die bestaan bij de patiënt:
 - Generiek in de basis met verbijzondering waar nodig voor bepaalde aandoeningen.
 - Altijd aandoening-specifiek .
- Hoe kunnen deze behoeften, ook over tijd, in kaart gebracht worden (signalering)?
- Bestaan hier al goede screeningsinstrumenten voor?
- Kunnen we patiënten indelen op basis van:
 - Lichte klachten
 - Matige klachten
 - Complexe klachten

- Model van Huber, positieve gezondheid, als basis.
- Er zijn goede screeninginstrumenten.
- Maar eerst: het gesprek aan gaan!
- 'pluis niet pluis', behoefte inschatting
- Wie het gesprek aangaat is niet belangrijk, als het maar gebeurt!
- Gebruik technieken: motivational interviewing
- Monitoring: veranderingen over tijd.
- Afspraken nodig over wie, wanneer deze gesprekken structureel aangaat.
- Wat kan iemand zelf en waar is ondersteuning nodig? Is dat licht, matig, complex?

Een mooi initiatief van stichting OOK (roparun)? Niet gefaciliteerd maar eigenlijk zit het in de kosten. Het is een initiatief, maar meer of minder is het niet, er zijn er veel meer. Zoals dus niet promoten en noemen hier.

Kennisinstituut Medisch Specialisten

12 mei zorgaanbod

- Welke psychosociale begeleiding en zorg bestaat er? Welk aanbod is er?
- Wat is er nodig?
- Hoe zorgen we ervoor dat we de eventueel veranderde zorgbehoefte(n) in de gaten hebben en de zorg hierop aanpassen?

- Betrokken zorgverleners uit zowel formele zorg als informele zorg.
- Vraag: waar houdt de sociale zorg op?
- Financiële drempels wegnemen: ketenzorg!
- Kwaliteitscriteria inzichtelijk maken.
- Werken aan goede samenwerking en overdracht over de lijnen heen!
- Vraag is niet wie het doet, maar wat er nodig is.
- Telkens aanhaken op alle 6 domeinen Hubert.
- Ontwikkelen verwijsgids vanuit domeinen.

Kennisinstituut Medisch Specialisten

12 mei competenties zorgverleners

- Bestaan er kwaliteitscriteria voor deze zorg?
 - Bestaan er beschrijvingen van competenties?
 - Hoe verschilt dat per niveau?
 - Hoe maken we duidelijk/inzichtig aan de zorgvrager en zijn somatisch behandelaar(s) dat deze zorgverlener over de juiste competenties beschikt?
- Patiënten informeren over belang van revalidatie: psychosociale zorg is geen teken van zwakte.
 - Alle zorgprofessionals hebben een set basis PSZ competenties nodig, aangevuld met ziekte specifieke competenties.
 - Competenties zijn al in medische opleidingen belangrijk (voorbeeld InHollandDiemen)
 - Vraag: is accreditatie wenselijk?
 - Ook artsen moeten leren omgaan met “niet beter worden”
 - Inzichtig maken wat elke zorgprofessional moet (signalering en zorg verlenen) en tegelijk wanneer je doorverwijst.

Kennisinstituut Medisch Specialisten

12 mei competenties zorgverleners

- Bestaan er kwaliteitscriteria voor deze zorg?
 - Bestaan er beschrijvingen van competenties?
 - Hoe verschilt dat per niveau?
 - Hoe maken we duidelijk/inzichtig aan de zorgvrager en zijn somatisch behandelaar(s) dat deze zorgverlener over de juiste competenties beschikt?
- Patiënten informeren over belang van revalidatie: psychosociale zorg is geen teken van zwakte.
 - Alle zorgprofessionals hebben een set basis PSZ competenties nodig, aangevuld met ziekte specifieke competenties.
 - Competenties zijn al in medische opleidingen belangrijk (voorbeeld InHollandDiemen)
 - Vraag: is accreditatie wenselijk?
 - Ook artsen moeten leren omgaan met “niet beter worden”
 - Inzichtig maken wat elke zorgprofessional moet (signalering en zorg verlenen) en tegelijk wanneer je doorverwijst.

Kennisinstituut Medisch Specialisten

Wat moet het worden?

“Een visie in gezamenlijkheid, toepasbaar in de praktijk.”

“Een overzicht met heldere afspraken, waarover het veld het met elkaar eens is.”

“Geen papieren stuk.”

“Een levend document”

“Toepasbaar, praktisch.”

“Een bruikbaar stuk dat niet doodslaat.”

“Voor de lezer moet duidelijk zijn wat het is en wat de waarde is.”

Kennisinstituut **Medisch Specialisten**

Bijlage 3 Betrokken zorgverleners

Zorgverleners betrokken bij psychosociale zorg

Medisch specialist, verpleegkundige, verpleegkundig specialist, en anderen

In de 2^e en 3^e lijn vormen de medisch specialist en betrokken verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, *physician assistants* of *nurse practitioner* de eerste vraagbaak voor patiënten en naasten. Zij bieden psychosociale ondersteuning aan de patiënt en diens naasten. Deze bestaat onder andere uit goede voorlichting, eerste opvang bij slecht nieuws, steun bij het omgaan tijdens en na het ziekte-traject en signalering van psychosociale problemen en psychische stoornissen.

Huisarts en POH-GGZ

In de 1^e lijn speelt de huisarts een belangrijke rol in het begeleiden van patiënten met een (chronisch) somatische aandoening. De huisarts heeft, net als de medisch specialist, een signaalfunctie om een eventuele impact op psychosociaal functioneren tijdig te signaleren en psychosociale ondersteuning te bieden dan wel door te verwijzen. De huisarts herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten met (chronische) somatische, psychiatrische, psychische, psychosociale en psychosomatische klachten. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klachtgericht en niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Hij is poortwachter en beoordeelt of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen. Een kaderhuisarts GGZ is een huisarts met extra expertise op het gebied van de GGZ. Hij kan zijn collega-huisartsen adviseren, consultatie geven en supervisie geven aan de POH-GGZ.

De huisarts kan dit doen in samenwerking met een Praktijkondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ). De POH-GGZ kan op verzoek van de huisarts een patiënt met psychische problemen zien om een beter beeld van de klacht te krijgen en ondersteuning en begeleiding bieden. Afhankelijk van de ernst en/of complexiteit van de psychische problemen kan de huisarts patiënten doorverwijzen naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. De huisarts kan niet rechtstreeks verwijzen naar de medische psychologie in het ziekenhuis.

Specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts

Bij patiënten die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum verblijven of tijdelijk worden opgenomen ligt de verantwoordelijkheid voor de psychosociale zorg bij de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk revalidatiearts.

GZ-maatschappelijk werkers en sociaal werker Zorg

Soms zijn gevoelens van angst, onzekerheid en woede zodanig dat de patiënt hier geen raad mee weet. Ook kunnen patiënten vragen hebben die te maken hebben met werk, financiën, maatschappelijke participatie, relatie, gezin en/of dagelijkse levensbehoeften. Voor vragen, hulp en ondersteuning op deze gebieden kunnen patiënten terecht bij het Medisch Maatschappelijk Werk (MMW) in het ziekenhuis of Maatschappelijk Werk in de wijk. (In 2015 is de profiel naam van deze opleiding gewijzigd naar sociaal werk Zorg. Mogelijk dat de term MMW op termijn verdwijnt.)

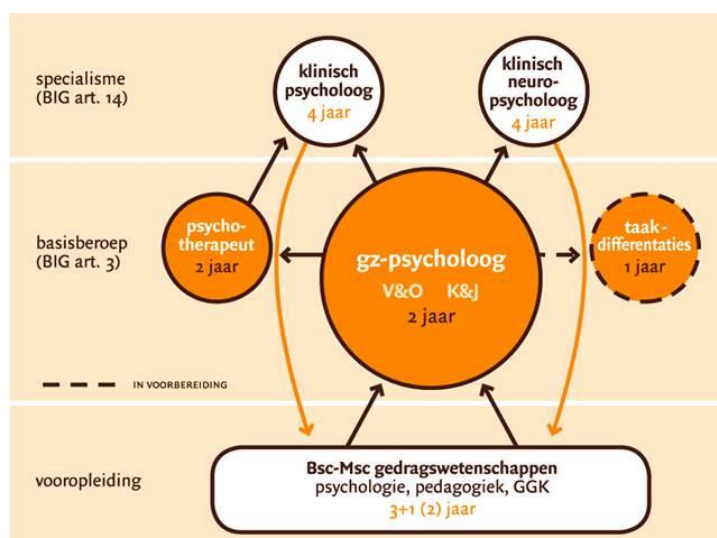
Het sociaal werk Zorg richt zich op gezondheid gerelateerde problematiek, dat wil zeggen: psychosociale problematiek die ontstaat ten gevolge van een ziektebeeld, ziekenhuisopname of een medische behandeling, hierdoor versterkt wordt of aan het licht wordt gebracht. De GZ-maatschappelijk werker/sociaal werker Zorg richt zich op versterking van het gezonde deel van de patiënt, op herstel van de balans (intra- en interpersoonlijk) en op normalisatie. Resultaatgebieden van sociaal werk Zorg zijn: omgaan met de diagnose, verlies-en rouwbegeleiding, keuzebegeleiding (*decision-counseling*), groepswerk, systeembegeleiding, maatschappelijke versterking (empowerment), inschakelen/versterken sociaal netwerk, coaching, belangbehartiging & consultatie (NVMW, GLOBE 2003). De GZ-Maatschappelijk werker/ sociaal werker Zorg heeft ook aandacht voor dood, zingeving en levensovertuiging. MMW is het op 'methodische wijze begeleiden en/of behandelen van de patiënt en zijn relaties bij psychosociale en emotionele problemen die samenhangen met de ziekte en medische behandeling en op alle daaruit voortvloeiende veranderingen in het leven van de patiënten en hun directe relaties' (NVMW, 2007). Sociaal werk Zorg ondersteunt hiermee het primaire proces (de medische behandeling dan wel opname in het ziekenhuis) en de integrale patiëntenzorg.

Geestelijk verzorger

Het kan zijn dat de patiënt kampt met vragen rondom ziekte, dood, zingeving, levensovertuiging, schuld, angst, religie, verlies of rouw. Voor gesprekken over levensvragen kunnen patiënt en naasten -ongeacht hun geloofsovertuiging- terecht bij een geestelijk verzorger.

Psycholoog

De Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is gericht op het herstel (of het voorkomen van verergering) van een psychische stoornis. Soms lukt het de patiënt niet om de emotionele balans terug te vinden en heeft deze bijvoorbeeld het gevoel geen controle meer te hebben over angsten en zorgen. Dan kan een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, klinisch-neuropsycholoog of psychiater helpen met het herstel van het psychisch evenwicht. De BIG-geregistreerde psycholoog is opgeleid om complexe problematiek te diagnosticeren en behandelen. Dit kan bijvoorbeeld door methoden aan te reiken om negatieve gedachten te beïnvloeden of angsten te leren hanteren, meer in het nu te leven en de ziekte en de gevolgen te leren accepteren, verwerking ziekte, zingeving en heroriëntatie op de rollen in het leven.



Psychiater

Als het leven van de patiënt door allesoverheersende negatieve emoties zoals somberheid, angst of wanhoop ernstig wordt ontregeld, dan kan psychiatrische hulp gewenst zijn. De psychiater kan door aanvullend onderzoek te doen een psychiatrische diagnose stellen. Als het nodig is kan hij/zij medicijnen voorschrijven, of begeleiding door de psychiatrisch verpleegkundige/verpleegkundig specialist aanbevelen.

Bedrijfsarts, verzekeringsarts of seksuoloog

Naast of bij de psychosociale klachten waarmee patiënten met somatische aandoeningen en hun naasten kampen, kunnen zich ook praktische en sociale belemmeringen voordoen. Hieronder vallen problemen op gebied van arbeids(omstandigheden), het verkrijgen van aanpassingen t.b.v. de aandoening, het afsluiten van verzekeringen, (participatie)problemen op het gebied van sport en vrije tijd en/of seksualiteit. In combinatie met ondersteuning en coördinatie vanuit maatschappelijk werk kan een revalidatiearts, bedrijfsarts, verzekeringsarts of seksuoloog geconsulteerd worden. Meer zorgadviezen over arbeidsparticipatie zodra de aandoening is vastgesteld, staan beschreven in de landelijke generieke zorgmodule arbeid en de richtlijn 'chronisch zieken en werk'¹.

Daarnaast zijn er ook (geschoolde) vrijwilligers met wie de patiënten contact kunnen opnemen. Deze informele zorg wordt op verschillende plekken aangeboden, in ziekenhuizen en inloophuizen (vaak specifiek voor kankerpatiënten), maar ook via patiëntenverenigingen. De informele zorg biedt de mogelijkheid tot lotgenotencontact en biedt vaak activiteiten met lotgenoten aan.

¹ http://werkenchronischziek.nl/wp-content/uploads/2017/01/Richtlijn_chronisch_zieken_en_werk_2016.pdf

Bijlage 4 Disseminatie- en implementatie

In de dagelijkse praktijk spelen allerlei bevorderende en belemmerende factoren een rol die bepalen of de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg zal worden verleend of niet. Succesvolle verspreiding en implementatie van de kwaliteitsstandaard in de praktijk vereist dat deze beïnvloedende factoren vroegtijdig worden herkend en – waar mogelijk – worden ondervangen. De schrijfgroep heeft tijdens haar vergaderingen, de werkconferenties in mei 2017 en april 2018, en in gesprekken met het ministerie van VWS, NVZ en Zorginstituut Nederland de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de kwaliteitsstandaard geïdentificeerd:

Hieruit zijn activiteiten voor de disseminatie en een voorstel voor implementatie van de kwaliteitsstandaard *Psychosociale zorg bij somatische ziekte* opgesteld. Deze bijlage omvat daartoe:

- Bijlage 4a Disseminatie;
- Bijlage 4b Aanbevelingen voor implementatie;
- Bijlage 4c Disseminatie en implementatie tabellen.

Bijlage 4a Disseminatie

Fase 1 Ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard (2017-2018)

In de verschillende stappen van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard is zoveel mogelijk rekening gehouden met de toepassing van de kwaliteitsstandaard en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de daarin opgenomen aanbevelingen.

Alle aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard zijn getoetst op helderheid en toepasbaarheid in de Nederlandse zorgsetting. Om de leesbaarheid en toegankelijkheid van de kwaliteitsstandaard te vergroten is daarnaast in de kwaliteitsstandaard tekst onder andere gewerkt met een samenvatting van inhoud (zie pagina's 5-7). De kwaliteitsstandaard is in et eerste kwartaal 2018 ter commentaar voorgelegd, in een werkconferentie besproken (d.d. 12 april 2018) en vervolgens geautoriseerd dan wel bestuurlijk goedgekeurd door:

- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Landelijke vereniging Medische Psychologie (LVMP)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van Hoofd-Halsgebied (KNO)
- Verenso
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidspsychologen (NVGzP)
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

- Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie (NVT)
- Nederlandse Orthopedie Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)

Fase 2: verspreiding van de kwaliteitsstandaard (2018-2019)

Het verspreiden van de kwaliteitsstandaard onder de doelgroep is een tweede belangrijkste stap voor succesvolle implementatie van de standaard. Alle zorgverleners en zorgaanbieders betrokken bij de psychosociale zorg voor mensen met een somatische (chronische) ziekte worden geïnformeerd over de kwaliteitsstandaard en de bijgeleverde producten.

De kwaliteitsstandaard en bijgeleverde producten worden via diverse kanalen verspreid. Zo wordt de kwaliteitsstandaard actief verspreid onder de doelgroep (medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, patiënten(verenigingen) en psychologen), is de kwaliteitsstandaard toegevoegd aan de landelijke richtlijndatabase, worden nieuwsberichten verstuurd en presentaties verzorgd (voor een overzicht van activiteiten zie tabel disseminatie activiteiten in bijlage 4c).

Bijlage 4b Aanbevelingen voor implementatie

Fase 3: Implementatie van de kwaliteitsstandaard (vanaf 2019)

Kwaliteitsstandaarden die ontwikkeld en verspreid zijn, vinden niet vanzelf hun weg in de dagelijkse praktijk. Het enkel verspreiden van de kwaliteitsstandaard (disseminatie) volstaat over het algemeen niet om daadwerkelijke toepassing in de dagelijkse praktijk te garanderen.

Een systematische aanpak en gerichte (implementatie-) activiteiten zijn meestal noodzakelijk om daadwerkelijk gebruik in de praktijk te waarborgen (voor overzicht zie tabel implementatie activiteiten in bijlage 4c).

Hieronder doet de schrijfgroep aanbevelingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau die de implementatie van de kwaliteitsstandaard kunnen bevorderen.

Landelijk (VWS, landelijke koepels van zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten en verzekeraars)

Op landelijk niveau kunnen de volgende activiteiten worden opgepakt ter bevordering van de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

Beeldvorming

- Doorbreek het taboe, accentueer de voordelen en normaliseer
 - Een somatische ziekte heeft nooit alleen gevolgen op lichamelijk vlak maar op verschillende aspecten van het leven (mentale, emotionele, existentiële, sociale en/of maatschappelijke). Aandacht hiervoor verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid en reduceert onnodige zorgconsumptie.
- Mobiliseer rolmodellen (kopstukken, opinion leaders) en landelijke media vanuit wetenschap, opleiding tot politiek, van professional tot burger en patiënt om nut en noodzaak van psychosociale zorg bij een somatische ziekte (evenals voorbeelden waar deze zorg goed georganiseerd is) voor het voetlicht te brengen.
- Overweeg de inzet van BN-ers (Bekende Nederlanders) en Tv-programma's bij het breed onder de aandacht brengen van het belang van psychosociale zorg bij lichamelijke ziekte.
- Benut lopende projecten en initiatieven voor het (opnieuw) onder de aandacht brengen van de kwaliteitsstandaard. Denk daarbij o.a. aan de PSZ-projecten die Zorginstituut Nederland momenteel financiert. Bijvoorbeeld de projecten van IKNL en de

Patiëntenfederatie Nederland (PFN). Het IKNL-project maakt ten eerste inzichtelijk de stand van zaken van psychosociale zorg bij kanker bij zorgprofessionals door te kijken naar de registratie van specifieke items en het terugkoppelen van spiegelinformatie op basis van de Nederlandse Kankerregistratie en ten tweede de inzet van landelijke verbetertrajecten, zoals een e-learning module en masterclasses om de kennis en vaardigheden ten aanzien van psychosociale gevolgen en zorg bij kanker bij de zorgprofessionals te vergroten. Het PFN-project wil bijdragen aan de inbedding van psychosociale zorg als standaardonderdeel van de integrale behandeling voor patiënten, naasten en zorgverleners. Dit wordt bereikt door: ten eerste alle betrokkenen te stimuleren het gesprek over eventuele psychosociale klachten aan te gaan aan de hand van een screenings-instrument; ten tweede generieke en aandoening specifieke informatie over psychosociale klachten beschikbaar te maken voor verschillende doelgroepen; en tot slot alle betrokkenen bewust te maken van de (behandel)mogelijkheden voor psychosociale zorg (psychosociale zorg en psychosociale ondersteuning). De ZIN-projecten worden naar verwachting in 2019 afgerond.

- Biedt zorgverleners en patiënten een (digitaal) podium om kennis, meningen en ervaringen uit te wisselen (vergelijk stichting voorlichting palliatieve zorg www.palliatievezorg.nl)

Publiekscampagne

- Zet een (publieks)campagne op. Voor implementatie en toepassing van de kwaliteitsstandaard is bewustwording en urgentiebesef een belangrijke voorwaarde. Gedacht kan worden aan een campagne naar analogie van of in aansluiting op lopende campagnes.
 - *KWF publiekscampagne 'Kanker doet meer met je dan je denkt'*
Met de bewustwordingscampagne 'Kanker doet meer met je dan je denkt' wil KWF Kankerbestrijding het taboe op klachten na de behandeling van kanker bespreekbaar maken. De drie meest voorkomende klachten zijn angst, vermoeidheid en relatieproblemen. Er is effectieve hulp beschikbaar, maar deze bereikt de patiënt onvoldoende. Ook praten veel mensen er niet over omdat ze blij zijn dat ze nog leven en niet willen 'klagen'. KWF wil bewustwording en begrip creëren dat kanker meer impact heeft dan over het algemeen wordt gedacht, en het gesprek daarover zowel met mensen uit de privé-omgeving als met de zorgverlener stimuleren. De doelen van deze campagne zijn breder inzetbaar, ook voor andere somatische ziekten.
 - *Landelijke publiekscampagne 'IK ZORG'*
Vanaf het najaar 2018 starten verschillende partijen vanuit de zorg- en welzijnssector samen met het ministerie van VWS een landelijke publiekscampagne 'IK ZORG'. In deze campagne staan mensen centraal die werken in de sector zorg en welzijn. Deze landelijke publiekscampagne is onderdeel van het brede arbeidsmarkt-programma Werken in de zorg van het ministerie van VWS en sluit aan bij de doelen van de Arbeidsmarktagenda 2023 Aan het werk voor ouderen. 'Ik zorg voor psychosociale zorg' zou hierbij kunnen aansluiten.

Taskforce

- Installeer een taskforce die de verdere verspreiding en implementatie van aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard begeleidt. Denk hierbij aan bundeling van krachten vanuit bijvoorbeeld KWF, Hartstichting, Nierstichting, Diabetesfonds, Longfonds, Patiëntenfederatie Nederland, Federatie van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars, Instituut voor Positieve Gezondheid.
- Voer voorafgaand aan de instelling van een taskforce een discussie met het veld in de vorm van een invitational conference.

Opleiding/bij- en nascholing

- Zorg voor een aanbod en borging van scholing in de initiële opleiding en bij- en nascholing van zorgverleners is van belang. Veel zorgverleners voelen zich onvoldoende toegerust om psychosociale zorg aan patiënten en naasten te bieden. Regel via opleidingsbevoegdheden dat psychosociale zorg een verplicht (aantoonbaar) onderdeel van de opleiding tot medisch specialist wordt.

Financiering

- Neem financiële drempels weg en maak het verlenen van psychosociale zorg bij somatische ziekte onderdeel van afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
 - Maak het beschikbare budget in bestaande bekostigingsstructuren (DBC's etc) zichtbaar en/of oormerk een bepaald percentage van het zorgbudget voor psychosociale zorg

- Hanteer eventueel een bonus/malus systeem; waarbij ziekenhuizen die geen PSZ aanbieden gekort worden op het budget dat hiervoor opgenomen is in de DBC's/bekostigingssystematiek

Handhaving

- Zorg voor toetsing en naleving van de kwaliteitsstandaard door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Regionaal (Regionale zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten en verzekeraars)

Hieronder worden aanbevelingen gedaan die op regionaal niveau kunnen worden opgepakt om te bevorderen dat de kwaliteitsstandaard succesvol wordt geïmplementeerd.

Regionale zorgaanbieders (zorgorganisaties en zorgverleners):

- Breng gezamenlijk het zorgaanbod in de regio in kaart en zorg ervoor dat deze informatie terug te vinden is voor zowel de patiënten als de zorgverleners.
- Maak regionale samenwerkingsafspraken over het verlenen van psychosociale zorg, verwijsmogelijkheden en overdracht van zorg.
- Maak gebruik van goede voorbeelden (aandoeningen en/of regio's waar psychosociale zorg goed georganiseerd is).
- Regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars: Maak in de regio afspraken over budget, bekostiging en financiering van psychosociale zorg

Lokaal (zorgaanbieders en patiënten)

Op lokaal niveau zijn zorgbestuurders en zorgverleners verantwoordelijk voor de implementatie van aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard. Ook patiënten kunnen de implementatie van de kwaliteitsstandaard bevorderen. De schrijfgroep stelt de volgende activiteiten voor ter bevordering van toepassing op de werkvloer.

Zorgaanbieders (zorgbestuurders en zorgverleners):

- Bespreek de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard in uw organisatie, praktijk, vakgroep, maatschap of afdeling.
- Bespreek wat de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard voor uw patiënten(groepen) betekenen en vertaal en/of incorporeer de aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard in lokale protocollen, procedures en/of afspraken.
- Stel binnen uw organisatie, praktijk, vakgroep of maatschap een persoon aan die verantwoordelijk is voor het bekend maken, implementeren en evalueren van het gebruik van de kwaliteitsstandaard.
- Maak inzichtelijk welke zorgverleners binnen en buiten uw organisatie, praktijk, vakgroep, maatschap of afdeling bij psychosociale zorg een rol spelen.
- Evalueer periodiek welke aspecten van de psychosociale zorg voor verbetering in aanmerking komen dan wel welke lokale factoren het al dan niet opvolgen van aanbevelingen in de praktijk beïnvloeden.
- Vergemakkelijk het raadplegen of het vinden van de kwaliteitsstandaard door deze bijvoorbeeld toegankelijk te maken via uw kwaliteitsportaal in het ZIS of door te linken naar de landelijke richtlijndatabase (www.richtlijndatabase.nl).

Patiënten

- Breng aandacht voor de eventuele impact van uw ziekte op andere aspecten in uw leven expliciet ter sprake in het gesprek met uw zorgverlener. Maar daarbij indien relevant gebruik van bestaand informatiemateriaal en/of -kanalen (www.3goedevragen.nl; www.thuisarts.nl; www.patientenfederatie.nl).

Bijlage 4c Disseminatie- en implementatietabel

Tabel disseminatie activiteiten

Te ondernemen acties voor disseminatie	Verantwoordelijke(n) voor acties	Tijdspad voor disseminatie	Wie betrokken?	Opmerkingen
Standaard aanmelden bij Richtlijnen database	Adviseur Kennisinstituut	<1 maand na oplevering	-	
Standaard aanbieden bij het Register	Adviseur Kennisinstituut	Na autorisatie	tripartiet	
PowerPointpresentatie opstellen/finaliseren	Adviseur Kennisinstituut	Na autorisatie	Schrijfgroepleden meekijken	
Artikel /smv voor bladen als MC, NTvG, Skipr of Zorgvisie schrijven	Adviseur Kennisinstituut	Tijdens autorisatiefase	1 of 2 schrijfgroepleden, rest kijkt mee	I.o.m. LVMP
Bericht voor nieuwsbrief en/of vakblad WV's en BV's opstellen	schrijfgroepleden en bureaus WV's/BV's	Tijdens autorisatiefase		
Nieuwsbericht, notificatiebericht RLDB opstellen	Adviseur met afdeling communicatie	Tijdens autorisatiefase		
Het breed uitzetten van een nieuwsbericht, in overleg met de afdeling communicatie van de Federatie. Dit bericht kan eventueel begeleid worden door een interview/podcast met een schrijfgroep lid/leden.				
Artikel/interview in dagblad e/o tijdschrift	Adviseur Kennisinstituut	Na autorisatie	Communicatieafdeling FMS	
Patiënteninformatie op Thuisarts.nl	Adviseur Kennisinstituut	<3 – 6 mnd na oplevering	Redactieraad NHG, PFN	
Symposium om standaard onder de aandacht te brengen	ZiNL	<3 – 6 mnd na oplevering		
ZiNL verzoekt AQUA om module/aandacht PSZ in richtlijnen op te nemen in als criterium in Toetsingskader	Adviseur Kennisinstituut	<6 – 12 mnd	i.o.m ZiNL	
Aanbieden bij AO e/o petitiemoment TK	Adviseur met afdeling communicatie	<6mnd	i.o.m. VWS	Bij voorkeur door aantal leden van schrijfgroep

Aanbieden minister van VWS	Adviseur met afdeling communicatie	<6 – 12 mnd	i.o.m. VWS	
Bewindspersoon brengt het onder de aandacht bij werkbezoek	Adviseur met afdeling communicatie	<6 -12 mnd	i.o.m. VWS	
Presenteren op ALV/jaarlijks congres	Betrokken verenigingen	<12 mnd	schrijfgroepleden	
Opstellen infographic/animatie	Adviseur Kennisinstituut	6mnd	i.o.m. VWS en afdeling communicatie	Afh beschikbaar budget

Tabel implementatie activiteiten

Module 1 Psychosociale Zorg: Definitie Aanbevelingen	Nodig	Verwacht effect op kosten	Implementatie activiteit	Verantwoordelijke(n)	Tijdspad implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5j
<p>Integreer als zorgverlener aandacht voor de gevolgen van een somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de patiënt in de behandeling en zorg van die patiënt; psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid.</p> <p>Besteed als zorgverlener tijdig en regelmatig aandacht aan psychosociale klachten bij patiënten met een somatische ziekte. Deze problemen komen frequent voor.</p> <p>Besteed als zorgverlener tevens aandacht aan de gevolgen van de somatische ziekte op het psychosociaal welbevinden/functioneren van de naaste(n) van de patiënt.</p>	Bewustwording	Kostenreductie door verbetering patiënt uitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid	Rolmodellen, Publiciteit en PR, Landelijke campagnes	Overheid, Verzekeraars, Landelijke koepels van zorgaanbieders, zorgverleners en patiënten, Patiëntenverenigingen, Belangenverenigingen, Rolmodellen, landelijke media	<12 maanden na autorisatie

Module 2 Psychosociale Zorg: Inhoud Aanbevelingen	Nodig	Verwacht effect op kosten	Implementatie-activiteit	Verantwoordelijke(n)	Tijdspad implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5j
Bespreek met de patiënt dat de somatische ziekte gevolgen kan hebben zowel op het lichamelijk vlak als op het mentale, emotionele,	Kennis en vaardigheden zorgverlener	Kostenreductie door verbetering patiënt uitkomsten,	Opleiding, bij- en nascholing van zorgverleners	Koepels van zorgverleners en patiënten	<12 maanden na autorisatie

<p>existentiële en sociale vlak en op maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.</p> <p>Stel de patiënt gerust dat dit erbij kan horen en veel voorkomt.</p> <p>Geef gericht en vooral gedoseerd informatie en ga na of de patiënt (en naaste) het begrijpt.</p> <p>Gebruik naast het gesprek – indien nodig - een screeningsinstrument als ondersteuning om de psychosociale zorgbehoefte(n) van de patiënt te bepalen.</p>	<p>Bewustwording patiënt en naasten</p> <p>Patiënten-informatie (project Patiënten-federatie Nederland en Thuisarts.nl)</p>	<p>therapietrouw en patiënt tevredenheid</p>	<p>Empowerment van patiënt en naasten</p>	<p>Wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners</p> <p>Patiëntenfederatie Nederland</p>	
---	---	--	---	---	--

Module 2 Psychosociale Zorg: Organisatie Aanbevelingen	Nodig	Verwacht effect op kosten	Implementatie activiteit	Verantwoordelijke(n)	Tijdspad implementatie:<1 jaar, 1 tot 3 jaar of 3 tot 5 jaar
<p>De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk dat psychosociale zorg verleend of geïnitieerd wordt.</p> <p>Overleg met de patiënt – na vaststelling van de psychosociale zorgbehoefte(n) – bij welke zorgverlener de patiënt het beste terecht kan met zijn zorgvraag.</p> <p>Weet als zorgverlener naar wie je voor welke psychosociale ondersteuning en psychologische zorg kunt doorverwijzen zowel binnen de zorginstelling als daarbuiten.</p> <p>Zorg als zorginstelling ervoor dat duidelijk is:</p>	<p>Interprofessionele samenwerking, multidisciplinair overleg, <i>collaborative care</i></p> <p>Wegnemen financiële drempels</p> <p>Verwijsrelaties, overdracht van informatie</p> <p>Kennis van lokale en regionale kaart</p>	<p>Kostenreductie door verbetering patiënt uitkomsten, terapietrouw en patiënttevredenheid</p>	<p>Lokale en regionale afstemming en afspraken</p> <p>Oormerken budget voor psychosociale zorg</p> <p>Handhaving IGJ</p>	<p>Zorgaanbieders (RvB zorginstellingen en zorgverleners), zorgverzekeraars</p>	<p><12 – 24 maanden na autorisatie</p>

1) welk zorgaanbod op psychosociaal vlak door wie geboden wordt in de instelling en met wie er wordt samengewerkt buiten de instelling; en 2) zorg ervoor dat deze informatie terug te vinden is voor zowel patiënten als zorgverleners.	Patiënten- informatie (project PFN, en Thuisarts.nl)				
---	---	--	--	--	--

Bijlage 5 Indicatoren

Indicator BELEID

<24 maanden

Indicator 1: instellingsbeleid psychosociale zorg bij somatische ziekte	
Relatie met kwaliteit	Werkt de instelling gestructureerd aan het aanbieden van psychosociale zorg bij somatische ziekte. Dit beleid bevat de volgende onderdelen:
Registratie	
a) Is er beleid of een procedure / handelingsprotocol 'psychosociale zorg bij somatische ziekte' aanwezig in uw instelling?	Ja / nee Zo ja, omvat dit beleid/deze procedure/dit protocol dan de volgende zaken (aanvinken wat van toepassing is): <ul style="list-style-type: none"> ○ Welke intake en/of screening de instelling hiervoor hanteert. ○ Een uitwerking van de beschikbare ondersteuning in de instelling en in de regio ○ Relevante interne en externe telefoonnummers en gegevens van de sociale kaart van de eigen regio
b) Is er een multidisciplinair team(aanbod) voor het verlenen van psychosociale zorg bij somatische ziekte aanwezig	Ja / nee
c) Is er –interne -scholing aanwezig op het gebied van psychosociale zorg bij somatische ziekte?	Ja / nee
Type indicator	Structuur
Gebruik	Intern
Literatuur	Kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziekte

Indicator ERVARING

<36 maanden

Procesindicator 2: uitvragen hoe psychosociale ondersteuning bij somatische ziekte door patiënt wordt ervaren	
Naam indicator	Ervaring patiënt
Relatie tot kwaliteit	Indicator van belang om te toetsen hoe patiënt en/of naaste de psychosociale ondersteuning bij somatische ziekte ervaren
Registratie	Uit (bestaande) vragenlijst (CQindex) of andere patiëntervaringslijsten (PREMS)
Type indicator	Proces
Gebruik	Intern
Literatuur	Kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziekte

Bijlage 6 Kennislacunes

Een deel van de uitgangsvragen kon met behulp van de literatuur, expertise en patiënteninput worden beantwoord. Echter, een aantal vragen en knelpunten kon niet beantwoord; hier bestaat een lacune te bestaan in de beschikbare kennis. De werkgroep meent dat (vervolg)onderzoek wenselijk is om in de toekomst een antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. De werkgroep heeft de belangrijkste kennislacunes geprioriteerd en per onderwerp aangegeven waar toekomstig onderzoek wenselijk is.

Kosten en baten psychosociale zorg

Wat zijn de kosten en baten – binnen en buiten de Nederlandse zorg – van het verlenen van psychosociale zorg aan mensen met een somatische ziekte met grote gevolgen op mentaal en maatschappelijk vlak?

Organisatie van psychosociale zorg

Op welke manier kun je psychosociale zorg het meest passend organiseren voor de patiënt met een somatische ziekte met een impact op het leven, zowel voorafgaand en gedurende als na het somatische zorgtraject en gedurende het leven indien er sprake is van een chronische somatische aandoening?