



Kwaliteitsstandaard

Psychosociale zorg bij somatische ziekte

Kwestie van gewoon dóen

5

CONCEPT



Inhoudsopgave

	Samenvatting
10	Leeswijzer
	Begrippenlijst
	Hoofdstuk 1 Het belang van psychosociale zorg in het somatische zorgtraject
	1.1 Psychosociale problemen en somatische ziekte
15	1.2 Wat is psychosociale zorg?
	1.3 Prevalentie en contextfactoren
	1.4 Van biomedisch naar bio-psychosociaal model
	1.5 Kosten en baten
	1.6 Doel en afbakening van de kwaliteitsstandaard
20	Hoofdstuk 2 Verantwoording en werkwijze
	2.1 Initiatief
	2.2 Werkwijze
25	Hoofdstuk 3 Psychosociale zorg: inhoud
	3.1 Aandacht en erkenning
	- Psychosociale zorg integraal onderdeel somatische zorgketen
	3.2 Herkennen en bespreken
	- Het begint bij het gesprek
30	- Verschillende behoeftes en individuele afstemming
	- Aanpassingsfasen
	3.3 Signaleren zorgbehoefte
	- Signaleren zorgbehoefte
	- Inzet van screeningsinstrumenten
35	- Psychodiagnostiek
	Hoofdstuk 4 Psychosociale zorg: organisatie
	4.1 Aanbod van psychosociale zorg
	- Passende zorg
40	4.2 Samenwerking en medebehandeling
	- Onderlinge samenwerking
	- Medebehandeling
	4.3 Financiering van zorg
	- Bekostiging
45	- Knelpunten
	Bijlagen
	Referenties

50 Samenvatting

Een lichamelijke ziekte kan het leven ingrijpend verstoren. Niet alleen op somatische gebied, maar ook wat betreft psychisch, sociaal en/of maatschappelijk welbevinden. 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 en relatie. Patiënten moeten op de een of andere manier het hoofd bieden aan onzekerheid over de toekomst, veranderingen in relationeel opzicht (afhankelijkheid van anderen, veranderde rolpatronen, seksualiteit) en in maatschappelijk opzicht (maatschappelijke positie, arbeid, financiële positie). Dit geldt ook voor naasten van de patiënt.

Deze kwaliteitsstandaard richt zich op psychosociale zorg voor volwassen patiënten met een somatische ziekte. Hierbij gaat het om psychosociale zorg tijdens het somatische zorgtraject in het ziekenhuis en daarbuiten en na afloop van het ziekenhuistraject.

Een grote groep patiënten en naasten doorlopen het aanpassingsproces bij een somatische ziekte zonder onoverkoombare problemen en heeft voldoende aan de steun van naasten en directe zorgverleners. Daarnaast is een groep die aanvullende psychosociale ondersteuning of psychologische zorg nodig heeft. Psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met een somatische ziekte is daarom van belang. Het maakt onlosmakelijk deel uit van de patiëntenzorg.

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. Het verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid. Door het bespreekbaar maken van psychosociale problemen als iets dat erbij hoort, normaal is, en door tijdige herkenning ervan en het verlenen van ondersteuning dan wel zorg, wordt bijgedragen aan de verbetering van zowel het lichamenlijk als psychisch, sociaal en/of maatschappelijk welbevinden en daarmee de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten.

Behoeften en vragen verschillen per patiënt en kunnen gedurende de beginfase van de ziekte anders van aard zijn en vragen om een andere aanpak dan behoeften in latere fases.

Het verlenen van zorg – aandacht biedend aan zowel de somatische als psychosociale aspecten – kan het best –in samenwerking– worden vormgegeven. De hoofdbehandelaar binnen of buiten het ziekenhuis heeft daarin een regierol.

Psychosociale zorg wordt verleend door huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen. Daarnaast bestaan er zorgverleners die gespecialiseerd zijn in psychosociale begeleiding, zoals maatschappelijk werkers, en psychologische zorg, zoals psychologen en psychiaters.

90



Leeswijzer

Deze kwaliteitsstandaard richt zich op psychosociale zorg voor volwassenen met somatische ziekten die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren. Hoofdstuk 1 beschrijft waarom aandacht voor psychosociale zorg belangrijk is en hoe vaak psychosociale klachten bij somatische ziekte voorkomen. Hoofdstuk 2 gaat in op de methode en werkwijze die gevolgd is bij het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaard. In hoofdstuk 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 hoofdstuk 4.

CONCEPT

Begrippenlijst

Psychosociale zorg

105 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 problemen en stoornissen
(Uit: VWS-advies psychosociale zorg voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen,
oktober 2015)

110

Psychosociale ondersteuning

115 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 een verbeterde kwaliteit van leven (Puttiger e.a.,
2004).

Psychologische zorg

120 Psychologische zorg omvat diagnostiek en behandeling (psychotherapie) gericht op het doen
veranderen van gedrag, emoties en cognities middels gestructureerde op wetenschappelijke
modellen gestoelde aanpak.
De medische psychologie in het ziekenhuis is een ondersteunend en (mede) behandelend
specialisme.

Psychologische diagnostiek

125 Psychologische diagnostiek doet middels gespreksmethoden en gestandaardiseerde vragenlijsten en
testmethoden onderzoek naar klachten en psychische stoornissen als angst en depressie. Ook
cognitieve functiestoornissen (neuropsychodiagnostiek) en/of onderliggende problematiek in het
kader van gezondheidsproblematiek (bijvoorbeeld eetstoornissen bij diabetes, ADHD bij
130 therapietrouw) kan onderzocht en behandeld worden. Neuropsychologische diagnostiek brengt de
verschillende cognitieve functies in kaart, als aandacht en geheugen. Dit gebeurt bij ziekten van het
brein, maar bijvoorbeeld ook na chemotherapie bij kanker.

Psychologische behandeling

135 Psychologische behandeling kan bestaan uit voorlichting, registratie van klachten en beïnvloedende
factoren, daarmee inzicht vergroten in samenhang in problematiek of het geven van
gedragsadviezen. Het is gesprekstherapie, probleemgericht en kortdurend. Psychotherapie is
systematische – op de persoon en zijn ziekte aangepaste – beïnvloeding van gedrag en emoties en
gedachten middels *evidence-based* methoden in individuele, relatie- of groepssetting. Veel gebruikte
140 psychotherapieën zijn cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie. Doelen zijn vaak
acceptatie en aanvaarding, doen afnemen van angst, verbeteren stemming, toenemen van
gezondheidsgedrag als bijvoorbeeld therapietrouw. Ook de behandeling van aanpassing en
verwerking van patiënten met een neuropsychologische aandoening valt onder psychologische
behandeling.

145

1 Het belang van psychosociale zorg in het somatische zorgtraject

1.1 Psychosociale problemen

Kernpunten

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

Patiënten in het somatische zorgtraject ervaren te weinig aandacht voor psychosociale problemen.

150 Een lichamelijke ziekte of ingrijpende medische behandeling kan het leven ingrijpend verstoren. Niet alleen op somatisch gebied, maar ook wat betreft psychisch, sociaal en maatschappelijk welbevinden. 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 en relatie. 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).

160 Uit onderzoek blijkt dat patiënten die psychosociale klachten ervaren naar aanleiding van hun ziekte een aanmerkelijk lagere kwaliteit van leven hebben, meer moeite hebben met het nemen van beslissingen over behandeling, zich minder houden aan behandelingsvoorschriften, vaker medische zorg zoeken (leidend tot hogere zorgkosten) en minder tevreden zijn met de medische zorg die ze ontvangen (ref <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 et al, 2016; Nicholls et al, 2017).

Behoeftte aan meer ondersteuning

175 Veel patiënten hebben behoefte aan (extra) professionele ondersteuning bij het kunnen omgaan met de ingrijpende gevolgen van hun lichamelijke ziekte. Patiënten geven aan dat dit onvoldoende wordt onderkend en willen meer ondersteuning door artsen en andere zorgverleners (NIVEL, 2013; Patiëntenfederatie, 2017; IPSO, 2014). Zo zouden drie van de tien kankerpatiënten hun problemen graag meer met een (para)medicus of verpleegkundige willen bespreken. Een vijfde was bovendien graag meer bijgestaan door een psychosociaal zorgverlener (NIVEL, 2013).

180 In een vragenlijstonderzoek onder een zeer grote groep patiënten die een chronische aandoening of ingrijpende behandeling hebben (gehad), geeft meer dan de helft van de deelnemers (N=4499 patiënten) aan geen informatie te hebben gekregen van zorgverleners over het eventueel ontstaan van psychosociale klachten, terwijl men hier wel behoefte aan had. Daarnaast geeft meer dan de

185 helft van de deelnemers aan dat er geen aandacht was voor psychosociale klachten bij naasten of mantelzorgers (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

190 iets meer dan de helft legt psychosociale klachten voor aan een arts, verpleegkundige of paramedicus. Een derde bespreekt de problemen met andere patiënten of iemand van een patiëntenorganisatie en een vijfde met een psychosociale zorgverlener, zoals een psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker (NIVEL, 2013). Een kwart van de deelnemers heeft geen hulp of ondersteuning gehad, terwijl hieraan bij twee derde van de deelnemers wel behoefte was (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Psychosociale zorg maakt onlosmakelijk deel uit van somatisch zorgtraject

195 Psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met een somatische ziekte is belangrijk en behoort een onlosmakelijk deel te zijn van de zorg. Door psychosociale problemen te benoemen en te bespreken, kan bij die patiënten bij wie dat nodig blijkt, 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.

200 1.2 Wat is psychosociale zorg?

Kernpunten

Psychosociale zorg is een verzamelterm. Psychosociale zorg 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 problemen en stoornissen.

205 In oktober 2015 bracht een VWS-werkgroep het rapport Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen uit (REF). Deze werkgroep definieerde de term psychosociale zorg en de onderliggende termen.

210 De VWS-werkgroep concludeerde dat psychosociale zorg voor patiënten met een somatische ziekte een onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van het zorgtraject. De huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen bieden beperkt ruimte om deze zorg te verlenen, maar tegelijkertijd blijkt dat het bieden van deze ondersteuning en zorg beter kan.

1.3 Prevalentie en contextfactoren

Kernpunt

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

215 Psychosociale problemen die samenhangen met een somatische ziekte komen in meer of mindere mate voor bij mensen met een somatische ziekte, en doen zich op verschillende momenten voor in het ziekte- dan wel zorgproces (toevoegen relevante aandoening specifieke REFs).

220 In de literatuur komen verschillende prevalentiecijfers voor. 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

225 Psychosociale problemen bij patiënten met een somatische ziekte komen frequent voor. Ook in Nederland. Uit studies van het NIVEL-studies en het Trimbos Instituut komt naar voren dat één op de drie patiënten met een chronisch ziekte psychosociale problemen ervaart (NIVEL, 2004; NIVEL, 2012, NEMESIS-2). Ook psychische stoornissen komen voor, vooral angst en depressie worden vaker gezien bij mensen met een somatische ziekte (Bielas, 2018; Bonaccio, 2018; Pedersen, 2018; Richards, 2018,)

230 Aanvullend onderzoek door het NIVEL (Jansen, 2012) onder patiënten met een chronische ziekte wijst uit dat mensen met ernstige beperkingen en jonge mensen vaak meer psychosociale problemen ervaren. Een op de zes patiënten ervaart klinisch relevante angst – en depressieve klachten. Uit ander onderzoek blijkt dat de mate waarin psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen optreden mede afhangt van:

- 235
- De persoonlijkheid van de patiënt;
 - De sociale steun die de patiënt ervaart;
 - Coping vaardigheden van de patiënt;
 - Lichamelijke gezondheid en beperkingen;
 - Het aantal en de duur van de (chronische) ziekte; en
- 240
- De leeftijd van de patiënt (jongeren lijken extra kwetsbaar).

Prevalentie psychosociale problemen bij naasten

245 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 et al, 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 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 naasten vergelijkbaar is met die van de patiënten met kanker (Garssen et al., 2011).

250 Patiënten en naasten hebben de ervaring dat dit onvoldoende wordt onderkend (Patiëntenfederatie Nederland, 2017; Puttiger e.a., 2004). Uit onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland (2017) geeft meer dan de helft van de 4499 deelnemers (56%) aan dat er geen aandacht was voor psychosociale problemen bij naasten of mantelzorgers.

255

1.4 Van biomedisch naar bio-psychosociaal model

Kernpunten

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

Het bio-psychosociale model zou leidend moeten zijn in de somatische zorg.

260 Het belang van psychosociale aspecten in het somatische zorgtraject wordt steeds meer onderkend (Hosman, 1983; WHO, 2001; Gezondheidsraad, 2005). Dat een somatische ziekte niet alleen lichamelijke gevolgen heeft, maar ook zijn tol eist op psychisch, sociaal en maatschappelijk vlak, wordt steeds vaker onderschreven. Het best wordt dit weerspiegeld in de nieuwe en invloedrijke definitie van gezondheid zoals beschreven door Huber c.s. in 2012. Daarbij wordt gezondheid niet
265 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' (Huber, 2012). 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 (Huber, 2012; zie bijlage 1).

270

Psychosociale zorg en zorgverleners

Ondanks deze ontwikkeling is bij patiënten met somatische ziekten nog steeds onvoldoende aandacht voor de psychosociale problemen die met de ziekte gepaard gaan. Niet alle zorgverleners zijn zich voldoende bewust van het belang van psychosociale zorg en/of handelen hiernaar.

275

Mogelijke redenen hiervoor zijn dat zij zich onvoldoende geëquipeerd voelen om psychosociale aspecten aan de orde te stellen; zij door tijdsdruk deze aspecten onvoldoende ter sprake brengen; er onvoldoende psychosociale zorgverleners voorhanden zijn; of omdat ze onterecht veronderstellen dat het benoemen van psychosociale problemen extra zorg oproept of problemen benadrukt of verergert. Dit terwijl de ervaring leert dat het geen aandacht geven aan psychosociale problemen zich vaak in een later stadium wreekt (Richards, 2018).

280

Psychosociale zorg en patiënten

Daarnaast blijkt dat veel patiënten psychosociale problemen niet aan de orde stellen. Voor sommige patiënten rust er een taboe op het bespreekbaar maken van psychosociale problemen en/of het vragen om hulp. Of zij willen de zorgverlener hier niet mee lastig vallen, hebben het gevoel dat dit niet met de zorgverlener besproken kan worden of beschouwen het als onvermijdelijk bij de ziekte horend. Ook kan er sprake zijn van onbegrip vanuit de omgeving (Ref).

285

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 opgepakt.

290

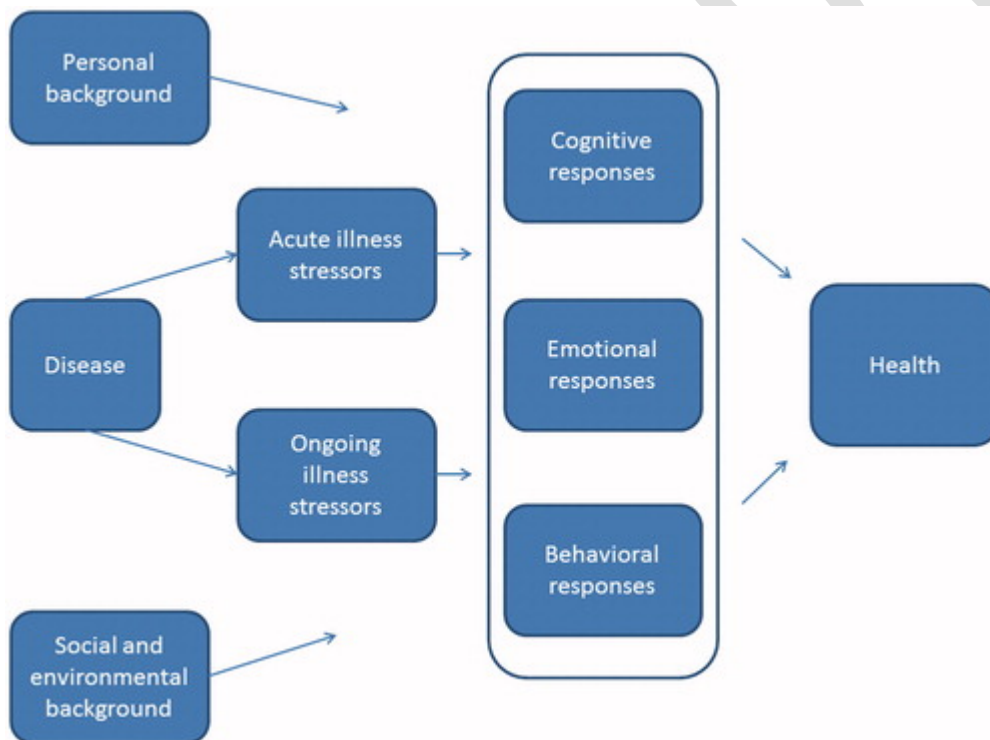
Van biomedisch naar bio-psychosociaal

295 De beperkte aandacht voor psychosociale zorg is mede het gevolg van de dominantie van het zogenoemde biomedische model in de somatische zorg. De kritiek op dit model luidt dat het vooral

kijkt naar de fysieke en biologische processen. Het staat minder stil bij de psychische en sociale aspecten, terwijl deze een belangrijk onderdeel vormen van het ziek zijn.

300 Het bio-psychosociaal model is een uitbreiding van het biomedische model over het menselijk functioneren. Dit model besteedt niet alleen aandacht aan biomedische aspecten, maar ook aan psychologische en sociale factoren die medebepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces. In het bio-psychosociale model wordt uitgegaan van wederzijdse beïnvloeding van verschillende factoren die met ziekte en de behandeling ervan samenhangen.

305 Dekker en De Groot illustreren het bovenstaande in hun ziekte-response model (zie figuur 1). 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
310 tussen acute stressoren – zoals behandeling of exacerbaties – en chronische stressoren – zoals functioneel onvermogen of progressiviteit van ziekte.



315 Figuur 1 Ziekte-response Model (Dekker & de Groot, 2018) (NL-vertaling invoegen)

1.5 Kosten en baten

320 **Kernpunt**
Psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid.

Het is een misverstand dat psychosociale begeleiding en psychologische zorg veel tijd en geld kost. Tijdige aandacht hiervoor betaalt zich in veelvoud terug, zowel in tijd en kosten als in patiëntuitkomsten en patiënttevredenheid (Grinshteyn & Wendel, 2016; Kaplan, & Groessl, 2002;

325 Tovian, 2004; Stewart et al, 2017, Knapp et al, 2015; Kyounghae, et al, 2016; Wodarski, 2000; Barlow,
2005). Het verhoogt de effectiviteit van het medisch handelen. Zo wordt therapietrouw bevordert of
kan het een alternatief zijn voor medicamenteuze behandeling (bijv. cognitieve gedragstherapie bij
menopauzeklachten bij jonge vrouwen met borstkanker). Ook kunnen mortaliteit cijfers dalen (bijv.
330 bij cardiologische patiënten) (NEMESIS, 2012). Daarnaast verhoogt het de kwaliteit van leven en
maatschappelijke participatie van mensen met een somatische aandoening, bevordert het
arbeids(re)integratie en voorkomt psychische comorbiditeit en medische onder- en overconsumptie
(Richards, 2018).

335 Psychosociale zorg zou daarmee een vanzelfsprekend onderdeel van medisch handelen moeten zijn.
Onvoldoende aandacht voor psychosociale zorg leidt tot ongewenste verschillen in zorg en
zorguitkomsten (Pedersen, 2018).

1.6 Doel en afbakening van de kwaliteitsstandaard

340 Deze kwaliteitsstandaard richt zich op psychosociale zorg voor volwassenen met somatische ziekten
die een grote impact kunnen hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren.

345 De kwaliteitsstandaard beschrijft wat psychosociale zorg bij somatische ziekten 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.

345 Deze kwaliteitsstandaard omvat algemene aandachtspunten over psychosociale zorg. Voor
ziektespecifieke aandachtspunten, ook op het vlak van psychosociale zorg, wordt verwezen naar
richtlijnen, protocollen, standaarden, keuzehulpen en patiënten informatie over de ziekte.

350 Het doel van de kwaliteitsstandaard is:

1. Het bewust maken van patiënten, naasten en zorgverleners van het belang van psychosociale
zorg tijdens somatische ziekte en de verantwoordelijkheid van zorgverleners hierin.
2. Het geven van handvatten voor het verlenen van psychosociale zorg
3. Het aanmoedigen tot (tijdig) signaleren en bespreken van psychosociaal functioneren en
355 psychische klachten, eventueel screenen hierop en het wanneer nodig doorverwijzen.
4. Het bevorderen van onderlinge samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.

2 Verantwoording en werkwijze

360 2.1 Initiatief

De ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard is een uitvloeisel van de VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen en is door het ministerie van VWS namens de betrokken partijen als opdracht aan het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten gegeven.

365

In samenwerking met een schrijfgroep bestaande uit leden van Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde (NVKNO), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Landelijke vereniging Medische Psychologie (LVMP), Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW), en Inloophuizen en Psycho-oncologische centra (IPSO) is de kwaliteitsstandaard tot stand gekomen.

370

Door middel van werkconferenties werden andere relevante partijen (zie bijlage 3) in de gelegenheid gesteld bij te dragen aan de inhoud van deze standaard.

375 **Algemene gegevens**

De kwaliteitsstandaard werd ondersteund en begeleid door het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl). Het ministerie van VWS heeft de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard gefinancierd.

380 **Samenstelling van de schrijfgroep**

Het Kennisinstituut heeft de deelnemende partijen Patiëntenfederatie Nederland, NVKNO, NVN, NVvC, V&VN, NIP, LVMP, BPSW en IPSO gevraagd een lid voor de schrijfgroep te mandateren:

385

- Renske Kranenburg, beleidsmedewerker, Patiëntenfederatie Nederland
- Niek Golsteijn, verpleegkundig specialist, V&VN Oncologie
- Joost van Tongeren, KNO-arts, MUMC+, NVKNO
- Jolanda Winters, maatschappelijk werker, BPSW
- Rudolf Ponds, klinisch neuropsycholoog, MUMC+, NIP
- Rik Withaar, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Isala klinieken, LVMP
- Anette Pet, klinisch psycholoog en psychotherapeut, IPSO
- Rinske van Koningsveld, neuroloog Elkerliek Ziekenhuis, NVN
- Petra Kuijpers, cardioloog, MUMC+, NVvC

390

Met ondersteuning van:

395

- Leden (9) van de patiëntengroep met in ieder geval vertegenwoordiging uit: Stichting Hematon (namens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties), Parkinson vereniging, Stichting Hoormij, Harteraad, Huidpatiënten Nederland, Dwarslaesie Organisatie Nederland, VSOP: voor zeldzame en genetische aandoeningen, Oogvereniging en Reumazorg Nederland.
- Loes Schouten, gezondheidswetenschapper en zelfstandig adviseur
- Teus van Barneveld, directeur Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Sanne Snoeijis, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Tessa Geltink, junior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Dunja Dreesens, senior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten

400

2.2 Werkwijze

405

Bronnen

Voor de totstandkoming van de kwaliteitsstandaard is gebruik gemaakt van verschillende bronnen.

- NVPO-review van bestaande protocollen, standaarden, richtlijnen en rapporten in de oncologie op het vlak van psychosociale zorg;
- 410 • Bestaande richtlijnen, protocollen en standaarden met een module/alinea psychosociale zorg;
- Wetenschappelijke publicaties, rapporten en boeken;
- Enquête onder leden van patiëntenpanel van de Patiëntenfederatie Nederland;
- Interviews (zie hieronder).

Er is niet systematisch gezocht naar literatuur.

415

Proces

Het proces van de totstandkoming heeft er als volgt uitgezien:

- Literatuur vergaren, samenvatten en analyseren.
- Inventarisatie van modules/alinea's psychosociale zorg in richtlijnen en zorgstandaarden (voortbordurend op review LVPO).
- 420 • 1e werkconferentie: raamwerk en thema's onderwerp bepalen.
- Interviews met:
 - Patiënten (4);
 - Psychologen (2 individuele interviews en een groepsinterview);
 - 425 ○ Verpleegkundigen (groepsinterview);
 - Maatschappelijk werker (1);
 - Medisch specialisten (4).
- Bijeenkomsten schrijfgroep:
 - 1^e bijeenkomst: vaststellen raamwerk;
 - 430 ○ 2^e en 3^e bijeenkomst: bespreking versies kwaliteitsstandaard, bronnen als literatuur en rapporten;
 - 4^e bijeenkomst: finalisering van concept-kwaliteitsstandaard
 - 5^e bijeenkomst: bespreking binnengekomen commentaar en voorbereiding 2^e werkconferentie;
 - 435 ○ 6^e bijeenkomst: afronding kwaliteitsstandaard en project.
- Schriftelijk hoor en wederhoor op versies van de kwaliteitstandaard via email door de schrijfgroep
- Enquête patiëntenpanel
- Bijeenkomsten meelesgroep leden patiëntenverenigingen van de Patiëntenfederatie Nederland:
 - 1^e bijeenkomst: uitleg kwaliteitsstandaard en input op raamwerk;
 - 440 ○ 2^e bijeenkomst: bespreking commentaar op 3^e versie kwaliteitsstandaard;
 - 3^e bijeenkomst: aanleveren van commentaar op concept-kwaliteitstandaard.
- Commentaarfase: betrokken partijen verzocht om schriftelijk commentaar te geven op de concept-kwaliteitsstandaard.
- Overleg IGJ i.o en NZa.
- 445 • 2e werkconferentie: bespreking van binnengekomen commentaar, implementatieplan en indicator/PROM.
- Autorisatiefase: voorleggen van kwaliteitsstandaard aan relevante partijen ter autorisatie.

3 Psychosociale zorg: inhoud

450

3.1 Aandacht en bewustwording

Kernpunt

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

Psychosociale zorg is onlosmakelijk onderdeel van de somatische zorg en behandeling van patiënten.

455 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. Emotionele ondersteuning en een empathische houding staan hierbij centraal.

Daarnaast zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- 460
- Geef naast informatie over de (mogelijke gevolgen van) ziekte en behandeling, ook informatie over psychosociale problemen 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

465

 - zorg beschikbaar zijn.
 - Geef voorlichting over ondersteuningsmogelijkheden.
 - Informeer over methodes voor zelfmanagement, laagdrempelig lotgenotencontact en gespecialiseerde psychosociale begeleiding en psychologische zorg (diagnostiek en behandeling)
 - Bespreek met de patiënt de keuze(s) voor de ondersteuning en zorg, en eventueel behandelaar.

470

 - Begeleid en ondersteun de patiënt bij het nemen van beslissingen.
 - Ga regelmatig na of er sprake is van psychosociale problematiek en/of psychische stoornissen (behandeling) en verwijs indien nodig door.
 - Zorg voor goede afstemming en overdracht tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt.

475

 - Zorg dat de patiënt en naasten laagdrempelig contact kunnen opnemen bij vragen en/of klachten.

Een grote groep patiënten en naasten doorlopen het aanpassingsproces bij een somatische ziekte zonder onoverkoombare problemen en heeft voldoende aan de steun van naasten en psychosociale

480

zorg van zorgverleners. Daarnaast is echter een substantiële groep die aanvullende psychosociale ondersteuning en/of psychologische zorg nodig heeft. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (veelal de behandelend arts) en betrokken zorgverleners, om - in overleg 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 2).

485

490

3.2 Herkennen en bespreken

Kernpunten

Zorgverleners maken de gevolgen van een somatische ziekte op verschillende levensdomeinen expliciet bespreekbaar.

De behoefte aan en mate van psychosociale zorg verschilt per patiënt en kan gedurende de somatische ziekte aan verandering onderhevig zijn.

Het niet tijdig signaleren en behandelen van psychosociale klachten kan tot psychosociale problematiek en gezondheidsschade lijden.

Het begint bij het gesprek

495 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 een wirwar aan emoties en verschillende psychosociale klachten. Het is daarom van belang dat
500 zorgverleners, tijdens het gehele zorgtraject van een patiënt, regelmatig en actief (door)vragen naar lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren (Huber, 2012) van zowel patiënt als naaste.

Het is noodzakelijk dat zorgverleners expliciet aandacht besteden aan de psychosociale problemen
505 die zich kunnen voordoen als gevolg van een ziekte en behandeling. Dit kan door het een vast onderdeel te laten 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. Het verstrekken en/of meegeven van informatie dan wel het aangeven waar de patiënt terecht kan voor nadere informatie
510 of begeleiding hoort hierbij.

Verschillende behoeftes en individuele afstemming

Behoeftes en vragen verschillen per patiënt en kunnen gedurende de beginfase van de ziekte anders van aard zijn en vragen om een andere aanpak dan behoeftes in latere fases.

515 Het is, zeker bij psychosociale zorg, van belang oog te hebben voor de diversiteit van patiënten en naasten en hun specifieke wensen en behoeftes.

Grofweg kan onderscheid worden gemaakt tussen patiënten en naasten die in een bepaalde fase van het ziekteproces:

Geen behoefte aan aanvullende psychosociale zorg

Patiënten en/of naasten die geen behoefte hebben aan aanvullende psychosociale zorg zijn in staat om op eigen kracht en met steun van hun omgeving en de directe zorgverleners de veranderingen als gevolg van de somatische ziekte te verwerken in hun leven en zelf hun weg te vinden. Er kan bij deze patiënten wel behoefte zijn aan gerichte informatie of praktische adviezen over zelfzorg en leefstijl of lotgenotencontact.

Wel behoefte aan aanvullende psychosociale zorg

Patiënten en/of naasten die op enig moment in het ziekteproces wel behoefte hebben aan aanvullende psychosociale zorg, hebben meer moeite om de veranderingen in hun leven te verwerken. Zij hebben een diversiteit aan klachten, zoals gevoelens van angst, somberheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid/boosheid, onzekerheid en moeilijkheden met het werk, zonder dat er sprake is van psychische stoornissen, zoals een angststoornis, een depressie of een stress gerelateerde stoornis zoals PTSS.

Sprake van psychische stoornis

Daarnaast zijn er patiënten en/of naasten die dermate ontregeld raken door (de gevolgen van) het ziekteproces dat ze een psychische stoornis ontwikkelen, veelal een angststoornis, depressieve stoornis of een stressstoornis als PTSS. Doordat bijvoorbeeld de psychosociale problemen (te) lang aanhouden, de veerkracht van de patiënt tekortschiet, er een gebrek aan ondersteuning is of een persoonlijke kwetsbaarheid die meer last geeft bij het kunnen aanpassen aan de ziekte. Ook door comorbiditeit, voortschrijden van de ziekte of bijkomende gebeurtenissen kan een psychische stoornis ontstaan. Het betreft een klein maar relevant aantal (10-30%) patiënten (NEMESIS 2).

520 Aanpassingsfasen

Van Erp en Donders (2004) veronderstellen drie globale aanpassingsfasen gedurende een ziekteproces: de herstelfase, de verwerkingsfase en uiteindelijk een aanpassingsfase (*mogelijk: figuur invoegen*). Deze fasen hoeven zich niet voor te doen bij elke somatische ziekte, denk aan progressieve aandoeningen waarbij geen sprake is van een herstelfase, maar wel van een continu proces van verwerking/aanpassing vanwege het voortschrijden van de ziekte. Daarnaast is veelal sprake van een cyclisch proces, waarbij in meerdere fasen verwerking en aanpassing nodig is.

530

Bij het verlenen van psychosociale zorg is het van belang om mogelijke veranderingen gedurende het verloop van het aanpassingsproces te signaleren en te bespreken met de patiënt. Zoals eerder aangegeven vragen problemen in het begin van het ziekteproces om een 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 aanpassingsfase op het omgaan met (definitieve of nieuwe/verergerende) beperkingen (*disability management*) (Weezel en De Jong, 2008). Gedurende het hele traject dient rekening te worden

535

3.3 Signaleren van psychosociale zorgbehoefte

Kernpunten

Systematische signalering van psychosociale zorgbehoefte met en bij de patiënt is gedurende het hele zorgtraject van belang.

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

Bij een vermoeden van psychische stoornissen verwijst de zorgverlener de patiënt, voor nadere diagnostiek, door naar een psycholoog of psychiater.

Signaleren van psychosociale zorgbehoefte

540 Het is de taak van zorgverleners om een eventuele zorgbehoefte als gevolg van psychosociale
problemen te signaleren. Het bespreken van de problematiek met de patiënt maakt een eventuele
zorgvraag van de patiënt duidelijk. Zo wordt een beeld gevormd van het psychisch en sociaal
functioneren van de patiënt (mogelijke depressie, angst, maar ook problemen ten aanzien van werk,
financiën, dagelijks functioneren) en de impact van de ziekte op de patiënt en diens naasten en de
545 veerkracht en hulpbronnen van de patiënt. 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 2).

Omdat zorg en ziekte evolueren is signalering tijdens het gehele zorgtraject van belang: per fase
550 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 et al, 2008).

555 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. Zo kan de (psychosociale) zorg voor patiëntengroepen als minderjarigen,
mensen met co- of multimorbiditeit, lage gezondheidsvaardigheden, een verstandelijke beperking,
psychogeriatrische patiënten en/of patiënten met een niet-westerse achtergrond, een specifiekere
560 aanpak vergen.

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
565 controles worden ingezet. Deze instrumenten zijn ondersteunend aan het gesprek tussen
zorgverlener en patiënt/naaste.

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar 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
570 noemen. In ziektespecifieke richtlijnen, protocollen en standaarden worden verschillende
instrumenten voorgesteld of aanbevolen.

Voorbeelden van algemene screeningsinstrumenten zijn: Lastmeter, Rand 36 of SF 36 en HADS.

Psychodiagnostiek

575 Psychodiagnostiek wordt ingezet als er verdenkingen zijn op psychische stoornissen. Bij het
vermoeden van psychische stoornissen verwijst de zorgverlener de patiënt door naar een,
gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog of
psychiater. Deze kan (neuro-)psychologisch onderzoek doen naar psychische stoornissen,
ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsaspecten en/of cognitieve functies en –stoornissen.

580

4 Psychosociale zorg: organisatie

4.1 Aanbod van psychosociale zorg

585

Kernpunt

Het is van belang dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met het lokale zorgaanbod.

Passende zorg

590 Het aanbod van psychosociale ondersteuning en psychologische zorg verschilt per instelling en regio en varieert in doelstelling en setting. Van risicoreductie tot versterking van zelfzorg of zelfmanagement tot verbetering van psychosociaal functioneren en het behandelen van psychische stoornissen. De interventies variëren van voorlichting en educatie tot training en gedrags- of psychotherapie en medicamenteuze behandeling (zie bijlage 2).

595 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 (en de patiënt); oftewel *matched care*.

600 Een groot deel van de psychosociale ondersteuning van mensen met een somatische ziekte wordt gegeven door informele zorgverleners, zoals familieleden, vrienden en lotgenoten. Zij verlenen de primaire, ondersteunende zorg. Daarnaast wordt psychosociale zorg verleend door huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen. Naast artsen en verpleegkundigen bestaan er (in zowel 1^e, 2^e als 3^e lijn) zorgverleners die gespecialiseerd zijn in (zie bijlage 2):

- 605
- Psychosociale ondersteuning: denk hierbij aan PoH-GGz (praktijkondersteuner huisartsen, geestelijke gezondheidszorg), maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, re-integratie coach en geschoolde vrijwilligers van bijvoorbeeld inloophuizen en hospices; en
 - Psychologische zorg (psychodiagnostiek en -behandeling): denk hierbij aan gz-psycholoog, klinisch psycholoog of klinische neuropsycholoog, psychotherapeut en psychiater.

610

Naast bovengenoemde zorgverleners, kunnen ook de revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of verzekeringsarts in beeld zijn als het psychosociale zorg betreft.

615 Een overzicht van het (regionale) aanbod van psychosociale zorg kan bijvoorbeeld (per ziektebeeld) via informatiemateriaal of een website inzichtelijk worden gemaakt. Ook het samenstellen of ontsluiten van een overzicht van zorgverleners met specifieke deskundigheden in de regio kan hieraan bijdragen.

4.2 Samenwerking en medebehandeling

620

Kernpunt

Er kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn bij het verlenen van psychosociale zorg aan een patiënt met een somatische ziekte. De hoofdbehandelaar heeft daarin een regierol.

Onderlinge samenwerking

Psychosociale zorg voor patiënten met een somatische ziekte wordt idealiter verleend in onderlinge samenwerking en afstemming binnen zorginstellingen en/of regionale netwerken. Het verlenen van zorg – aandacht biedend aan zowel de somatische als psychosociale aspecten kan het best – *in samenwerking* – worden vormgegeven. Veelal wordt de samenwerking in een interdisciplinair behandelteam gezien als kwaliteit verhogend, 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 overdracht van informatie over de zorg.

630

Gedurende het medisch-specialistisch zorgtraject, en met name de fase van actieve behandeling, is de arts of medisch specialist hoofdbehandelaar. In deze rol is hij/zij verantwoordelijk voor het signaleren van een psychosociale zorgbehoefte en het aanbieden van passende zorg of delegeert hij dit naar verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten of de POH-GGZ. Waar nodig doet hij dat in samenwerking en afstemming met zorgverleners vanuit de afdelingen medisch maatschappelijk werk, geestelijke verzorging, (medische) psychologie en/of (ziekenhuis)psychiatrie.

635

Ook na het medisch-specialistisch zorgtraject kan de patiënt psychosociale problemen ervaren. Psychosociale problemen houden vaak langer aan dan patiënten, naasten en zorgverleners veronderstellen. Sommige problemen ontstaan nadat het medisch specialistisch zorgtraject is afgerond. Na het medisch-specialistisch traject ligt de verantwoordelijkheid voor psychosociale zorg bij de huisarts of bij de GGz als de patiënt daar in behandeling is of aan de GGz wordt overgedragen.

640

Collaborative care

645

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

650

655

660 Onderzoek in de eerste lijn wijst uit dat *collaborative care* in bescheiden mate kan bijdragen aan het
bestrijden van depressie en depressieve klachten. Hoewel het meeste onderzoek naar collaborative-
665 care-programma's in de Verenigde Staten gedaan is, lijkt dit soort programma's ook in Nederland aan
te slaan (Lucassen et al, 2013).

Medebehandeling

665 In situaties waarin sprake is van behandeling van psychische stoornissen naast de behandeling van de
somatische behandeling wordt gesproken van medebehandeling. De medebehandelaar is dan
bijvoorbeeld de psychiater, klinisch psycholoog of klinische neuropsycholoog.

Psychologische behandeling van co-morbide psychische stoornissen kan plaatsvinden in het
ziekenhuis en daarbuiten, afhankelijk van de voor de patiënt meest geschikte behandelconstellatie.

670 In de regel worden ziekenhuispatiënten met een psychische stoornis voor medebehandeling
doorverwezen naar de klinisch psycholoog, klinische neuropsycholoog 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
675 behandeling buiten het ziekenhuis, zal de behandelend psycholoog of psychiater doorverwijzing naar
de GGZ buiten het ziekenhuis voorstellen. Afhankelijk van de ernst en complexiteit van de psychische
problematiek wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of de Specialistische
GGZ.

4.3 Financiering van psychosociale zorg *(check met NZa tijdens commentaarfase)*

680 Bekostiging

Kernpunt

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

Deze kwaliteitsstandaard richt zich 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
685 zorg ten tijde van het somatische zorgtraject en na afloop daarvan. Deze zorg wordt momenteel
verleend via de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of
WMO. Het onderscheid in bekostiging wordt medebepaald door het hoofdbehandelaarschap voor
het betreffende zorgtraject.

Zolang de patiënt in zorg is in het ziekenhuis, kan deze een beroep doen op de benodigde
690 psychosociale ondersteuning en psychologische en psychiatrische zorg. Tegelijkertijd moet de patiënt
ook de mogelijkheid hebben om deze ondersteuning en zorg buiten het ziekenhuis te krijgen, naast
én na het somatische zorgtraject in het ziekenhuis. Hierbij is leidend wat door patiënten en naasten
het meest gewenst wordt en wat gezien de complexiteit het beste advies is dat de zorgprofessional
hierbij kan geven.

695

Huidige bekostiging

Gedurende het medisch-specialistisch zorgtraject is psychosociale zorg integraal onderdeel van de
somatische zorgvraag. Psychosociale ondersteuning in de vorm van maatschappelijk werk en
geestelijke verzorging worden tijdens het medische specialistisch zorgtraject bekostigd vanuit een
700 algemene opslag op het DOT¹ tarief. Psychologische zorg in de vorm van psychologische behandeling

¹ Afkorting voor 'DBC's op weg naar Transparantie'.

en diagnostiek wordt geregistreerd door zorgactiviteiten en bekostigd via (openstaande) somatische DOT-zorgproducten

705 Het medisch-specialistisch traject is afgelopen als de actieve behandeling beëindigd is en alle (mede)behandelaren – ook psycholoog en psychiater – hun werk gedaan hebben. 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 710 Zorgverzekeringswet (Zvw). Begeleiding door maatschappelijk werk (buiten het ziekenhuis) valt onder de WMO. Behandeling van psychische problemen valt onder de geneeskundige GGZ als sprake is van een DSM-diagnose. De informele zorg, zoals inloophuizen, beschikken niet over wettelijke bekostigingssystematiek.

715 Bij het bepalen van de aanspraak op verzekerde geneeskundige GGz op grond van de Zvw wordt gebruik gemaakt van de internationale DSM-classificatie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*). Behandeling van psychische problemen valt dus alleen onder de geneeskundige GGz als sprake is van een DSM-stoornis, met uitzondering van de aanpassingsstoornis die bij wet is 720 uitgesloten van zorg. Ook indien deze zich tijdens het medische behandeltraject voordoen. Hierbij geldt dat een stoornis een voorwaarde is voor behandeling in de geneeskundige GGz, maar geen uitsluitingsgrond voor de behandeling door de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie of andere disciplines als onderdeel van het somatische behandeltraject.

Knelpunten

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

- **Beperkte zichtbaarheid:** de zichtbaarheid van DOT-bekostiging van psychosociale zorg is beperkt. Dat komt doordat de psychosociale zorg wordt geleverd bij diverse specialismes en diagnoses. Het financiële aandeel van psychosociale zorg is door deze spreiding vaak gering, wat het gesprek over de noodzaak van psychosociale zorg en organisatie ervan bemoeilijkt. In ziekenhuizen leeft 730 daardoor de perceptie dat psychosociale zorg een kostenpost is.
- **Zwevende verrichtingen:** het komt regelmatig voor dat de somatische behandeling is afgerond en het DOT-zorgproduct is gesloten, terwijl de patiënt nog steeds psychologische zorg nodig heeft. Deze zorg is vaak al gestart gedurende de somatische behandeling. De psychologische zorg kan in deze gevallen wel geregistreerd worden, maar niet gekoppeld worden aan een DOT-zorgproduct 735 waardoor de zorgactiviteiten gaan zweven. De kosten van zwevende verrichtingen kunnen wel worden meegenomen in de DOT-zorgproducten, maar worden niet direct aan een specifieke DOT gekoppeld. Het is daardoor niet direct inzichtelijk bij welke DOT-zorgproducten (en diagnoses) de zwevende activiteiten behoren. Zorgadministraties en ziekenhuisdirecties zetten hier vaak een rem op, omdat het vanuit administratief oogpunt ongewenst is. De geleverde psychologische zorg dient in dat geval bekostigd te worden door een opslag op de tarieven van DOT-zorgproducten af te spreken. In de praktijk gebeurt dit nagenoeg niet vanwege lumpsumfinanciering. Zwevende psychologische verrichtingen worden door ziekenhuis administraties vaak gezien en ingeboekt als 740 financieel risico.
- **Diagnosticeren en behandelen van naasten:** binnen de zorgadministratie van het ziekenhuis is nagenoeg geen ruimte voor het diagnosticeren en behandelen van naasten. Ook deze zorg leidt tot zwevende verrichtingen en wordt door ziekenhuisadministraties afgeremd. Uitstel van deze 745 zorg tot na de ziekenhuisbehandeling leidt vaak tot verergering van de klachten en is daarmee ongewenst.



- 750
- Directe doorverwijzing naar klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog: in het huidige bekostigingssysteem kan een huisarts niet direct verwijzen naar de klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog in het ziekenhuis. Dit komt doordat er binnen het DOT-systeem geen zelfstandig te declareren prestaties zijn voor psychosociale zorg.
- 755
- **Check met NZa tijdens commentaarfase: hoe zit met bekostiging in:**
 - *Revalidatiezorg (behandelmodules medisch specialistische revalidatiezorg vanaf 1 januari 2017?);*
 - *Verpleeghuiszorg (WLZ financiering?);*
 - *Thuiszorg (wijkverpleging) (2019: nieuwe bekostiging gebaseerd op zorgprofielen?).*

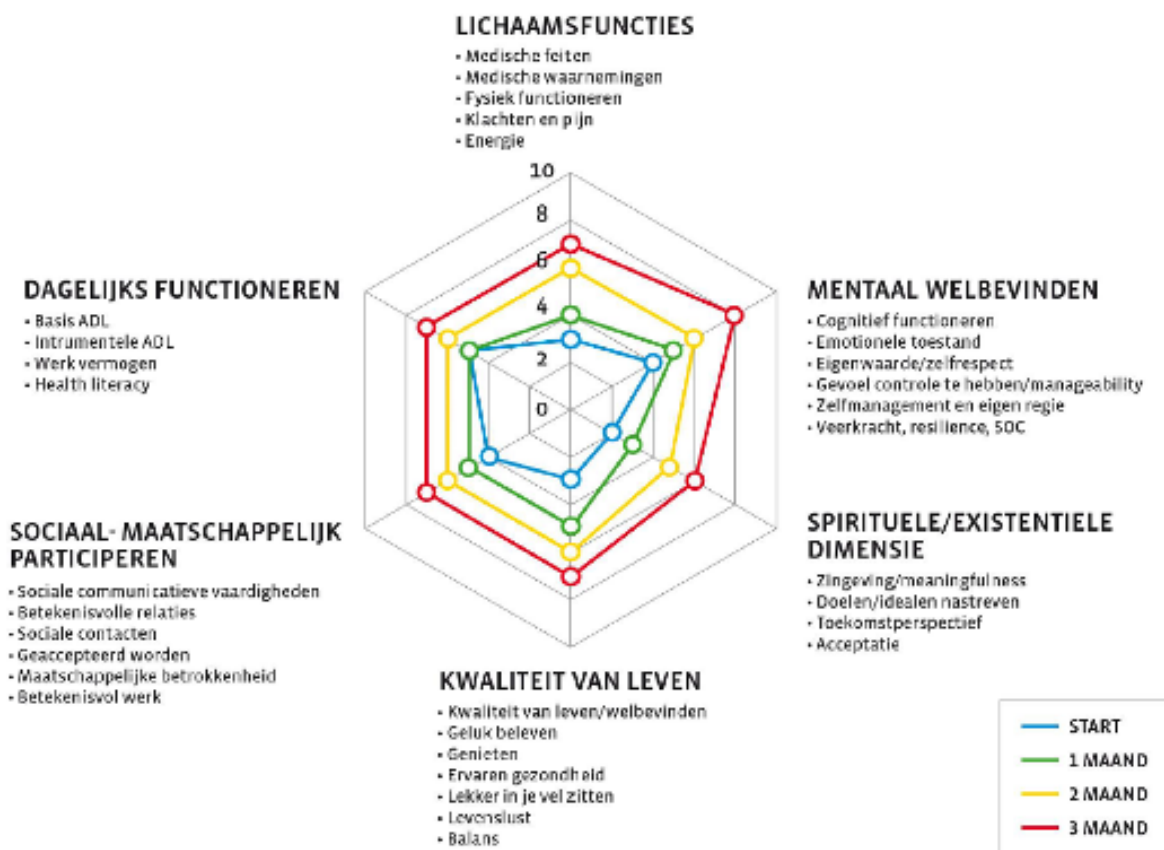
CONCEPT

Bijlage 1 – Positieve gezondheid en hoofddimensies (Huber)

Het model van positieve gezondheid van Huber kent zes hoofddimensies:

- Lichaamsfuncties
- Mentale functies en –beleving
- Spirituele dimensie
- Kwaliteit van leven
- Sociaal-maatschappelijke participatie, en
- Dagelijks functioneren

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Bron: <https://zorgenz.nl/nieuws/machteld-huber-verovert-met-positieve-gezondheid-de-zorg/>

Bijlage 2 – Interventies en betrokken zorgverleners

Interventies

De effectiviteit en efficiëntie van psychosociale zorg neemt toe wanneer de doelstelling en inhoud (en specifieke interventies) van de zorg en/of ondersteunings- interventies afgestemd zijn op de behoefte, focus en voorkeuren van de patiënt en wordt verleend in samenwerkende teams. Van belang is dus om structureel in kaart te brengen op welke gebieden/domeinen, met welke intensiteit en waar een patiënt en/of naaste behoefte aan heeft en de zorgvisie te delen (zie §...).

Binnen het huidige zorgaanbod kunnen grofweg de volgende soorten psychosociale ondersteuning en psychologische zorg worden onderscheiden:

1. *Interventies gericht op ondersteuning bij de aanpassing van leefstijl.* Gericht op de ondersteuning van de medische behandeling en secundaire preventie. In de vorm van voorlichting, zelfzorg, versterken van zelfmanagement en leefstijltrainingen (inclusief voeding en bewegen).
2. *Interventies gericht op hervinden nieuw evenwicht.* Deze interventies hebben afhankelijk van de ernst van de ontregeling de vorm van psychosociale ondersteuning (door maatschappelijk werkenden, geestelijk verzorgenden en/of lotgenoten) of psychologische zorg (psychodiagnostiek en behandeling) of psychiatrische behandeling.
 - a. *Psychosociale ondersteuning: Interventies gericht op ondersteuning bij de aanpassing aan psychosociale gevolgen.* Gericht op verwerking van en omgaan met deze gevolgen. In de vorm van individuele begeleidingsgesprekken, psycho-educatie, belangenbehartiging, trainingen, nazorggroepen, lotgenotencontact.
 - b. *Psychologische zorg (psychodiagnostiek & behandeling) of psychiatrische behandeling n.a.v. psychopathologie die is gediagnosticeerd aan de hand van een psychologische anamnese en/of diagnostiek.* In de vorm van psycho-educatie en psychotherapie gebaseerd op een (geprotocolleerd en geïndividualiseerd) behandelplan.
3. *Mengvormen* gericht op zowel het aanpassen van leefstijl als hervinden van nieuw evenwicht.

Zorgverleners betrokken bij psychosociale zorg

Medisch specialist en verpleegkundige

In de 2^e lijn vormen de medisch specialist en betrokken verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten de eerste vraagbaak voor patiënten en naasten. Zij bieden psychosociale ondersteuning aan de patiënt en diens naasten. Deze bestaat o.a. uit goede voorlichting, eerste opvang bij slecht nieuws, steun bij het omgaan tijdens en na het ziekteverloop 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 somatische aandoening. De huisarts heeft, net als de medisch specialist, een signaalfunctie om eventuele psychosociale problemen tijdig te signaleren. De huisarts is verantwoordelijk voor de behandeling van psychische klachten. Hij kan dat doen in samenwerking met een Praktijkondersteuner Huisartsen (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, kortdurende begeleiding bieden of in overleg met de huisarts besluiten tot doorverwijzing naar de GGz. Ook de huisarts kan psychosociale ondersteuning geven.



Afhankelijk van de ernst van de psychische problemen kan de huisarts mensen doorverwijzen naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. De geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is gericht op het herstel (of het voorkomen van verergering) van een psychische stoornis.

Maatschappelijk werker

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. Het medisch maatschappelijk werk 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. 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). Het medisch maatschappelijk werk 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 en rouw. Voor gesprekken over levensvragen kunnen patiënt en naasten terecht bij de geestelijk verzorger.

Psycholoog en psychiater

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, klinische neuropsycholoog of psychiater helpen met het herstel van het psychisch evenwicht. De psycholoog is opgeleid om ernstige problematiek te diagnosticeren en behandelen. Dit kan bijvoorbeeld door methoden aan te reiken om negatieve gedachten te beïnvloeden of angsten te leren hanteren. 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 medische diagnose stellen. Als het nodig is kan hij/zij medicijnen voorschrijven, of begeleiding door de psychiatrische verpleegkundige aanbevelen.

Revalidatiearts, bedrijfsarts of verzekeringsarts

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 arbeid(somstandigheden), het verkrijgen van aanpassingen t.b.v. de aandoening, het afsluiten van verzekeringen of (participatie) problemen op het gebied van sport en vrije tijd. In combinatie met ondersteuning en coördinatie vanuit maatschappelijk werk kan een revalidatiearts, bedrijfsarts of verzekeringsarts 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'².

² http://werkenchronischziek.nl/wp-content/uploads/2017/01/Richtlijn_chronisch_zieken_en_werk_2016.pdf



Bijlage 3 – Partijen betrokken bij psychosociale zorg

- Patiëntenfederatie Nederland (en leden)
- NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- LVMP (Landelijke Vereniging Medisch Psychologie)
- NVPO (Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie)
- NVPA (Nederlandse Vereniging voor Psychosociaal-gespecialiseerd psychotherapeuten)
- V&VN (Verplegenden & Verzorgenden Nederland)
- FMS (Federatie Medisch Specialisten en aangesloten WV's)
- BPSW (Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (voorheen NVMW))
- IPSO (Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning)
- NHG (Nederlands Huisartsengenootschap)
- Landelijke vereniging POH-GGZ
- FENAC (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra)
- NVAB (Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde)
- SONCOS (Stichting Oncologische Samenwerking)
- Verenso (Vereniging van specialisten Ouderengeneeskunde)
- GGz Nederland
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
- NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra)
- NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen)
- ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland)
- ZN (Zorgverzekeraars Nederland)
- IGJ i.o. (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting)

Het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland treden op als toehoorder in het project.



Referenties

Vragenlijst patiëntenpanel, Patiëntenfederatie Nederland, 2017

Pratt, 2016, <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>,

J. Katon, W. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7–23.

Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie NVVC 2011 pag 55-57 en pag 187

Werkgroep Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker/Trimbos-instituut

Richtlijn Aanpassingsstoornis bij kanker, 2016

IPSO 2014 over naasten en onderzoek over kinderen uit Groningen.

{Bielas, 2018 #1;Bonaccio, 2018 #6;Pedersen, 2018 #7;Richards, 2018 #4}

Richards, 2018 *European Journal of cardiovasculair prevention*

NICHOLLS, W; et al. Unmet needs in young adults with a parent with a chronic condition: a mixed-method investigation and measure development study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. Sweden, 31, 1, 191-200, Mar. 2017. ISSN: 1471-6712.

RODDIS, JK; et al. Living with a long-term condition: Understanding well-being for individuals with thrombophilia or asthma. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*. United States, 11, 31530, Aug. 16, 2016. ISSN: 1748-2631.

Puttiger e.a., 2004

Nivel, 2004;

Nivel, 2012 (Jansen, 2012, Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken)

Nivel, 2013

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, R. M., & Groessl, E. J. (2002). Applications of cost-effectiveness methodologies in behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 482–493.

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; et al. How do child and adolescent mental health problems influence public sector costs? Interindividual variations in a nationally representative British sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. United Kingdom, 56, 6, 667-676, June 2015. ISSN: 0021-9630.



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

Kyounghae, 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; et al. A 12-month follow-up study of self-management training for people with chronic disease: Are changes maintained over time?. *British Journal of Health Psychology*. 10, 4, 589-599, Nov. 2005. ISSN: 1359107X.

Chambers, SK; et al. Intervening to Improve Psychological Outcomes after Cancer: What Is Known and Where Next?. *Australian Psychologist*. 49, 2, 96-103, Apr. 2014. ISSN: 00050067.
NCCN 2015122,

Skarstein 2000145,

Kennard 200481,

von Essen 2002168]

+ referenties hart: Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie NVVC 2011 pag 55-57 en pag 187

Joost Dekker & Vincent de Groot (2018) Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration, *Disability and Rehabilitation*, 40:1, 116-120, DOI: 10.1080/09638288.2016.1247469

Tuinman M, Gazendam-Donofrio S, Hoekstra-Weebers J. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008;113(4):870-8

Jaspers J., van Middendorp H. (2010) 1 Introductie: psychologische interventies bij chronische somatische ziekten. In: *Psychosociale zorg bij chronische ziekten*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
Van Erp en Donders (2004)
(Weezel en de Jong, 2008).

Graaf, de, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos instituut.

Literatuur over coll care model: in

<http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/103220/103220.pdf>

Peter L.B.J. Lucassen en Evelyn M. van Weel-Baumgarten. Langetermijneffecten van collaborative care. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157:A6843

K.M.L. Huijbregts, F.J. de Jong, H. van Marwijk, A. Beekman, L. Hakkaart-van Roijen, C. van der Feltz-Cornelis. Collaborative care voor depressieve patiënten. *Huisarts&Wetenschap*, 2013,



Nog niet opgenomen/verwerkt in KS PSZ (maar in eerdere versies in kantlijn gezet door schrijfgroep)

Prior, A., Fenger-Grøn, M., Larsen, K. K., Larsen, F. B., Robinson, K. M., Nielsen, M. G., & ...

Vestergaard, M. (2016). The Association Between Perceived Stress and Mortality Among People With Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study. *American Journal Of Epidemiology*, 184(3), 199-210. doi:

Boek: Psychosociale zorg bij chronische ziekten: Klinische praktijk en effectiviteit, 2011. O.a. Jos van Erp

Prevalentie psychische en cardiale co-morbiditeit:

Boek Stress proof the heart Dornelas et al (relatie psz en hvz)

Proefschrift Pedersen

Proefschrift Roest

Ziekte van Parkinson

Navarta-Sánchez M, Senosiain García J, Portillo M, et al. Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers. *Quality Of Life Research* [serial online]. August 2016;25(8):1959-1968

Greenwell K, Gray W, van Wersch A, van Schaik P, Walker R. Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism & Related Disorders* [serial online]. January 2015;21(1):1-11

Prizer L, Browner N. The integrative care of Parkinson's disease: A systematic review. *Journal Of Parkinson's Disease* [serial online]. 2012;2(2):79-86

Flores Alves Dos Santos J, Tezenas du Montcel S, Welter M, et al. Tackling psychosocial maladjustment in Parkinson's disease patients following subthalamic deep-brain stimulation: A randomised clinical trial. *Plos One* [serial online]. April 11, 2017;12(4):e0174512

Dobkin R, Tröster A, Menza M, et al. Neuropsychological outcomes after psychosocial intervention for depression in Parkinson's disease. *The Journal Of Neuropsychiatry And Clinical Neurosciences* [serial online]. Win 2014 2014;26(1):57-63.

Yang S, Sajatovic M, Walter B. Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. *Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology* [serial online]. June 2012;25(2):113-121.

Lageman S, Mickens M, Verkerke T, Holloway K. Deep brain stimulation for Parkinson's disease. Presurgical psychological screening: Understanding patients, improving outcomes [e-book]. Washington

Wang X, Wang W, et al. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioral and psychodynamic therapy for depression in Parkinson's disease patients. *Neurological Sciences* [serial online]. June 2015;36(6):833-843

Tinnitus



Holmes S, Padgham N. Review paper: More than ringing in the ears: A review of tinnitus and its psychosocial impact. *Journal Of Clinical Nursing* [serial online]. November 2009;18(21):2927-2937.
Langenbach M, Olderog M, Michel O, Albus C, Köhle K. Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *General Hospital Psychiatry* [serial online]. January 2005;27(1):73-77.

Fackrell K, Smith H, Hall D, 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* [serial online]. August 23, 2017;18(1):388.

McCormack A, Edmondson-Jones M, Moore D, et al. Investigating the association between tinnitus severity and symptoms of depression and anxiety, while controlling for neuroticism, in a large middle-aged UK population. *International Journal Of Audiology* [serial online]. September 2015;54(9):599-604

Durai M, Searchfield G. Anxiety and depression, personality traits relevant to tinnitus: A scoping review. *International Journal Of Audiology* [serial online]. November 2016;55(11):605-615.

Zirke N, Seydel C, Szczepek A, Olze H, Haupt H, Mazurek B. Psychological comorbidity in patients with chronic tinnitus: analysis and comparison with chronic pain, asthma or atopic dermatitis patients. *Quality Of Life Research* [serial online]. March 2013;22(2):263-272.

Philippot P, Nef F, Clauw L, Romrée M, Segal Z. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Tinnitus. *Clinical Psychology & Psychotherapy* [serial online]. September 2012;19(5):411-419.

Goebel G, Kahl M, Arnold W, Fichter M. 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. *Acta Oto-Laryngologica (Supplement)* [serial online]. November 2006;126:70-79.

Weise C, Heinecke K, Rief W. Biofeedback-based behavioral treatment for chronic tinnitus: Results of a randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* [serial online]. December 2008;76(6):1046-1057

Greenwell K, Sereda M, Coulson N, El Refaie A, Hoare D. A systematic review of techniques and effects of self-help interventions for tinnitus: Application of taxonomies from health psychology. *International Journal Of Audiology* [serial online]. July 2016;55(Suppl 3):S79-S89

Multitrauma

Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer E. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) – A systematic review. *European Journal Of Pain* [serial online]. August 2009;13(7):719-730.

IC

<http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/post-ic-syndroom-wordt-niet-herkend.htm>

5 dingen die verpleegkundigen over PICS moeten weten – Nursing <https://www.nursing.nl> ›



Al Maghaireh D, Abdullah K, Chan C, Piaw C, Al Kawafha M. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal Of Clinical Nursing* [serial online]. October 2016;25(19-20):2745-2756

McGiffin J, Galatzer-Levy I, Bonanno G. Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. *Rehabilitation Psychology* [serial online]. May 2016;61(2):120-131

Hartman-Shea K, Hahn A, Fritz Kraus J, Cordts G, Sevransky J. The role of the social worker in the adult critical care unit: A systematic review of the literature. *Social Work In Health Care* [serial online]. February 2011;50(2):143-157

Papathanassoglou E. Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing In Critical Care* [serial online]. May 2010;15(3):118-128.

Chronische aandoening

van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 69(1), 23-32. doi:10.1016/j.

Zirke N, Seydel C, Szczepek A, Olze H, Haupt H, Mazurek B. Psychological comorbidity in patients with chronic tinnitus: analysis and comparison with chronic pain, asthma or atopic dermatitis patients. *Quality Of Life Research* [serial online]. March 2013;22(2):263-272.

Baumeister H, Hutter N, Bengel J, Härter M. Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy And Psychosomatics* [serial online]. July 2011;80(5):275-286.

Zeber J, Manias E, Peterson A, et al. 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 In Health* [serial online]. August 2013;16(5):891-900.

Kok J, Williams A, Zhao L. Psychosocial interventions for people with diabetes and co-morbid depression. A systematic review. *International Journal Of Nursing Studies* [serial online]. October 2015;52(10):1625-1639.

Diabetes

Psychologische implicaties van diabetes mellitus | Nederlands ...
<https://www.ntvg.nl/artikelen/psychologische-implicaties-van-diabetes.../>

[PDF]boekje diabetisch - EADV

www.eadv.nl/.../De_inzet_van_de_Medisch_Psycholoog_bij_de_behandeling_van_diab...

Cognitive Dysfunction and Diabetes Mellitus - NCBI - NIH